

AG Vernetzung in der psychiatrischen Versorgung

Vorwort:

Der Planungs- und Koordinierungsausschuss hat in seiner Sitzung vom 23.10.2012 empfohlen, auf der Ebene des Bezirk Unterfranken, eine Arbeitsgruppe zur Vernetzung in der psychiatrischen Versorgung zu bilden.

Der Arbeitsauftrag bestand darin, Ursachen für die Entwicklung im Ambulant Betreuten Wohnen (ABW) für Menschen mit seelischer Behinderung genauer zu analysieren und Vorschläge zu einer besseren Vernetzung der verschiedenen Versorgungsangebote zu erarbeiten.

Mitglieder der Arbeitsgruppe waren neben dem Bezirk Unterfranken Vertreter der Leistungserbringer, der Krankenhäuser für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Schloss Werneck und Lohr, der niedergelassenen Ärzte, der Sozialpsychiatrische Dienste (SPDis), der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAGs), der Angehörigen, der Betroffenen und der gesetzlichen Vertreter.

Inhalt:

1. Darstellung der Fallzahlen und Diagnosen

1.1 Niedergelassene Nervenärzte	S. 4
1.2 BKH Lohr	S. 5
1.3 BKH Werneck	S. 8
1.4 Bezirk Unterfranken	S. 10
1.5 Fazit	S. 11

2. Ursachen für die Steigerung der Fallzahlen	S. 12
---	-------

3. Beschreibung der bestehenden Versorgungsstrukturen/Leistungen

3.1 Leistungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

3.1.1 Häusliche Krankenpflege	S. 15
3.1.2 PIA-Psychiatrische Institutsambulanz	S. 16
3.1.2.1 Grundlagen und Ermächtigung	
3.1.2.2 Patientengruppe	
3.1.2.3 Patientenzugang	
3.1.2.4 Leistungsinhalte	
3.1.2.5 Kooperation	
3.1.2.6 Psychiatrische Institutsambulanzen in Unterfranken	
3.1.3 Soziotherapie	S. 20
3.1.4 Ergotherapie	S. 20
3.1.5 Psychotherapie	S. 22
3.1.6 Versorgungsmanagement	S. 23

3.2 Leistungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI)

3.2.1 Zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI	S. 24
3.2.2 Pflegeleistungen für Personen mit eingeschr. Alltagskompetenz nach § 123 SGB XI	S. 24
3.2.3 Häusliche Pflege	S. 25

3.3 Leistungen des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII)

3.3.1 Ambulant Betreutes Wohnen	S. 26
3.3.2 Selbsthilfegruppen	S. 26
3.3.3 Psychosoziale Suchtberatung	S. 27
3.3.4 Sozialpsychiatrische Dienste	S. 27
3.3.5 Familienpflege	S. 28
3.3.6 Freizeit- und Begegnungsmaßnahmen	S. 28
3.3.7 Ehrenamtliche	S. 29

3.4 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

3.4.1 Zusammenwirken der einzelnen Leistungen im Sozialrecht	S. 30
3.4.2 Rehabilitationseinrichtungen (RPK)	S. 31
3.4.3 Übergangseinrichtungen	S. 32
3.4.4 Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)	S. 32
3.4.5 Tagesstätten	S. 33
3.4.6 Zuverdienst	S. 34
3.4.7 Integrationsfirmen/Integrationsprojekte	S. 34
3.4.8 Berufsbildungswerke und Berufsförderungswerke	S. 35
3.4.9 Integrationsfachdienste	S. 36
3.4.10 Ergotherapeuten	S. 36

4. Empfehlungen für eine bessere Vernetzung in der psychiatrischen Versorgung

4.1 Ergebnisse der Auswertung des Fragebogens an die Anbieter des ABW S. 37

4.2 Medizinische Leistungen/SGB V

4.2.1 Ambulante Soziotherapie S. 40

4.2.2 Ambulante Ergotherapie S. 40

4.2.3 PIA – inklusive „Aufsuchende psychiatrische Fachkrankenpflege“ S. 41

4.2.4 Ambulante Psychotherapie S. 41

4.2.5 BKH stationär und Tagesklinik S. 42

4.2.6 Niedergelassene Psychiater/Fachärzte S. 42

4.2.7 Ambulante Krankenpflege S. 43

4.3 Eingliederungshilfe

4.3.1 Sozialpsychiatrische Dienste S. 44

4.3.2 Suchtberatungsstellen S. 44

4.3.3 Ambulant Betreutes Wohnen S. 44

4.3.4 Tagesstätten, Werkstätten, Integrations- und Zuverdienstfirmen S. 46

4.4 Teilhabe und Rehabilitation S. 47

4.5 Zusammenfassung S. 48

Anlagen:

Anlage 1: Vereinbarung gem. § 118 Abs. 2 SGB V vom 30.04.2010

Anlage 2: Leistungen des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II)

Anlage 3: Leistungen des Dritten Buches Sozialgesetzbuch (SGB III)

Anlage 4: Leistungen des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI)

1. Darstellung der Fallzahlen und Diagnosen

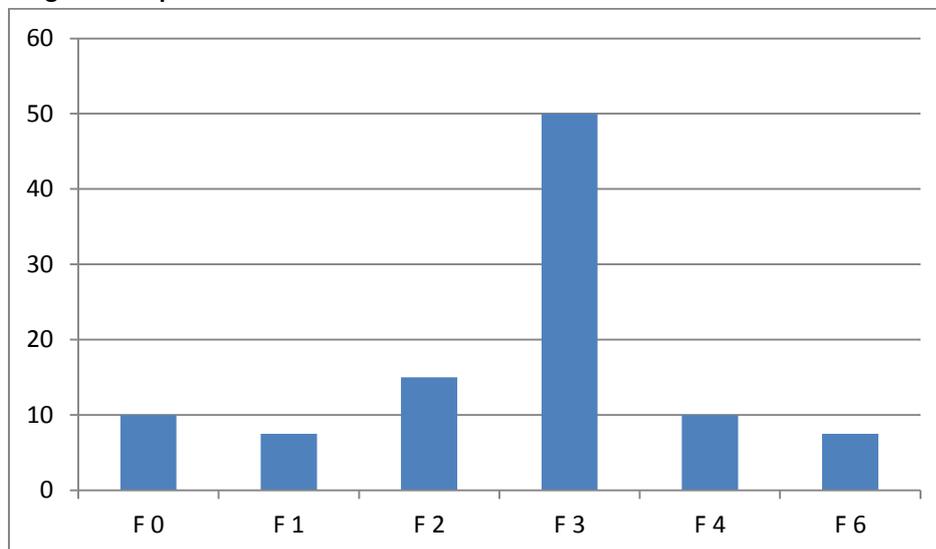
1.1 Niedergelassene Nervenärzte

(Das Meinungsbild wurde anhand eines Fragebogens bei niedergelassenen Nervenärzten und Psychiatern in Unterfranken erhoben. Die Rücklaufquote betrug ca. 50 %.)

Die Fallzahlen sind während der letzten zehn Jahre in fast allen Praxen gestiegen, teils um bis zu 50 %. Eine Praxis reagierte mit einem Aufnahmestopp. Andere Praxen arbeiten schwerpunktmäßig psychotherapeutisch, d.h. festgelegte, zeitintensive Behandlungen sind notwendig, so dass hier Patienten nicht im bisherigen Umfang nervenärztlich versorgt werden konnten.

Die Dauer der stationären Behandlungstage hat sich verkürzt. Hierdurch verlagert sich die Akuttherapie in die Praxen.

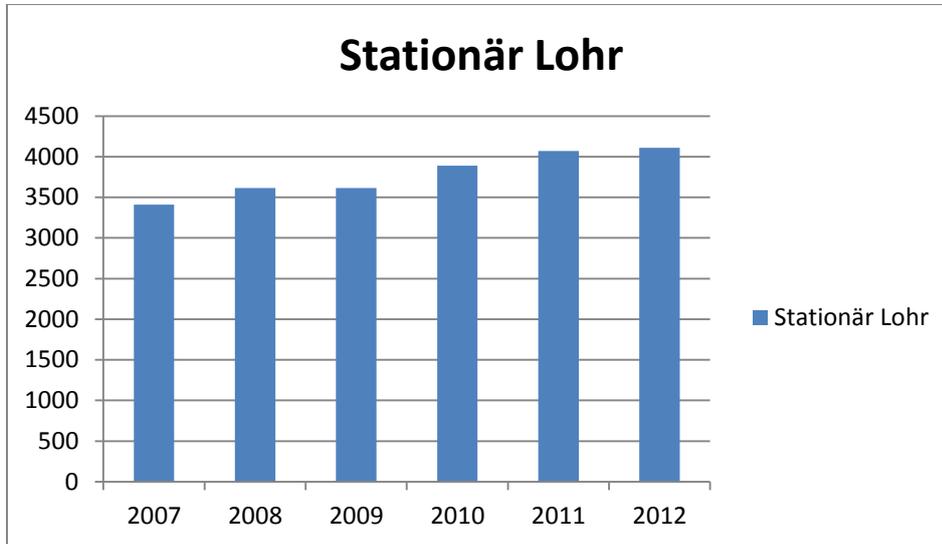
Diagnosen in prozentualem Anteil:



- F0 - Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F1 - Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3 - Affektive Störungen
- F4 - Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5 - Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

1.2 BKH Lohr

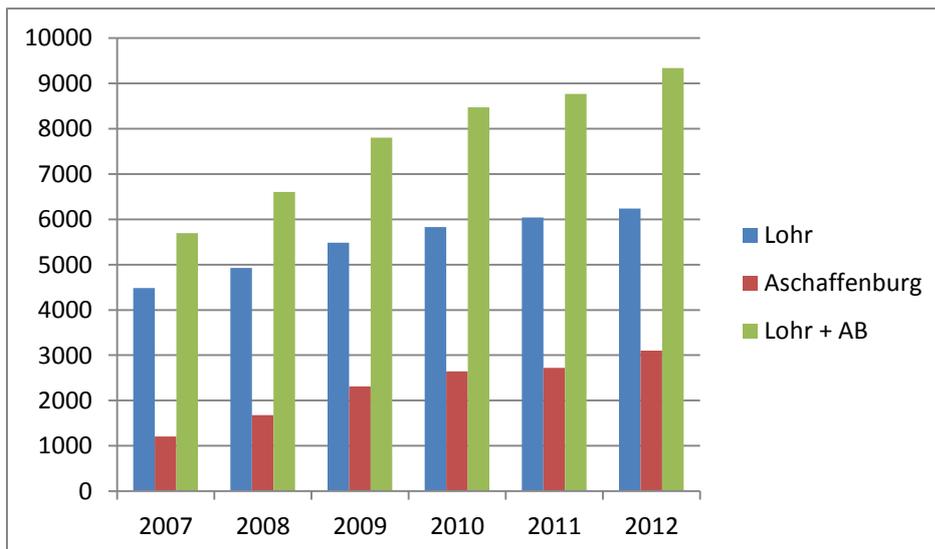
Stationäre Aufnahmen der letzten Jahre:



	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stationär Lohr	3409	3615	3615	3888	4071	4111

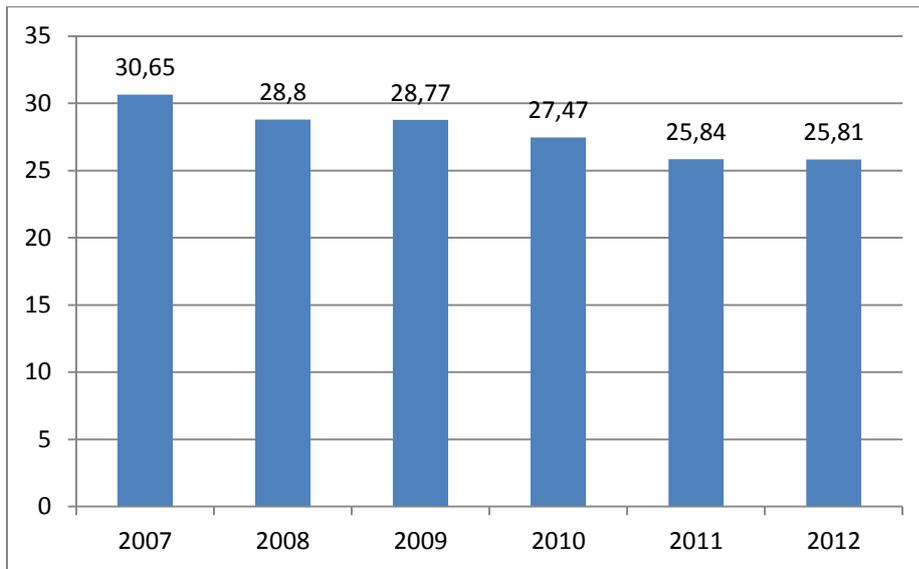
In 2013 deutliche Tendenz zu noch höherer Auslastung als in 2012.

Anzahl der ambulanten Behandlungen in den PIAs (Quartalszählweise):

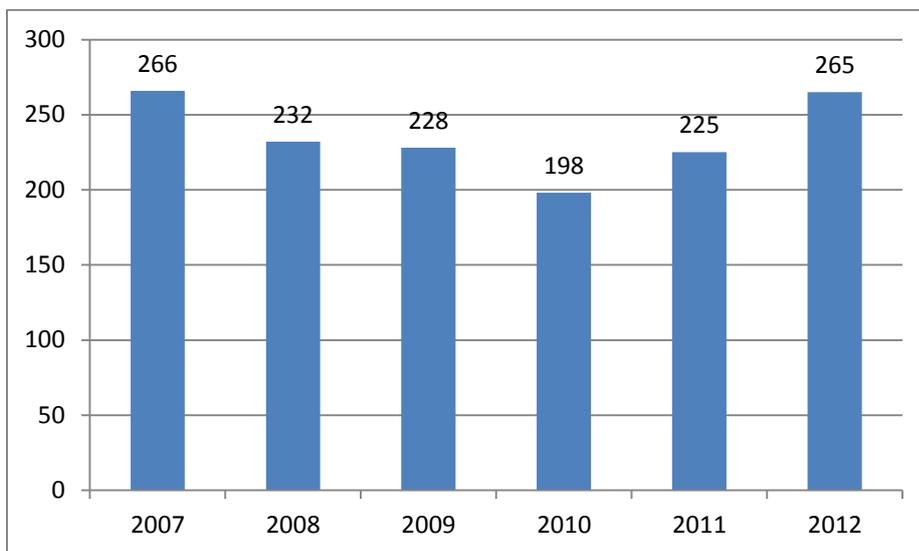


Die Anzahl der in den PIAs behandelten Patienten ist ausschließlich limitiert durch den Mangel an Räumen und weiteren Mitarbeitern.

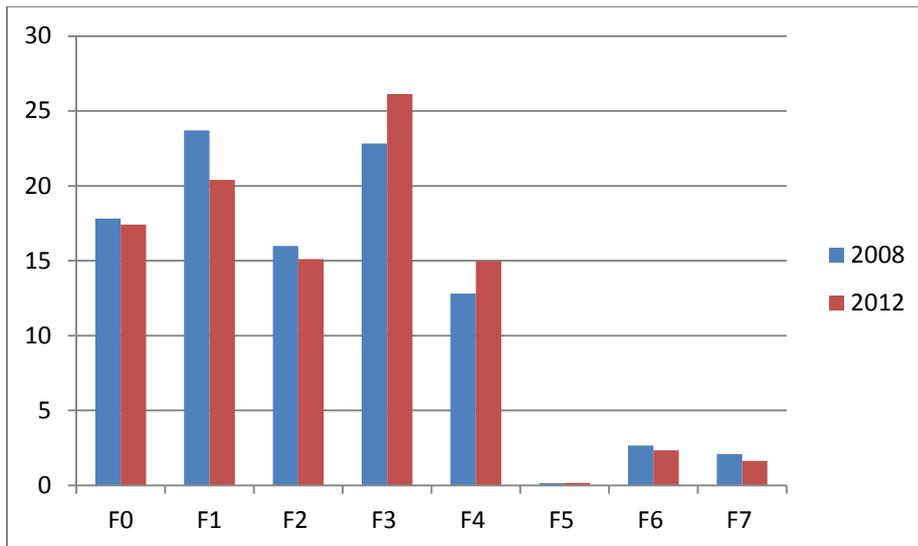
Durchschnittliche Verweildauer Bezirkskrankenhaus Lohr 2007 – 2012:



Gesamtzahl der Patientenvermittlungen des Sozialdienstes des BKH Lohr in Betreutes Wohnen, Tageszentren und stationäre Einrichtungen (Eingliederungshilfe und Pflege):



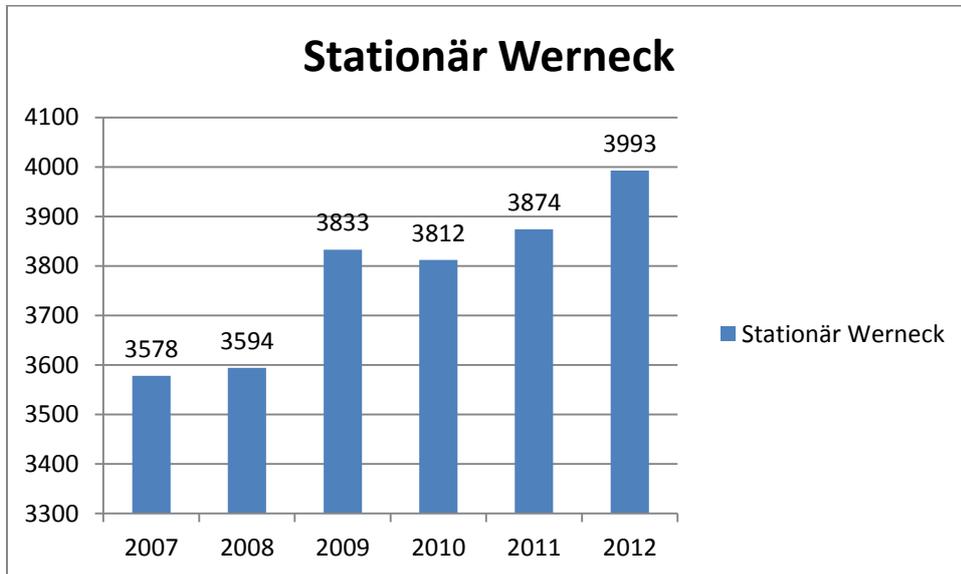
Entwicklung der Diagnosen (stationär) in Prozent, Vergleich 2008 zu 2012:



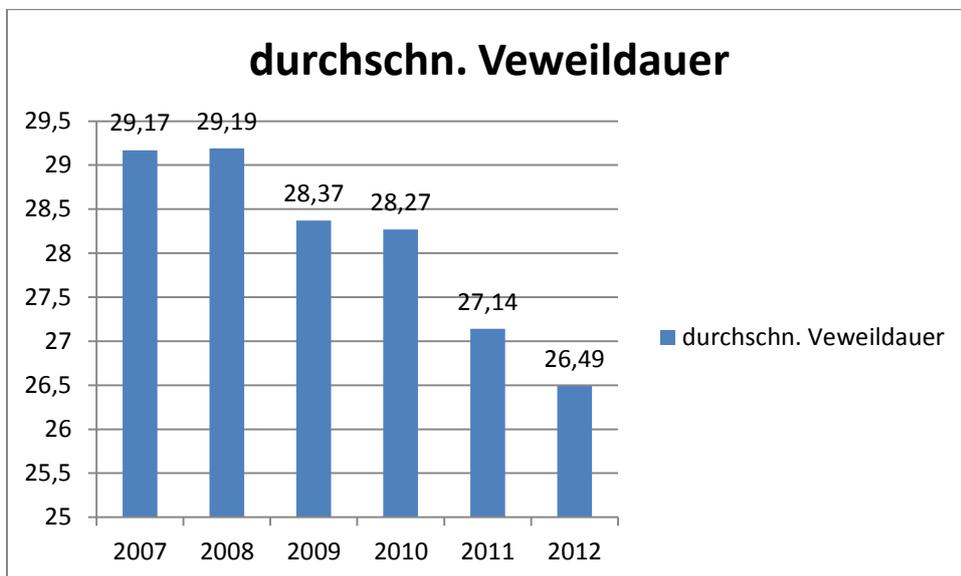
Es zeigt sich eine relative Verschiebung hin zu F3 und F4; über einen noch länger angelegten Vergleich würde sich insbesondere die relative Abnahme von F2 deutlich zeigen.

1.3 BKH Werneck

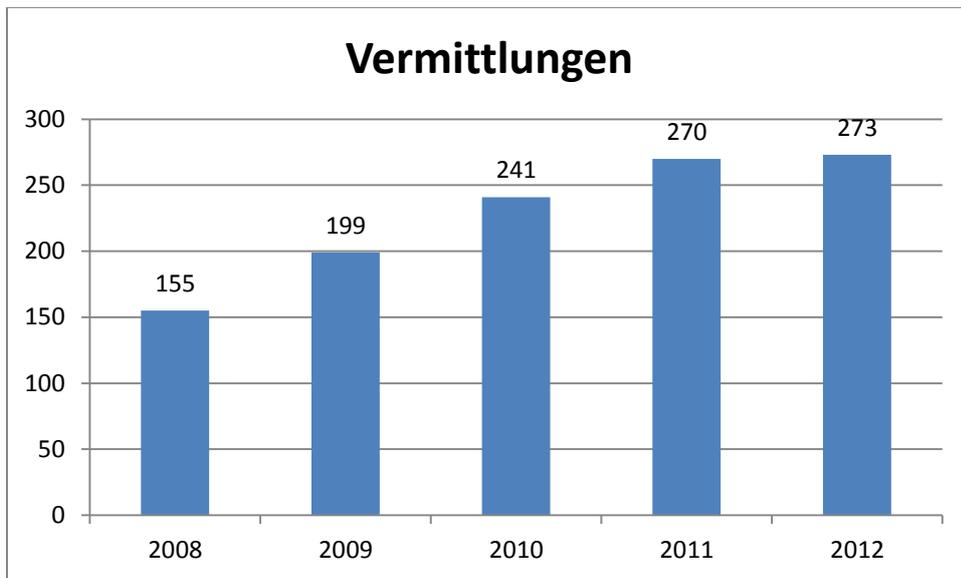
Stationäre Aufnahmen der letzten Jahre:



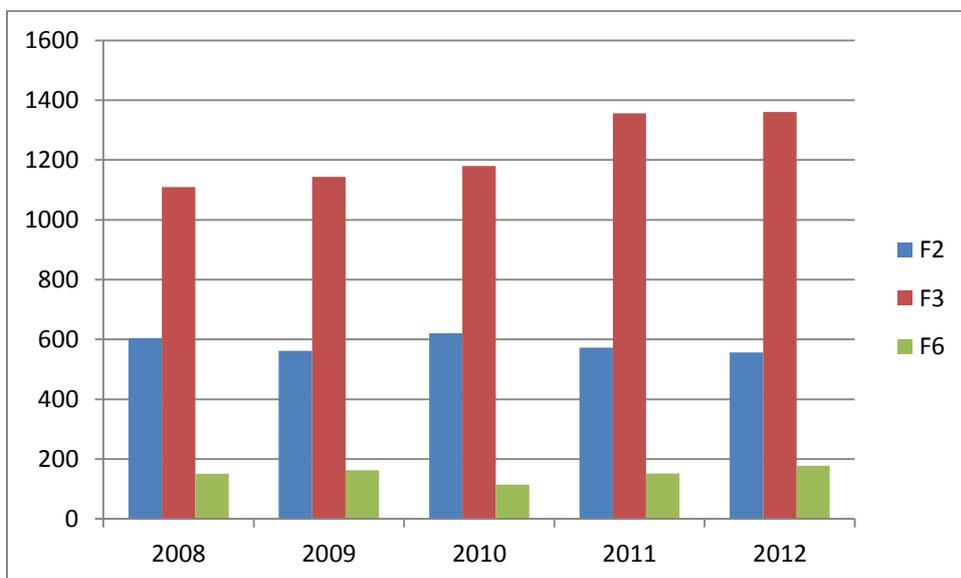
Durchschnittliche Verweildauer Bezirkskrankenhaus Werneck:



Gesamtzahl der Patientenvermittlungen des Sozialdienstes des KPPPM Werneck in Betreutes Wohnen, Tageszentren und stationäre Einrichtungen (Eingliederungshilfe und Pflege):

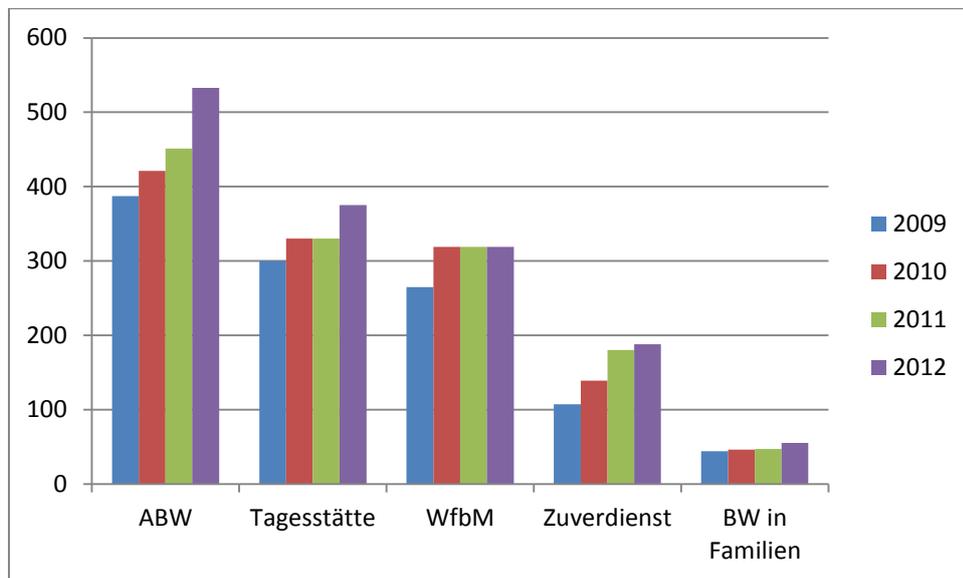


Entwicklung der Diagnosen (stationär 2008-2012):



1.4 Bezirk Unterfranken

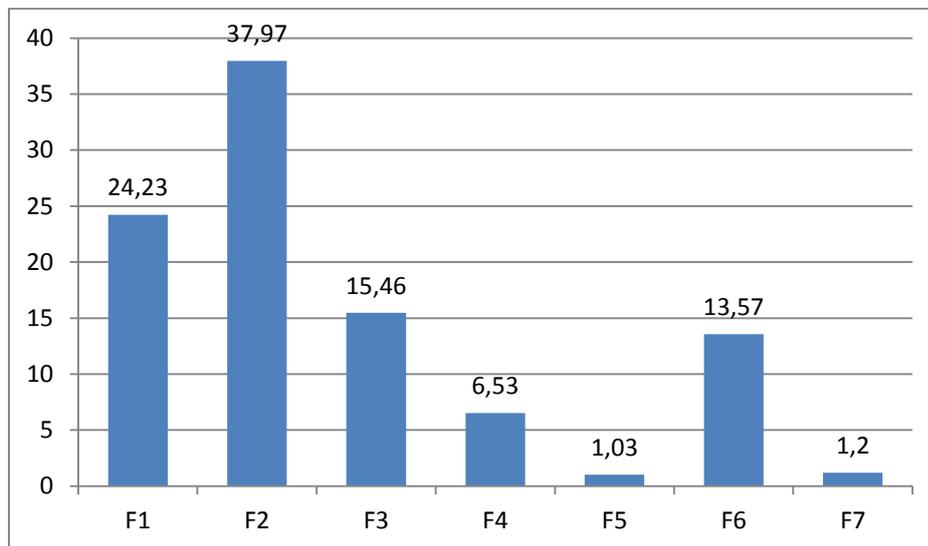
Entwicklung der Fallzahlen 2009-2012:



Das Schaubild stellt bei den WfbMs die Plätze in den Spezialwerkstätten für Menschen mit seelischen Behinderungen dar. Daneben gibt es in Unterfranken auch so genannte „eingestreute Plätze“ in allgemeinen Werkstätten für behinderte Menschen. Die Fallzahlen aus diesem Bereich werden nicht abgebildet, da es keine verlässlichen Angaben gibt.

Quelle: Bezirk Unterfranken

Diagnosen im ABW in Prozent:



F1 - Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F3 - Affektive Störungen

F4 - Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F5 - Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F7 - Intelligenzstörungen

Quelle: Fragenbogen an die Anbieter des ABW, (Stichtag 01.07.2013)

1.5 Fazit

Im medizinischen Bereich (SGB V) ist ein deutlicher Anstieg der Diagnosen „Depressionen und affektive Störungen, F 3“, sowie „reaktive Störungen, F 4“ erkennbar, wohingegen der Anteil der Patienten mit der Diagnose „Schizophrenie, F 2“ relativ gesehen eher zurückgeht.

Anders als im medizinischen Bereich steht für die Aufnahme im ABW eindeutig die Diagnose „Schizophrenie“ im Vordergrund. Dies bildet nicht den aktuellen medizinischen Trend ab, wonach es mehr Menschen mit den Diagnosen Depressionen, affektive und reaktive Persönlichkeitsstörungen gibt. Nachdem das ABW mit einer gewissen Zeitverzögerung begonnen wird, ist von weiter steigenden Fallzahlen für diesen Personenkreis auszugehen.

Darüber hinaus geht aus aktuellen Studien hervor, dass die schweren psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie, schwere Depressionen, bipolare Störungen in der Zahl nicht zugenommen haben (Quelle: Dirk Richter, Klaus Berger: Nehmen psychische Erkrankungen zu? Psychiat. Praxis 2013; 40: 176-182). Zugenommen hat jedoch die Inanspruchnahme psychiatrischer Gesundheitsleistungen, was insbesondere auf eine gestiegene Akzeptanz entsprechender Leistungen in der Bevölkerung zurückzuführen ist.

Aus dem Gesundheitsreport des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit aus dem Jahr 2011 geht hervor, dass ca. 27 % der Erwachsenen (Altersgruppe 18-65 Jahre) an einer psychischen Störung leiden. Frauen sind mit 33 % häufiger betroffen als Männer mit 22%. Bezogen auf die gesamte Lebenszeit sind sogar 50 % aller Menschen betroffen.

2. Ursachen für die Steigerung der Fallzahlen

Im Bezirk Unterfranken wird eine stetige Steigerung der Anzahl von Menschen mit seelischer Behinderung festgestellt, die Leistungen der Sozialsysteme in Anspruch nehmen.

Im Folgenden soll versucht werden, mögliche Gründe für diese Entwicklung zu benennen.

1. Gesellschaftliche Entwicklungen seit der Industrialisierung bis zur „modernen Gesellschaft“ wie z.B.
 - die Auflösung der Großfamilien durch die Urbanisierung und Arbeitsteilung;
 - die Entwicklung und Forderung nach Mobilität mit der Auflösung fester, halt gebender Strukturen und Lebensorte;
 - die Entwicklungen von Individualisierung, die Selbstverwirklichung ermöglicht, aber dadurch auch Einsamkeit gefördert haben.

Dies hat im Ergebnis zur Auflösung traditioneller Familienstrukturen als soziale Netzwerke geführt, so dass die wichtigen Erziehungsleistungen oft nicht mehr erfüllt werden.

2. Die Tragfähigkeit sozialer Netzwerke ist dadurch und durch die Entwicklung medialer virtueller Kommunikation gefährdet. Lebendige Beziehungen bzw. Auseinandersetzungen finden weniger statt und die wichtigen Aufgaben in der primären Sozialisation können nicht mehr ausreichend erfüllt werden. Oft kommt es schon im Kindes- und Jugendalter infolge einer erlebten Einsamkeit und seelischen Not zum Beginn einer Biografie, die wegen Erziehungsdefiziten, Verhaltensauffälligkeiten und jugendpsychiatrischer Erkrankungen durch den ersten Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik eröffnet wird und früh die Rolle des „Kranken“ vertraut macht. Normale soziale Rollen, die grundsätzlich in der Regelschule, in der Berufsausbildung, in altersadäquaten sozialen Netzwerken erlernt werden, können nicht erlernt werden, womit ein altersangemessenes Zutrinkommen in der Gesellschaft erschwert wird. Dieser Personenkreis sind die „jungen Wilden“, die schwere Persönlichkeitsstörungen mit anderen Störungsbildern (oft Suchtprobleme) entwickeln.
3. Die Überforderung der familialen Strukturen durch die o.g. gesellschaftlichen Verhältnisse machte vermehrt die Gestaltung einer sekundären Sozialisation in speziellen Institutionen, z.B. der Jugendhilfe, nötig, die trotz vielfältiger Konzepte „normale“ Lebensbedingungen nicht ersetzen können.
4. Viele Betroffene benötigen im Anschluss an die Maßnahmen der Jugendhilfe weitere Maßnahmen bzw. Nachsorgestrukturen, die vorhandene (krankheitsbedingte) Einschränkungen kompensieren und einen Anschluss an eine Teilhabe in der Gesellschaft fördern sollen. Dies sollte bei Heranwachsenden in der Verantwortung der Jugendhilfe (SGB VIII) liegen, wird in der Praxis aber schnell der Eingliederungshilfe (SGB XII) zugewiesen.

5. Es entwickelte sich die Abkehr von der Betreuung nach dem Prinzip der „Fürsorge“ (meist in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe) und Hinwendung zu einer personenzentrierten Teilhabeleistung durch eine stärkere Berücksichtigung der individuellen Bedarfe und Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes der Menschen mit Behinderungen.

Dies führte zu einer Abkehr von „Sonderwelten“ und die Entwicklung eines durchlässigen und flexiblen Hilfesystems.

Im Ergebnis wird damit auch das Prinzip „ambulant vor stationär“ vermehrt umgesetzt, um dem Anspruch auf Wunsch und Wahlfreiheit für ein Leben in selbstgewählten Wohnformen Rechnung zu tragen. Dies bedarf jedoch einer entsprechenden Hilfestellung auch durch die (überörtlichen) Sozialhilfeträger.

6. Ambulante Strukturen haben sich durch die langjährigen Erfahrungen in der Begleitung von Menschen mit bestimmten Krankheitsbildern (meist Psychose kranken Menschen mit Kompetenzen vor dem Ausbruch der Erkrankung und keinem bis geringen Suchtproblem) in ihrer Tragfähigkeit weiterentwickelt und verbessert. In diesen Strukturen können auch Menschen mit seelischer Behinderung, deren Krankheit sich chronifiziert hat, im System der ambulanten Hilfeleistungen gehalten werden. Es gibt bei diesem Personenkreis auch Menschen, die früher oft an den Ausschlusskriterien bestehender Einrichtungen des Versorgungssystems gescheitert und als „Systemsprenger“ oft zu „Drehtürpatienten“ geworden oder in der Obdachlosigkeit gelandet sind. Um diesen Personenkreis im Betreuten Wohnen dauerhaft begleiten zu können, ist jedoch eine engmaschige Betreuungsstruktur wichtig, die auf Dauer notwendig sein kann, um diesen Personenkreis (wenn überhaupt) langfristig in der Maßnahme des Betreuten Wohnens begleiten zu können.
7. In anderen Bundesländern, aber auch einigen bayerischen Bezirken, gibt es Betreutes Wohnen in der eigenen, selbst gemieteten Wohnung seit mehreren Jahrzehnten, in Unterfranken besteht dieses Angebot erst seit 2008. In der hohen Zunahme der letzten Jahre ist daher noch ein gewisser Nachholbedarf zu sehen.

Unabhängig davon gibt es bestimmte Personen, für die eher eine WG geeignet ist, insbesondere jüngere psychisch kranke Menschen, die durch den Aufenthalt in einer WG den Schritt aus dem Elternhaus in eine größere Selbständigkeit schaffen (siehe auch Punkt 9). Vielen fällt es aber aufgrund ihrer besonderen Probleme im Umgang mit anderen Menschen besonders schwer, mit anderen zusammenzuleben, eine WG kommt also gar nicht für sie in Frage.

8. Menschen mit seelischer Behinderung nehmen oft an einer Maßnahme zur sozialen Wiedereingliederung in einer Übergangseinrichtung teil und werden dort zu einem Leben in ambulanten Strukturen befähigt. Nachsorgemöglichkeiten sind oft auf Dauer wichtig, um einen Rückfall in akute Phasen der psychischen Erkrankung zu vermeiden.
9. Angehörige, die ihre betroffenen Familienmitglieder lange unterstützt haben, können dies infolge ihres Alters nicht mehr leisten, weil sie selbst pflegebedürftig werden. Auch hier wird primär nach einem Leben in normalen Lebenswelten statt in stationären Einrichtungen geschaut.

10. Letztlich fehlt es, trotz Sozial- und Entwicklungsberichten, an qualifizierten und belastbaren sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen darüber, wie das Betreute Wohnen wirkt, ob z. B. akute Krankheitsphasen vermieden werden können, welche Verläufe vor und nach dem Betreuten Wohnen zu beobachten sind, welche eigenen Wahrnehmungen die Betroffenen von diesen Betreuungsleistungen haben, etc.

In der öffentlichen Diskussion dominiert vielmehr nur eine Kennzahl, nämlich die der Zunahme der Plätze.

Es besteht dringender Bedarf an objektiven, wissenschaftlich fundierten und für die weitere Psychiatrieplanung belastbaren Detailkenntnissen.

3. Beschreibung der bestehenden Versorgungsstrukturen/Leistungen

3.1 Leistungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

3.1.1 Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 1 und 2 SGB V) betrifft vor allem schwer (meist chronisch) Kranke, die anstelle eines Krankenhausaufenthaltes oder zur Sicherung des ärztlichen Behandlungszieles zu Hause fachpflegerisch versorgt werden.

Die häusliche Krankenpflege umfasst insbesondere Leistungen der Behandlungspflege. Zusätzlich können - wenn dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt wird - Leistungen der Grundpflege und/oder der hauswirtschaftlichen Versorgung nach dem 11. Buch erbracht werden. Die häusliche Krankenpflege umfasst nicht, was Patienten oder andere Personen im Haushalt selbst erbringen können.

Versicherte erhalten häusliche Krankenpflege im eigenen Haushalt oder an sonst geeigneten Orten, insbesondere in betreuten Wohnformen.

So genannte **Behandlungspflege** sind Leistungen der Krankenkassen, die zusätzlich zur Pflegeversicherung, egal ob Sach-, Geld- oder Kombinationsleistungen in Anspruch genommen werden können, wenn sie vom behandelnden Arzt bei Notwendigkeit verordnet werden.

Folgende Leistungen fallen beispielhaft in den Bereich der Behandlungspflege und können ärztlich verordnet werden: **Medikamenten-Gabe** bzw. Herrichten von Medikamenten, zur Absicherung der regelmäßigen und korrekten Medikamenteneinnahme

Wundversorgung und Verbandwechsel (z.B. nach Operationen)

Kompressionswickel der Beine, bei gestauten Beinen

Insulin-Spritzen, zur Absicherung der regelmäßigen und korrekten Insulin-Gabe mit Blutzuckerkontrolle

Heparin-Spritzen nach Operationen („Anti-Thrombose-Spritze“)

Katheterisierung der Blase incl. Katheter Wechsel

Anlegen von Infusionen

Port-Versorgung (z.B. bei künstlicher Ernährung mit Infusionen)

Verbandwechsel bei PEG (Ernährungssonde) und suprapubischer Harnableitung

Leistungserbringer sind die Sozialstationen.

3.1.2 PIA – Psychiatrische Institutsambulanz

3.1.2.1 Grundlagen und Ermächtigung

Ermächtigt für den Betrieb Psychiatrischer Institutsambulanzen sind Psychiatrische Krankenhäuser **oder psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, sofern diese eine regionale** Versorgungsverpflichtung übernommen haben und die personelle Ausstattung mit Ärzten und nichtärztlichen Fachkräften sichergestellt ist.

3.1.2.2 Patientengruppe

Die Einschlusskriterien für die Behandlung Erwachsener in der Psychiatrischen Institutsambulanz sind in einer Anlage zu o. g. Vereinbarung hinsichtlich der Art der Erkrankung (Diagnosen-Positivliste), hinsichtlich der Schwere der Erkrankung (Merkmalkatalog B1 bis B 12) sowie hinsichtlich der Dauer der Erkrankung (Merkmalkatalog C1 bis C 2) definiert, **vgl. Anlage 1**. Insbesondere solche Patienten, die von anderen vertragsärztlichen Versorgungsangeboten (niedergelassenen Vertragsärzte, Psychotherapeuten, Medizinische Versorgungszentren) nicht, oder nur unzureichend erreicht werden, sollen in den PIA behandelt werden.

Ziel der Behandlung in der PIA ist die Vermeidung von stationären Behandlungen, die Verkürzung stationärer Behandlungszeiten, die Optimierung von Behandlungsabläufen, die Gewährleistung von Behandlungskontinuität sowie die soziale Integration dar.

3.1.2.3 Patientenzugang

Psychisch Erkrankte sollen in der Regel auf dem Weg der Überweisung durch Psychiatrische Krankenhäuser, Psychiatrische Abteilungen oder durch niedergelassene Vertragsärzte Zugang zur PIA erhalten. Allerdings ist der Überweisungsschein nicht Voraussetzung für die Behandlung und kann entfallen, vorausgesetzt der in der PIA aufnehmende Arzt hat die Voraussetzungen im Einzelfall geprüft und dokumentiert.

Außerdem kann eine aufsuchende Behandlung von Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen erfolgen, sofern dafür eine Überweisung eines Vertragsarztes oder eines Heimarztes vorliegt.

3.1.2.4 Leistungsinhalte

Die ambulante Behandlung erfolgt in Verantwortung und auf Veranlassung der in der PIA tätigen Fachärzte/Ärzte oder auf Veranlassung und Verordnung eines niedergelassenen Facharztes. Grundsätzlich steht für jeden Patienten gemäß seinem individuellen Behandlungsbedarf ein breites Leistungsspektrum zur Verfügung.

Das Leistungsangebot der PIA umfasst im Sinne einer Komplexleistung das gesamte Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie, insbesondere

- Psychopathologische Befunderhebung
- Psychologische Diagnostik
- Psychopharmakotherapie
- Sozialtherapeutische, einschließlich nachgehende Behandlung
- Vorbereitung und Vermittlung von Maßnahmen der sozialen, beruflichen und medizinischer Rehabilitation
- Psychoedukation in Indikativen Gruppen
- Einbezug der Angehörigen
- Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie

Zur Leistungserbringung stehen in der Ambulanz ergänzend zu den Fachärzten und Ärzten, Psychologen, Sozialarbeiter, sowie Gesundheits- und Krankenpfleger zur Verfügung. Darüber hinaus können Leistungen der Ergotherapie, der Musiktherapie, der Kunst- und Gestaltungstherapie sowie der Physio- und Bewegungstherapie des psychiatrischen Krankenhauses ambulant verordnet und von den Patienten in Anspruch genommen werden.

Sofern die in der PIA tätigen Ärzte über eine suchtmmedizinische Zusatzqualifikation verfügen, kann nach entsprechender Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung auch die Behandlung von suchtmittelabhängigen Patienten, insbesondere die Substitutionsbehandlung gemäß Richtlinie in der PIA erfolgen.

Spezielles Profil der Gesundheits- und Krankenpflege in der Psychiatrischen Institutsambulanz:

Einen Tätigkeitsschwerpunkt stellt die ambulante aufsuchende psychiatrische Pflege dar. Deshalb soll an dieser Stelle deren spezielles Profil etwas ausführlicher erläutert werden.

Unter den Menschen, die im psychiatrischen Krankenhaus behandelt werden, gibt es eine Patientengruppe, deren Erkrankungen in hohem Maß zu Chronifizierung neigen bzw. mit chronisch rezidivierenden Verläufen einhergehen. Um die notwendige langfristige kontinuierliche Behandlung sicherzustellen, bedarf es eines besonderen Behandlungsangebotes für diese Patienten. Ziel ist es, die stationären und ambulanten Behandlungskomponenten so zu koordinieren, dass am Ende, neben einer besseren Behandlungsqualität bzw. -ergebnissen, die Lebenssituation der Betroffenen verbessert wird.

Hier stellt die ambulante psychiatrische Versorgung durch die Pflegekräfte der Institutsambulanz eine wichtige Schnittstelle im Übergang von der stationären zur ambulanten Weiterbehandlung dar. Da die Institutsambulanz ein krankenhaushnahes Behandlungsangebot darstellt, kann schon während des Klinikaufenthaltes mit dem Beziehungsaufbau zum Patienten begonnen, und ggf. geplante weiterführende Maßnahmen direkt vor Ort besprochen werden.

Durch die Nachbetreuung der Pflegekräfte sowohl in Komm- wie Gehstruktur (**aufsuchende Tätigkeit**) kann eine hohe Behandlungskontinuität erreicht werden. Diese ist für das rechtzeitige Erkennen und Abwenden von krisenhaften Situationen von wesentlichem Vorteil.

Bei einem notwendigen stationären Aufenthalt können behandlungsrelevante Informationen direkt an die stationären Behandler weitergegeben werden, sowie die Beziehung zum Patient aufrechterhalten werden.

Diese Form der Versorgung soll auch dazu dienen, Krankenhausaufnahmen zu vermeiden oder stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen. Spezielle Maßnahmen hierbei sind:

Erhebung der pflegerischen Anamnese, u. a.

- Erhebung der pflegerischen Anamnese mit Erfassung der Vorbefunde
- Feststellung des psychischen Befundes
- Kontaktaufnahme zum Patienten vor Entlassung aus dem stationären Bereich
- Rücksprache mit stationären Behandlern, Arzt, Pflegepersonal

Durchführung spezifisch krankenflegerischer Maßnahmen, u. a.

- Durchführung spezifisch krankenflegerischer Maßnahmen bzw. ärztlicher Verordnungen
- Feststellung der Ressourcen und Pflegeplanung, gemeinsam mit dem Pat. in Anlehnung an den Anmeldebogen (Indikation Hausbesuche bzw. Ziele der aufsuchenden Behandlungspflege) sowie an den Arztbrief.

Geplante Pflege in Zusammenarbeit mit dem Patienten, welche in Komm- wie auch Gehstruktur, d.h. durch Hausbesuche stattfindet, u. a.

- Gewährleistung der Behandlungskontinuität (Beziehungspflege)
- Kontrollfunktion (Nachschau) / Rückfallprophylaxe / Screenings
- Mitwirkung bei der medikamentösen Therapie / Substitution
- beratende, stützende Gespräche
- Unterstützung und Anleitung im lebenspraktischen Bereich
- Begleitung zu Arztterminen
- Anleitung, Beratung, Entlastung von Angehörigen und Bezugspersonen vor Ort
- Krisenintervention bei akuter Verschlechterung des Befindens und anderer Krisensituationen
- Befund- und Verlaufsdokumentation, Leistungserfassung

3.1.2.5. Kooperation

Die PIA kooperiert mit den niedergelassenen Vertragsärzten und psychologischen Psychotherapeuten sowie mit den komplementären Diensten und Einrichtungen des Einzugsgebietes, für das die Versorgungsverpflichtung übernommen wurde.

3.1.2.6 Psychiatrische Institutsambulanzen in Unterfranken

a) PIA Werneck in Zuständigkeit des Krankenhauses für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Schloss Werneck:

Besonderheiten:

- Intensive aufsuchende fachärztliche Behandlung von Patienten in Alten- und Pflegeheimen und in Behinderteneinrichtungen (z.B. Wohnheime für psychisch Kranke)
- Möglichkeit der ärztlich verordneten Mitbehandlung durch Ergo-, Musik- Sport- und Bewegungstherapie am Standort Werneck
- Gut ausgebaute aufsuchende Pflege in der gesamten Versorgungsregion
- Bei Bedarf ärztlich Visiten im häuslichen Umfeld des Patienten möglich
- Gedächtnissprechstunde für dementiell veränderte Patienten

b) PIA Schweinfurt in Zuständigkeit des Krankenhauses für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Schloss Werneck:

Besonderheit:

- Substitutionsambulanz

c) PIA Lohr in Zuständigkeit des Krankenhauses für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Lohr a. M.

Besonderheiten:

- Intensive aufsuchende fachärztliche Behandlung von Patienten in Alten- und Pflegeheimen und in Einrichtungen der sozialen Wiedereingliederung psychisch Kranker
- Möglichkeit der ärztlich verordneten Mitbehandlung durch Ergo-, Musik- Sport- und Bewegungstherapie am Standort Lohr
- Gut ausgebaute aufsuchende Pflege in der gesamten Versorgungsregion
- Gedächtnissprechstunde für dementiell veränderte Patienten

d) PIA Aschaffenburg in Zuständigkeit des Krankenhauses für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Lohr a. M.

Besonderheiten:

- Möglichkeit der ärztlich verordneten Mitbehandlung durch Ergo-, Musik- Sport- und Bewegungstherapie am Standort Lohr
- Gut ausgebaute aufsuchende Pflege in der gesamten Versorgungsregion
- Gedächtnissprechstunde für dementiell veränderte Patienten

e) PIA Würzburg in Zuständigkeit des Universitätsklinikums, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Würzburg

Besonderheit:

- Spezialsprechstunden für Persönlichkeits-, Essstörungen, Depressionen und Demenzen

3.1.3 Soziotherapie

Das Bundesministerium für Gesundheit teilte am 23.4.2013 in seinem im Internet veröffentlichten Artikel zum Thema Soziotherapie mit, dass diese Form der Therapie **„Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in die Lage versetzen soll, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie soll den Patienten durch Motivationsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen und ihn in die Lage versetzen, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und wahrzunehmen. So sollen unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden.“**

Sie setzt einen mit dem verordnenden Arzt und dem Patienten abgestimmten und vom soziotherapeutischen Leistungserbringer zu erstellenden Behandlungsplan voraus, mit dessen Hilfe die verschiedenen Elemente und Ziele des ärztlichen Behandlungsplans erreicht werden sollen. Sie findet vorwiegend im Umfeld des Patienten statt und unterstützt einen Prozess, der dem Patienten einen besseren Zugang zu seiner Krankheit ermöglicht, in dem Einsicht, Aufmerksamkeit, Initiative, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gefördert werden. Eine Indikation besteht bei allen Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, bei schizoaffektiven Störungen, bei bipolaren Erkrankungen und depressiven Störungen mit psychotischen Symptomen.

Die Verordnung von Soziotherapie dürfen Ärzte vornehmen, die die Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde führen. Zusätzlich ist eine Erklärung über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen notwendig. Die Leistung der Soziotherapie umfasst eine maximale Verordnung von 120 Stunden, die innerhalb von 3 Jahren erbracht werden müssen. Eine Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten und wird in den meisten Fällen als Einzelleistung erbracht, die dokumentiert werden muss. Durchgeführt wird die Soziotherapie in der Regel durch Sozialpädagogen, Sozialarbeiter oder Psychiatrisches Fachpflegepersonal, die dafür eine Zulassung beantragen müssen, die mit einer besonderen Qualifizierung verbunden ist.

In ca. achtwöchigem Abstand, spätestens jedoch nach 30 Stunden, wenn die Verlängerung der Kostenübernahme bei der zuständigen Krankenkasse beantragt werden muss, hat die Überprüfung und Abgleichung der Ergebnisse der Therapie zwischen dem verordnenden Arzt, dem Leistungserbringer und dem Patienten zu erfolgen.

Bei der Soziotherapie gelten die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen. Die Vergütung für den Leistungserbringer erfolgt je nach Bundesland verschieden und liegt in Bayern bei 40 Euro pro Stunde.

3.1.4 Ergotherapie

Die Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen.

Die Ergotherapie arbeitet auf medizinischer und sozialwissenschaftlicher Grundlage und gehört zu den medizinischen Heilberufen, das heißt, sie ist als Leistung ärztlich verordnungsfähig.

Sie wird als Heilmittel in den verschiedensten Bereichen der Medizin, u.a. in der Psychiatrie eingesetzt und fand als Arbeitstherapie schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts Anwendung.

Die Ziele der Ergotherapie in der Psychiatrie sind die Entwicklung, Verbesserung und der Erhalt von:

- Psychischen Grundleistungsfunktionen, wie Antrieb, Motivation, Belastbarkeit, Ausdauer, Flexibilität und Selbständigkeit der Tagesstrukturierung
- Körperwahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung
- Situationsgerechtem Verhalten, sozioemotionalen Kompetenzen und Interaktionsfähigkeit
- Realitätsbezogenheit von Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Psychischer Stabilität und Selbstvertrauen
- Eigenständiger Lebensführung und Grundarbeitsfähigkeit
- Kognitiven Grundfunktionen

Die ärztliche Verordnung erfolgt über den Heilmittelkatalog der Krankenkassen als:

- motorisch- funktionelle
- **psychisch- funktionelle**
- sensomotorisch- perzeptive Behandlung

Seit 2013 gibt es eine neue Vereinbarung zwischen der KVB und den Krankenkassen zur Heilmittelversorgung. Die Ergotherapie gehört dazu. Bestimmte Diagnosegruppen wurden als Praxisbesonderheiten von Seiten der Krankenkasse anerkannt und können deshalb ohne Genehmigungsverfahren auch längerfristig im Sinne einer Dauerverordnung von den Praxen verordnet werden.

Die psychiatrischen F-Diagnosen sind in diesen von den Krankenkassen angebotenen Kostenübernahmen ohne Genehmigungsverfahren für Heilmittel außerhalb des Regelfalls nicht deutlich benannt. Sie sollten deshalb über das „Antragsverfahren im Einzelfall bei nicht gelisteten Diagnosen“ (G-BA, Merkblatt Heilmittel, S.2, Pkt. D/3c) eingeleitet werden. In diesem Fachbereich sind langfristige Heilbehandlungen möglich, die im individuellen Genehmigungsverfahren von den Krankenkassen finanziert werden. KVB und BED e.V. (Bundesverband der Ergotherapeuten e.V.) bieten ihre dafür entwickelten Vordrucke an.

In der Praxis bedeutet dies, dass der Patient mit der Ärztlichen Bestätigung und einer vollständig ausgefüllten Heilmittelverordnung inklusive medizinischer Begründung die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung beantragen kann.

3.1.5 Psychotherapie

Die Psychotherapie umfasst alle Formen psychologischer Verfahren, die ohne Einsatz medikamentöser Mittel auf die Behandlung psychischer und psychosomatischer Krankheiten, Leidenszustände oder Verhaltensstörungen zielen. Von der Psychotherapie sind daher die Behandlungsverfahren der Somatotherapie abzugrenzen. Anderweitige psychologische Verfahren, die nicht die Diagnose und Heilung von psychischen Störungen zum Gegenstand haben, werden dem Bereich der beratenden Psychologie zugeordnet.

Psychotherapie ist damit auch die verbale (also über gesprochene Worte) vermittelte therapeutische Behandlung (Intervention), die auf dem Gespräch und der Beziehung zwischen Therapeut (Arzt oder Psychologe) und Patient beruht. Eine Psychotherapie versucht, den Patienten so weit zu bringen, sich eigenen Probleme zu stellen und sie genauer zu erkennen, sich auf die besonderen Herausforderungen oder Problemstellungen im Leben einzustellen, von unangenehmen psychischen Beschwerden befreit oder erleichtert zu werden, die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten zu verbessern und an der Wiederherstellung von sozialer wie privater Leistungsfähigkeit mitzuwirken. Dadurch soll der Patient wieder in der Lage sein, ein möglichst glückliches Leben führen zu können.

Die **Verhaltenstherapie** beinhaltet Veränderungen der sozialen Umgebung und Interaktion. Das Ziel ist hierbei die Ausbildung und Förderung von Fähigkeiten und die Ermöglichung einer besseren Selbstregulation. Beispielsweise versucht die kognitive Verhaltenstherapie, dem Betroffenen seine Gedanken und Bewertungen verständlich zu machen, diese gegebenenfalls zu korrigieren und in neue Verhaltensweisen umzusetzen.

In der **Tiefenpsychologie** (z. B. der analytischen Psychotherapie) und in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie findet eine Auseinandersetzung mit unbewussten, in der Lebensgeschichte, meist in der Kindheit grundgelegten Motivationen und Konflikten statt. Das Ziel ist hierbei, Hintergründe und Ursachen der Leiden zu klären und diese damit aufzulösen oder abzuschwächen.

Ambulante Psychotherapie ist z.B. zur Behandlung folgender Problembereiche geeignet:

- Depressive Verstimmungen
- Ängste
- Panikattacken
- Soziale Unsicherheit und Minderwertigkeitsgefühle
- Spez. Ängste mit Vermeidungsverhalten (z.B. Tierphobien, Höhenangst, Angst vor geschlossenen Räumen usw.)
- Überforderungssymptome wie z.B. Schlafstörungen, Burnout etc.
- Traumatische Erfahrungen
- Sexuelle Störungen
- Stabilisierung nach stat. Behandlungen
- Chronische Krankheiten und Schmerzsyndrome
- Persönliche Krisen (z.B. Verlust des Arbeitsplatzes, Tod naher Angehöriger)
- Paar- und Familienkonflikte
- Suizidgedanken, selbstverletzendes Verhalten, Borderline-Störung

Die Psychotherapie kann als Leistung über die Gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden. Verordnungsfähig ist sie für alle psychiatrischen Krankheitsbilder im Rahmen eines Beantragungsverfahrens, in dem die Diagnose, die Indikation und die Form der Therapie dargestellt werden. Die Kassen genehmigen in der Regel 25 Behandlungsstunden mit der Möglichkeit der Verlängerung. Inzwischen gibt es auch evaluierte Therapiemodelle für Menschen mit schizophrener, bipolarer oder schizoaffektiver Störung.

3.1.6 Versorgungsmanagement

Seit April 2007 gibt es einen gesetzlichen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V. Dieser gewährt den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung einen Rechtsanspruch auf ein „Versorgungsmanagement“, insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche.

Der Anspruch erfasst grundsätzlich alle Versorgungsbereiche (z.B. auch das Verhältnis zwischen ambulanter ärztlicher Behandlung und stationärer Rehabilitation), sowie Maßnahmen für einen reibungslosen Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege. Ziel ist es, Pflegebedürftigkeit oder eine alsbaldige stationäre Wiedereinweisung zu vermeiden.

Dazu wird im Zusammenhang mit einer Entlassung aus dem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung ein Versorgungsmanagement eingerichtet, das zur Lösung von Schnittstellenproblemen beim Übergang der Versicherten in die verschiedenen Versorgungsbereiche beitragen soll.

Vertragsärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen haben dazu die erforderlichen Informationen auszutauschen und – unterstützt durch die jeweilige Krankenkasse – eine sachgerechte Anschlussversorgung durch die Versicherten sicherzustellen.

Versorgungsmanagement bedeutet, die bisherige Trennung der verschiedenen Versorgungssektoren zu überwinden und durch Optimierung der Behandlungsabläufe vom Beginn der Erkrankung bis zu ihrem Ende, die Effizienz und Effektivität zu steigern.

Ein zentrales Element beim Versorgungsmanagement sind die Konzeption und Umsetzung neuer Versorgungsansätze und deren Zusammenfügen zu einer integrierten Versorgungsstrategie.

3.2 Leistungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI)

3.2.1 Zusätzliche Betreuungsleistungen (45 b SGB XI)

Versicherte mit einem besonders hohem Bedarf an allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung (Voraussetzungen in § 45a SGB XI) bekommen Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen stehen, erstattet (100/200 €).

Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

1. der Tages- oder Nachtpflege,
2. der Kurzzeitpflege,
3. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder
4. der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind.

Leistungen werden ab Antragstellung gewährt, nicht verbrauchte Leistungen können in das Folgejahr übernommen werden.

3.2.2 Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 123 SGB XI)

Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, haben neben den Leistungen nach § 45b bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, Ansprüche auf Pflegeleistungen (Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistung aus Pflegegeld und Pflegesachleistung, vgl. Tabellen in Ziff. 3.2.3).

Weiterhin haben sie nun auch einen Anspruch auf Verhinderungspflege (1.550 €/Jahr) und wohnungsfeldverbessernde Maßnahmen (2.557 €/Jahr).

3.2.3 Häusliche Pflege

Pflegegeld/Monat (§ 37 SGB XI)

	Keine eingeschränkte Alltagskompetenz	Bei eingeschränkter Alltagskompetenz
Pflegestufe 0	0 €	120 €
Pflegestufe I	235 €	305 €
Pflegestufe II	440 €	525 €
Pflegestufe III	700 €	700 €

Stand 2013

oder

Pflegesachleistung/Monat durch einen Pflegedienst (§ 36 SGB XI)

	Keine eingeschränkte Alltagskompetenz	Bei eingeschränkter Alltagskompetenz
Pflegestufe 0	0 €	225 €
Pflegestufe I	450 €	665 €
Pflegestufe II	1.100 €	1.250 €
Pflegestufe III	1.550 €	1.550 €

Stand 2013

oder

Kombinationsleistung (§38 SGB XI) aus Pflegegeld und Pflegesachleistung.

Leistungserbringer für alle Betreuungsleistungen des SGB XI sind die Sozialstationen und die niederschweligen Dienste im Bayerischen Netzwerk Pflege.

3.3 Leistungen des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII)

3.3.1 Ambulant Betreutes Wohnen

Ambulant Betreutes Wohnen richtet sich an behinderte Menschen, die in ihrem Wohn- und Lebensumfeld vorübergehend oder auch dauerhaft der Unterstützung und Hilfestellung durch aufsuchende Fachkräfte bedürfen.

Ziel des Betreuten Wohnens ist es, den betroffenen Menschen trotz der Behinderung eine möglichst gemeindenahе und von einem hohen Grad an Selbständigkeit gekennzeichnete Lebensführung zu ermöglichen.

Mit dem Betreuten Wohnen können weitere ambulante und teilstationäre Betreuungsleistungen, zum Beispiel der Besuch eines Tageszentrums, eines Zuverdienst Arbeitsplatzes oder einer Werkstatt für behinderte Menschen, kombiniert werden.

Die Betreuung der Bewohner erfolgt je nach Bedarf im Rahmen von Betreuungsschlüsseln und wird insbesondere durch Fachkräfte aus dem Bereich der Sozialpädagogik, Krankenpflege, Erziehung oder durch sonstiges Personal mit entsprechender Zusatzausbildung bzw. Erfahrung in der Arbeit mit behinderten Menschen geleistet. Hauswirtschaftskräfte und ehrenamtliche Helfer können und sollen ebenfalls in angemessenem Umfang eingesetzt werden.

Ambulant Betreutes Wohnen im Einzelfall erhält, wer durch eine Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) wesentlich in seiner Fähigkeit an der Gesellschaft teilzuhaben eingeschränkt ist (§ 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII) und die Behinderung die Betreuung im Betreuten Wohnen erfordert (§§ 53, 54 SGB XII, § 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX).

Der Betreuungsbedarf wird im Rahmen eines Gesamtplanverfahrens nach § 58 SGB XII individuell festgelegt.

Für die Leistung ist der Bezirk Unterfranken sachlich (§ 97 Abs. 2 SGB XII, Art. 82 AGSG) und örtlich (§ 98 Abs. 1 und 5 SGB XII) zuständig.

Die **Förderung** der Personal- und Sachkosten der einzelnen Leistungserbringer erfolgt beim Bezirk Unterfranken institutionell über die „**Richtlinien für die Errichtung und Finanzierung von Ambulant Betreutem Wohnen für psychisch kranke Menschen und psychisch behinderte Menschen**“.

3.3.2 Selbsthilfegruppen

Der Bezirk Unterfranken fördert als freiwillige Leistung örtliche Selbsthilfegruppen für behinderte und chronisch kranke Menschen. Damit soll das eigenverantwortliche Handeln der Bürger auf sozialem Gebiet gestärkt und unterstützt werden.

Die „**Richtlinien zur Förderung von Selbsthilfegruppen für behinderte und chronisch kranke Menschen durch den Bezirk Unterfranken**“ regeln die Fördermodalitäten.

3.3.3 Psychosoziale Suchtberatung

In den Psychosozialen Suchtberatungsstellen (PSBs) werden Menschen, die von substanzbezogenen Störungen betroffen oder bedroht sind, die von nicht substanzbezogenen Störungen betroffen oder bedroht sind und die aufgrund der genannten Problemkonstellationen in seelische Krisen bzw. Notsituationen geraten sind, ambulant beraten und betreut.

Durch eine möglichst umfassende Beratung und Betreuung sollen die Psychosozialen Suchtberatungsstellen eine Ausgliederung suchtkranker Menschen aus der Gesellschaft verhindern und die Wiedereingliederung unterstützen und sind somit ein notwendiger Teil der Versorgung Suchtkranker.

Die ambulante und psychosoziale Beratung und Betreuung wird durch das in den Beratungsstellen eingesetzte Fachpersonal erbracht; es handelt sich hierbei in der Regel um Diplompsychologen/innen, Diplom- Sozialpädagogen/innen mit fachspezifischer Ausbildung.

Die Träger der Beratungsstellen erhalten zur **Finanzierung** dieser Fachkräfte vom Bezirk Unterfranken jeweils Kostenpauschalen für die förderfähigen Personal- und Sachkosten nach den „**Richtlinien zur Förderung von Psychosozialen Suchtberatungsstellen**“.

3.3.4 Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste (SPDis) sind Stellen, in denen psychisch bzw. seelisch erkrankte und/oder psychisch behinderte Menschen, Menschen, die von einer solchen Behinderung bedroht sind, Menschen in seelischen Krisen und Notsituationen und Angehörige ambulant betreut und beraten werden.

Durch eine möglichst umfassende Beratung und Betreuung sollen die Sozialpsychiatrischen Dienste eine Ausgliederung psychisch kranker und behinderter Menschen aus der Gesellschaft verhindern und die Wiedereingliederung unterstützen.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste bieten Hilfestellung zur Daseinsvorsorge, zur medizinischen Versorgung und zur sozialen Rehabilitation. Sie sind somit ein notwendiger und wichtiger Teil der Versorgung psychisch Kranker.

Die ambulante und sozialpsychiatrische Beratung und Betreuung wird durch das in den Beratungsstellen eingesetzte Fachpersonal erbracht; es handelt sich hierbei in der Regel um Diplompsychologen/innen, Diplom- Sozialpädagogen/innen und gegebenenfalls Fachpflegekräfte.

Die Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste erhalten zur **Finanzierung** dieser Fachkräfte vom Bezirk Unterfranken jeweils Kostenpauschalen für die förderfähigen Personal- und Sachkosten nach den „**Richtlinien zur Förderung der Sozialpsychiatrischen Dienste**“.

3.3.5 Familienpflege

Mit dem Betreuten Wohnen in Familien wird die Unterbringung und Behandlung von Menschen mit Behinderung in einer Fremdfamilie beschrieben. Es kommt insbesondere für Menschen mit Behinderung in Betracht, die in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung leben oder zukünftig leben müssten oder zu Hause nicht mehr alleine zu Recht kommen.

Es bietet den Betroffenen, die nicht nur vorübergehender Hilfestellungen bedürfen, in der besonderen sozialen Einbindung in der Familie zumindest mittelfristig eine stabilisierende Lebensperspektive.

Insofern grenzt sich das Betreute Wohnen in Familien von sonstigen ambulanten, teilstationären und stationären Betreuungsvarianten ab.

Weitere Betreuungsleistungen, wie zum Beispiel einen Tagesstättenbesuch, Werkstattbesuch oder Betreuungsleistungen durch einen Sozialpsychiatrischen Dienst sind dadurch nicht ausgeschlossen.

In Unterfranken gibt es zwei Familienpflegeteams in Werneck und in Lohr.

Betreutes Wohnen in Familien im Einzelfall erhält, wer durch eine Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) wesentlich in seiner Fähigkeit an der Gesellschaft teilzuhaben eingeschränkt (§ 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII) und wenn die Behinderung die Betreuung im Betreuten Wohnen in Familien erfordert (§§ 53, 54 SGB XII, § 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX).

Der Bezirk Unterfranken ist für die Übernahme der Kosten sachlich (Art. 82 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 AGSG) und örtlich (§ 98 Abs. 5 Satz 1 SGB XII) zuständig.

Das Betreute Wohnen in Familien ist eine Form der Eingliederungshilfe für Menschen mit einer Behinderung und von einer Behinderung bedrohte Menschen im Sinne des § 53 Abs. 1 und 2 SGB XII, die durch ambulante Betreuung erbracht wird (Art. 82 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 AGSG).

Die Förderung erfolgt durch den Bezirk Unterfranken aufgrund der „**Richtlinien zur Förderung des Betreuten Wohnens in Familien**“.

3.3.6 Freizeit- und Begegnungsmaßnahmen

Die gemeinsame Gestaltung von Ferien und Freizeit hat eine zentrale Bedeutung für ein gelebtes Miteinander von Menschen mit und ohne Behinderung.

Daher werden inklusive Maßnahmen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und zur Verwirklichung eines selbstverantwortlichen und selbstbestimmten Lebens von Menschen mit Behinderung in den Bereichen Kultur, Erwachsenenbildung, Erholung, Freizeit und Sport aktiv gefördert.

Insbesondere sind dies Freizeit- und Begegnungsmaßnahmen, die vom Grundgedanken der Teilhabe und Inklusion getragen sind und den Abbau von Kontaktproblemen sowie eine bewusste und sinnvolle Freizeitgestaltung zum Ziel haben.

Bezuschusst werden Freizeit- und Begegnungsmaßnahmen bis zu einer Dauer von 28 Tagen in zwei Kalenderjahren nach den „**Richtlinien des Bezirk Unterfranken für die Förderung von Freizeitmaßnahmen und Kursen für psychisch kranke und psychisch behinderte Menschen**“.

3.3.7 Ehrenamtliche

Ziel der Förderung ist es, durch Betreuungsmaßnahmen die Ausgliederung von psychisch kranken oder behinderten Menschen aus dem allgemeinen Leben zu vermeiden oder ihre Wiedereingliederung zu erleichtern und dadurch am Abbau von Vorurteilen mitzuwirken.

Die Betreuung durch Ehrenamtliche soll eine Teilnahme an den Abläufen des normalen Lebens ermöglichen. Die Hilfen bestehen z. B. in Gesprächsbereitschaft, in regelmäßigen Haus- und Krankenhausbesuchen, in Motivierung zur ärztlichen Behandlung, in Stützung im Berufsalltag, in gemeinsamer Freizeit- und Urlaubsgestaltung, in Unterstützung bei der täglichen Lebensführung und in Hilfsmaßnahmen für Angehörige. Sie sind vor allem während oder nach der ambulanten oder stationären Behandlung oder bei Krisen von besonderer Bedeutung.

Die **Finanzierung** erfolgt nach den „**Richtlinien für die Förderung von psychisch kranken und psychisch behinderten Menschen durch Laienhelfer**“ durch den Bezirk Unterfranken.

3.4 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Nach dem Zweiten, Dritten, Fünften, Sechsten, Neunten und Zwölften Buch -Sozialgesetzbuch (SGB II, III, V, VI, IX und XII)

3.4.1 Zusammenwirken der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Psychische Erkrankungen beeinträchtigen nicht nur den persönlichen Alltag und die allgemeine Lebensplanung, sondern auch die Möglichkeit zur Teilhabe am Arbeits- und Berufsleben. Arbeit und Beschäftigung haben eine rehabilitativ-integrative und sinnstiftende Funktion. Sie können den Gesundheitszustand stabilisieren, das Selbstvertrauen stärken und somit präventiv wirken und einen erheblichen Einfluss auf einen guten Verlauf psychischer Erkrankungen haben. Die Arbeits- und Beschäftigungssituation psychisch kranker Menschen gestaltet sich derzeit äußerst unbefriedigend. Dies gilt verstärkt bei einer ungünstigen Lage auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, die eine Integration von Menschen mit seelischer Behinderung zusätzlich erschwert. Die Schwierigkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen, deren Leistungen krankheitsbedingt großen Schwankungen unterworfen sind, verstärken sich erfahrungsgemäß dann noch mehr, wenn keine angemessenen Arbeits- und Beschäftigungssituationen zur Verfügung stehen, die konstant bewältigt werden können und Perspektiven bieten.

Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommt daher eine außerordentlich hohe Bedeutung zu.

Das System der beruflichen Rehabilitation ist zunächst auf die Herstellung der vollen Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgerichtet. Das Erreichen des finalen Zweckes der rehabilitativen Maßnahmen, die Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt, kann aber bei vielen Menschen, vor allem denjenigen mit schweren psychischen Erkrankungen, nur schwer prognostiziert werden. Stattdessen erfolgen in der Konsequenz Frühverrentungen und/oder eine Tätigkeit in der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM).

Obwohl im Interesse von psychisch kranken und behinderten Menschen weiterhin am Ziel der Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als vorrangige Option fest gehalten werden muss, ist festzustellen, dass viele Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen in ihrer Arbeits- und Erwerbsfähigkeit dauerhaft so stark beeinträchtigt sind, dass dem inklusiven Prozess Grenzen gesetzt sind.

Daher muss für die Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit psychischen Erkrankungen das gesamte Spektrum von Tätigkeiten von unter drei Stunden täglich bis zur Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entsprechend der individuellen Leistungsfähigkeit verfügbar sein.

Aber gerade die **Ausrichtung des Systems der beruflichen Rehabilitation** (mit dem Ziel, möglichst lange die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen zu erhalten, um die Teilhabe am Arbeitsleben auf Dauer zu sichern) **und** das notwendige **flexible Angebot an Beschäftigungsmöglichkeiten** führen immer wieder zu Abgrenzungs- und Schnittstellenproblemen zwischen den einzelnen Rehabilitations- oder Sozialleistungsträgern.

Die beschriebenen deckungsgleichen Zielsetzungen in den Sozialgesetzbüchern II, III, V, VI und XII erfordern eine rechtliche Einordnung und damit klare Zuständigkeitsregelung, ganz besonders im Sinne der betroffenen Menschen.

Aufgabe und Ziel der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ist nach § 53 Abs. 3 SGB XII eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Diese sind an unterschiedlichen Stellen im SGB allgemein beschrieben (z. B. §§ 2, 26, 33, 41, 55 SGB IX, 53 SGB XII) und gelten insbesondere für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Die Träger der Sozialhilfe gehören neben den gesetzlichen Krankenkassen, der Bundesagentur für Arbeit, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung zum Kreis der Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX).

Der allgemeine Nachranggrundsatz des § 2 SGB XII gilt für die Eingliederungshilfe, also für den Träger der Sozialhilfe. Ein Anspruch auf Eingliederungshilfe entsteht demnach nicht, wenn ein Anspruch auf Pflicht- und Ermessensleistungen, die demselben Ziel dienen, nach anderen Rechtsvorschriften (z.B. SGB II, III, V, VIII) besteht. Der Nachrang für Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII besteht insbesondere bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gegenüber der Bundesagentur für Arbeit, aber auch gegenüber anderen Rehabilitations- oder Sozialleistungsträgern wie z.B. der Deutschen Rentenversicherung.

Kann die Erwerbsfähigkeit behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit erhalten, verbessert, hergestellt oder wieder hergestellt und damit ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer gesichert werden, besteht ein Anspruch auf Leistungen nach den einschlägigen Vorschriften der jeweiligen Leistungsgesetze (SGB II, III, VI) in Verbindung mit den Regelungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX (=Leistungen der beruflichen Rehabilitation). Solange Erwerbsfähigkeit besteht, sind die vorrangigen Rehabilitationsträger wie Bundesagentur für Arbeit oder Deutsche Rentenversicherung zuständig. Erwerbsfähig nach § 8 Abs. 1 SGB II ist, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbsfähig zu sein. Zuständig für die Feststellung von Erwerbsfähigkeit ist nach § 44 a SGB II die Agentur für Arbeit. Im Widerspruchsfall entscheidet die Agentur für Arbeit, nachdem sie eine gutachterliche Stellungnahme des zuständigen Trägers der Rentenversicherung eingeholt hat. Diese gutachterliche Stellungnahme des Rentenversicherungsträgers ist für alle gesetzlichen Leistungsträger nach dem SGB II, II, V, VI und XII bindend.

Die Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers und somit ein Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach §§ 53 ff SGB XII besteht demnach erst nach Feststellung der dauernden Erwerbsunfähigkeit der psychisch kranken und psychisch behinderten Menschen. Die Entscheidung über die Feststellung der dauernden vollen Erwerbsminderung trifft nach § 45 SGB XII i.V. mit § 109 a SGB VI ebenfalls der Rentenversicherungsträger.

Im Folgenden werden nun die verschiedenen Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben dargestellt.

3.4.2 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) – SGB II, III, V, VI und XII

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) leisten nicht nur Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sondern damit nahtlos verzahnt in einer Komplexmaßnahme auch medizinische Leistungen der Rehabilitation und ergänzende psychosoziale Hilfen. Sie eignen sich daher ganz besonders für eine erfolgreiche Rehabilitation insbesondere von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen mit Entwicklungspotential.

Die Finanzierung erfolgt vorrangig über die Krankenkassen nach dem SGB V, den Rentenversicherungsträger nach dem SGB VI, selten über die Bundesagentur für Arbeit nach dem SGB II und III. Der Sozialhilfeträger leistet nach dem SGB XII ggf. nachrangig, sofern die notwendigen Vorversicherungszeiten der anderen Rehaträger fehlen.

3.4.3 Übergangseinrichtungen – SGB XII

Übergangseinrichtungen bieten Leistungen der beruflichen und/oder sozialen Teilhabe als Komplexleistung für Menschen mit seelischer Behinderung mit unterschiedlich langer Krankheitserfahrung, die keiner stationären medizinischen Behandlung mehr bedürfen, jedoch noch nicht in vollem Umfang in der Lage sind, die Anforderungen des täglichen sozialen und beruflichen Lebens zu bewältigen.

3.4.4 Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) – SGB II, III, VI, IX und XII

Werkstätten für behinderte Menschen bieten Angebote zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben und Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen, denen wegen der Art und Schwere ihrer Behinderung die Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (i.d.R. auch in einer Selbsthilfefirma) zeitweise oder dauerhaft nicht möglich ist. Die Werkstätten für behinderte Menschen haben ferner das Ziel, im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich die Leistungsfähigkeit des Betroffenen festzustellen und fachgerecht zu fördern. Um den unterschiedlichsten Krankheitsbildern und besonderen Bedürfnissen der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gerecht zu werden und deren Teilhabe am Arbeitsleben zu gewährleisten, wurden, soweit möglich, Spezialwerkstätten, separate Gruppen oder Abteilungen in den allgemeinen Werkstätten geschaffen. Die Angebote sollten eine wohnortnahe Versorgung ermöglichen, um lange Anfahrtszeiten der Menschen und somit lange „Arbeitstage“ zu verhindern und/oder im Arbeitsbereich flexible Arbeitszeiten ermöglichen.

Die Kosten für die **Förderung im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich** tragen die vorrangig verpflichteten Träger der beruflichen Rehabilitation.

§ 42 SGB IX regelt, welche Rehabilitationsträger für die einzelnen Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich der Werkstätten zuständig sind, nämlich überwiegend

1. die Bundesagentur für Arbeit nach § 102 Abs. 2 SGB III, soweit nicht der Träger der Unfallversicherung, Rentenversicherung oder Kriegsopferfürsorge vorrangig zuständig ist,
2. die Träger der Rentenversicherung nach § 16 SGB VI unter den Voraussetzungen der §§ 11 bis 13 SGB VI,

in Verbindung mit § 40 SGB IX.

Die **Kosten im Arbeitsbereich** werden vom sachlich (§ 97 Abs. 2 SGB XII, Art. 82 AGSG) und örtlich (§ 98 Abs. 1 SGB XII) zuständigen überörtlichem Sozialhilfeträger, dem Bezirk Unterfranken, als Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII erbracht.

Anspruch auf einen Werkstattarbeitsplatz im Einzelfall hat, wer durch eine Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) wesentlich in seiner Fähigkeit an der Gesellschaft teilzuhaben eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht ist (§ 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII) und die Behinderung die Gewährung von Eingliederungshilfe in einer WfbM erfordert (§§ 53, 54 SGB XII).

Anspruch auf Leistungen des Sozialhilfeträgers im Arbeitsbereich der Werkstätten haben nach § 41 Abs. 1 SGB IX behinderte Menschen, bei denen eine

- Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder
- Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung und Weiterbildung oder berufliche Ausbildung

wegen Art und Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder in Betracht kommen, die aber in der Lage sind, nach Abschluss der Maßnahmen im Berufsbildungsbereich wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen.

Die Hilfe wird nur gewährt, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, vor allem nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann und endet mit dem Erreichen der rentenversicherungsrechtlichen Altersgrenze.

3.4.5 Tagesstätten - SGB II, III, VI, IX und XII

Tagesstätten sind schwerpunktmäßig Einrichtungen für chronisch psychisch kranke und behinderte Menschen, die längerfristig keine Arbeit finden können. Neben ihrer niedrigschwelligen Kontaktstellenfunktion bieten sie regelmäßig längerfristige beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Programme an. Sie sind sowohl ambulante Betreuungsstellen zur sozialen Rehabilitation als auch teilstationäre Einrichtungen zur Rückfallverhütung sowie zur Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes.

Von den Werkstätten für psychisch behinderte Menschen unterscheiden sich die Tagesstätten durch die Niederschwelligkeit und das geringe Anforderungsprofil der Arbeitsangebote. Sie dienen auch der Vermeidung und Verkürzung von stationären Aufenthalten in Heimen und Kliniken, insbesondere tragen sie zur Entlastung der Angehörigen bei.

Anspruch auf Leistungen in einer Tagesstätte im Einzelfall hat, wer durch eine Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) wesentlich in seiner Fähigkeit an der Gesellschaft teilzuhaben eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht ist (§ 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII) und die Behinderung neben dem Besuch der Tagesstätte die Gewährung von Eingliederungshilfe in einer Einrichtung zur teilstationären Betreuung erfordert (§§ 53, 54 SGB XII i. V. m. § 12 Eingliederungshilfe-Verordnung).

Für die Leistung in der Tagesstätte ist der Bezirk Unterfranken sachlich (§ 97 Abs. 2 SGB XII, Art. 82 AGSG) und örtlich (§ 98 Abs. 1 SGB XII) zuständig.

Die **Finanzierung** der Tagesstätten erfolgt in Unterfranken ausschließlich im Rahmen des SGB IX i.V.m. SGB XII nach den „**Richtlinien des Bezirks Unterfranken zur Förderung von Tagesstätten für psychisch kranke und psychisch behinderte Menschen**“.

3.4.6 Zuverdienst – SGB II, III, IX, XII

Zuverdienst Arbeitsplätze sind arbeitsmarktnahe Beschäftigungsangebote für Menschen mit Behinderung, bei denen behinderungsgerechte Arbeit und sinnvolle Beschäftigung im Vordergrund stehen. Diese sind speziell für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen geeignet, die diesen im Rahmen der Zuverdienstgrenzen eine stundenweise Beschäftigung entsprechend ihrem aktuellen Befinden ermöglichen.

Arbeit als niedrighschwelliges, tagesstrukturierendes Angebot orientiert sich dabei an dem individuellen Bedarf des Betroffenen. Durch die Arbeit kann soziale Teilhabe, Stabilisierung und wenn möglich sogar Hinführung zur beruflichen Eingliederung erreicht werden.

Im Rahmen der Beschäftigung im Zuverdienst findet u.a. eine berufliche Basisqualifizierung statt, so dass die Eingliederungschancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verbessert werden. Neben Vermittlung und Training von Grundanforderungen des Arbeitslebens, können auch fachpraktische und fachtheoretische Kenntnisse erlernt, sowie die Verbesserung sozialer Kontakte erworben werden.

Oftmals stellen Zuverdienst Arbeitsplätze zur Sicherstellung der Tagesstruktur eine sinnvolle Ergänzung zum Ambulant Betreuten Wohnen dar.

Der Bezirk Unterfranken fördert derzeit im Rahmen des SGB XII ca. 180 Zuverdienst Arbeitsplätze (Stand Okt. 2013) nach der „**Vereinbarung über die Errichtung und Förderung von Zuverdienstmöglichkeiten im Regierungsbezirk Unterfranken**“ und leistet Zuwendungen für Personal- und Sachkosten im Projekt.

3.4.7 Integrationsfirmen/Integrationsprojekte – SGB IX, XII

Integrationsfirmen/Integrationsprojekte (früher Selbsthilfefirmen) bieten schwerbehinderten Menschen sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsmöglichkeiten.

Sie sind grundsätzlich dem allgemeinen Arbeitsmarkt zuzurechnen, aber speziell geeignet für Menschen mit Behinderung, deren Eingliederung in eine andere Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf besondere Schwierigkeiten stößt.

Integrationsarbeitsplätze ermöglichen Menschen mit Behinderung die Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen einer sozialversicherungspflichtigen, integrationsgerechten und entwicklungsfördernden Beschäftigung.

Damit erfüllen Integrationsarbeitsplätze das Recht auf Zugang zur Arbeitswelt im besonderen Maße. Durch die regulären Arbeitsverhältnisse mit tariflicher und ortsüblicher Vergütung werden Menschen mit Behinderung dauerhaft in das Berufsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt integriert.

Vorrangig werden Integrationsfirmen nach § 102 Abs. 3 SGB IX aus Mitteln der Ausgleichsabgabe durch das Integrationsamt gefördert. Der Bezirk Unterfranken fördert auf freiwilliger Basis einige Arbeitsplätze niederschwellig, in Zusammenarbeit mit dem Integrationsamt und den Integrationsfachdiensten, im Rahmen des SGB XII bzw. SGB IX durch seine „**Richtlinien zur Förderung und zum Erhalt von Arbeitsplätzen in Integrationsunternehmen**“.

3.4.8 Berufsbildungswerke und Berufsförderungswerke – SGB II, III, VI, IX

Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke bieten Möglichkeiten zu einer qualitativ hochwertigen beruflichen Bildung und Förderung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. So verfügen inzwischen einige Einrichtungen über spezielle Förderangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Zuständig ist ausschließlich die Bundesagentur für Arbeit nach den Vorschriften des SGB II und III, sowie die Deutsche Rentenversicherung nach dem SGB VI in Verbindung mit dem SGB IX.

Angeboten werden z.B.:

- Förderung beruflicher Weiterbildung
- Maßnahmen zur Förderung der Berufswahl und Berufsausbildung
- Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Wiedereingliederung
- Transfermaßnahmen durch Dritte
- Reha spezifische Maßnahmen und Maßnahmen in besonderen Reha-Einrichtungen nach SGB IX:
 - Maßnahmen zur individuellen betrieblichen Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung (UB) nach §38a SGB IX (**InbeQ**).
Zielgruppe sind behinderte Menschen mit einem Potential für eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.
 - Diagnose der Arbeitsmarktfähigkeit besonders betroffener behinderter Menschen nach § 33 Abs. 4 SGB IX (**DIA-AM**).
Zielgruppe sind behinderte Menschen, bei denen die bisher durchgeführte Eignungsdiagnostik ein berufliches Potential im Grenzbereich der Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes und von WfbM aufzeigt, eine abschließende Entscheidung aber zusätzlich praxisnaher Feststellungen bedarf.
 - Maßnahmen zur Integration von Rehabilitanden in den Arbeitsmarkt nach §117 SGB III (**InRAM**).
Zielgruppe der Maßnahme sind Menschen mit Behinderungen, die für eine berufliche Wiedereingliederung auf integrationsunterstützende Maßnahmen angewiesen sind und bei denen nach Abschluss dieser Maßnahme eine Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt erwartet werden kann.
 - Betreute betriebliche Umschulung für Rehabilitanden nach § 102 SGB III (**bbU Reha**).
Zielgruppe sind Behinderte i. S. des §2 Abs.1 SGB IX i. V. m. §19 SGB III, die auf eine Teilnahme an den besonderen Bedürfnissen behinderter Menschen ausgerichteten Maßnahme - jedoch nicht in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen – angewiesen sind, um die Zielsetzung zu erreichen. Die Teilnehmer sind aufgrund ihres Leistungsvermögens in der Lage den Anforderungen einer betrieblichen Umschulung gerecht zu werden.

3.4.9 Integrationsfachdienste – SGB IX

Integrationsfachdienste sollen im Auftrag der Integrationsämter, der Arbeitsagenturen und anderer Rehabilitationsträger schwerbehinderte arbeitslose Menschen vermitteln und die psychosoziale Betreuung im Rahmen der „Begleitenden Hilfe im Arbeits- und Berufsleben“ wahrnehmen. Darüber hinaus haben sie Beraterfunktion für die Betriebe sowie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Einrichtungen, die mit der beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen befasst sind.

Zu den Angeboten der IFD für behinderte Menschen gehört beispielsweise:

- WfbM Ausgliederung – Übergang von der Werkstatt für behinderte Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt
- Individuelle Berufsorientierung
- Klärung von leistungs- und förderrechtlichen Fragen
- Erledigung sämtlicher anfallenden Formalitäten
- Support bei der Suche nach beruflichen Alternativen
- Support bei der individuellen Bewerbung und Kontaktaufnahme zu potenziellen Arbeitgebern
- Beratung und Unterstützung bei allen Herausforderungen nach der Arbeitsaufnahme
- Unterstützung bei der Lösung sozialer und persönlicher Probleme, die die Arbeitsaufnahme erschweren könnten

3.4.10 Ergotherapeuten – SGB V

Ergotherapie gehört zum Behandlungsstandard der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhäuser und Abteilungen und der Psychiatrischen Institutsambulanzen.

Die Ergotherapie setzt sich aus zwei Bereichen zusammen: Beschäftigungstherapie (BT) und Arbeitstherapie (AT). Arbeits- und Beschäftigungstherapie sollen psychisch kranken Menschen die Möglichkeit eröffnen, ihr seelisches Befinden mittels kreativer Techniken sowie lebenspraktischer Übungen einerseits und berufsweltlich orientierter Angebote andererseits zu verbessern. Allerdings liegt der Schwerpunkt häufig zu wenig auf der Einleitung beruflicher Wiedereingliederungsmaßnahmen.

Ambulante Ergotherapie wird im Einzelfall fachärztlich verordnet und von den Krankenkassen nach dem SGB V finanziert. Insoweit wird sie hier nur zur Vollständigkeit erwähnt.

4. Empfehlungen für eine bessere Vernetzung in der psychiatrischen Versorgung

Die unterschiedlichen Leistungssysteme und Angebote, insbesondere die Bereiche „Medizinische Leistungen und Krankenversicherung“, „Pflegeversicherung“, „Eingliederungshilfe“, sowie die verschiedenen „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ wurden unter Punkt 3 umfassend dargestellt.

Im Folgenden werden einleitend die Ergebnisse der Auswertung eines Fragebogens an die Anbieter des ABW, sowie die Aussagen und unterschiedlichen Einschätzungen der in der Arbeitsgruppe beteiligten Nervenärzte, Anbieter von komplementären Diensten, gesetzlichen Vertreter, Vertreter der PSAGs, der Betroffenen und Angehörigen, sowie des Bezirk Unterfranken wiedergegeben.

Auf der Grundlage der Auswertung des Fragebogens und der Bewertung der bestehenden Angebote aus verschiedenen Blickwinkeln werden Empfehlungen für eine bessere Vernetzung und Kooperation in der psychiatrischen Versorgung abgegeben. Die Angebote sollen sich gegenseitig ergänzen und nebeneinander nutzbar sein.

Ziel ist es, durch passgenaue Unterstützung und kooperative Zusammenarbeit der einzelnen Akteure, den psychisch erkrankten oder behinderten Menschen ein Höchstmaß an eigenständiger Lebensführung zu ermöglichen.

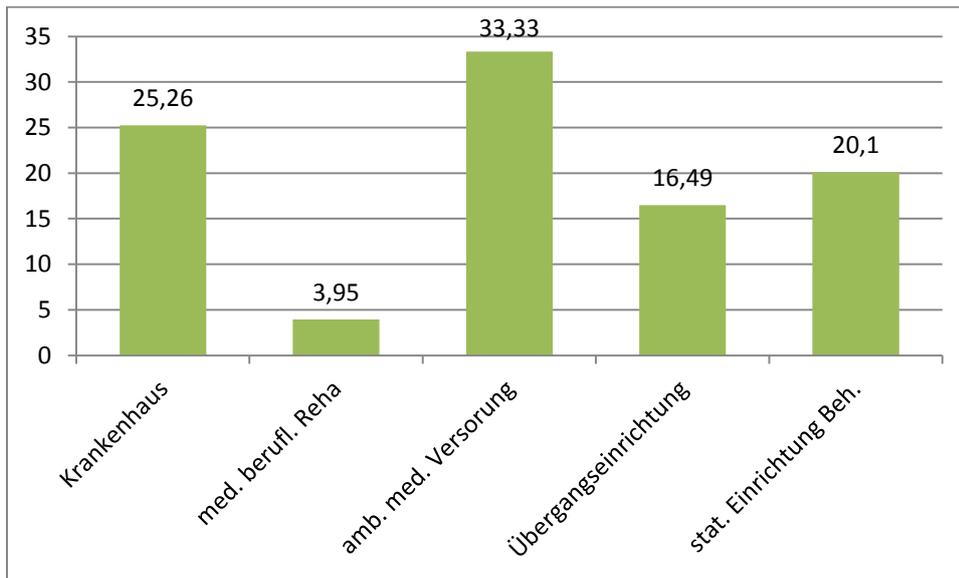
4.1 Ergebnisse der Auswertung des Fragebogens an die Anbieter des ABW

Ausgehend von dem Arbeitsauftrag der Arbeitsgruppe wurden verschiedene Punkte bei allen Dienst-anbietern im ABW für Menschen mit seelischer Behinderung in Unterfranken anhand eines Fragebogens evaluiert. Dabei wurde nach der Anzahl der betreuten Klienten in den Kategorien Diagnose (vgl. Ziff. 1.4), abgebende Versorgung, Inanspruchnahme weiterer Leistungen und tagesstrukturierender Angebote zum Stichtag 01.07.2013 gefragt.

Der Rücklauf war sehr erfreulich, so dass mit Angaben zu 582 Klienten im ABW ein sehr aussagekräftiges Ergebnis vorliegt.

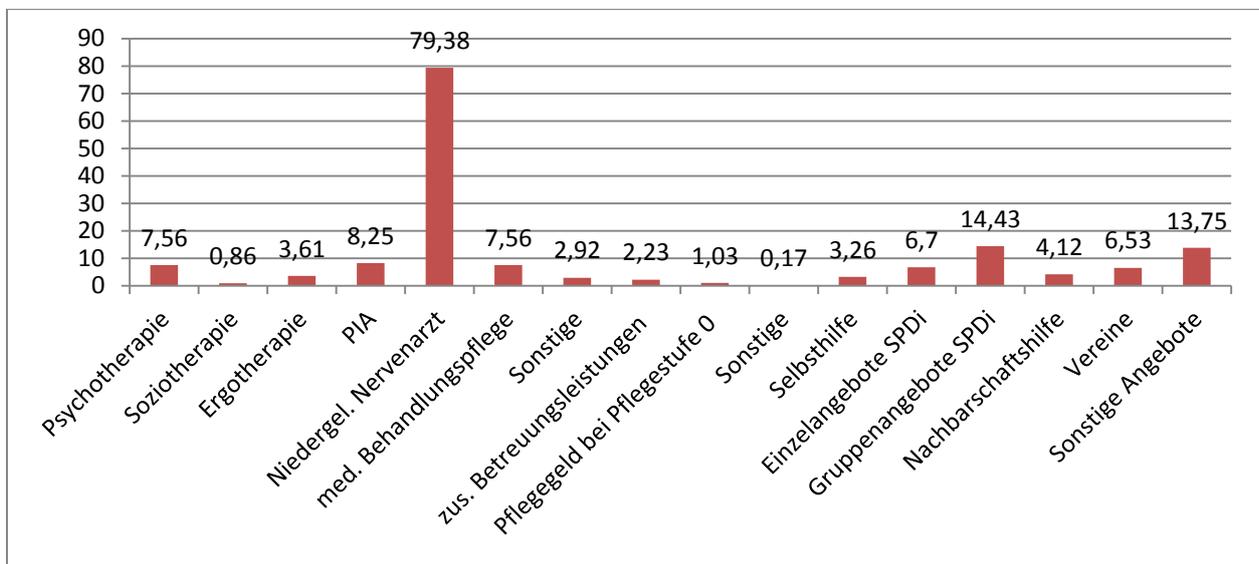
In den folgenden Diagrammen werden keine absoluten Zahlen, sondern prozentuale Anteile abgebildet.

a) Abgebende Versorgung:



Deutlich erkennbar ist, dass ein großer Anteil von Personen (ca. 1/3) direkt aus dem häuslichen und ambulant-medizinischen Bereich ins ABW wechselt. Es zeigt weiterhin, dass 3,95 % unmittelbar vor der Aufnahme ins ABW eine medizinische und/oder beruflich-medizinische Reha in Anspruch nehmen. Der Anteil der Personen, die unmittelbar aus stationären Einrichtungen kamen, zeigt auch die Durchlässigkeit des Systems der Hilfeleistungen hin zur Ambulantisierung.

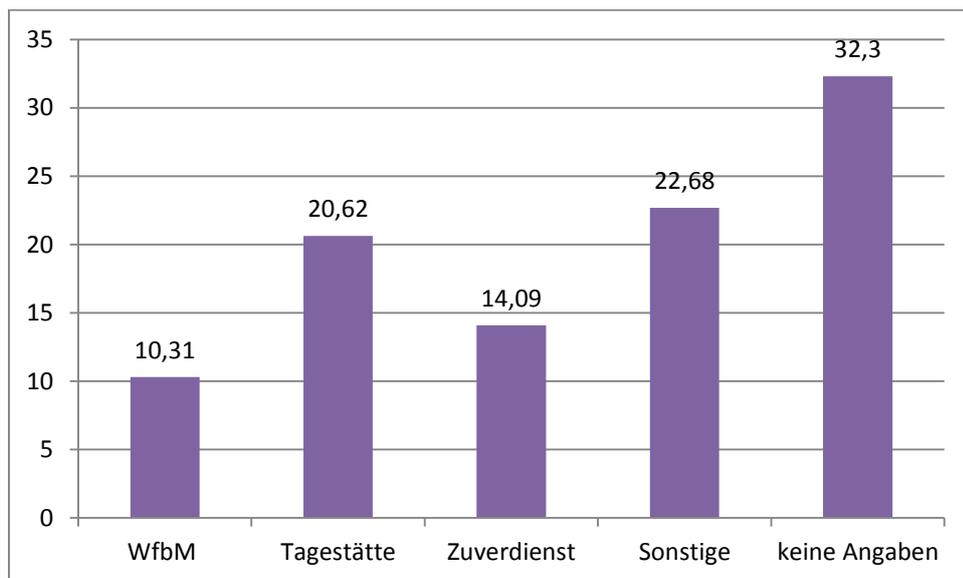
b) Zusätzliche Inanspruchnahme von Leistungen anderer Sozialleistungsträger bzw. von weiteren Angeboten:



Bei „Sonstigen Angeboten“ wurde vor allem Einsatz von ehrenamtlichen Bürgerhelfern und Physiotherapie genannt, selten PSB.

Fast jeder Klient im ABW (knapp 80 %) ist Patient bei einem niedergelassenen Facharzt. Wenige werden von einer PIA betreut. Medizinische Leistungen, wie Psycho-, Sozio-, Ergotherapie oder medizinische Behandlungspflege werden nur sehr selten in Anspruch genommen. Die Angebote der SPDis, der Selbsthilfe, der Nachbarschaftshilfe, von Vereinen oder sonstiger Art werden eher wenig genutzt. Zusätzliche Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz, auch bei Pflegestufe 0, werden kaum genutzt bzw. bewilligt.

c) Zusätzliche Inanspruchnahme von tagesstrukturierenden Angeboten:



Sonstige Angebote:

- Beschäftigung auf dem allg. Arbeitsmarkt
- Schul-/Berufsausbildung
- geringfügige Beschäftigung
- ehrenamtl. Tätigkeit
- interne Tagesstruktur

Knapp 70 % der Klienten im ABW erhält Tagesstruktur, während bei gut 30 % hierzu keine näheren Angaben gemacht wurden.

4.2 Medizinische Leistungen/ SGB V

4.2.1 Ambulante Soziotherapie

Die Therapieform ist für schwer chronisch kranke Patienten sehr effektiv. Dies ist inzwischen gut evaluiert.

In Unterfranken ist Soziotherapie derzeit aber kaum nutzbar und nur bei wenigen Leistungserbringern vorhanden, obwohl diese durch die Krankenkassen mit festen Stundensätzen refinanziert wird. Der weitere Ausbau ist dringend wünschenswert.

Eine besondere Schwierigkeit besteht zudem durch das Verbot der Parallelbehandlung in PIA und Soziotherapie.

Die Leistungsträger der SPDIs/PSBs, der Anbieter von ABW bzw. die Vereine für gemeindenahe Psychiatrie sowie die Nervenärzte werden gebeten zu prüfen, ob und inwieweit Soziotherapie aufgebaut werden kann.

4.2.2 Ambulante Ergotherapie

Die psychisch-funktionelle Behandlung -als Teil der Ergotherapie- ist eine Leistung, die auch für die Klienten im ABW in Betracht kommt. In Norddeutschland ist Ergotherapie bereits ein fester Bestandteil in der ambulant psychiatrischen Versorgung. In Unterfranken dagegen wird Ergotherapie, die im Übrigen sogar aufsuchend tätig wird, seltener in Anspruch genommen.

Möglicherweise ist das Leistungsspektrum und differenzierte Wissen über die Vielfalt der Einsatzgebiete der Ergotherapie bei Klienten, SPD/PSB oder Diensteanbietern des ABW noch zu wenig bekannt und wird daher viel zu selten nachgefragt.

Ein weiterer Aspekt ist, dass ergotherapeutische Praxen z.T. noch nicht genügend auf die psychisch-funktionelle Therapie ausgerichtet sind. Neu ausgebildete Fachkräfte spezialisieren sich aber zunehmend auf diese Bereiche.

Ergotherapie sollte für die Klienten im ABW im Einzelfall in Anspruch genommen werden, da bis zu 40 Behandlungseinheiten im Regelfall vom Arzt verordnet werden können.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit im individuellen Genehmigungsverfahren, eine Behandlung außerhalb des Regelfalls zu beantragen. In einem solchen Verfahren kann der Patient selbst mit einer ärztlichen Bestätigung und einer vollständig ausgefüllten Heilmittelverordnung, inklusive medizinischer Begründung, die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung für Ergotherapie beantragen.

4.2.3 PIA – inklusive „Aufsuchende psychiatrische Fachkrankenpflege“

Im Rahmen der PIA kann grundsätzlich das gesamte Leistungsspektrum des BKH abgedeckt werden. Sie stellt damit einen wichtigen Bestandteil im psychiatrischen Versorgungssystem dar. Angebote sind u.a. aufsuchende psychiatrische Fachkrankenpflege und sozialpädagogische Beratung.

Bei der psychiatrischen Fachkrankenpflege, als Angebot der PIAs, können Pfleger, Schwestern, sogar Ärzte, aufsuchend tätig werden und die Patienten umfassend betreuen. Dabei besteht eine enge Verzahnung mit den Sozialstationen, wobei die Einbindung von Sozialstationen in die Behandlung und Betreuung chronisch psychisch Kranker, insbesondere in ländlichen Gebieten, sicher noch weiter zu entwickeln ist. Die hohe Nachfrage nach psychiatrischer Fachkrankenpflege zeigt die Qualität und hohe Fachkompetenz des Angebotes und sollte unbedingt ausgebaut werden.

Insgesamt wünschen sich die niedergelassenen Nervenärzte mehr Informationen und Zusammenarbeit mit den PIAs.

Die ärztlich-psychiatrische Behandlung in den PIAs entlastet die niedergelassenen Fachärzte. Weiterer Bedarf in den Psychiatrischen Institutsambulanzen ist absehbar.

Die PIAs können einen wesentlichen Beitrag für die Versorgung von Menschen mit einer seelischen Erkrankung leisten. Sie sollten deshalb insbesondere auch mit den Angeboten der Nervenärzte, der SPDIs/PSBs bzw. des Betreuten Wohnens vernetzt und in deren Versorgung integriert werden.

Die PIAs Lohr, Aschaffenburg, Werneck, Würzburg und Schweinfurt wurden in der Vergangenheit zwar deutlich aus- und aufgebaut, stoßen mittlerweile jedoch an ihre Kapazitätsgrenzen. Der weitere Ausbau sowie die Vernetzung mit dem gesamten Versorgungssystem sind dringend anzustreben.

4.2.4 Ambulante Psychotherapie

In Unterfranken ist es sehr schwierig, einen Therapieplatz zu bekommen. Obwohl fast alle Psychiater auch die Anerkennung als Psychotherapeuten besitzen, arbeiten sie nur im beschränkten zeitlichen Umfang in diesem Bereich. Es gibt zwar deutlich mehr Kassenpsychotherapeuten als Psychiater, gleichzeitig werden aber mehr Menschen durch niedergelassene Psychiater als durch niedergelassene Psychotherapeuten versorgt. Dies hängt natürlich auch damit zusammen, dass eine Psychotherapie einen größeren zeitlichen Umfang umfasst.

Die Psychotherapie kann nicht einfach verordnet werden, sondern setzt ein aktives Interesse des Patienten voraus. Manchen Klienten im ABW fehlt alleine die Beharrlichkeit, einen Therapieplatz zu bekommen und eine Therapie durchzuhalten. Bei der Psychotherapie ist auch ein hohes Maß an Zuverlässigkeit und Konstanz notwendig.

Daneben ist die Erreichbarkeit der Psychotherapeuten für neue Patienten oft sehr beschränkt. Zusätzlich müssen lange Wartezeiten in Kauf genommen werden.

Unabhängig davon kann die Psychotherapie im Einzelfall zur Stabilisierung der Patienten beitragen und sollte dann auch in die Versorgung der Betroffenen einbezogen werden.

4.2.5 BKH stationär und Tagesklinik

Die BKHs und Tageskliniken in Unterfranken sind ständig ausgelastet und überbelegt. Dies betrifft alle Bereiche, insbesondere bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Nachfrage steigt weiter, bei begrenzten Kapazitäten. Wartezeiten sind überhaupt nicht darstellbar. Notwendig wären aus Sicht der BKHS noch mehr aufsuchende Hilfen.

Daneben wird auch eine wachsende Nachfrage nach teilstationären Behandlungsangeboten gesehen, hier liegen die Wartezeiten bei teilweise über sechs Monaten.

Die teilstationären und stationären Behandlungsangebote sollten im Rahmen der Möglichkeiten (ggf. dezentral) ausgebaut werden.

Gleichzeitig sollten beim Übergang von der klinisch-stationären und teilstationären in die ambulante Versorgung auch unter Beteiligung des Sozialdienstes der Krankenhäuser, ggf. in Zusammenarbeit mit dem Versorgungsmanagement der Krankenkassen, insbesondere die Leistungsangebote nach dem SGB V genutzt werden.

4.2.6 Niedergelassene Psychiater/Fachärzte

Nach Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung kam es im ambulanten Sektor des Fachbereichs Psychiatrie in den letzten zehn Jahren, teils bedingt durch das Gesundheitsänderungsgesetz der Bundesregierung - verbunden mit den Kostendämpfungsmaßnahmen der Krankenkassen, zu deutlichen Verwerfungen in der Versorgungsstruktur in ganz Bayern und damit auch in Unterfranken.

Im ärztlichen Bereich gibt es sowohl für die Hausärzte als auch für die Facharztpraxen Budgetierungen. Diese werden über das qualitätsorientierte Regelleistungsvolumen für jede Praxis von Seiten der KVB festgelegt. Bei Überschreitung werden diese Kosten nicht erstattet. Bedingt durch die Inflationsrate und Lohnerhöhungen der Mantelverträge für Praxismitarbeiter bedeutet dies langfristig Einnahmereduzierungen, was die Praxen allgemein belastet.

Die Fallzahl in den psychiatrischen Praxen in ganz Bayern haben sich sukzessive über die Jahre hinweg erhöht. Zurückgeführt wird dieses Phänomen auf verschiedene Ursachen:

1. Die Akzeptanz der Inanspruchnahme hat sich in der Bevölkerung erhöht, was mit einer verbesserten medialen Darstellung und der parallel laufenden Antistigma- Diskussion begründet wurde.
2. Die Zahl der niedergelassenen Psychiater und Nervenärzte reduzierte sich jedoch in den vergangenen Jahren, was laut KVB zum einen mit der Altersstruktur, zum anderen mit der wirtschaftlichen Situation der Praxen im Zusammenhang stehe.
Aus dem Versorgungsatlas „Nervenärzte, Neurologen und Psychiater in Unterfranken“ von 2010 geht hervor, dass damals das Durchschnittsalter der Ärzte bei 52,9 Jahren lag. Diese Tendenz der Alterung wird sich laut KV Unterfranken weiter fortsetzen. Immerhin hatten 2010 schon 11,9 % das 60. Lebensjahr überschritten. Nicht alle Praxen konnten nachbesetzt werden, was mit deren wirtschaftlicher Situation und teils auch mit den veränderten Vorstellungen der jüngeren Ärzte bezüglich der eigenen beruflichen Ziele gesehen wurde.

3. Bedingt durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz von 2007 gibt es zudem vielfältige Möglichkeiten einer Praxisführung, wie zum Beispiel die Anstellung im MVZ oder die Führung eines Praxisnebensitzes im ländlichen Bereich, die insbesondere auch von den weiblichen Nervenärztinnen gern wahrgenommen werden, da diese Art der Tätigkeit mehr Freiräume gerade auch für die familiengebundenen Ärztinnen bietet.
4. Aktuell liegt die durchschnittliche Fallzahl pro Arzt in Unterfranken bei 500 Patienten im Quartal. Die Streuung ist jedoch groß, da nicht wenige Praxen, bedingt durch die niedrigen Regelleistungsvolumina, verstärkt in den Bereich der Psychotherapie ausweichen, in der die Abrechnung noch stundenbezogen erfolgt. Insbesondere im ländlichen Bereich entwickelten sich erhebliche Fallzahlsteigerungen, die diese Praxen wiederum überlasten.

Aus Sicht der Arbeitsgruppe gibt es in Unterfranken insgesamt zu wenig niedergelassene Psychiater, zudem verschlechtert sich die Altersstruktur der Fachärzte selbst. Dies wird zukünftig zu noch größeren Versorgungsgaps führen.

Beklagt wird ärztlicherseits der fehlende persönliche Kontakt zu den SPDIs, z.B. über ein Telefonat oder Informationsmaterial. Mehr Kommunikation wäre für einen besseren Therapieerfolg sehr wünschenswert.

Für viele Praxen gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den Behörden oft schwierig. Hier scheint das Netzwerk noch dünner zu sein als im Komplementären Sektor. Oft geht es auch um Fragestellungen, die den eigentlichen Versorgungsauftrag nur noch am Rand tangieren, doch für die Gesundheit der Betroffenen wichtig sind, da sie deren Lebensgestaltung betreffen.

Aus Sicht der Fachärzte sollten die medizinischen Belange stärker wahrgenommen und die Eigeninitiative der Betroffenen besser gefördert werden.

Insgesamt ist eine stärkere Kommunikation zwischen dem medizinischen und dem komplementären Bereich anzustreben.

4.2.7 Ambulante Krankenpflege/Pflege

Medizinische Behandlungspflege sollte einzelfallbezogen von den Klienten im ABW in Anspruch genommen werden, zumal insbesondere für die Medikamentengabe Fachkräfte bei den Sozialstationen vorhanden sind.

Für die weitergehenden niederschweligen Betreuungsangebote fehlen dagegen, nach Einschätzung der Arbeitsgruppe, oft geeignete Betreuungskräfte für psychisch kranke Menschen. Dies ist umso bedauerlicher, da im SGB XI verbesserte Pflegeleistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, auch bei Pflegestufe 0, eingeführt wurden.

Gewünscht werden von Seiten der Psychiater ein verstärkter Austausch und Rückmeldungen mit den Sozialstationen, um eine bessere Weiterbehandlung und Therapie für die Betroffenen zu erreichen.

Im Rahmen der Möglichkeiten sollte die ambulante Krankenpflege/Pflege auch für die Klienten des ABW genutzt werden.

4.3 Eingliederungshilfe

4.3.1 Sozialpsychiatrische Dienste

Es gibt ein gut ausgebautes Netz der SPDIs in Unterfranken.

Es besteht der Wunsch nach einer Weiterentwicklung der Zusammenarbeit der Ärzte, der SPDIs und der Kliniken.

4.3.2 Suchtberatungsstellen

Die Psychosozialen Beratungsstellen (PSB) haben parallel zur medizinischen Betreuung eine wichtige Aufgabe im ambulanten Versorgungssystem und sollen die Dienste des ABW bezüglich der Suchterkrankung der Betroffenen entlasten.

Daneben sollten insbesondere die neuen, über die Rentenversicherung finanzierten Möglichkeiten zur „Ambulanten Nachsorge“ in Anspruch genommen werden, die nach Abschluss der stationären Behandlung bzw. Reha Maßnahme den Therapieerfolg stützen sollen, wie auch die Möglichkeit der psychosozialen Begleitung bei Substitution.

4.3.3 Ambulant Betreutes Wohnen

Es hat sich gezeigt, dass in den vergangenen Jahren in Unterfranken bereits deutliche Platzzahlsteigerungen im ABW stattgefunden haben, und damit der Grundsatz „ambulant vor stationär“ umgesetzt wurde. Insgesamt ist von noch weiter steigenden Fallzahlen auszugehen. Daneben wird auch das Betreute Wohnen als Leistung im Rahmen des persönlichen Budgets ständig erweitert.

Es ist festzustellen, dass im ABW Klientel Zugang findet, ohne dass im Vorfeld die Möglichkeit einer (beruflich-) medizinischen Rehabilitation oder des Einsatzes von medizinischen Leistungen aus dem SGB V erwogen wurde.

Diese Möglichkeit muss im Einzelfall geprüft werden, um zu klären, ob andere vorrangige Leistungen in der aktuellen Verfassung des Klienten angemessen sind und zu dessen Stabilisierung beitragen können, die die Teilhabe ermöglichen und langfristig eine weitestgehend eigenständige Lebensführung außerhalb des ABW fördern können.

Es gibt darüber hinaus Beispiele, bei denen es nur an der rechtzeitigen Bewilligung der Agentur für Arbeit, Krankenkasse oder Rentenversicherung fehlt. ABW wird dann auch als Übergangslösung zwischen Klinikaufenthalt und (beruflich-) medizinischer Rehabilitation beantragt, um einen gewissen Grad an Stabilität zu bewahren. Dies entspricht nicht der Systematik der Hilfesysteme und kann immer nur einen befristeten Ausnahmefall darstellen. Wichtig ist die frühzeitige Antragstellung auf vorrangige Maßnahmen, um den Einstieg in das nachrangige System der Eingliederungshilfe zu ver-

meiden, zumal dieses, auch aufgrund der Regelungen zum Einkommens- und Vermögenseinsatz, nachteilig für den Betroffenen sein kann.

Obwohl das ABW ein vergleichsweise gemeindenahes Angebot darstellt, kann ein langfristiger Verlauf dieser Maßnahme das Risiko der Entwicklung von „exklusiven Sonderwelten“ für die Betroffenen erhöhen, die dann später selten wieder aufgelöst werden.

Dieser Gefahr ist entgegenzuwirken. Die Betroffenen sollen sich nicht nur auf eine Person fixieren, vielmehr müssen alle Beteiligten ihr Blickfeld erweitern und lernen, in den verschiedenen Angeboten die Vielfalt und Lebenswirklichkeit zu nutzen, bzw. wieder zu nutzen. Die psychisch erkrankten Menschen bei diesem Prozess zu unterstützen ist aus fachlicher Sicht eine Hauptaufgabe des ABW. Soweit Klienten eine feste Bezugsperson benötigen, sollte der Fokus der Betreuung/Therapie in diesem Sinn auf die Schaffung bzw. Wiederherstellung der Koordinationsfähigkeit der Klienten als Schlüssel zur Rückkehr in das „normale Leben“ gelegt werden.

Wie die Umfrage bei den Anbietern des ABW ergeben hat, erfolgt bislang, mit Ausnahme der neuroärztlichen Versorgung, neben dem Betreuten Wohnen nur im geringen Umfang eine Leistung aus anderen Bereichen.

Insgesamt sollten daher die Klienten des ABW individuell orientiert am Einzelfall das gesamte zur Verfügung stehende Spektrum der Leistungen in Anspruch nehmen bzw. entsprechend begleitet werden. Dabei ist zu beachten, dass es auch Menschen mit chronifizierten psychischen Erkrankungen gibt, für die die dauerhafte Betreuung durch das ABW die entscheidende Alternative zum Leben in einem Heim ist.

4.3.4 Tagesstätten, Werkstätten, Integrations- und Zuverdienstfirmen

Regional ist in Unterfranken ein unterschiedlich gut ausgebautes Netz, bei teilweiser Kapazitätsauslastung, vorhanden. Dabei stehen alle dargestellten Angebote (Tagesstätte, WfbM, Außenarbeitsplätze, Integrations- oder Zuverdienstarbeitsplätze) zur Verfügung, die je nach individuell vorhandenen Ressourcen genutzt werden können.

Die Steigerung der Fallzahlen bei der teilstationären Betreuung für seelisch behinderte Menschen folgt wohl dem Bedarf nach Tagesstruktur auch außerhalb des ABW.

Die Ausdehnung des niederschweligen Zuverdienstes, den die Arbeitsgruppe insgesamt sehr positiv bewertet, könnte mit an einer veränderten Ausrichtung des Zuverdienstes liegen. Ursprüngliche Zielgruppe waren psychisch kranke und behinderte Menschen, vorrangig aus dem Bereich der Tagesstätten. Inzwischen werden dort aber immer mehr relativ junge und noch leistungsfähige Menschen mit einer psychischen Erkrankung beschäftigt, die nicht aus der Tagesstätte kommen. Diese erhalten z.T. Leistungen nach dem SGB II oder haben einen Rechtsanspruch auf SGB II-Leistungen, weil diese nicht dauerhaft erwerbsgemindert sind. Hieraus können sich zusätzliche Abgrenzungsprobleme ergeben, da beide Gesetze, SGB II und SGB XII, die gleiche Zielrichtung verfolgen, nämlich Menschen mit Behinderung bzw. und/oder Vermittlungshemmnissen die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen. Grundsätzlich ist allerdings zu beobachten, dass die Hilfen nach dem SGB II für diesen Personenkreis nicht richtig greifen. Insoweit ist es Aufgabe der SGB II-Träger, Abhilfe zu schaffen.

Über die bestehenden Angebote hinaus sind im Bereich der Werkstätten neue Modelle auf den Weg zu bringen, um wohnortnahe, individuell zugeschnittene Arbeitsplätze zu realisieren. Damit soll auch eine bessere Verzahnung mit dem allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderung und Inklusion erreicht werden. Insoweit finden bereits Gespräche zwischen dem Bezirk Unterfranken und den Leistungserbringern statt.

4.4 Teilhabe und Rehabilitation

Ambulante berufliche Rehabilitationsmaßnahmen sind wohnortnah in allen Landkreisen und kreisfreien Städten in Unterfranken vorhanden (z.B. Träger bfz).

(Beruflich-) medizinische **Rehabilitationseinrichtungen (RPKs)** sind dagegen noch nicht wohnortnah in allen Landkreisen und kreisfreien Städten in Unterfranken vorhanden und ausreichend in die regionale Versorgung eingebunden.

Zur Errichtung von Einrichtungen zur (beruflich-) medizinischen Rehabilitation (RPK) gelten die Rahmenvereinbarungen für die RPK's, die hohe Anforderungen bezüglich Personal (Arztstelle, Personalschlüssel, Personalqualifikationen) stellen. In Unterfranken gibt es als einziges Angebot das Haus St. Michael als eine RPK-ähnliche Einrichtung.

Die Leistungsträger in Unterfranken sollen gebeten werden, Möglichkeiten zu prüfen, ob Kapazitäten von Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) mit ihren Versorgungsangeboten ausgebaut werden können. Dies könnte eine wohnortnahe Versorgung mit Angeboten der (beruflich-) medizinischen Rehabilitation fördern.

Unabhängig davon gibt es aus Sicht der Nervenärzte meist lange Wartezeiten bis eine Einladung zur Begutachtung und danach eine Entscheidung bezüglich einer Fördermaßnahme durch die **Agentur für Arbeit** erfolgt. Gerade junge psychisch kranke Patienten leiden aber unter dieser ungeklärten Situation. Die medizinisch-patientenorientierten Probleme und Fragen werden dabei zu wenig wahrgenommen.

Die gleiche Problematik trifft auch bei den **Rentenversicherungsträgern** zu, so gibt es beispielsweise eine lange Bearbeitungsdauer von Reha- und Rentenanträgen, so dass sich Arbeitsunfähigkeitszeiten oft unnötig in die Länge ziehen. Die Angebote im (beruflich-) medizinischen Rehabereich sind zudem oft intransparent und unbekannt.

4.5 Zusammenfassung

Die dargestellten Ergebnisse, insbesondere die Daten und Fallzahlen, beruhen auf Befragungen oder Statistiken in Unterfranken bzw. spiegeln die Einschätzungen der an der Arbeitsgruppe beteiligten Akteure wieder. Sie sind damit sicherlich repräsentativ für Unterfranken, erheben aber nicht den Anspruch einer wissenschaftlichen Studie. Unabhängig davon ist jedoch, wie in Punkt 1.5 bereits ausgeführt, mit weiter steigenden Fallzahlen beim ABW für Menschen mit seelischen Behinderungen zu rechnen.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass in der ambulanten psychiatrischen Versorgung bereits viele Angebote zur Verfügung stehen und auch weiterhin ein bedarfsgerechter Ausbau aller Bereiche erforderlich ist. Vorrangiges Ziel der Arbeitsgruppe und damit der gemeinsamen Bemühungen aller Akteure war es jedoch, innerhalb der bestehenden Ressourcen im Versorgungssystem und unter Berücksichtigung einzelfallbezogener Kompetenzen der Betroffenen, eine bestmögliche Vernetzung und Inanspruchnahme der unterschiedlichen Leistungssysteme für Menschen mit seelischen Behinderungen zu erreichen.

- Über die Eingliederungshilfe hinaus sollte die **Befähigung zur Inanspruchnahme der weiteren Angebote des SGB V, SGB XI und der (beruflich-) medizinischen Rehaleistungen** stärker in den Fokus rücken. Dazu können bereits im Vorfeld des ABW die SPDIs/PSBs bzw. die Sozialdienste der Krankenhäuser entscheidend beitragen. Diese sind aufgrund ihres niederschweligen Zugangs für die Betroffenen oftmals die erste fachliche Anlaufstelle. Neben den eigenen Angeboten können sie, ggf. in Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Betreuern, den Klienten verstärkt Wege der Nutzung der weiteren Angebote aufzeigen und die Klienten auch dahin führen.
- Die einzelnen **Dienstanbieter des ABW** könnten zudem zu einer Verbesserung beitragen, indem sie sich noch weit stärker als bisher gegenüber anderen Bereichen und Angeboten öffnen. Eine solche **Öffnung** hilft bei der Überwindung der psychischen Krankheit oder Behinderung und fördert gleichzeitig mehr Eigeninitiative der Klienten und damit Inklusion im Alltag. So führt die Teilnahme an verschiedenen, sich ergänzenden Angeboten, durch unterschiedliche Leistungserbringer und unterschiedliche Personen vielmehr in die Lebenswirklichkeit, als die Konzentration der gesellschaftlichen Beziehungen auf nur eine Bezugsperson im ABW. Die bestehenden Leistungsangebote aus dem medizinischen Bereich bis hin zur Selbsthilfe sollten besser genutzt und in das eigene Leistungsspektrum eingebunden werden.
- Hierzu ist, wie in den Punkten 4.2 und 4.4 ausführlicher beschrieben, der **weitere Ausbau der ambulanten Sozio-, Ergo- und Psychotherapie, sowie der ambulanten psychiatrischen Versorgung, der PIAs, Tageskliniken, der ambulanten Krankenpflege bzw. Pflege und auch der (beruflich-) medizinischen Reha** dringend wünschenswert. Der Bezirk Unterfranken kann hier als überörtlicher Träger der Sozialhilfe und im Rahmen seiner Zuständigkeit für den Psychiatriebereich nur bedingt Einfluss nehmen. Konkret sollen aber die Träger der Sozialstationen gebeten werden, ob und ggf. welche Leistungen sie zukünftig für psychisch kranke Menschen anbieten können. Weiterhin sollen auch verschiedenen Leistungserbringer gebeten werden, Möglichkeiten für den weiteren Ausbau der Soziotherapie und (beruflich-) medizinischer Reha (RPKs) zu prüfen.

- Mehrfach gezeigt hat sich, dass nicht nur bei den psychisch erkrankten Menschen selbst **Informationsdefizite** über die bestehenden Leistungsangebote und die Möglichkeiten ihrer Inanspruchnahme bestehen. Die Darstellung und Publikation der differenzierten Leistungsangebote in der ambulant psychiatrischen Versorgung ist daher ein wichtiger Schritt hin zu einer besseren Vernetzung. Denkbar wären Veröffentlichungen in Internet, wie z.B. auf der Homepage des Bezirk Unterfranken, der SPDIs/PSBs oder der PSAGs. Darüber hinaus sollte der Informationsfluss durch den Bezirk Unterfranken beispielsweise im Rahmen der Zielvereinbarungsgespräche mit den SPDIs/PSBs oder von Informationsveranstaltungen organisiert werden.
- Dem Motto „Nur Bürger integrieren Bürger“ folgend soll auch das bereits vorhandene **bürger-schaftliche Engagement** sowie **die ehrenamtliche Selbsthilfe** als integraler Bestandteil der ambulanten und gemeindenahen Versorgung **gestärkt** werden. Für die echte Integration brauchen psychisch kranke Menschen, neben dem Aufbau eines sozialen Netzwerkes durch professionelle Helfer, ein gut funktionierendes nicht-psychiatrisches Netzwerk aus ehrenamtlich tätigen Bürgern. Einen Ansatz bietet die Fördermöglichkeit neuer ambulanter Maßnahmen und Projekte zur Fortentwicklung der ambulanten Eingliederungshilfe und Förderung der Inklusion durch den Bezirk Unterfranken.
- Nicht zuletzt sollte sich die **Kommunikation** zwischen den verschiedenen Leistungserbringern, den Fachärzten, Krankenhäusern, gesetzlichen Betreuern und selbstverständlich mit den betroffenen Menschen verbessern. Austausch und Rückmeldungen unter den Akteuren tragen ganz erheblich zu einer zielgerichteten, personenzentrierten Hilfe bei und sind für eine bessere Vernetzung von großer Bedeutung.
- Der Bezirk Unterfranken sollte zudem im Rahmen von Bachelor- oder Masterarbeiten, **Wirkungen und Verlaufsforschungen von ABW fachspezifisch evaluieren lassen**, um empirisch gesicherte Erkenntnisse zu erhalten.