

## »SEGEL SETZEN 2016«

Armut behindert Teilhabe -  
Was können wir dagegen tun?

Fachtagung des  
Netzwerks  
Sozialpsychiatrischer  
Dienste in  
Deutschland

21.- 22. April 2016

Freizeitheim Vahrenwald, Hannover

Das „Inverse Care Law“  
– Der Sozialdarwinismus  
infiltriert  
die Versorgungsstrukturen;  
was können wir tun?

Prof. Dr. Günther Wienberg  
v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel

- 1\_\_\_ Nach der Reform ist vor der Reform!
- 2\_\_\_ Das *inverse care law*
- 3\_\_\_ Exkurs: Nehmen psychische Störungen zu?
- 4\_\_\_ Wegmarken für die weitere Reform
- 5\_\_\_ Das Funktionale Basismodell
- 6\_\_\_ .... und wie es praktisch werden könnte

## Was die bisherige Reform gebracht hat...

- \* Die Regel-Behandlung erfolgt heute weithin gemeindenah, mit erheblich weniger Krankenhausbetten, sehr viel häufiger tagesklinisch und ambulant
- \* Die Psychiatrie verfügt über wesentlich mehr Fachpersonal als vor 40 Jahren sowie über ein erheblich breiteres Repertoire an evidenzbasierten pharmakologischen und psychosozialen Interventionen
- \* Die Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe sind durch Enthospitalisierung, Dezentralisierung und „Ambulantisierung“ erheblich größer geworden
- \* In der Eingliederungshilfe Wohnen werden ca. 2/3 der Klientel ambulant in der eigenen Wohnung unterstützt
- \* Es gibt ein differenziertes System von Diensten und Einrichtungen zur beruflichen Reha und zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung
- \* Die Angebote sind stärker in den jeweiligen Sozialräumen verortet und verankert
- \* Generell wird die Reform in vielen Regionen getragen von einer Kultur des Dialogs: Partnerschaft auf Augenhöhe zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen; die Zahl der Regionen, in denen Peer-Arbeit etabliert ist, steigt kontinuierlich.

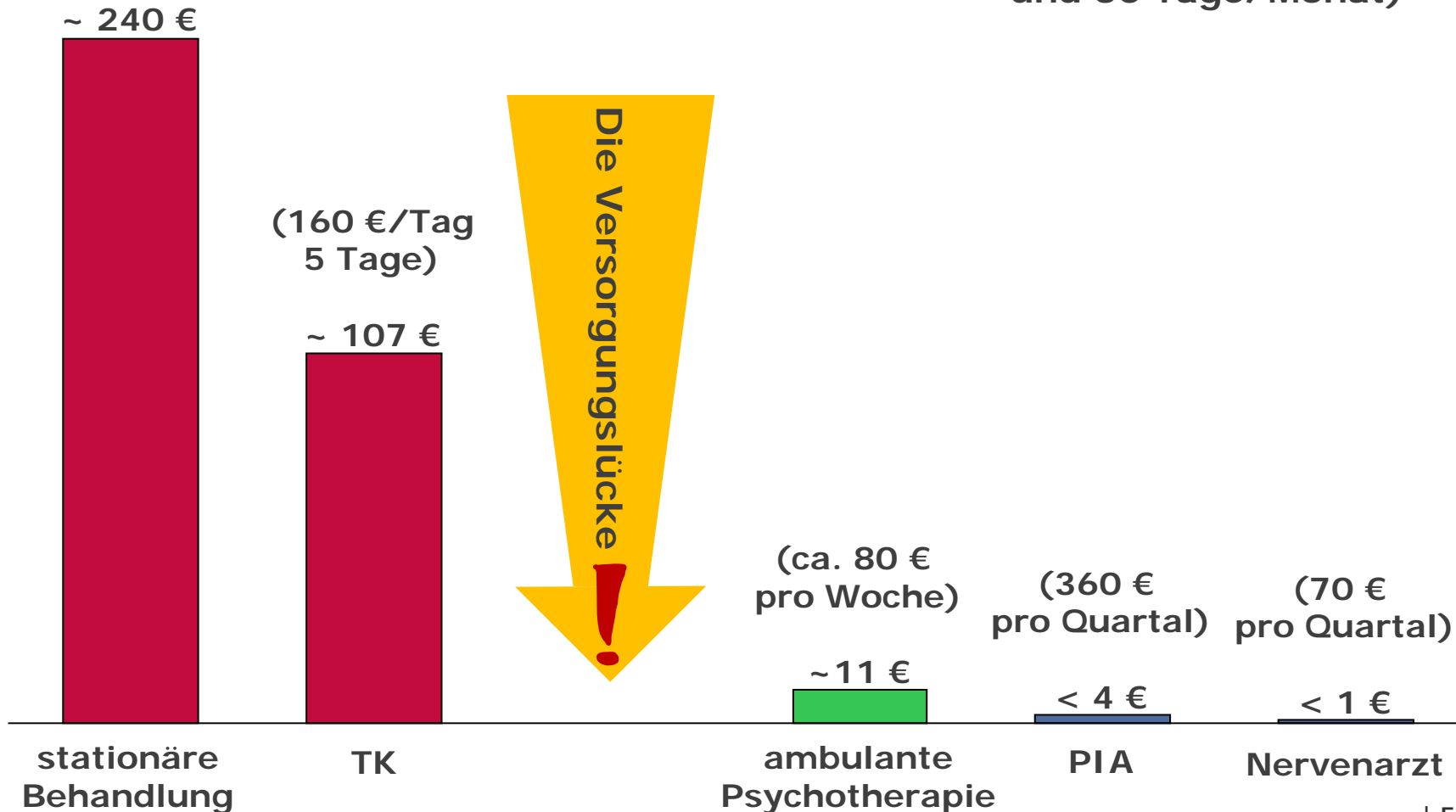
## ... und welche Probleme ungelöst sind (Behandlung)

- \* Die Zahl der psychiatrischen Krankenhausbetten hat sich bis Mitte der 2000er Jahre mehr als halbiert. Seitdem steigt die Zahl der Betten und Plätze in der Regelversorgung wieder deutlich an.
- \* Die durchschnittliche stationäre Verweildauer ist von mehreren Monaten auf unter 20 Tage gesunken. Zugleich dreht sich die Drehtür immer schneller: 1-Jahres-Wiederaufnahmeraten zwischen 40 % und 65 %!
- \* Die Zahl der „speziellen“ Krankenhausbetten für Psychiatrie/Psychotherapie und Psychosomatik hat sich seit 1990 auf mehr als 37.000 verdoppelt!
- \* Die Plätze im Maßregelvollzug haben sich seitdem auf 10.500 verdreifacht!
- \* Die Zahl der niedergelassenen Fachärzte stagniert, die Zahl der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten ist seit 1991 auf über 20.000 explodiert!
- \* Niedergelassenen Fachärzte versorgen ca. 70 % der Patienten mit 25 % des Budgets und Psychotherapeuten ca. 30 % der Patienten mit 75 % des Budgets! Fachärzte erhalten ca. 60 €/Quartal, Psychotherapeuten ca. 80 €/Std.!
- \* Die Finanzierung der PIAs ist je nach Bundesland unterschiedlich geregelt. Ihr Leistungsspektrum reicht von einer minimalistischen Komm-Struktur bis zu umfassender multiprofessioneller, z. T. sogar aufsuchender Behandlung.
- \* Psychiatrische Pflege und Soziotherapie sind wegen restriktiver Bewilligungs- und Finanzierungspraktiken bei weitem nicht flächendeckend verfügbar.

## ... und welche Probleme ungelöst sind (Behandlung)

Im SGB-V-Bereich gibt es eine große Finanzierungs- und Versorgungslücke.

▶ GKV-finanzierte Tageskosten (kalkuliert auf 7 Tage/Woche und 30 Tage/Monat)



## ... und welche Probleme ungelöst sind (Teilhabe)

- \* Immer noch leben fast 58.000 Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Heimen! Hinzu kommt eine niedrige fünfstellige Zahl von in Pflegeeinrichtungen fehlplatzierter Menschen – bundesweite Zahlen fehlen.
- \* Viele Betroffene finden kein geeignetes Wohnunterstützungsangebot in ihrem Lebensumfeld und sind auf gemeindeferne Einrichtungen angewiesen.
- \* Der Leistungsumfang des Ambulant Betreuten Wohnens ist i. d. R. auf wenige Fachleistungsstunden/Woche begrenzt, und es fehlt die Unterstützungssicherheit 7/24. Damit ist seine Wirkung als Heimalternative sehr begrenzt.
- \* Das meiste Geld fließt in stationäre Leistungen: 2014 ca. 2,4 Mrd. €. Für die ambulante Unterstützung wurden lediglich 1,2 Mrd. € aufgewendet.
- \* Es gibt keine statistische Beziehung zwischen Wohnform/Betreuungsintensität/Kosten einerseits und der Schwere der psychischen Störung/dem sozialen Funktionsniveau andererseits.
- \* Die Zahl der psychisch kranken Menschen in WfbM steigt kontinuierlich, die Vermittlungsquote aus der WfbM in den ersten Arbeitsmarkt ist < 1 %.
- \* 1/3 der Versicherten im Arbeitslosengeld-II-Bezug weisen innerhalb eines Jahres mindestens eine psychiatrische Diagnose auf.
- \* Allein zwischen 2007 und 2013 stieg die Zahl der Berentungen wegen Erwerbsminderung bei psychisch Erkrankungen von 45.000 auf 66.000!

## ... und welche Probleme ungelöst sind (generell)

- \* **Mangelnde Personenorientierung:** Unterstützungs-Dichte und Unterstützungs-Setting sind eng verknüpft. Das heißt, der Bedarf nach komplexer und intensiver Unterstützung kann nur unter stationären Bedingungen bzw. in einem institutionellen Setting gedeckt werden. Das schränkt Wahlfreiheit ein!
- \* **Fragmentierung der Leistungen:** In dem gegliederten System der sozialen Sicherung ist die sektor- und sozialgesetzbuchübergreifende Fallkoordination im Quer- und Längsschnitt äußerst aufwändig und meist ungenügend.
- \* **Mangelnde Kontinuität:** Der ständige Wechsel des Unterstützungssettings führt immer wieder zu Brüchen der personellen und inhaltlichen Kontinuität. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind kaum in der Lage, dies durch eigene Transfer- und Koordinierungsleistungen zu kompensieren.
- \* **Unzureichende Evidenzbasierung:** Es gibt eine Fülle von evidenzbasierten Versorgungsmodellen und Interventionen, die in Deutschland entweder gar nicht oder nicht flächendeckend verfügbar sind.
- \* **Eklatante Versorgungslücken:** Ganze Gruppen profitieren kaum oder gar nicht vom psychiatrischen Versorgungssystem: Die Prävalenz von (schweren) psychischen Erkrankungen bei Menschen in Strafhaft oder wohnungslosen Menschen ist > 70 %!

## Was in der nächsten Phase der Reform geschafft werden muss

### \* Auf **Personen-Ebene:**

- \_konsequente Personenorientierung
- \_funktionaler statt institutioneller Zugang
- \_sektor- und sozialgesetzbuchübergreifende Integration der Leistungen
- \_Gewährleistung von Wahlmöglichkeiten, Selbstbestimmung, Inklusion.

### \* Auf **System-Ebene:**

- \_ambulant konsequent vor stationär, Verlangsamung der Drehtür
- \_Barrierefreiheit (z. B. beim Zugang zu Psychotherapie)
- \_Entkopplung von Unterstützungssetting und Unterstützungsintensität
- \_langfristige konzeptionelle und personelle Kontinuität
- \_nachgewiesene Ergebnisqualität.



Das **Inverse Care Law** ist nur zu überwinden, wenn Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen entsprechend **komplexe, intensive und flexible Unterstützungsleistungen in ihrer Lebenswelt** zur Verfügung stehen!



### *The patient goes where the money flows!*

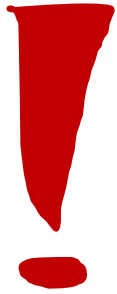
James Tudor Hart, englischer Mediziner (1971):

*„The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served“.*

Auch heute gilt in Deutschland: Je schwerer die Erkrankung und je komplexer die psychosozialen Folgeprobleme, umso geringer sind die Chancen der Betroffenen, die für sie not-wendige Unterstützung zu bekommen.

- \* **Hart:** Dieser Zusammenhang ist umso enger, je stärker die (medizinische) Versorgung Markt-Kräften unterworfen ist. Und: Die Marktgesetzen unterworfenen Verteilung medizinischer Versorgung ist eine primitive und historisch überholte soziale Form, und die Rückkehr dahin wird die Fehlallokation (medizinischer) Ressourcen verschärfen.
- \* **Unter anderem deshalb ist (auch) die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland gekennzeichnet von einem Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung.**

### Drei-Klassen-Versorgung? (Behandlung)



- ~ 54.000 Betten in der psychiatrischen Regelversorgung (+ ~ 12.000 Tagesklinik-Plätze)
- ~ 37.000 Betten in der „speziellen“ psychotherapeutischen/psychosomatische Versorgung
- ~ 11.000 Patienten in der Forensik



#### Drei-Klassen-Psychiatrie?!

1. Psychosomatik | Psychotherapie

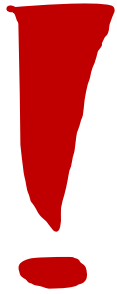


2. Psychiatrische Regelversorgung



3. Forensik

### Drei-Klassen-Psychiatrie?! (Teilhabe)



- ~ 180.000 Menschen in der Sozialhilfe Wohnen für chronisch kranke/behinderte Menschen
- > 20.000 Menschen mit Behinderungen in Pflegeeinrichtungen
- ~ 190.000 (schwer) psychisch kranke Menschen in Haft und wohnungslos



Drei-Klassen-Psychiatrie auch bei den ärmsten und am meisten von sozialer Ausgrenzung bedrohten psychisch kranken Menschen?!

#### 1. Sozialhilfe



#### 2. Pflegeheim



#### 3. Justizvollzug/Wohnungslosenhilfe

#### Ein „Tatsache“ aus der Nähe betrachtet:

- \* Die enorme Ausweitung der Fallzahlen sowie der Behandlungs- und Teilhabeleistungen hat bis hinein in die Fachöffentlichkeit zur **Annahme** geführt, dass die Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung zugenommen hat und weiter zunimmt.
- \* Wiederholte und repräsentative Querschnitts- sowie Längsschnittstudien zeigen aber: **Es gibt keinen Anstieg der Prävalenz in der Population** – weder in Deutschland, noch in Europa (mit Ausnahme der altersbedingten psychischen Störungen).
- \* **Allerdings steigt die institutionelle Prävalenz**, d. h. die Inanspruchnahme von ambulanten und (teil-)stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen oder Teilhabeleistungen.



**Eine annähernd gleich gebliebene Zahl psychisch kranker Menschen nimmt mehr Leistungen in Anspruch. Dabei ist vor allem die Inanspruchnahme durch leichter Kranke gestiegen!**

### A. Primäre Ausrichtung am Bedarf von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen!

- \* Zwischen 1 und 2 % der Erwachsenenbevölkerung = **0,5 bis 1 Mio. Menschen** leiden zu jedem Zeitpunkt an einer schweren psychischen Erkrankung:
  - \_Vorliegen irgendeiner psychischen Störung
  - \_Dauer der Erkrankung/Behandlung mindestens 2 Jahre
  - \_psychosoziale Beeinträchtigung erreicht eine Schwere, die durch eine gültige Skala quantifizierbar ist (z. B. GAF)
- \* Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung **können vorübergehend oder auf Dauer nicht von den Regelangeboten der niedergelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten profitieren**, weil sie diese nicht (zuverlässig) wahrnehmen und weil dort die Ressourcen für ihre aufwändige Behandlung fehlen.
- \* Sie sind außerdem **in hohem Maß von Armut und sozialer Exklusion bedroht**: materielles Existenzminimum, Arbeitslosigkeit, prekäre Wohnverhältnisse, fehlende Partnerschaft, eingeschränktes soziales Netzwerk.

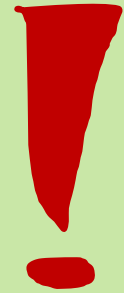
### B. Konsequente Orientierung an den Grundsätzen der UN-BRK

- \* **Allgemeine Grundsätze:**  
Würde, Autonomie, Freiheit, Nichtdiskriminierung, **volle und wirksame Teilhabe**, Chancengleichheit und Zugänglichkeit (Art. 3)
- \* **Spezielle Rechte:**  
Unabhängige Lebensführung verbunden mit **Wahlmöglichkeiten, wo und mit wem man leben möchte**, sowie dem **„Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause“** (Art. 19)  
Gesundheitsversorgung (Art. 25)  
Arbeit (Art. 27)  
Habilitation und Rehabilitation (Art. 26)
- \* Der Grundsatz der selbstbestimmten Lebensführung schließt die **Verfügbarkeit von Wahlmöglichkeiten ein**, einschließlich der Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, dem Leben in der eigenen Wohnung und der sozialen Teilhabe im Quartier.

### C. Berücksichtigung der internationalen wissenschaftlichen Evidenz

- \* **S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“** (DGPPN 2013, Aktualisierung läuft): einzelfallbezogene und systembezogene Interventionen

- \* **Kern der systembezogenen Empfehlungen** der S3-Leitlinie sind
  - \_ambulante
  - \_multiprofessionelle
  - \_bei Bedarf mobile
  - \_bei Bedarf nachgehende
  - \_7 Tage/24 Std. verfügbare **gemeindepsychiatrische Teams!**(Evidenzklasse Ia, Empfehlungsgrad A)



- \* Die diesbezügliche Evidenz basiert auf mehr als **100 randomisierten, kontrollierten Studien** aus dem anglo-amerikanischen Raum und bezieht sich auf
  - \_ *Community Mental Health Teams* (CMHT)
  - \_ *Home Treatment* (HT) und
  - \_ *Assertive Community Treatment* (ACT):

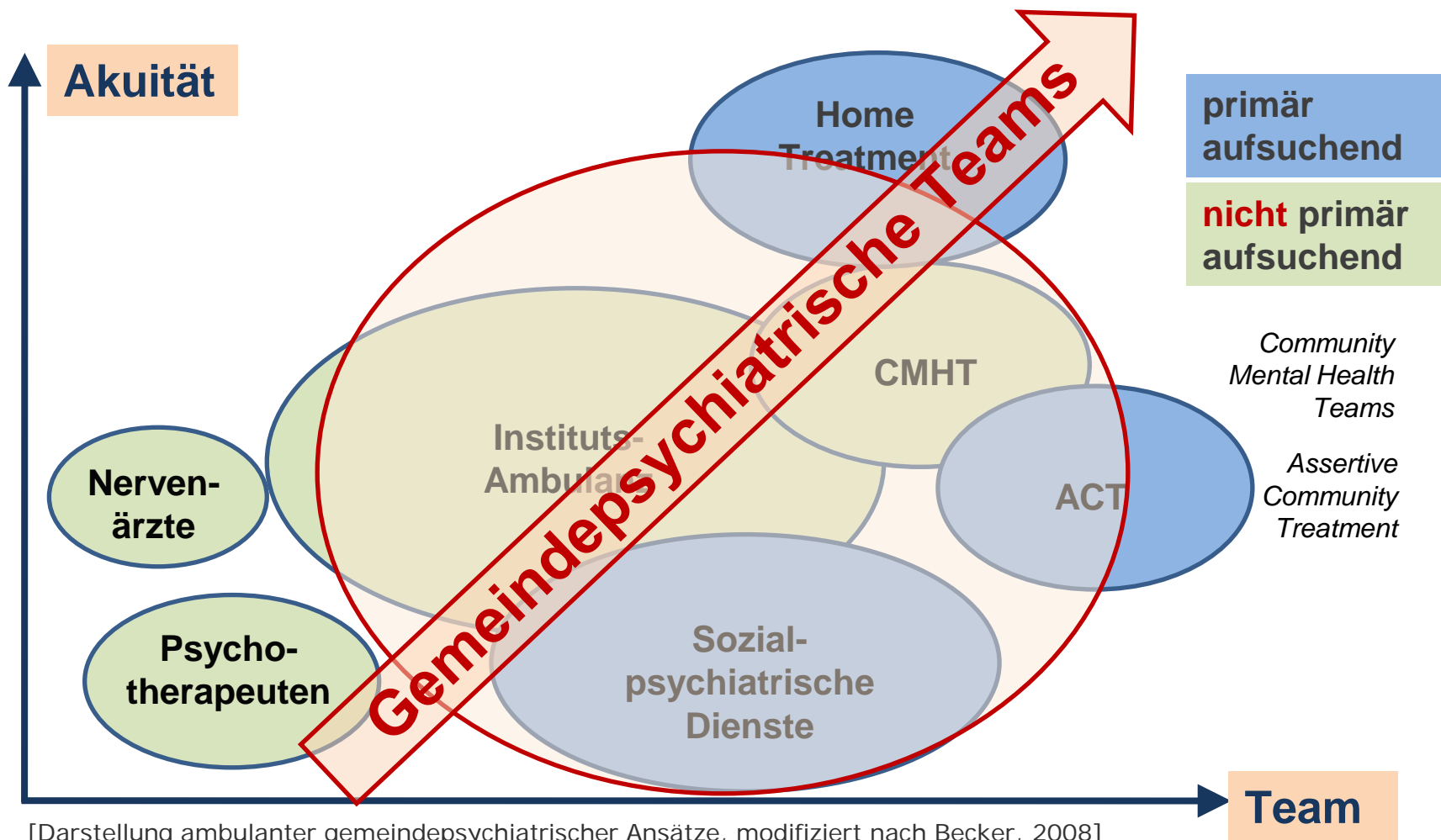


**Reduzierung von Zahl und Dauer stationärer Behandlungen sowie von Behandlungsabbrüchen, bessere Kosteneffizienz und Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen.**

# 4\_\_\_Wegmarken für die weitere Reform

## Varianten ambulanter gemeindepsychiatrische Versorgung (Behandlung)

- \* Die wissenschaftliche Evidenz bezieht sich vor allem auf Community Mental Health Teams (CMHT), das Assertive Community Treatment (ACT) und das Home Treatment.



[Darstellung ambulanter gemeindepsychiatrischer Ansätze, modifiziert nach Becker, 2008]



## 4. Von Praxismodellen in Deutschland lernen!

Trotz aller strukturellen Probleme gibt es in Deutschland bereits eine **größere Zahl von Praxismodellen** der Krankenhausalternativen und krankenhausersetzenden ambulanten gemeindepsychiatrischen Behandlung.

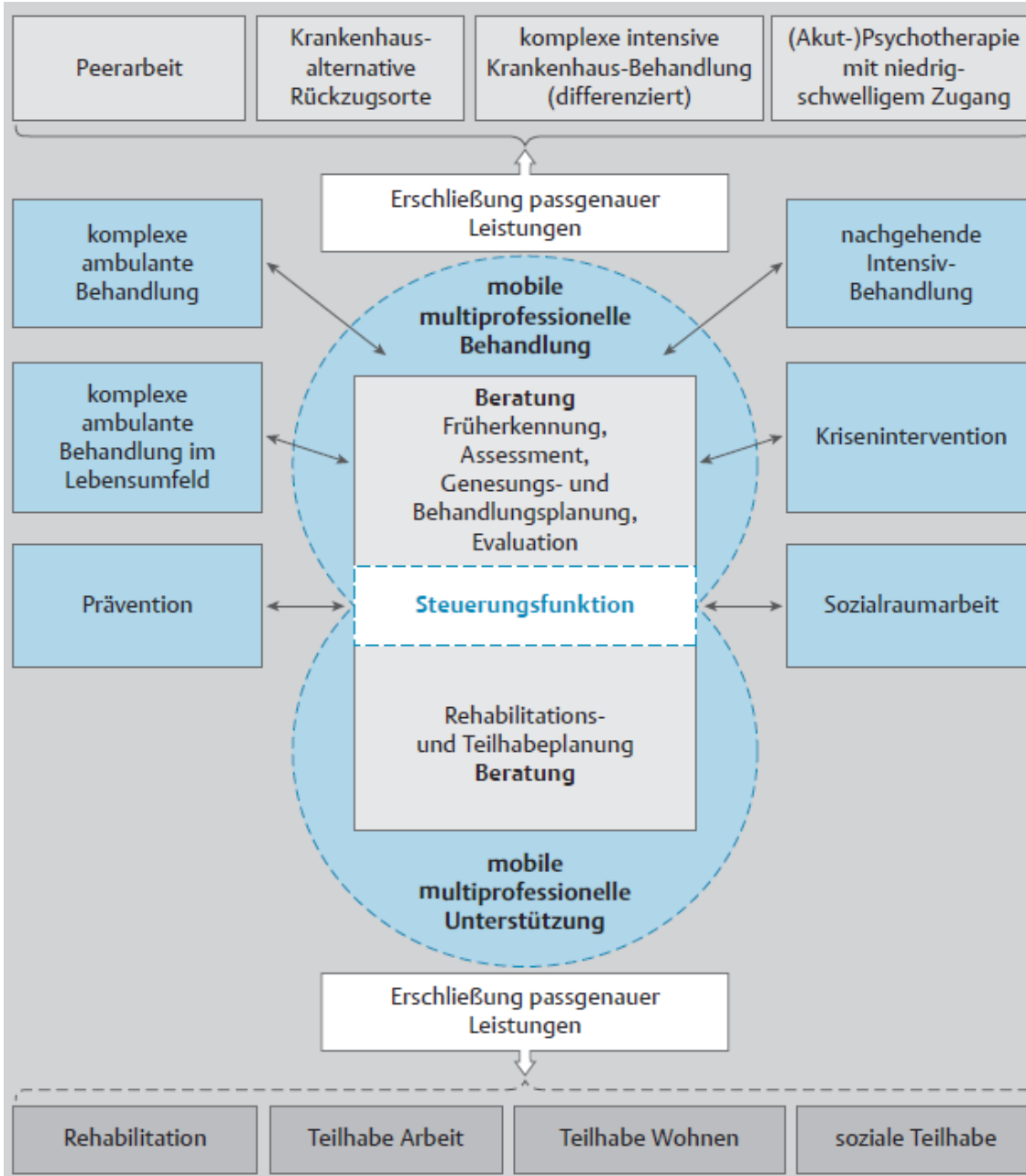
- \* **Modelle nach § 64 b SGB V: Regionale Krankenhausbudgets**  
andere Leistungserbringer bleiben außen vor, Leistungsgeschehen ist weitgehend intransparent
- \* **Modelle der Integrierten Versorgung nach §140 a – d SGB V**  
schwer psychisch Kranke werden entweder direkt oder über die Hürde der Einschreibung (weitgehend) ausgeschlossen; kassenspezifische Verträge führen zu einer weiteren Zersplitterung der Versorgungslandschaft
- \* **Innovative Modelle im Rahmen der Regelfinanzierung nach § 118 SGB V oder § 17 d KHG**
- \* **Alle Modelle lassen die fachärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen und insbesondere auch Teilhabeleistungen nach den SGB IX und XII außen vor!**

... ein **Standard** für die gemeindepsychiatrische Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

### Das Funktionale Basismodell ...

- \* beschreibt die für eine bedarfsgerechte Versorgung **notwendigen** Unterstützungsfunktionen in den Bereichen Behandlung und Teilhabe
- \* denkt **konsequent von der ambulanten Seite her**, von hier aus wird die Versorgung geplant, gesteuert und umgesetzt
- \* definiert damit einen **Mindeststandard** für die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen
- \* geht von einem **sozialraum- und recovery-orientierten Grundansatz** aus
- \* ist **sektor- und sozialgesetzbuchübergreifend** angelegt
- \* definiert die notwendigen Funktionen **unabhängig** von der institutionell-organisatorischen Ausformung und Finanzierung.

# 5\_\_\_Das Funktionale Basismodell



... für die gemeinde-  
psychiatrische Versorgung  
schwer psychisch kranker  
Menschen

[Steinhart & Wienberg, 2016]

### Der Weg wird lang, steinig und nicht ohne Konflikte sein!

- \* Bei der Umsetzung geht es **nicht um eine Addition** von Systemkomponenten als ad on zum bestehenden System, **sondern um eine System-Transformation**
- \* Dabei muss von den regional jeweils verfügbaren Ressourcen und Versorgungs-Bausteinen ausgegangen werden. Diese müssen **zielgerichtet verknüpft und weiterentwickelt** werden.
- \* Die Kernfunktionen des Modells müssen **aus einer Hand gesteuert** werden. Dies impliziert eine einheitliche Trägerschaft, ein gemeinsames Budget und eine entsprechende Rechtsform.
- \* Die Finanzierung der „neuen“ Modellbestandteile kann nur über eine Verschiebung von Budgetanteilen vom stationären in den ambulanten Bereich erfolgen – **Prinzip der kommunizierenden Röhren!**
- \* Daraus folgt, dass **Träger der stationären Versorgung unverzichtbare Player** bei der Umsetzung des Modells sind (Krankenhaus und Heim).
- \* Zur Umsetzung ist ein **mehrjähriger Prozess der Organisations- und Personalentwicklung** erforderlich. Der dafür notwendige Transferaufwand ist entsprechend zu planen und zu refinanzieren.

## Alles noch einmal ausführlich zum Nachlesen:

- \* Das **Buch zum Basismodell** erscheint im Herbst 2016 im Psychiatrie Verlag!
- \* Mit ausführlichen Grundlagentexten und Einzelkapiteln zu allen Modellbausteinen!

**Danke für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

