

A 5

Das psychiatrische Hilfesystem

Ilse Eichenbrenner

Das deutsche Sozial- und Leistungsrecht ist gekennzeichnet durch die drei Strukturprinzipien Versicherung, Versorgung und Fürsorge. Man spricht auch von der Versäulung des deutschen Sozialsystems. Ziel dieses Kapitels ist es, Ihnen einen Überblick über den Aufbau des Hilfesystems zu geben und die wichtigsten Leistungen für psychisch kranke Erwachsene mit ihrer Verankerung im Leistungsrecht vorzustellen, sodass Sie wissen, wo Sie suchen müssen, wenn Sie den Anspruch auf Leistungen zur Beratung, Behandlung, Rehabilitation und Pflege begründen wollen. Wir empfehlen deshalb jeder Sozialarbeiterin und jedem Sozialarbeiter, sich in diese Systematik einzuarbeiten.

5.1 Die gesetzlichen Grundlagen, Aufgaben und Prinzipien

Für die verschiedenen Phasen einer Krankheit oder Lebenslage sind verschiedene Kostenträger zuständig. Für Behandlung einer akuten Erkrankung ist dies in der Regel die Krankenkasse (SGB V); dauert die Krankheit länger als sechs Monate, kann sie als Behinderung anerkannt werden mit Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe im Bereich der Alltagsbewältigung, Kontaktgestaltung und Arbeit. Zuständig sind nun vor allem die Eingliederungshilfe (SGB IX), die Arbeitsagentur und die Rentenversicherung. Die Übernahme alltäglicher Verrichtungen, die Aktivierung und Stabilisierung längerfristig erkrankter Menschen fallen in den Bereich der Pflege, die je nach Leistung und Anspruchsberechtigung von der Krankenkasse, der Pflegeversicherung, der Eingliederungshilfe oder der Sozialhilfe finanziert wird. Asylbewerber haben lediglich Anspruch auf Leistungen im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes. Es gibt also kein einfaches Raster, an dem sich eine Übersicht über das psychiatrische Hilfesystem orientieren könnte.

Hinzu kommt die Aufgabenteilung zwischen Bund und Ländern. Während die Rahmenbedingungen auf Bundesebene in den Sozialgesetzbüchern geregelt werden, sind die Organisation psychiatrischer Hilfen und das Vorhalten bestimmter Einrichtungen und Leistungen Länderangelegenheit. In der Folge sieht die psychosoziale Landschaft in jedem Bundesland etwas anders aus, auch die Begrifflichkeiten sind z. T. unterschiedlich.

Um sich von dieser Vielfalt nicht verwirren zu lassen, ist es hilfreich, sich die Aufgabenstellung durch den Gesetzgeber vor Augen zu führen. Dazu heißt es in § 1 SGB I:

»(1) Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten. Es soll dazu beitragen, ein menschenwürdiges Dasein zu sichern, gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen, zu schaffen, die Familie zu schützen und zu fördern, den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen.

(2) Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll auch dazu beitragen, daß die zur Erfüllung der in Absatz 1 genannten Aufgaben erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen.«

Und § 10 SGB I betont noch einmal, dass die »körperlich, geistig und seelisch Behinderten ein Recht auf Hilfe haben, die notwendig ist, um 1. die Behinderung abzuwenden, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern und 2. ihnen einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern«.

Dem staatlichen Auftrag, soziale Gerechtigkeit und Sicherheit herzustellen und ein entsprechendes Sozialleistungssystem aufzubauen, steht die Aufgabe der Kostenträger gegenüber, die staatlichen und kommunalen Gelder effizient einzusetzen und ihren Auftrag mit dem geringstmöglichen Aufwand zu erfüllen. Dieser Kostendruck macht es für die Soziale Arbeit unerlässlich, Qualität zu definieren und in die Verhandlungen mit den jeweiligen Leistungsträgern einzubringen. Die Vereinbarungen zwischen den Spitzenverbänden der jeweiligen Kosten- und Leistungsträger bilden dabei den Rahmen, der im Allgemeinen Folgendes definiert:

- den jeweiligen Personenkreis der Leistungsberechtigten,
- die Leistungen,
- die notwendige Qualifikation der Leistungserbringer,
- die Leistungsvergütung sowie die
- Abrechnungsmodalitäten.

Wenn man sich den psychiatrischen Unterstützungsangeboten und Finanzierungsgrundlagen von ihren Aufgaben her nähert, findet man die entsprechenden Vorschriften in Abbildung 1.

Daneben sind einige übergreifende Prinzipien zu beachten, die nun kurz vorgestellt werden:

- das Subsidiaritätsprinzip,
- die Einzelfallprüfung,
- die Regionalisierung.

Das Subsidiaritätsprinzip: Der Staat ist zur Bereitstellung von Hilfe nur verpflichtet, wenn sich die betroffene Person nicht selbst helfen kann und auch andere nicht staatliche Anbieter kein adäquates Angebot machen können. Freie kirchliche und private Träger haben also grundsätzlich Vorrang vor kommunaler oder staatlicher Hilfe. Auch die Versorgung psychisch kranker Menschen erfolgt vor allem durch die freie Wohlfahrtspflege und die Selbsthilfe. In Deutschland gibt es sechs große Wohlfahrtsverbände, die in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände organisiert sind: Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Diakonie, Deutsches Rotes Kreuz, Paritätischer Wohlfahrtsverband und die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland. Es gibt unzählige gemeindepsychiatrische Vereine, die in der Regel von lokalen Initiativen aufgebaut wurden. Sie sind mit ihren Aufgaben gewachsen und haben häufig ihre Rechtsform in »gemeinnützige Gesellschaften mit beschränkter Haftung« geändert. Sozialarbeiterinnen in Beratungsstellen oder im Sozialpsychiatrischen Dienst fungieren als Lotsen in dieser regionalisierten Trägerlandschaft.

Die Einzelfallprüfung: Viele der hier aufgeführten Leistungen erfolgen nur auf Antrag. Bedarf und Anspruch müssen im Einzelfall nachgewiesen werden. Ist die Leistung wirklich erforderlich? Eine ärztliche Verordnung, ein Gutachten oder die Stellungnahme eines Sozialarbeiters können als Nachweis dienen. Bei der Krankenversicherung ist die Mitgliedschaft, bei der Rentenversicherung auch die Vorversicherungszeit nachzuweisen. Bei Leistungen der Eingliederungshilfe und der Sozialhilfe wird das Einkommen geprüft und gegebenenfalls die Höhe der Selbstbeteiligung festgelegt. Grundsätzlich muss jeder Einzelfall geprüft werden.

Die Regionalisierung: Zu den wichtigsten Forderungen des 1975 erschienenen Abschlussberichts der Psychiatrie-Enquete (vgl. das Kapitel A 1, »Soziale Arbeit und Psychiatrie«) gehörten die Regionalisierung und die Einführung des Prinzips »ambulant vor stationär«. Die großen Landeskrankenhäuser sollten verkleinert werden und im Gegenzug psychiatrische Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern eingerichtet und die gemeindepsychiatrischen Bausteine ausgebaut werden. Seit der Auflösung der großen Anstalten leben die psychisch kranken Menschen wie alle anderen Bürger auch in der Gemeinde. Behandlung, Betreuung und Beratung sind zur Aufgabe vieler Dienste, Einrichtungen und Therapeuten geworden.

5.1.1 Organisationen und Gremien der Gemeindepsychiatrie

Doch Sozialarbeiter planen nicht nur für einzelne Klienten, sondern auch für eine ganze Einrichtung, für einen Stadtteil oder eine bestimmte Zielgruppe. Qualitätssicherung, Planung und Steuerung sind aus dem Profil sozialer Berufe nicht mehr wegzudenken. Die Teilnahme an Sitzungen, Gremien und Konferenzen scheint zunächst viel Zeit zu kosten, doch sie wirkt wegen der entstehenden Synergieeffekte ungeheuer effektiv. Die hier vorgestellten Gremien für die Steuerung und Planung erweitern nicht nur die Hilfemöglichkeiten für die Klienten durch Vernetzung (vgl. das Kapitel B 9, »Kooperationsmanagement und professionelle Netzwerkpflge«), sie sorgen auch dafür, dass der Blick über den Tellerrand nicht verloren geht, der für die Reflexion der eigenen Arbeit so bedeutsam ist.

Gemeindepsychiatrischer Verbund: Der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) ist ein verbindlicher Zusammenschluss der wesentlichen Leistungserbringer einer definierten Versorgungsregion, also vor allem der Träger der ambulanten und stationären Eingliederungshilfe (nach dem Bundesteilhabegesetz wird offiziell nicht mehr von stationären Einrichtungen gesprochen, sondern von »besonderen Wohnformen«). Die Mitglieder verpflichten sich zur Kooperation und zur Organisation umfassender psychiatrischer Hilfen, vor allem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und einem komplexen Hilfebedarf. Die Gemeindepsychiatrischen Verbände haben sich in einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen: www.bag-gpv.de.

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft: Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) ist das Herzstück der Gemeindepsychiatrie. Hier treffen sich auf

freiwilliger Basis Vertreter aller psychosozialen Träger und Projekte, der Angehörigen, der Beratungsstellen und interessierte Bürger. Auch Psychiatrie-Erfahrene sind willkommen. Viele PSAGs haben eine Geschäftsordnung und einen Sprecher; sie diskutieren Fachthemen wie z. B. neue Entwicklungen und Angebote oder suchen nach Lösungen für Versorgungslücken. Die Ergebnisse ihrer Diskussionen sind für Kommunalpolitiker zwar unverbindlich, haben aber empfehlenden Charakter. Häufig finden die entscheidenden Auseinandersetzungen in Untergruppen statt, z. B. zum Thema Sucht, Wohnungslosigkeit oder Arbeit. So ist die PSAG auch wichtig für die Schnittstellen zu anderen Hilfesystemen.

Psychiatrie-Beirat: Dieses Gremium berät den für die Psychiatrie zuständigen Politiker einer Gemeinde oder eines Bezirks, z. B. den Stadtrat für Gesundheit, der allerdings an die Empfehlungen nicht gebunden ist. Es gibt eine Geschäftsordnung, in der Mitgliedschaft und Stimmberechtigung geregelt sind. Mitglieder des Psychiatrie-Beirats sind berufene Vertreter von Projekten, Institutionen, Kliniken, niedergelassenen Psychiatern, Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen.

Im Folgenden wenden wir uns nun der Beschreibung der einzelnen Leistungen für psychisch erkrankte Erwachsene und Abhängigkeitskranke zu und stellen die einzelnen Bausteine mit ihren Finanzierungsmöglichkeiten vor.

Nicht vorgestellt werden die Leistungen für Kinder und Jugendliche. Für diese ist primär die Jugendhilfe zuständig, die auch spezielle Dienste und pädagogische Angebote für psychisch auffällige Kinder und ihre Familien vorhält. Ansprechpartnerin ist die zuständige Sozialarbeiterin im Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD). Erst wenn alle ambulanten Interventionen scheitern, das Risiko einer Selbst- oder Fremdgefährdung zu hoch erscheint oder für die Abklärung das stationäre Setting erforderlich ist, erfolgt die stationäre oder teilstationäre Aufnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

5.2 Leistungen für psychisch erkrankte Erwachsene

Für Erwachsene in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen gibt es eine breite Palette von Unterstützungsmöglichkeiten. Zu unterscheiden sind ambulante von stationären Angeboten, wobei nach dem Paradigma »ambulant vor stationär« eine starke Tendenz zum Ausbau ambulanter Angebote besteht. Andere Systematiken orientieren sich an den unterschiedlichen Kostenträgern, die wir bereits vorgestellt haben; da es hier viele Überschneidungen gibt, haben wir uns für eine Aufteilung entschieden, die sich an den wichtigen Funktionen orientiert: Beratung, Behandlung, soziale Teilhabe, Teilhabe an Bildung sowie Teilhabe am Arbeitsleben. Die Leistungen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen stellen wir in einem gesonderten Abschnitt vor. Finanzierungsgrundlagen erwähnen wir jeweils am Ende jeden Abschnitts.

Für manche Zielgruppen gibt es spezielle Behandlungsangebote, die hier nicht genannt werden, aber z. T. an anderer Stelle kennenzulernen sind. So wird im »Lernfall Trauma« (Kapitel C 5) ein Behandlungszentrum für Folteropfer vorgestellt, im »Lernfall Persönlichkeitsstörung« (Kapitel C 6) eine Forensische Ambulanz. Die Behandlung psychisch kranker Straftäter im Maßregelvollzug wird im Kapitel A 6, »Die Rechte von Klientinnen und Klienten«, angesprochen, weil nicht die Möglichkeiten grundsätzlich andere sind, wohl aber die Bedingungen.

5.2.1 Beratung und Begleitung

In diesem Abschnitt stellen wir Anlaufstellen vor, die niedrigschwellig und unbürokratisch von Ratsuchenden aufgesucht werden können. Viele vermitteln nach einer ersten Abklärung weiter, andere beraten und begleiten längerfristig oder leiten die passenden Maßnahmen ein. Beschäftigt sind in der Regel professionelle Mitarbeiter; immer häufiger sind es auch Peers, also Psychiatrie-Erfahrene oder Angehörige, die Gespräche anbieten (vgl. Kapitel B 8, »Psychiatrie-Erfahrung anerkennen und nutzen«).

Beratungsstellen: Unterschiedliche Träger halten Beratungsstellen für eine bestimmte Region oder Zielgruppe vor, z. B. Ehe- und Familienberatungsstellen, Pflegestützpunkte oder Beratungsstellen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. In manchen Kommunen wurden Psychiatrie-Beschwerdestellen aufgebaut.

Seit dem 1.1.2018 wird »ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)« in speziellen Beratungsstellen angeboten – in der Regel als Beratung von Menschen mit Behinderung für Menschen mit Behinderung.

Finanzierung: pauschal über Träger, Steuermittel, Spenden; Pflegestützpunkte durch die Pflegekassen, EUTB über den Bundeshaushalt

Sozialpsychiatrischer Dienst: Sozialpsychiatrische Dienste (SpD) gehören zum Standard psychiatrischer Versorgung in allen Bundesländern, haben aber unterschiedliche Profile und Aufgaben. So stehen die SpDs in Bayern und Baden-Württemberg oft unter freier Trägerschaft und sind zuständig für die persönliche Betreuung vor allem chronisch psychisch kranker Menschen. Im Rheinland sind die SpDs Teil der Sozialpsychiatrischen Zentren, in Baden-Württemberg an die Gemeindepsychiatrischen Zentren angeschlossen. In allen anderen Bundesländern sind die Sozialpsychiatrischen Dienste Teil der Gesundheitsversorgung der Kommunen und haben viele administrative Aufgaben. Ärzte, Sozialarbeiterinnen, Verwaltungskräfte und manchmal Pflegekräfte und Psychologen arbeiten zusammen; jeder SpD ist für ein klar definiertes Einzugsgebiet zuständig. Zu den Kernaufgaben gehören die Beratung und Einleitung von Hilfen, die Abklärung von aktuellen Krisen und psychiatrischen Notfällen, die Einweisung in stationäre Behandlung nach den Unterbringungsgesetzen der Länder und die Begutachtung im Rahmen des Betreuungsgesetzes (vgl. S. 228 in diesem Buch). Vermehrt müssen Anfragen des Sozialamtes, der Jobcenter und der Amtsgerichte beantwortet werden; ein Schwerpunkt sind die Einleitung und Prüfung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe. Offene Sprechstunden und die Durchführung von Hausbesuchen sind Standard; manche SpDs machen Gruppenangebote und moderieren die Hilfeplankonferenzen. Die SpDs sind bundesweit in einem Netzwerk organisiert: www.sozialpsychiatrische-dienste.de.

Finanzierung: 1. Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖDG), 2. PsychKG

Krisen- und Notfalldienste: Bereits in der Enquete wurden Anlaufstellen für Menschen in Krisen außerhalb der üblichen Öffnungszeiten gefordert. Bis heute gibt es nur wenige rund um die Uhr besetzte Krisendienste wie in Bremen oder Berlin. Vor allem in ländlichen Regionen haben sich Träger und Honorarkräfte für diese Aufgabe zusammengeschlossen und decken zumindest eine Telefonbereitschaft ab.

Finanzierung: fast immer über Haushaltsmittel der Kommunen

Selbsthilfe: Nach dem bewährten Vorbild in der Suchthilfe entstanden auch in der Psychiatrie Selbsthilfe-Organisationen: der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK, gegr. 1985) und der Bundesverband der

Psychiatrie-Erfahrenen (BPE, gegr. 1992) sowie diverse Landesverbände. Daneben gibt es das »Netzwerk Stimmenhören« sowie weitere Verbände und Gruppen für spezielle Lebenslagen, Störungen und Zielgruppen. Sie alle bieten die Teilnahme an Selbsthilfegruppen an, manchmal auch Beratung. Informationen auf www.psychiatrie.de und www.nakos.de.

Finanzierung: kostenlos, Spenden, Selbsthilfeförderung SGB V, Haushaltsmittel von Bund, Länder und Kommunen

Laien- und Bürgerhilfe: Sie unterscheidet sich deutlich von der Angehörigen- und Selbsthilfebewegung, kooperiert aber eng mit dieser wie auch mit den Trägern psychiatrischer Einrichtungen und Dienste. Über die Bürgerhilfe entstanden vor allem im Rheinland viele Projekte; im Zuge der Sozialraumorientierung und der Gemeinwesenarbeit erhält sie neue Bedeutung. Laien arbeiten ehrenamtlich oder gegen eine Aufwandsentschädigung in Kliniken und Initiativen; sie nehmen teil am Psychose-Seminar und engagieren sich im Rahmen der Stadtteilarbeit.

Finanzierung: ungerichtet, oft ehrenamtlich

5.2.2 Behandlung ambulant und stationär

Die Begriffe Therapie und Behandlung sind austauschbar, beziehen sich aber in unserem Kontext stets auf eine psychische Störung. Diese ist zunächst vom Arzt bzw. Psychologen zu diagnostizieren. Die Diagnose ist Voraussetzung der Behandlung und der Übernahme der Kosten. Ziel der unterschiedlichen therapeutischen Verfahren ist die Heilung der Erkrankung, zumindest aber die Minderung der akuten oder längerfristigen Symptome.

Nicht nur Ärzte, sondern viele weitere Professionen sind in die akute und stationäre Behandlung psychisch erkrankter Menschen involviert, die einige Besonderheiten aufweist: Es gibt wohl kein medizinisches Fach, in dem die Behandlung so schwer von den anderen Leistungen, vor allem von Pflege und Rehabilitation abzugrenzen ist. Die Einteilung ist häufig künstlich und dem jeweils zuständigen Leistungsträger geschuldet. Eine weitere Besonderheit prägt die psychiatrische Behandlung: Nur hier ist auch eine Behandlung ohne Leidensdruck des Patienten, ja sogar gegen seinen Willen möglich (vgl. Kapitel A 6, »Die Rechte von Klientinnen und Klienten«).

Hausarzt, Facharzt und PIA: Der Hausarzt ist die erste Anlaufstelle; er behandelt selbst oder überweist an den niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Dessen Aufgaben sind die Diagnostik und Behandlung, auch in Form stützender Gespräche, und die Verordnung ambulanter oder

stationärer Therapie. Für schwierige, »nicht wartezimmerfähige« Patienten steht inzwischen an jeder psychiatrischen Klinik oder Abteilung eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) zur Verfügung. Besonders häufig erfolgt hier die Behandlung nach der Entlassung aus stationärer Behandlung. Ein multiprofessionelles Team sorgt für die medikamentöse und psychosoziale Behandlung und Betreuung; Gruppenangebote und Hausbesuche sind üblich. Die Finanzierung zusätzlicher ambulanter Leistungen (z. B. Psychotherapie, Soziotherapie) lehnt die GKV oft ab.

Finanzierung: gemäß Gebührenordnung oder als Budget pro Patient und Quartal nach SGB V

Soziotherapie: Viele Experten verstehen unter Soziotherapie jede personenbezogene Unterstützungsleistung für Menschen mit schweren psychischen Störungen (vgl. Kapitel B I, »Sozialtherapeutische Grundhaltung«). In diesem Abschnitt geht es jedoch um die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) definierte Leistung »Ambulante Soziotherapie«. Nur Versicherte mit schweren psychischen Störungen, insbesondere Psychosen und affektiven Störungen, die wegen der Schwere ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, haben Anspruch auf Soziotherapie. Ziele sind die gemeinsame Erarbeitung einer Behandlungsbereitschaft und die Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausbehandlung.

Finanzierung: SGB V nach ärztlicher Verordnung

Ambulante Ergotherapie: Ergotherapie gehört zum Standardprogramm stationärer Einrichtungen. Ambulant wird sie von Institutsambulanzen, psychiatrischen Praxen, speziellen ergotherapeutischen Praxen oder psychosozialen Trägern angeboten. Einzelnen oder in Gruppen üben die Klienten handwerkliche, kreative oder alltagspraktische Fähigkeiten. Es gibt spezielle Programme z. B. für das Training sozialer Fertigkeiten, aber auch kognitive Trainingsprogramme, die am PC durchgeführt werden.

Finanzierung: § 37 SGB V nach ärztlicher Verordnung

Ambulante Psychiatrische Pflege: Ziele der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) sind die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten, die Sicherung der ärztlichen Behandlung und die Krisenintervention. Die Angehörigen sind einzubeziehen. Ähnlich wie die Soziotherapie kann die APP nur bei schweren psychiatrischen Störungen erbracht werden, Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen sind bislang ausgeschlossen. Da die Zugangshürden für die Anbieter hoch sind, ist die Versorgung nur punktuell gewährleistet. Die APP ist ein wichtiger Bestandteil vieler Modelle der Integrierten Versorgung.

Finanzierung: § 37 SGB V nach ärztlicher Verordnung

Psychotherapie: Ärzte und Psychologinnen qualifizieren sich mit einer entsprechenden Ausbildung für die Durchführung von Psychotherapie. Psychotherapeuten sind entweder in Institutionen beschäftigt, z.B. in einer Ambulanz, oder lassen sich in eigener Praxis nieder. Wenn sie eine Kassenzulassung haben, können sie tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische und systemische Therapien in einem festgelegten Stundenkontingent auf Kosten der Krankenkasse durchführen. Sprechstunden und bei Bedarf eine Akutbehandlung sind anzubieten. Für Vorgespräche, sogenannte probatorische Sitzungen, ist noch keine Verordnung erforderlich. Lange Wartezeiten sind üblich. Bei Behandlung durch psychologische Psychotherapeuten ist ein Konsiliarbericht des behandelnden Arztes erforderlich.

Finanzierung: SGB V nach Antrag bei der Krankenkasse

Integrierte Versorgung: Die Integrierte Versorgung hat das Ziel, die Kluft zwischen ambulanter und stationärer Behandlung für Patienten mit einem besonderen Hilfebedarf zu überbrücken. Mit einzelnen oder mehreren Krankenkassen werden abgestufte Pauschalen für die Versorgung einer bestimmten Patientengruppe vereinbart. Die Patienten müssen eine ganz bestimmte ICD-10-Diagnose haben und Mitglied einer entsprechenden Krankenkasse sein, bei der sie sich für das Programm einschreiben. Es gibt in Deutschland sehr unterschiedliche Modelle der Integrierten Versorgung, z. B. das »Netzwerk psychische Gesundheit« oder das »Hamburger Modell« für Psychose-Kranke. Typische Angebote sind Netzwerkgespräche, Krisen- und Rückzugsräume oder das Hometreatment. Beim Hometreatment erfolgt die Behandlung in der Wohnung des Patienten.

Finanzierung: § 64b SGB V

Psychiatrische Abteilung und Klinik: Im Zuge der Psychiatrie-Reform wurden viele große psychiatrische Kliniken verkleinert oder ganz aufgelöst. Inzwischen ist die stationäre Behandlung in kleineren Häusern und vor allem in psychiatrischen Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus die Regel. Oft gibt es eine Aufnahmestation und Stationen mit einer Spezialisierung auf Sucht, Depression oder Gerontopsychiatrie. Stets besteht eine Aufnahmeverpflichtung für ein definiertes Einzugsgebiet. Die Aufnahme erfolgt vor allem zur Krisenintervention bei Selbst- oder Fremdgefährdung, zur Diagnostik und zur Einleitung der (vor allem medikamentösen) Behandlung. Ärzte, Psychologinnen, Pflegekräfte, Sozialarbeiterinnen und weitere therapeutische Professionen arbeiten gemeinsam im multiprofessionellen Team. Die Verweildauern sinken; 1990 waren die Patienten im Durchschnitt 50,9 Tage in stationärer psychiatrischer Behandlung, 2009 waren es nur noch

23,2 Tage (Statistisches Bundesamt nach SCHNEIDER 2012). 2018 wurde die stationsäquivalente Behandlung (StäB) eingeführt; sie ermöglicht die Behandlung der Patienten zuhause durch ein multiprofessionelles Team einer Klinik mit Pflichtversorgung.

Tageskliniken sind entweder Bestandteil eines Krankenhauses oder seltener eigenständige Einrichtungen. Die Patienten kommen an den Werktagen morgens in die Klinik, verbringen den Tag mit einem Behandlungsprogramm und fahren am Nachmittag wieder nach Hause. Die teilstationäre Behandlung ergänzt oder ersetzt die Krankenhausbehandlung und verhindert den Abbruch sozialer Beziehungen.

Finanzierung: über Tagessätze nach SGB V

Psychosomatische Klinik: Dieser Einrichtungstypus ist eine deutsche Spezialität. Menschen mit psychosomatischen Störungen, z. B. Schlafstörungen, Ängsten oder dem sogenannten Burn-out-Syndrom, werden für ca. sechs bis zehn Wochen in psychosomatischen Kliniken behandelt. Ausgeschlossen sind Patienten mit schweren Störungen wie schizophrenen oder affektiven Psychosen.

Finanzierung: Rentenversicherungsträger, private Krankenversicherung, Berufsgenossenschaften

5.2.3 Leistungen zur sozialen Teilhabe

Krankenkasse und Pflegeversicherung finanzieren therapeutische und pflegerische Leistungen zur Unterstützung der Klienten in ihrem eigenen Wohnraum, doch in diesem Abschnitt geht es ausschließlich um Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB IX zur sozialen Teilhabe. Der Begriff »Betreutes Wohnen« wird im Bundesteilhabegesetz ersetzt durch das übergeordnete »Wohnen mit Assistenzleistungen«.

Wohnen mit Assistenzleistungen: Es wird nicht mehr unterschieden zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Wohnformen. Die eigene Wohnung ist die Regel, ergänzt durch die sogenannten besonderen Wohnformen, bei denen zwei oder mehr Menschen gemeinsam leben, z. B. in einer Wohngemeinschaft oder in einem Wohnheim. Die bisher in der Eingliederungshilfe üblichen Einrichtungstypen wie Sozialpsychiatrisches Wohnheim, Übergangswohnheim oder Therapeutische Wohngemeinschaft u. a. gelten nun als »Besondere Wohnformen«. Die Unterstützung erfolgt in allen Fällen durch Assistenzleistungen. Hier wird unterschieden zwischen kompensatorischen Assistenzleistungen (Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung) und qualifizierten Assistenzleistungen, die zu einer

selbstständigen Alltagsbewältigung befähigen sollen. Welche Hilfen genau von der Klientin bzw. dem Klienten benötigt und gewünscht werden, wird beim Erstellen des Hilfeplans mit einem ICF-basierten Bedarfsermittlungsinstrument festgestellt und im Gesamtplanverfahren abgestimmt (siehe Abb. A5.1 siehe S. 130f.). Im Vordergrund steht der Aufbau einer Beziehung, aber auch die Unterstützung beim Einkaufen und Kochen, bei Arztbesuchen oder dem Knüpfen von neuen sozialen Kontakten.

Betreutes Leben in Familien: Bei der Familienpflege« sucht ein Familienpflegeteam nach geeigneten Gastfamilien, in denen die Klienten versorgt und engmaschig betreut werden. Die Familie erhält die »Hilfe zum Lebensunterhalt« und ein Betreuungsgeld. Sie wird von dem Team unterstützt. Dieses Modell hat sich vor allem im ländlichen Umfeld nicht nur für die langfristige Betreuung, sondern auch für die Hilfe in kritischen Lebensphasen sehr bewährt.

Tagesstätte, Beschäftigungstagesstätte: Tagesstätten für erwachsene psychisch Kranke sind Angebote zur sozialen Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft oder zur Teilhabe am Arbeitsleben. Manche Tagesstätten müssen an den vereinbarten Tagen verbindlich aufgesucht werden, andere stehen ähnlich wie Klubs und Treffpunkte (siehe unten) allen Besuchern einer Region an den Öffnungszeiten zur Verfügung. Der Aufbau einer aktivierenden Tagesstruktur durch Impulsgebung und die Vermittlung von sozialen Kontakten sind die Hauptaufgaben der Mitarbeiter. Von einem multiprofessionellen Team werden kreative, kommunikative und psychoedukative Gruppenaktivitäten angeboten. Die Besucher beteiligen sich beim Einkauf und bei der Zubereitung der gemeinsamen Mahlzeiten. Häufig sind Tagesstätten und Beschäftigungsangebote eng verknüpft (»flexible Tagesstätte«).

Finanzierung: Länderspezifische Regelungen

Klubs, Treffpunkte, Kontakt- und Beratungsstellen: Diese niedrigschwelligsten Bausteine der Gemeindepsychiatrie sind fast täglich für jeden geöffnet, der Besuch ist unverbindlich. Vor allem Psychiatrie-Erfahrene treffen in Kontakt- und Beratungsstellen Freunde und Bekannte, trinken Kaffee und spielen Gesellschaftsspiele. Das preiswerte Frühstück und die Kochgruppe sind besonders beliebt. Es gibt unterschiedliche Gruppenangebote, Feste werden gefeiert, Ausflüge unternommen. Häufig wird psychosoziale Beratung angeboten.

Finanzierung: sehr unterschiedlich, selten im Rahmen des Betreuten Wohnens, häufiger über pauschale Zuwendungen der Kommunen

5.2.4 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Arbeit und Beschäftigung

Psychisch erkrankte Arbeitssuchende haben zunächst einmal denselben Status wie andere Kranke auch; sie fallen in die Zuständigkeit des SGB II, denn sie gelten grundsätzlich als erwerbsfähig, auch wenn sie vorübergehend krankgeschrieben sind. Für die Integration in Arbeit sind zunächst die »persönlichen Ansprechpartner« (pAp) zuständig; häufig werden psychisch erkrankte Arbeitssuchende jedoch wie alle anderen Klienten mit »multiplen Vermittlungshemmnissen« an Fallmanagerinnen oder das Reha-Team weiterverwiesen. Die Arbeitsagentur kann Arbeitsgelegenheiten selbst vermitteln oder durch unterschiedliche Maßnahmen fördern; sie verfügt über Möglichkeiten der Beschäftigungs- und Integrationsförderung (siehe §§ 16, 16 a SGB II). Unterschiedliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) dienen der beruflichen Rehabilitation, z. B. die Unterstützte Beschäftigung (UB) nach § 38 a SGB IX, bei der die Unterstützung direkt am Arbeitsplatz erfolgt. Eine detaillierte Übersicht findet sich bei GÜHNE und RIEDEL-HELLER (2015). Neu für diese Personengruppe sind die Angebote »Andere Leistungsanbieter« sowie das »Budget für Arbeit«, das eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt ermöglicht.

Ziel dieser Leistungen ist die langfristige sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf dem regulären Arbeitsmarkt. Die unterschiedlichen Leistungen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung können hier nicht detailliert vorgestellt werden. Ansprechpartner sind vorrangig die Berater der Agentur für Arbeit, der gemeinsamen Servicestellen und die Integrationsfachdienste. Fachlich leitend sind die Prinzipien Rehabilitation vor Rente und die Unterstützung am Arbeitsplatz durch einen Jobcoach (Supported Employment, ebd., S. 56).

Finanzierung: Agentur für Arbeit oder Rentenversicherung

Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen: Hierbei handelt es sich in der Regel um stationäre, seltener ambulante ärztlich geleitete Einrichtungen. Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) sind ganz auf die medizinische und berufliche Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen ausgerichtet. Die Maßnahmen dauern in der Regel zwei Jahre.

Finanzierung: Kranken- und Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit
Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke, Berufstrainingszentren: In speziellen Berufsbildungswerken (BBW) absolvieren vor allem junge Menschen mit einer psychischen Störung ihre erste Berufsausbildung, die eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt ermöglichen soll. Wohnplätze sind üblich.

Das Berufsförderungswerk (BFW) ist eine überregionale Einrichtung zur beruflichen Rehabilitation von psychisch Kranken, die bereits berufstätig waren. Hier werden vor allem Umschulungsmaßnahmen durchgeführt.

Das Berufstrainingzentrum (BTZ) ist für psychisch Kranke zuständig, die eine Ausbildung absolviert haben und berufstätig waren, aber aufgrund wiederholter psychischer Erkrankungen eine Trainingsmaßnahme benötigen, um sich auf die Aufnahme einer Arbeit vorzubereiten. An eine dreimonatige Orientierungsphase schließt sich die zwölfmonatige Qualifizierungs- und Wiedereingliederungsphase an, die teilweise im Rahmen von Praktika außerhalb des BTZ stattfindet.

Werkstätten für behinderte Menschen: Diese Einrichtung ist traditionell auf die Förderung und Beschäftigung geistig und körperlich Behinderter ausgerichtet. Viele Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) haben spezielle Projekte für seelisch Behinderte oder ausgelagerte Arbeitsplätze in Unternehmen des ersten Arbeitsmarktes («virtuelle Werkstatt»). Schwerst- und Mehrfachbehinderte besuchen spezielle Fördergruppen. Neu für diese Personengruppe sind die Angebote »Anderer Leistungsanbieter« sowie das »Budget für Arbeit«, das eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt ermöglicht.

Finanzierung: Das Arbeitsentgelt in der WfbM ist sehr unterschiedlich und hängt von der Leistungsfähigkeit ab; es wird durch ein Arbeitsförderungsgeld aufgestockt. Die Betreuungskosten werden für die Eingangs- und Trainingsbereiche von der Bundesanstalt für Arbeit geklärt und meist auch übernommen. Im Arbeitsbereich und in den Fördergruppen erfolgt die Übernahme der Kosten durch den Sozialhilfeträger.

Integrationsfirmen, Selbsthilfefirmen: In Integrationsfirmen arbeiten Klienten mit einer anerkannten Schwerbehinderung in Voll- oder Teilzeit, gemeinsam mit ihren nicht behinderten Kollegen. Die Bezahlung orientiert sich an den üblichen Tarifen. Integrationsfirmen erhalten von den Integrationsämtern einen zeitlich befristeten Lohnzuschuss. Auch in regulären Unternehmen gibt es Integrationsabteilungen oder Integrationsarbeitsplätze für einzelne behinderte Klienten, die von den Integrationsämtern gefördert werden.

Zuverdienstprojekte: Die Klienten arbeiten stundenweise in einem Projekt eines Trägers, z. B. einer Kantine, einer Gärtnerei, einem Laden, und erhalten ein geringfügiges Entgelt, das oft die Rente oder Grundsicherung ergänzt. Die Anzahl der Stunden und die Höhe des anrechnungsfreien Zuverdienstes sind individuell und regional sehr unterschiedlich.

Finanzierung: Länderspezifische Regelungen

↓ **Abbildung A 5.1** Bedarfsermittlung und Leistungsfeststellung im Rahmen der



Gesamtplanung (nach KONRAD 2019, 40 f.)

	Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX
	Allgemeine Erledigungen des Alltags wie die Haushaltsführung
	Gestaltung sozialer Beziehungen
Leistungen zur sozialen Teilhabe nach § 113 SGB IX	Persönliche Lebensplanung
	Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben
	Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten
	Sicherstellung der Wirksamkeit ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen
	Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten in der Gemeinschaft nach § 81 SGB IX
	Leistungen zur Beschäftigung nach § 111 SGB IX
Teilhabe am Arbeitsleben nach § 111 SGB IX	Leistungen im Arbeitsbereich anerkannter WfbM nach §§ 58 und 62 SGB IX
	Leistungen bei anderen Leistungsanbietern nach den §§ 60 und 62 SGB IX
	Leistungen bei privaten und öffentlichen Arbeitgebern nach § 61 SGB IX (Budget für Arbeit)
Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 112 SGB IX	Hilfen zur schulischen Aus- oder Weiterbildung nach § 112 SGB IX
Medizinische Reha nach § 42 SGB IX	Leistungen der medizinischen Reha entsprechend den Regelungen für die GKV (SGB V)

Integrationsfachdienste: Hier werden psychisch erkrankte und behinderte Arbeitnehmer, ihre Kollegen und Vorgesetzten beraten. Integrationsfachdienste (IFD) helfen Menschen, die als schwerbehindert gelten (oder diesen gleichgestellt sind), bei der Suche nach einem geeigneten Ausbildungs- oder Arbeitsplatz, z. B. über Praktika und Unterstützung durch Jobcoaching. Integrationsfachdienste sind in unterschiedlichen Trägerschaften organisiert, bisweilen den Werkstätten für behinderte Menschen angeschlossen und für ein definiertes Einzugsgebiet zuständig; sie können von den Rehabilitationssträgern im konkreten Einzelfall beauftragt werden.

Finanzierung: über die Integrationsämter

5.2.5 Pflege ambulant, teilstationär und stationär

Auch die Pflege psychisch Kranker erfolgt zunehmend in der eigenen Wohnung. Gut eingeführt sind die Leistungen »Häusliche Krankenpflege« nach SGB V und die »Hilfe zur Pflege« nach SGB XII. Eine Sonderform ist die Ambulante Psychiatrische Pflege (siehe dort).

Tagespflege: Flächendeckend stehen als Einrichtungen der Tagespflege geriatrische und gerontopsychiatrische Tagesstätten zur Verfügung. Die Klienten werden zu Hause abgeholt; Mahlzeiten werden gemeinsam eingenommen, zahlreiche Angebote dienen der Aktivierung und Sinnstiftung. Angebote der Kurzzeitpflege mit 24-Stunden-Betreuung dienen der Entlastung von Angehörigen oder der Überbrückung von Notlagen.

Finanzierung: SGB V, SGB XI oder als Hilfe zur Pflege SGB XII

Pflegeheime: Viele psychisch Kranke leben »fehlplatziert« in Pflegeheimen. Besonders für schwierige Klienten findet sich oft kein Platz im gemeindepsychiatrischen System, manchmal werden sie sogar in ein anderes Bundesland abgeschoben. Einige Heime haben geschlossene Plätze für Klienten mit einem Unterbringungsbeschluss nach § 1906 BGB. Manche Pflegeheime nehmen auch Klienten ohne Pflegegrad, aber mit einer Empfehlung des MDK auf; die Kostenübernahme muss dann beim Sozialhilfeträger über das SGB XII als stationäre Hilfe zur Pflege beantragt werden.

Finanzierung: SGB XI, SGB XII

5.3 Leistungen für Abhängigkeitskranke

Erst 1968 wurde die Alkoholabhängigkeit in einem Grundsatzurteil des Bundessozialgerichts als Krankheit anerkannt. Noch in den 1970er Jahren wurde postuliert, der Suchtkranke müsse sich erst an einem Tiefpunkt

befinden, bevor er den nötigen Leidensdruck habe, um abstinenter zu werden. Ein alternatives Behandlungsziel schien nicht möglich. Inzwischen ist klar: Abhängige können in jeder Phase der Erkrankung abgeholt werden, deshalb sind immer wieder neue Angebote sinnvoll. »Harm reduction« hat Vorrang; die Behandlung mit Ersatzstoffen (Substitution) hat sich bewährt. Rückfälle werden als Chance gesehen, sogar mäßiges oder kontrolliertes Trinken werden als Behandlungsziele akzeptiert.

Für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen hat sich das System der Suchthilfe etabliert, das neben dem Hilfesystem für psychisch kranke Menschen besteht. Die Kooperation funktioniert regional unterschiedlich gut und hängt oft von den persönlichen Beziehungen der Mitarbeitenden ab. Da je nach konsumierter Substanz ca. 20–70 % aller Klienten an einer Doppeldiagnose leiden (siehe C 3, »Lernfall Sucht«), besteht zwangsläufig ein fließender Übergang zwischen den beiden Hilfesystemen. Vor allem die Leistungen zur sozialen Teilhabe öffnen sich zunehmend den Klienten, die sowohl an einer psychischen Störung als auch unter einer Abhängigkeit leiden. Auch für diese Zielgruppe gibt es inzwischen spezialisierte Angebote.

Suchtberatungsstellen: In freier oder öffentlicher Trägerschaft beraten und begleiten Sozialarbeiterinnen und Psychologen Menschen mit einem problematischen Konsum, insbesondere von Alkohol und Medikamenten, aber auch ihre Angehörigen. Illegale Drogen, vor allem Cannabis, Heroin, Kokain und Crystal Meth gehören manchmal in das Spektrum, viele Suchtberatungsstellen haben sich spezialisiert. Auch für stoffungebundene Süchte (Essstörungen, Glücksspiel, Internet) gibt es Angebote. Häufig werden moderierte Gruppen angeboten, und es besteht eine Kooperation mit den regionalen Selbsthilfegruppen und den Krankenhäusern. In der offenen Sprechstunde lassen sich vor allem Menschen beraten, die Hilfe auf dem Weg zur Abstinenz suchen. Ein Mindestmaß an eigener Motivation zur Veränderung ist Voraussetzung.

Für die Konsumenten illegaler Drogen wird vor allem in großen Städten ein eigenständiges System vorgehalten: Es gibt mobile Drogenberatung an Brennpunkten wie z. B. Bahnhöfen mit Spritzenvergabe und medizinischer Versorgung, niedrigschwellige Räume für den sicheren Konsum (Fixerstuben), Kriseneinrichtungen, Notunterkünfte und Therapievermittlung.

Drogenberatungsstellen sind auch die erste Anlaufstellen für Substitution. Die Vergabe des Ersatzstoffs, z. B. Methadon, Subutex, erfolgt in speziellen Arztpraxen, in denen der Klient täglich vorsprechen muss. In wenigen Ambulanzen und Praxen wird der Originalstoff (Heroin) vergeben.

Finanzierung: Die psychosoziale Beratung ist eine Leistung der Eingliederungshilfe; spezielle niedrigschwellige Angebote wie Streetwork und Spritzenräume werden pauschal über Zuwendungen des Landes oder der Kommune und durch Spenden finanziert.

Selbsthilfe: Abstinente Alkoholabhängige haben – lange vor den Psychiatrie-Erfahrenen – das Konzept der Selbsthilfegruppen entwickelt. Es hat sich bewährt, die Wirksamkeit ist erwiesen. Ausgehend von der Gründung der »Anonymen Alkoholiker« (AA) 1935 in den USA existiert inzwischen weltweit ein dichtes Netz von Organisationen und Gruppen mit unterschiedlichen Ansätzen. Grundprinzipien sind stets die Niedrigschwelligkeit und die Anonymität, fast immer gibt es Grundsätze oder Regeln, die durch die Zugehörigkeit zu einer emotional bindenden Gemeinschaft zur Festigung führen. Es gibt Gruppen für Angehörige (z. B. Al-Anon) und Drogenabhängige (Narcotics Anonymous).

Finanzierung: Selbsthilfeförderung nach § 20c SGB V, außerdem finanzielle Förderung durch die Reha-Träger, durch Länder und Kommunen sowie Spenden

Ambulante Entzugsbehandlung: Viele Suchtberatungsstellen führen in Kooperation mit Ärzten eine ambulante Entzugsbehandlung durch; für das Angebot der medizinischen Rehabilitation stehen Mitarbeiterinnen mit einer entsprechenden Zusatzausbildung zur Verfügung.

Finanzierung: auf Antrag über die entsprechenden Kostenträger (Krankenkasse oder Rentenversicherung)

Stationäre Entzugsbehandlung: Fast die Hälfte aller Aufnahmen in stationäre Krankenhausbehandlung erfolgt wegen des schädlichen Konsums oder der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, insbesondere von Alkohol. Für den Entzug finanzieren die Krankenkassen einen Aufenthalt von ein bis zwei Wochen. Die »qualifizierte Alkoholentzugsbehandlung« erfolgt vor allem auf psychiatrischen Stationen und dauert ca. drei Wochen. Manche Kliniken nehmen niedrigschwellig auf, andere führen zur Prüfung der Motivation Vorgespräche und verlangen die Vorlage einer ärztlichen Einweisung oder die Kostenübernahme der Krankenkasse. Natürlich werden Notfälle nicht abgewiesen. Falls erforderlich, wird der körperliche Entzug medikamentös gestützt. Nach Abklingen der Entzugssymptomatik werden die Patienten umfassend zum Thema Sucht informiert; externe Selbsthilfegruppen stellen sich vor. Die Sozialarbeiterinnen des Sozialdienstes beraten und klären bei sozialen Problemlagen, z. B. Mietrückständen oder Wohnungslosigkeit. Vor allem aber helfen sie bei der Einleitung einer ambulanten oder stationären Therapie. Die Entgiftung von illegalen

Drogen erfolgt in speziellen Suchtfachkliniken oder in psychiatrischen Abteilungen.

Finanzierung: Krankenkasse SGB V

Entwöhnung: Der Antrag beim Rentenversicherungsträger auf Übernahme der Kosten für diese medizinische Rehabilitationsmaßnahme wird häufig während der Entzugsbehandlung mithilfe der Sozialarbeiterin gestellt. Sie hilft auch bei der Suche nach einer geeigneten Einrichtung. Der Nachweis der Versicherungszeiten, ein ärztliches Gutachten und der Sozialbericht müssen vorliegen, die Aussicht auf Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit muss bescheinigt werden. Ziele der Entwöhnungsbehandlung, die fast immer noch stationär in spezialisierten Kliniken erfolgt, sind, die Funktionsfähigkeit des Abhängigkeitskranken in Alltag und Beruf zu verbessern und die Abstinenz zu stabilisieren. Immer noch werden viele Entwöhnungsbehandlungen in Suchtkliniken fernab vom Lebensfeld der Klienten durchgeführt, zunehmend häufiger erfolgt die Behandlung jedoch im regionalen System der Suchthilfe. Beides hat seine Vor- und Nachteile. Nachsorge in Form von Gesprächen ist Bestandteil der Therapie; manche Klienten wohnen für einige Monate zur »Anpassung« (Adaption) an den Alltag in einer betreuten Adaptionseinrichtung.

Finanzierung: bei Alkohol, Medikamenten, Drogen und pathologischem Glücksspiel vorrangig der Rentenversicherungsträger, nachrangig (und bei nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten) die Krankenkasse, zuletzt Sozialhilfe; viele private Krankenversicherungen schließen Sucht aus

Seit 2001 gibt es die Vereinbarung zur Regelung der Leistungs- und Kostenzuständigkeit für alle Abhängigkeitserkrankungen mit der Trennung von Akut- und Rehabilitationsbehandlung: http://www.suchthilfe.de/basis/vereinb_abhaengigkeitserkr5-2001.pdf.

Leistungen zur sozialen Teilhabe: Die gesamte Palette der ambulanten Unterstützung wird auch für Abhängigkeitserkrankte vorgehalten: die Unterstützung in der eigenen Wohnung oder der Wohnung des Trägers, in der Wohngruppe, im Wohnverbund oder im Sozialtherapeutischen Heim. Manchmal ist Abstinenz eine Bedingung, immer häufiger wird der Konsum individuell ausgehandelt.

Leistungen der Pflege: Nicht wenige Suchtkranke leiden unter multiplen körperlichen und psychischen Erkrankungen in der Folge des Konsums; für sie wurde der Terminus CMA (chronisch mehrfach beeinträchtigte Alkoholabhängige) eingeführt. Häufig benötigen sie ambulante oder stationäre Hilfe zur Pflege. Leider leben auch viele jüngere Suchtkranke fehlplatziert in Pflegeheimen.

Finanzierung: SGB XI, SGB XII

Wohnungslosenhilfe: Etwa 90 % aller Bewohner von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sind psychisch krank, vor allem suchtkrank (BÄUML 2016). Somit gehören die Angebote der Wohnungslosenhilfe indirekt zu den wichtigsten Leistungen für psychisch erkrankte Menschen, obwohl ihre Aufgabe die Überwindung »besonderer sozialer Notlagen« (§ 67 SGB XII) ist. Leistungen der Eingliederungshilfe sind zwar vorrangig zu gewähren, viele wohnungslose Klienten lehnen aber das Etikett »psychisch krank« ab und ebenso die Leistungen der Gemeindepsychiatrie.

Finanzierung: Die Finanzierung erfolgt im Rahmen der Daseinsfürsorge der Kommunen durch die Sozialhilfe; Maßnahmen nach § 67 SGB XII werden häufig über die Soziale Wohnhilfe vermittelt und unabhängig vom Einkommen im Rahmen des SGB XII finanziert.

Zusammenfassung

Im Zuge der Psychiatrie-Reform wurde in Deutschland von vielen unterschiedlichen Akteuren und Initiativen ein vielfältiges gemeindepsychiatrisches Hilfenetz aufgebaut. Im Zentrum steht inzwischen nicht mehr die stationäre Behandlung in Krankenhäusern und Heimen, sondern die für jeden einzelnen Menschen angemessene Unterstützung, vorrangig in der eigenen Wohnung. Hier wirken die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention und des Bundesteilhabegesetzes.

Wir haben Ihnen in diesem Kapitel ein expandierendes und sich ständig weiterentwickelndes Feld vorgestellt, das vor allem Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern viele Arbeitsplätze mit einem ganzen Spektrum spannender Tätigkeiten bietet. Es lohnt sich, das System der gemeindepsychiatrischen Hilfen in der Praxis kennenzulernen, weil viele der eher trocken und bürokratisch wirkenden Leistungen erst in der persönlichen Begegnung wirklich zu erfassen sind. Und: Nur wer das gemeindepsychiatrische Hilfesystem gut kennt, kann psychisch Kranke und ihre Angehörigen beraten, die passenden Leistungen vermitteln und sie bei der Durchsetzung von Ansprüchen unterstützen.

Die Gemeindepsychiatrie ist ein spannendes Arbeitsgebiet, weil es sich ständig verändert und dazu anregt, gemeinsam mit anderen Akteuren innovative Konzepte zu entwickeln. Nur wenn Sie das Hilfesystem und seine leistungsrechtlichen Grundlagen gut kennen, wird es Ihnen gelingen, Ihre Ideen auch umzusetzen.

Vertiefungsmöglichkeiten

Literatur

- T. BECKER, H. HOFFMANN, B. PUSCHNER, S. WEINMANN (2008):
Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart:
Kohlhammer.
- D. KLECHA, D. BORCHARDT (2007): Psychiatrische Versorgung und
Rehabilitation. Freiburg: Lambertus.
- M. KONRAD (2019): Die Assistenzleistung. Anforderungen an die
Eingliederungshilfe durch das BTHG. Köln: Psychiatrie Verlag.
- M. ROSEMAN, M. KONRAD (2020): Selbstbestimmtes Wohnen
kompakt. Köln: Psychiatrie Verlag.

... Internet

Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven. Bericht
der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Ge-
sundheitsministerkonferenz 2012

[https://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/
GMK-Bericht_2012_der_AG_Psychiatrie_de__AOLG.pdf](https://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/GMK-Bericht_2012_der_AG_Psychiatrie_de__AOLG.pdf)

Wohnungslos = psychisch krank?

Ergebnisse der SEEWOLF-Studie 2014

<http://www.mri.tum.de/node/2685>

Fragen und Übungen

1. Recherchieren Sie die konkreten psychiatrischen Unterstützungsangebote vor Ort, welche Einrichtungen und Beratungsangebote gibt es und welche Gremien zu ihrer Steuerung?
2. An welcher Stelle können Sozialarbeiterinnen Weichen stellen, Stigmatisierung von psychisch Kranken verhindern und Inklusion fördern?
3. Was spricht für oder gegen wohnortnahe Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitserkrankte?