



VERSORGUNG

PSYCHISCH KRANKER

MENSCHEN IN HAMBURG

Der Psychiatrie-Bericht der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) sowie der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI) dokumentiert die in Hamburg bestehenden Strukturen und Angebote der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung und nennt Maßnahmen, um die Versorgungsstrukturen weiter auszubauen.



Hamburg

Impressum

Herausgeber:

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (Federführung)
Amt für Gesundheit
Billstraße 80
20539 Hamburg

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration
Amt für Soziales
Hamburger Straße 47
22083 Hamburg

Stand: 03/2019

Titelfoto: www.colourbox.de

Inhalt:

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

1. Einleitung.....	10
1.1. Psychische Gesundheit.....	12
1.2. Bedeutung und Auswirkungen psychischer Störungen.....	12
1.3. Häufigkeit psychischer Störungen in Hamburg.....	14
1.4. Vorgaben und Rahmenbedingungen.....	15
2. Grundprinzipien der Psychiatrie	18
2.1. Gender-Mainstreaming.....	21
2.2. Schutz von Persönlichkeit und Unversehrtheit	22
2.3. Versorgung von Migrantinnen und Migranten.....	23
2.4. Versorgung wohnungsloser Menschen	26
3. Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention	28
3.1. Förderung der psychischen Gesundheit.....	28
3.2. Prävention.....	30
4. Grundversorgung psychisch erkrankter Erwachsener	34
4.1. Ambulante medizinische Versorgung	34
4.1.1. Hausärztinnen und -ärzte.....	38
4.1.2. Nervenärztinnen und -ärzte und Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.....	39
4.1.3. Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten.....	43
4.1.4. Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) und Hochschulambulanzen.....	48
4.1.5. Ausbildungsstätten gemäß § 6 PsychThG	49
4.1.6. Traumaambulanzen nach Opferentschädigungsrecht.....	50
4.1.7. Besondere Versorgung	50
4.1.8. Sozialpsychiatrische Dienste	52

4.1.9.	Psychiatrischer Notdienst (PND).....	61
4.1.10.	Krisenintervention	64
4.1.11.	Versorgung im häuslichen Bereich „Home Treatment“	66
4.1.12.	Ambulante Pflege für psychisch kranke Menschen	67
4.1.13.	Soziotherapie.....	67
4.2.	Krankenhausversorgung	70
4.3.	Rehabilitations- und Schwerbehindertenrecht	86
4.4.	Teilhabe am Arbeitsleben.....	87
4.4.1.	Berufsbildungswerke.....	87
4.4.2.	Berufsförderungswerke	88
4.4.3.	Berufliche Trainingszentren	89
4.4.4.	Integrationsamt	90
4.4.5.	Integrationsfachdienste	90
4.4.6.	Inklusionsbetriebe für psychisch kranke Menschen.....	92
4.4.7.	Werkstätten für behinderte Menschen und andere Leistungsanbieter	93
4.4.8.	Budget für Arbeit.....	95
4.4.9.	Rehabilitation psychisch Kranker	95
4.4.10.	Arbeitsmarktpolitische Instrumente und Unterstützungsangebote	96
4.5.	Eingliederungshilfeleistungen der Sozialpsychiatrie (SGB XII)	99
4.5.1.	Ambulante Sozialpsychiatrie	101
4.5.2.	Ambulante Wohngemeinschaft für seelisch Behinderte (AWG psych).....	104
4.5.3.	Wohngruppen für seelisch behinderte Menschen	106
4.6.	Rechtliche Betreuung.....	109
4.7.	Partizipation und Selbsthilfe	109
4.7.1.	Selbsthilfegruppen	110
4.7.2.	Peer-Arbeit	110
4.7.3.	Angehörigenarbeit.....	111
4.8.	Kooperation und Vernetzung.....	113
4.8.1.	Ziel: Regionale Kooperationsvereinbarungen.....	114

4.8.2.	Entwicklung leitliniengestützter Kooperation im Bezirk Harburg	114
5.	Versorgung psychisch erkrankter Minderjähriger	118
5.1.	Ambulante psychiatrische Versorgung von Minderjährigen	119
5.1.1.	Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin... 119	
5.1.2.	Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten	120
5.1.3.	Psychiatrische Institutsambulanzen für Kinder und Jugendliche	123
5.2.	Klinische Versorgung – Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie	125
5.3.	Ambulante Eingliederungshilfen für Kinder und Jugendliche	135
5.3.1.	Heilpädagogische Leistung.....	135
5.3.2.	Interdisziplinäre Frühförderung	135
5.3.2.1.	Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF).....	136
5.3.2.2.	Sozialpädiatrische Zentren (SPZ).....	137
5.3.3.	Hilfen für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung.....	137
5.4.	Jugendpsychiatrische Dienste in den Bezirken	138
5.5.	Kinder- und Jugendhilfe	140
5.5.1.	Fachämter für Jugend- und Familienhilfe/Allgemeine Soziale Dienste	141
5.5.2.	Familieninterventionsteam (FIT)	142
5.5.3.	Kinder und Jugendnotdienst (KJND).....	142
5.5.4.	Jugendpsychologischer/Jugendpsychiatrischer Dienst (JPPD).....	143
5.5.5.	Träger von Hilfen zur Erziehung (HzE)	143
5.5.6.	Institutionelle Erziehungs- und Familienberatungsstellen.....	144
5.5.7.	Sozialräumliche Angebote der Jugend- und Familienhilfe.....	145
5.5.8.	Frühe Hilfen.....	145
5.6.	Schule: Inklusive Bildung und sonderpädagogischer Förderbedarf	146
5.6.1.	Integriertes Förderkonzept.....	146
5.6.2.	Regionale Bildungs- und Beratungszentren.....	147
5.6.3.	Angebotsspektrum/Aufgaben.....	149
5.6.4.	Berufliche Bildung – Arbeitsassistenz in der Ausbildungsvorbereitung und in der dualen Ausbildung	149
5.7.	Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und anderen Leistungserbringern	150
6.	Maßregelvollzug	151

6.1. Maßregelvollzugseinrichtung in Hamburg.....	152
6.2. Forensisch-psychiatrische Nachsorge.....	154
6.3. Vernetzung Allgemeinpsychiatrie – Forensische Psychiatrie.....	155
6.4. Maßregelvollzugsbehandlung bei Minderjährigen.....	156
7. Allgemeine Grundsätze und Leitlinien.....	157
7.1. Relevanz und Problemstellung.....	157
7.2. Leitlinien.....	159
8. Maßnahmen und Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung.....	161
8.1 Gesellschaftlicher und leistungsrechtlicher Rahmen.....	161
8.2 Prävention.....	161
8.3 Arbeit und Beschäftigung.....	162
8.4 Versorgung verbessern.....	162
8.5 Vernetzung.....	166
9. Literaturverzeichnis.....	168
10. Abkürzungsverzeichnis.....	182
11. Anhang.....	184

Verzeichnis der Abbildungen im Text:

Abb. 1:	Verteilung der Nervenärztinnen und Nervenärzte in Hamburg – 2018	40
Abb. 2:	Nervenärztinnen und -ärzte sowie Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie 2005 bis 2017 (Zählung nach Personen)	42
Abb. 3:	Verteilung der Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Hamburg – 2018.....	44
Abb. 4:	Ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Hamburg 2005 bis 2017 (Zählung nach Personen).....	46
Abb. 5:	Sofortige Unterbringungen nach § 12 HmbPsychKG	62
Abb. 6:	Prozentuale Verteilung der sofortigen Unterbringungen in Hamburger Krankenhäusern 2017	63
Abb. 7:	Ausgaben (bundesweit) der Krankenkassen für Soziotherapie nach § 37 a SGB V im Jahr 2016	69
Abb. 8:	Psychiatrie und Psychotherapie: Kartenübersicht – Krankenhäuser und Krankenhausstandorte in Hamburg – vollstationäre Versorgung	71
Abb. 9:	Psychiatrie und Psychotherapie: Kartenübersicht – Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung – vollstationäre Versorgung	72
Abb. 10:	Psychiatrie und Psychotherapie: Entwicklung der vollstationären Krankenhausfälle und Belegungstage von 2007 bis 2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern.....	73
Abb. 11:	Psychiatrie und Psychotherapie: Entwicklung der vollstationären Verweildauer von 2007-2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern	73
Abb. 12:	Psychiatrie und Psychotherapie: Entwicklung der voll- und teilstationären Kapazitäten von 1980-2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern	74
Abb. 13:	Psychiatrie und Psychotherapie: Entwicklung der voll- und teilstationären Kapazitäten von 1980-2016 pro Einwohner/in in den Hamburger Plankrankenhäusern.....	74
Abb. 14:	Psychiatrie und Psychotherapie: Häufigste Diagnosen in den Hamburger Plankrankenhäusern (vollstationäre Versorgung).....	75
Abb. 15:	Psychiatrie und Psychotherapie: Kartenübersicht – Krankenhäuser und Krankenhausstandorte in Hamburg – teilstationäre Versorgung	76
Abb. 16:	Psychiatrie und Psychotherapie: Entwicklung der teilstationären Patientenzahlen und Berechnungstage 2009-2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern	77
Abb. 17:	Psychiatrie und Psychotherapie: Entwicklung der teilstationären Verweildauer von 2009-2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern	77
Abb. 18:	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Entwicklung der vollstationären Fälle und Belegungstage 2007 bis 2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern	79
Abb. 19:	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Entwicklung der vollstationären Verweildauer von 2007 bis 2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern.....	80
Abb. 20:	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Entwicklung der voll- und teilstationären Kapazitäten von 1990 bis 2016 in den Hamburger Krankenhäusern	80
Abb. 21:	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Häufigste Diagnosen von 2005 bis 2015 in den Hamburger Plankrankenhäusern (vollstationäre Versorgung).....	81

Abb. 22: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Kartenübersicht – Krankenhäuser und Krankenhausstandorte in Hamburg – teilstationäre Versorgung.....	82
Abb. 23: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Entwicklung der teilstationären Krankenhaufälle und Berechnungstage von 2009 bis 2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern	83
Abb. 24: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Entwicklung der teilstationären Verweildauer von 2009 bis 2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern.....	83
Abb. 25: Ambulante Sozialpsychiatrie (ASP) – Anbieter und Begegnungsstätten in Hamburg 2018	102
Abb. 26: Ambulant betreute Wohn- und Hausgemeinschaften in Hamburg 2018.....	105
Abb. 27: Stationäre Wohngruppen für psychisch kranke Menschen in Hamburg 2018	107
Abb. 28: Verteilung der Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Hamburg – 2018	121
Abb. 29: Verteilung der Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten in Hamburg – 2018.....	123
Abb. 30: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Kartenübersicht – Krankenhäuser und Krankenhausstandorte in Hamburg – vollstationäre Versorgung.....	126
Abb. 31: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Kartenübersicht – Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung – vollstationäre Versorgung.....	127
Abb. 32: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Entwicklung der vollstationären Fälle und Belegungstage von 2007 bis 2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern.....	129
Abb. 33: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Entwicklung der vollstationären Verweildauer von 2007 bis 2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern.....	129
Abb. 34: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Entwicklung der voll- und teilstationären Kapazitäten von 1980 bis 2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern.....	130
Abb. 35: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Häufigste Diagnosen in den Hamburger Plankrankenhäusern – vollstationäre Versorgung	132
Abb. 36: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Kartenübersicht – Krankenhäuser und Krankenhausstandorte in Hamburg – teilstationäre Versorgung.....	133
Abb. 37: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Entwicklung der teilstationären Fälle und Berechnungstage von 2009 bis 2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern.....	134
Abb. 38: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Entwicklung der teilstationären Verweildauer von 2009 bis 2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern.....	134
Abb. 39: Interdisziplinäre Frühförderung: Kartenübersicht der Standorte der Hamburger Anbieter	136
Abb. 40: Kapazität des Maßregelvollzugs in Hamburg von 1990-2017 (Plätze)	153
Abb. 41: Kapazitäten des Maßregelvollzugs BRD von 1990-2015 – stationäre Behandlungsplätze	154
Abb. 42: Kapazitäten Psychiatrie und Maßregelvollzug im Bundesgebiet von 1990-2015.	156

Verzeichnis Tabellen im Text:

Tab. 1:	Gesamtzahl und Versorgungsgrad in Hamburg von ärztlichen Fachgruppen, die psychisch kranke Erwachsene behandeln.....	36
Tab. 2:	Anfragen und Vermittlungen von Nervenärztinnen und -ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten der TSS	38
Tab. 3:	Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Nervenärztinnen und -ärzte.....	41
Tab. 4:	Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie	41
Tab. 5:	Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ärztlichen Psychotherapeuten/-therapeutinnen (einschließlich Fachärztinnen/Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie)	45
Tab. 6:	Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten	45
Tab. 7:	Ärztlich besetzte Stellen SpD 2003-2017	55
Tab. 8:	Sozialpädagogische besetzte Stellen SpD 2003-2017	56
Tab. 9:	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 2017 der Sozialpsychiatrischen Dienste: Absolut und pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner	56
Tab. 10:	Zahl der Klientinnen und Klienten in den Sozialpsychiatrischen Diensten, Klientenkontakte sowie Stellungnahmen/Gutachten der Sozialpsychiatrischen Dienste 2014 bis 2017	58
Tab. 11:	SNH Kennzahlen der Bezirke	59
Tab. 12:	Anzahl der bei Gericht gestellten Anträge auf Unterbringung im Vergleich zu den vorläufigen Unterbringungen nach § 12 HmbPsychKG.....	62
Tab. 13:	Sofortige Unterbringungen bezogen auf die Fallzahlen im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie.....	63
Tab. 14:	Sofortige Unterbringungen bezogen auf die Einwohnerzahl.....	63
Tab. 15:	Zielgruppe/n und Angebot/e des Integrationsamt.....	90
Tab. 16:	Integrationsfachdienste: Allgemeine Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen	91
Tab. 17:	Regelangebote für Menschen mit seelischen Behinderungen.....	96
Tab. 18:	Besondere Maßnahmen des Jobcenters für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (Auszug).....	97
Tab. 19:	Arbeitsmarktpolitische Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen aus Landesmitteln	98
Tab. 20:	Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	120
Tab. 21:	Gesamtzahl und Versorgungsgrad in Hamburg von niedergelassenen, ärztlichen Fachgruppen, die psychisch kranke Kinder und Jugendliche behandeln.....	122
Tab. 22:	Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten.....	122
Tab. 23:	Stellen in den Jugendpsychiatrischen Diensten der Bezirksämter – Anzahl (Vollzeitäquivalente), Stichtag 31.07.2017	138
Tab. 24:	SNH Kennzahlen der Bezirke	139
Tab. 25:	Anzahl der Fallanfragen an den Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst.....	143

1. Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und daher weit mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen“¹. Immer wieder und immer schneller sich wandelnde Arbeits- und Sozialbeziehungen verlangen dem Einzelnen zunehmende Anpassungsleistungen ab. Entsprechend nehmen psychische Belastungen und Störungen zu. Zudem führt eine wachsende Aufmerksamkeit dazu, dass diese häufiger erkannt, diagnostiziert und therapiert werden. Obwohl aus der Datenlage kein Hinweis für eine Zunahme psychischer Erkrankungen zu erkennen ist, wächst deren Relevanz sowohl in der Gesellschaft als auch für das Gesundheitssystem. Die Anforderungen sowohl der von einer psychischen Krankheit betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen als auch der Gesellschaft insgesamt an die sozial-psychiatrischen Hilfesysteme haben in den vergangenen Jahren fortlaufend zugenommen. Entsprechend hoch ist heute der Stellenwert der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Die psychiatrische Versorgung in Deutschland wie in Hamburg hat sich seit der Psychiatrie-Enquête im Jahre 1975² grundlegend gewandelt. Der damals initiierte Wechsel von einer verwahrenden zu einer therapeutisch und rehabilitativ ausgerichteten Versorgung hat die Entwicklung gerade auch in Hamburg ganz wesentlich bestimmt. Welche Fortschritte Hamburg seit damals in diese Richtung erzielen konnte, zeigt der vorliegende Bericht insbesondere in der Gegenüberstellung zu seinem Vorgänger aus dem Jahre 1996. Schon in diesem Bericht wird deutlich, dass in Hamburg die Idee der gemeindenahen Versorgung sehr frühzeitig aufgegriffen wurde. Kernelemente auf dem in Hamburg frühzeitig beschrittenen und zielstrebig fortgesetzten Reformweg waren:

- Reduzierung der klinisch-stationären Behandlungskapazitäten;
- Dezentralisierung der klinisch-stationären Versorgung und Schaffung psychiatrischer Abteilungen in den Allgemeinen Krankenhäusern und parallel dazu
- Aufbau und Ausweitung sowie Weiterentwicklung bedarfsgerechter außerklinischer ambulanter sowie teilstationärer Hilfen in den Stadtteilen.

Im Laufe der letzten vier Jahrzehnte sind die therapeutischen und rehabilitativen Angebote sehr viel mehr, vielfältiger und bunter geworden. Damit verfügt Hamburg heute über ein psychiatrisches Versorgungssystem, welches den Betroffenen eine Vielzahl von Möglichkeiten der Behandlung, Beratung und Unterstützung bietet. Die stationäre Behandlung ist inzwischen nur ein Element innerhalb eines effektiven, aber auch zunehmend unübersichtlicher gewordenen Gesamtsystems.

Das Regierungsprogramm für die 21. Legislaturperiode der Hamburgischen Bürgerschaft³ formuliert die Absicht, die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung weiter zu entwickeln und Versorgungsstrukturen aufzubauen, die sich an den Bedarfen insbesondere der schwer und chronisch psychisch Kranken orientieren und den schnellen Zugang auch in Krisensituationen sichern. Entsprechend hat der vorliegende Bericht über die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Hamburg als umfassende Bestandsaufnahme zum einen das Ziel der Orientierung über bestehende Strukturen und Angebote der Versorgung. Zum anderen soll mittels dieser Bestandsaufnahme und Orientierung die Grundlage für mittel- und

¹ World Health Organization, Basic Documents, 2014, S. 1.

² Vgl. Deutscher Bundestag, 1975, Drucksache 7/4200.

³ Koalitionsvertrag, 2015, Zusammen schaffen wir das moderne Hamburg. S. 90.

ggf. langfristige Perspektiven zur weiteren Entwicklung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in Hamburg formuliert werden. Dabei ist der Bericht von der These geleitet, dass Strukturen und Angebote, die Menschen mit den schwersten Störungen und komplexesten Hilfebedarfen gerecht werden können, auch bestmögliche Voraussetzungen zur Versorgung aller anderen von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen bieten. Besondere Aufmerksamkeit gehört deshalb den Bedarfen der schwer und chronisch psychisch kranken Menschen und des schnellen Zugangs zu Hilfen in Krisensituationen. In diese Betrachtung einbezogen sind auch psychisch kranke Personen mit einem Risikoprofil der Eigen- und Fremdgefährdung.

Die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) ordnet die Abhängigkeits- und Suchterkrankungen dem Kapitel der Psychischen und Verhaltensstörungen zu. Diese gehen auch nicht selten mit dem Merkmal „Sucht“ einher. Somit kommt der Schnittstelle von Suchthilfe und psychiatrischem Versorgungssystem in der Versorgung eine ähnliche Bedeutung zu wie anderen Hilfesystemen, die angesichts der häufig komplexen Problemlagen psychisch kranker Menschen nicht weniger gefordert sind. Das sehr gut ausgebaute Angebot der Suchthilfe ist in Hamburg traditionell eigenständig und etabliert. Entsprechend ist hinsichtlich der Versorgung suchtkranker Menschen auf den Suchthilfebericht⁴ der Freien und Hansestadt Hamburg zu verweisen.

Der vorliegende Bericht zur Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in Hamburg ist von einer Kern-Arbeitsgruppe bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz und der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration unterstützt von einer Vertreterin und einem Vertreter der Sozial- und Jugendpsychiatrischen Dienste der Bezirksämter erstellt worden. Die Arbeitsgruppe wurde themenbezogen um Vertreterinnen und Vertreter weiterer Fachbehörden und Fachabteilungen, von Verbänden bzw. Einrichtungen ergänzt. In fünf erweiterten Experten-Runden sind merkmalsbezogen bestehende Strukturen und Angebote zur Versorgung analysiert und Vorschläge zur Weiterentwicklung entwickelt und diskutiert worden. Darüber hinaus sind auf unterschiedlichen Ebenen Gespräche mit der freien Wohlfahrtspflege, betroffenen Sozialleistungsträgern aber auch Justiz und Polizei geführt worden. Im Rahmen von drei Veranstaltungen sind der Fachöffentlichkeit Zwischenergebnisse präsentiert worden.

Der Bericht dokumentiert die in Hamburg bestehenden Strukturen und Angebote der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung sowie der sozialpsychiatrischen Hilfen in ihrer Gesamtheit. Dazu bedient er sich der für den Datenteil des GMK-Berichts zur „Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland“⁵ in Hamburg zum Stichtag 31.12.2015 erhobenen Daten. Sofern aktuellere Daten verfügbar waren, sind diese eingearbeitet.

Vor der eigentlichen Bestandsaufnahme diskutiert und bestimmt der Bericht in seinen beiden ersten Kapiteln zunächst die für Planung und Gestaltung der (sozial-)psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung bedeutsamen Hintergrundvariablen und Grundprinzipien. Hierzu zählen Informationen zur Bedeutung und Auswirkungen psychischer Störungen (Abschnitt 1.2.), zur Häufigkeit psychischer Störungen (Abschnitt 1.3.), sowie zu rechtlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen (Abschnitt 1.4.). Grundsätze der Versorgung psychisch kranker Menschen in Hamburg sind in den Abschnitten 2.1. bis 2.4. des Berichts dargelegt. Kapitel 3 konzentriert sich auf die Aspekte zur Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention.

⁴ Vgl. FHH - Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2014, Suchthilfebericht 2013.

⁵ Vgl. Gesundheitsministerkonferenz, 2017, Anlage zu TOP 10.2 der 90. GMK.

Mit Kapitel 4 nimmt der Bericht die Grundversorgung psychisch erkrankter Erwachsener in den Blick. Die Abschnitte 4.1. und 4.2. erfassen die ambulante und klinische medizinische Versorgung; die Abschnitte 4.3. bis 4.5. betrachten die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen. Abschnitt 4.6. befasst sich mit Rolle und Anforderungen der Rechtlichen Betreuung psychisch kranker Menschen, während sich Abschnitt 4.7. der Partizipation und Selbsthilfe widmet. Schließlich hebt Abschnitt 4.8. das Erfordernis der Kooperation und Vernetzung zur personenorientierten und bedarfsbezogenen Versorgung psychisch kranker Menschen hervor.

Kapitel 5 stellt die medizinischen (Abschnitte 5.1. und 5.2.), sozialpsychiatrischen (Abschnitte 5.3. bis 5.5.) und pädagogischen (Abschnitt 5.6.) Angebote und Hilfen zur Versorgung psychisch erkrankter Minderjähriger dar, um anschließend in Abschnitt 5.7. Perspektiven und Möglichkeiten der Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule näher in den Blick zu nehmen.

Kapitel 6 setzt sich mit der Entwicklung der Forensischen Psychiatrie in Hamburg auseinander.

Ausgehend von dieser Bestandsaufnahme stellt sich der Aspekt der Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in Hamburg perspektivisch dem Erfordernis des Wandels vom institutionellen Ansatz zur personenorientierten Leistungserbringung. Dieses wird sowohl am Ende einzelner Kapitel oder Abschnitte der Bestandsaufnahmen jeweils in einem Fazit formuliert als auch im abschließenden Kapitel 8 des Berichts zu Handlungsempfehlungen zusammengefasst. Die mit Blick auf die Problemstellung (Abschnitt 7.1.) aus der Bestandsaufnahme abzuleitenden Maßnahmen (Abschnitte 8.1.-8.5.) orientieren sich dabei an den in Abschnitt 7.2. formulierten Leitlinien.

Für alle beteiligten Hilfesysteme (Gesundheit, Soziales, Jugendhilfe, Schule, Justiz, Polizei u. a.) ergibt sich die Herausforderung zur verbindlichen fallbezogenen Kooperation und Vernetzung, um psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfebedarf im Einzelfall und im Hinblick auf ein vereinbartes Behandlungsziel die erforderliche Versorgung und Unterstützung ermöglichen zu können. Dazu wird die Erstellung von Leitlinien für eine bedarfsgerecht an Diversität und Vielfalt orientierte Versorgung angestrebt.

1.1. Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und etwas zu ihrer Gemeinschaft beitragen kann.⁶ Psychische Gesundheit bedeutet, dass sich ein Mensch seelisch und geistig wohl fühlt. Neben dem körperlichen und dem sozialen Wohlbefinden ist das seelische Wohlbefinden essentieller Teil von Gesundheit, die entsprechend der WHO-Gesundheitsdefinition⁷ mehr ist, als die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.

1.2. Bedeutung und Auswirkungen psychischer Störungen

Psychische Erkrankungen gewinnen weltweit an Bedeutung. Dies betrifft sowohl die Prävalenz einzelner Krankheitsbilder, insbesondere aber die zunehmende Nachfrage nach Diagnostik und Therapie. Die zunehmende Inanspruchnahme des Versorgungssystems und die steigende Zahl der Arbeitsunfähigkeiten sind auch unter gesundheitsökonomischen und volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten von großer Bedeutung. Die zunehmende Inanspruchnahme von

⁶ Vgl. World Health Organization, 2001, Strengthening mental health promotion. Fact sheet No. 220.

⁷ Vgl. World Health Organization, 1948, Construction in Basic Documents.

diagnostischen und therapeutischen Angeboten ist einerseits positiv zu bewerten, ist sie doch Zeichen einer zunehmenden Enttabuisierung und der zunehmenden Verifizierung bisher unentdeckter psychischer Erkrankungen. Andererseits ist nicht die Gefahr zu leugnen, dass jede Befindlichkeitsstörung psychiatrisiert und zum Leben gehörende Stimmungsschwankungen, Wut und Trauer pathologisiert werden. Nicht nur bei Kindern und Jugendlichen ist daher vor jeder leichtfertigen diagnostischen Zuschreibung Zurückhaltung geboten.

Der Eindruck, dass psychische Erkrankungen in den letzten Jahren stark zugenommen haben, gründet weniger auf der Entwicklung der ‚klassischen‘ psychiatrischen Erkrankungen (schizophrene Psychosen, Major Depression) als vielmehr auf psychischen Gesundheitsstörungen als Folge äußerer Belastungen wie Suchterkrankungen, Angststörungen und leichteren Depressionen. Das bestätigen die Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“⁸, einer vom Robert-Koch-Institut 2009-2010 durchgeführten Telefonbefragung von 22.000 Menschen zu Gesundheitszustand und -verhalten.

Danach weisen knapp 62 % der Befragten eine durchschnittliche oder überdurchschnittliche psychische Gesundheit auf; bei rund 28 % wurde eine unterdurchschnittliche und bei ca. 11 % eine erhebliche Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit festgestellt. Unterteilt nach Frauen und Männern zeigt sich, dass Frauen zu einem geringeren Anteil als Männer eine mindestens durchschnittliche psychische Gesundheit aufweisen.

Mit knapp 62 % ist der Anteil psychisch gesunder Frauen in der Altersgruppe 30 bis 44 Jahre am höchsten. Der niedrigste Anteil psychisch Gesunder findet sich in der Altersgruppe der 65-jährigen und älteren Frauen. Bei Männern zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede in der psychischen Gesundheit nach Alter.⁹ Eindeutig scheint jedoch, dass je höher der Bildungsstatus, desto höher der Anteil von Menschen mit mindestens durchschnittlicher psychischer Gesundheit ist.¹⁰ Auch die soziale Unterstützung steht im engen Zusammenhang zur psychischen Gesundheit. In allen Altersgruppen sind Frauen und Männer mit einer starken sozialen Unterstützung zu einem signifikant höheren Anteil psychisch gesund als diejenigen mit geringer oder mittlerer Unterstützung.¹¹ Bei gleichzeitiger Betrachtung der Einflussfaktoren Alter, Bildung, soziale Unterstützung und subjektive Gesundheit zeigt sich, dass die ausgewählten Faktoren voneinander unabhängig mit der psychischen Gesundheit in Zusammenhang stehen. Allerdings steigt der Zusammenhang zwischen körperlicher Gesundheit (gemessen als selbst eingeschätzter Gesundheitszustand) und seelischer Gesundheit mit dem Alter.¹²

Die KIGGS Studie des Robert-Koch-Instituts¹³ weist daraufhin, dass 20 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren einer Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten angehören. Dabei sind Jungen häufiger betroffen als Mädchen. Psychische Auffälligkeiten sind in Familien mit geringem sozialen Status häufiger. Aus diesen Zahlen kann aber nicht geschlossen werden, dass all diese Kinder und Jugendlichen an einer psychischen Erkrankung leiden oder gar behandlungsbedürftig sind. Andererseits ist bekannt, dass psychische Erkrankungen des Erwachsenenalters nicht selten ihren Ursprung bzw. ihren Beginn im Kinder- und Jugendlichenalter haben. Dies zeigt einmal mehr die Bedeutung von Prävention sowie Gesundheitsförderung und Früherkennung in dieser Altersgruppe.

⁸ Vgl. Robert Koch-Institut, 2012, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Daten und Fakten – Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland 2010“.

⁹ A. a. O., S. 42 f.

¹⁰ A. a. O., S. 43.

¹¹ A. a. O., S. 44.

¹² A. a. O., S. 39, 44.

¹³ Vgl. Robert Koch-Institut, 2014, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009-2012.

Aus dem DAK-Gesundheitsreport 2018 geht beispielhaft hervor, dass auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Erkrankungen des Atmungssystems sowie psychische Erkrankungen 2017 mehr als die Hälfte (53,9 %) aller Krankheitstage entfielen.

Psychische Erkrankungen lagen mit einem Anteil von rund 16,7 % hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand an zweiter Stelle. Im Vergleich zum Vorjahr gab es hier einen leichten Anstieg sowohl in Bezug auf die Fallhäufigkeit (von 6,5 auf 7,0 Fälle pro 100 Versichertenjahre) als auch die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage (von 246,2 auf 249,9 Tage pro 100 Versichertenjahre) betreffend.¹⁴

Auch bei den Frühberentungen gehören die psychischen Erkrankungen mit 42 % in 2012 mit zu den Hauptursachen. Depressionen waren – auch im Vergleich zu allen körperlichen Krankheiten – die häufigste Diagnose.¹⁵ Gerade hier aber ist davon auszugehen, dass ein verändertes diagnostisches Verhaltensmuster eine nicht unerhebliche Rolle spielt. Laut Studie der Bundespsychotherapeutenkammer hat sich der seit dem Jahr 2000 bestehende Trend, Krankenschreibungen immer häufiger in Verbindung mit psychischen Erkrankungen zu bringen,¹⁶ im Jahr 2013 nicht fortgesetzt.¹⁷ Der Anteil der betrieblichen Fehlzeiten wegen psychischer Erkrankungen hat sich im Zeitraum 2000 bis 2013 somit fast verdoppelt und läuft der allgemeinen Entwicklung entgegen, dass Fehltagel aufgrund körperlicher Erkrankungen seit Jahren stetig abnehmen.¹⁸ Neuere Erhebungen insbesondere von Krankenkassen¹⁹ deuten darauf hin, dass die nach deren Daten der Jahre 2014 bis 2016 auszumachende Stabilisierung jedoch nicht von Dauer zu sein scheint.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) geht auf Basis vorliegender Studien und statistischer Daten davon aus, dass 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren in einer 12-Monats-Prävalenz die Kriterien einer psychischen Erkrankung zeigen. Am häufigsten treten darunter Angststörungen (rund 15,4 %), affektive Störungen (9,8 %) und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsument (5,7 %) auf. Für psychotische Störungen wird eine Prävalenz von 2,6 % angegeben.²⁰ Die jährliche Inzidenz der Schizophrenie liegt unverändert bei 0,2 - 0,4 pro 1.000 und ist für beide Geschlechter gleich; das Alter bei Erstmanifestation liegt bei Frauen aber höher als bei Männern.²¹

1.3. Häufigkeit psychischer Störungen in Hamburg

Daten zur Prävalenz psychischer Erkrankungen bezogen auf Hamburg liegen nicht vor. Es gibt aber keinen Hinweis, dass sich die allgemeinen Prävalenzzahlen in Hamburg von den veröffentlichten Daten unterscheiden sollten. Die Übertragung der voranstehend genannten

¹⁴ DAK-Gesundheit, DAK-Gesundheitsreport 2018, S. VII.

¹⁵ BPtK, 2013, Studie zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, S. 4.

¹⁶ A. a. O., S. 8.

¹⁷ BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement 2015, S. 9.

¹⁸ Ebd.

¹⁹ DAK-Gesundheit, DAK-Gesundheitsreport 2018, S. 21; Die Techniker, Gesundheitsreport 2018, S. 68.

²⁰ Vgl. Jacobi F.; Höfler M.; Strehle J.; et al.; 2016, Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH); Vgl. Jacobi F.; Höfler M.; Strehle J.; et al.; 2014, Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH).

²¹ Vgl. Dreißing, H.; Habermeyer, E., 2015, Psychiatrische Begutachtung.

Prävalenzraten auf die Hamburger Bevölkerung²² lässt erwarten, dass in Hamburg innerhalb eines Betrachtungszeitraums von 12 Monaten in der Alterspopulation der 18- bis 65-Jährigen über 385.000 Menschen die DSM-IV-Kriterien²³ mindestens einer psychischen Störung erfüllen. Gleichwohl führt das Vorliegen einer psychischen Störung nicht immer dazu, dass die betroffenen Personen ein individuelles Behandlungsbedürfnis haben oder dass aus professioneller Sicht ein Behandlungsbedarf besteht. Mit jährlich 200-400 zu erwartenden Neuerkrankungen machen psychotische Störungen ein relativ seltenes Störungsbild aus, welches jedoch besonders oft mit schwerwiegenden Konsequenzen und Chronizität verbunden ist.

Für Hamburg kann auf Daten zur Inanspruchnahme zurückgegriffen werden. Hier zeigt sich, dass die Inanspruchnahme des gesamten Versorgungssystems in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. Dies gilt sowohl für die stationären und teilstationären klinischen Angebote als auch den ambulanten Versorgungssektor und die Angebote der Eingliederungshilfe (s. a. Kap. 4.). Es ist jedoch verkürzt und wissenschaftlich unzulässig, dies mit einem Anstieg von Erkrankungen gleichzusetzen. Vorliegende Untersuchungen setzen sich nicht mit der Tatsache auseinander, dass allein durch den Anstieg der niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen/-therapeuten (siehe Tab. 5 und Tab. 6 in Kap. 4.1.3.) ein Anstieg einschlägiger Diagnosestellungen fast zwangsläufig ist. Dabei wird mit Recht festgestellt, dass eine Enttabuisierung psychischer Diagnosen stattgefunden hat und auch Hausärztinnen und -ärzte bzw. Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner häufiger psychiatrische Diagnosen stellen. Es kann davon ausgegangen werden, dass Krankheitszustände, die in der Vergangenheit unter anderen Diagnoseschlüsseln erfasst wurden, heute eher als psychische Störung oder psychiatrische Erkrankung bezeichnet werden.²⁴

Im Zusammenhang mit der Frage des Anstiegs psychischer Erkrankungen ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der demographischen Entwicklung häufiger altersassoziierte psychische Störungen bzw. Erkrankungen auftreten können. Diese Entwicklung wird sich jedoch für Hamburg voraussichtlich nicht so gravierend auswirken,²⁵ wie in anderen Regionen Deutschlands.

1.4. Vorgaben und Rahmenbedingungen

Das Versorgungssystem für psychisch kranke Menschen ist in Deutschland ganz wesentlich und weitaus stärker als in anderen medizinischen Bereichen geprägt von ganz unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen:

- Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)
- Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)
- Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX)
- Eingliederungshilfe (SGB IX/SGB XII, ab 2020: ausschließlich SGB IX)
- Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)
- Betreuungs- und Arztvertragsrecht (BGB)

²² Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2016, Statistische Berichte – Bevölkerung in Hamburg im Alter 18-65 Jahre, Stand 31.12.2015: 1.201.742.

²³ Das "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM; englisch für "diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen") ist ein Klassifikationssystem der Psychiatrie zur Definition und Diagnostik von psychischen Erkrankungen. Das DSM wird von der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (APA) in den USA herausgegeben. Heute ist das DSM international in der Forschung und in vielen Kliniken und Instituten gebräuchlich.

²⁴ Vgl. Gesundheitsministerkonferenz (80. GMK), 2007, Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven.

²⁵ FHH - Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2014, Demografie-Konzept Hamburg 2030: Mehr. Älder. Vielfältiger., S. 14 f.

- Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG)
- Strafrecht (StGB)
- Maßregelvollzugsgesetz (HmbMVollzG)

Das Versorgungssystem ist ebenso geprägt durch Fragmentierung mit einer Vielzahl von unterschiedlichen Leistungserbringern und Kostenträgern. Dabei sind zahlreiche Schnittstellen zu den jeweils anderen Systemen zu berücksichtigen. Immer wieder ist darauf hingewiesen worden, dass den Belangen psychisch kranker Menschen deshalb nicht optimal entsprochen werden kann, weil bereichsintern fixierte, zueinander rechtlich abgegrenzte Leistungsbereiche den sektorübergreifend notwendigen Hilfen für psychisch kranke Menschen entgegenstehen, integrativ angebotene Maßnahmen verhindern und insgesamt Anlass zu falschen Anreizsetzungen und Fehlsteuerung bieten. Nach wie vor ist nicht gewährleistet, dass nicht der Ort der Leistungserbringung ausschlaggebend für die Finanzierung einer Leistung ist, sondern der individuelle Bedarf eines psychisch Kranken.

Für die Finanzierung der medizinischen Leistungen, sei es ambulant, teilstationär oder stationär sind die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen zuständig, wobei Art und Umfang der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) definiert sind.

Für weitergehende oder begleitende darüber hinausgehende Bedarfe der Rehabilitation und/oder Teilhabe sind die Vorgaben des SGB VI (Rehabilitation und/oder Frühberentung), des SGB XII (Betreuung, Hilfe, Unterstützung und Eingliederung), des SGB XI (Pflege) und/oder des SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) einschlägig und zu beachten. Bezogen auf Arbeitsuche und Arbeitsförderung sind SGB II und SGB III wichtig. Zugleich ist die betroffene Person in ihren Persönlichkeitsrechten zu schützen, Paragraphen des Bürgerlichen Gesetzbuchs, des Betreuungs- und Vormundschaftsrechts zu berücksichtigen und ggf. die landesrechtlichen Vorschriften des Hamburgischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG).

Die beschriebene Fragmentierung des Versorgungssystems führt insbesondere bei schwer und chronisch betroffenen Menschen nicht nur häufig zu einer Diskontinuität in der Versorgung, sondern macht auch die Planung und Steuerung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung zu einem komplexen Unterfangen.

Im Bewusstsein dieser Problematik hat es in den letzten Jahren auf Bundesebene zahlreiche Ansätze gegeben, die Rahmenbedingungen positiv zu verändern.²⁶ Die vom Gesetzgeber eröffneten Optionen zur Entwicklung und Erprobung sektorübergreifender Versorgungsformen und -modelle konnten allerdings bisher zu wenig in die Regelversorgung integriert werden. So konnten die positiven Impulse der Modelle der integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V ebenso wenig in der Fläche realisiert werden wie Modelle des Psychriebudgets, die z. B. die medizinische Versorgung innerhalb eines definierten Sektors im Rahmen eines Budgets sicherstellen, in der Fläche reüssieren.

²⁶ Vgl. 80. GMK, 2017, Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland Bestandsaufnahme und Perspektiven.

Seit 2012 sieht § 64 b SGB V Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen vor, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. In jedem Bundesland sollte „unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben durchgeführt werden“ (§ 64 b Satz 1 und 2 SGB V). Mit Stand 30. Juni 2015 sind in den Bundesländern 13 Modellversuche gemeldet. In Hamburg konnte bisher leider kein entsprechendes Modellvorhaben realisiert werden (s. Kap. 4.2.). Es bleibt abzuwarten, welche neuen Impulse hier aus der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (s. Kap. 4.3.) erwachsen. Dieses befördert sektoren- und rechtskreis-übergreifende Modelle deutlich, so dass z. B. eine stärkere Verzahnung auch von Akutpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Eingliederungshilfe - Sozialpsychiatrie geboten ist.

Gemäß Änderung durch das zu Beginn des Jahres 2013 in Kraft getretene „Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG)“ ermächtigt § 118 Abs. 3 SGB V psychosomatische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung von Patientinnen und Patienten, die wegen Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nicht erfolgreich behandelt werden können. Seit dem Jahr 2017 sind nach dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (Psych-VVG)“ auch psychiatrische Krankenhäuser mit psychosomatischen Fachabteilungen zur ambulanten Erbringung psychosomatischer Behandlungsleistungen in dem vertraglich festzulegenden Umfang ermächtigt.

Mit dem „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG vom 23. Juli 2015 wurde der § 92a in das SGB V eingefügt. Auf dieser Grundlage werden neue sektorübergreifende Versorgungsformen gefördert, sofern sie „hinreichendes Potential aufweisen“, um dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Erfahrungen hierzu liegen noch nicht vor.

Entsprechend der mit Art. 1 Nr. 29 Buchst. b GKV-VSG vorgenommenen Konkretisierung der Sicherstellung der Versorgung (§ 75 Abs.1a SGB V) hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 92 Abs. 6 a SGB V eine Strukturreform der ambulanten Psychotherapie beschlossen. Um dem Erfordernis eines zeitnahen und niederschweligen Zugangs der Patientinnen und Patienten zur ambulanten Psychotherapie besser zu entsprechen, führt die am 01.04.2017 in Kraft getretene Psychotherapie-Richtlinie²⁷ neue Versorgungselemente ein, bei denen es insbesondere darum geht, einen behandlungsbedürftigen Erkrankungsverdacht frühzeitig diagnostisch abzuklären, bei einer akuten psychischen Symptomatik schnell und bürokratiearm intervenieren zu können und die Möglichkeit zur Stabilisierung von Behandlungserfolgen zu geben. Mit Sprechstunden für Erstgespräche, Akutbehandlung und neuen Sitzungskontingenten sollen Patientinnen und Patienten zeitnah einen niedrighschweligen Zugang erhalten und das Versorgungsangebot insgesamt flexibler werden. Zudem wird das An-

²⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie).

trags- und Gutachterverfahren vereinfacht. Ob die angestrebten Ziele mit den neuen Versorgungselementen auch tatsächlich erreicht werden, wird der G-BA innerhalb von fünf Jahren evaluieren.

Ein wesentliches Element zukünftiger Versorgung psychisch Kranker sind die Änderungen, die durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG), welches am 15.12.2016 im Bundestag beschlossen wurde, bedingt sind. Das BTHG löst das bisherige Recht der Eingliederungshilfe ab und tritt nach und nach, stufenweise in Kraft.

Partizipation, verbesserte Teilhabe, oder überhaupt Teilhabe zu ermöglichen ist der Kerngedanke des BTHG. Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden nicht mehr im Rahmen der Sozialhilfe erbracht: Für sie gibt es zukünftig ein eigenständiges Leitungsrecht.

Die allgemeinen Ziele des Gesetzes sind

- die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen zu verbessern,
- die Weiterentwicklung von Partizipation und Teilhabe und
- die Umsetzung der Vorgaben der UN-Behindertenrechts-Konvention (UN-BRK).

Die Leistungsbereiche der Eingliederungshilfe des BTHG sind

- die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- sowie die Leistungen zur Teilhabe an Bildung und zur sozialen Teilhabe.

Grundlegende Neuerung auf Bundesebene im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben ist die Schaffung zusätzlicher Möglichkeiten zur Integration auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch das (in Hamburg schon vorhandene) Budget für Arbeit. Durch andere Leistungsanbieter soll es zudem weitere Alternativen zur Beschäftigung in den Werkstätten für behinderte Menschen geben. Über die Förderung von Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation sollen neue präventive Ansätze erprobt werden, die unterstützen sollen, dass insbesondere auch psychisch erkrankte Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verbleiben können. Durch eine Veränderung der Heranziehungsregelungen beim Einkommens- und Vermögenseinsatz wird die soziale Lage für berufstätige behinderte Menschen erheblich verbessert.

In der Umsetzung des BTHG soll künftig die Teilhabeplanung unterschiedlicher Rehabilitationsträger dazu beitragen, dass den Leistungsberechtigten alle Hilfen zu Teil werden, auf die sie Anspruch haben, und die Hilfe wie aus einer Hand gewährt wird. Die Rehabilitationsträger sind zudem gehalten, bundeseinheitliche Instrumente zur Bedarfsbemessung zu entwickeln. Diese Instrumente werden den Ansatz der passgenauen personenzentrierten Hilfestellung noch stärker unterstützen.

Die Trennung von Fachleistungen und existenzsichernden Leistungen nach dem neuen BTHG wird den Fokus noch stärker als bisher auf die inhaltliche Ausrichtung der Eingliederungshilfe richten. Durch die Einrichtung unabhängiger Beratungsstellen werden die Selbstbestimmung und die Mitwirkungsmöglichkeiten der Leistungsberechtigten bei der Wahl der Hilfen und der Wohnformen gestärkt.

2. Grundprinzipien der Psychiatrie

1975 wurde mit der Psychiatrie-Enquête ein Zeichen gesetzt für die Reform der Psychiatrie in Deutschland hin zu einer gemeindenahen integrativen Behandlung psychisch kranker Menschen. Den Grundgedanken der Psychiatriereform und ihrer gesundheitspolitischen Zielsetzung ist Hamburg von Beginn an gefolgt. Die Grundprinzipien der Psychiatriereform waren

- Gemeindenahe Versorgung,
- Bedarfsgerechte Versorgung aller psychisch Kranken,
- Koordination aller Versorgungsdienste,
- Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken.

Diese Grundgedanken der Psychiatriereform haben dem Grunde nach auch heute noch unverändert ihre Bedeutung.

Das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit der Weltgesundheitsorganisation betrachtet den Menschen als körperlich-seelisches Wesen innerhalb seiner ökosozialen Lebenswelten. Psychische Erkrankungen äußern sich demnach als Störungen der vielfältigen Wechselbeziehungen zwischen Körper, Seele und Umwelt. Psychiatrische Behandlung ist nach diesem Verständnis den individuellen Bedürfnissen entsprechend mehrdimensional auszurichten, d. h., sie muss methodisch kombiniert und in vielen Fällen multiprofessionell erbracht werden.

Ziel ist es, eine Behandlung und Rehabilitation der akut oder chronisch psychisch erkrankten Menschen zu gewährleisten, die sich an deren Lebenswelt orientiert und den individuellen Bedürfnissen entspricht. Die folgenden Prinzipien fördern demnach eine auf Inklusion und Teilhabe ausgerichtete Behandlung und Rehabilitation:

- Flexible Wahl des Behandlungs- und Rehabilitationssettings statt jeweils voneinander getrennter stationärer oder teilstationärer Angebote mit personellen und teilweise konzeptionellen Brüchen.
- Flexible Nutzung auch des Alltagslebens der Patientinnen und Patienten als therapeutisches und rehabilitatives Feld.
- Kontinuität der sozialen Beziehungen bei Veränderung des Unterstützungssettings.
- Wohnortnähe als für die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten zentrale Strukturqualität, so dass Behandelnde und regionale professionelle Dienste gemeinsam verbindliche Kooperationsformen (z. B. Fallbesprechungen, Entlassungsplanung, Überleitungsmanagement) entwickeln können.
- Transparenz über die Angebotsstrukturen und die Zugänge zu Versorgungsangeboten.

Diese Prinzipien werden auch durch die UN-BRK und die höchstrichterliche Rechtsprechung zum sorgfältigeren Umgang mit – und zur Vermeidung von – „fürsorglichem Zwang“ in der Behandlung betont.

Inklusion in seiner gesamtgesellschaftlichen Dimension beschreibt nach dem Diversity-Ansatz der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK)²⁸ die Zugehörigkeit und Gleichwertigkeit eines Individuums, ohne dass dabei „Normalität“ vorausgesetzt wird. Normal sind vielmehr die Vielfalt und das Vorhandensein von Unterschieden. Notwendig sind gesellschaftliche Strukturen, in denen sich Personen mit Besonderheiten einbringen, auf die ihnen eigene Art wertvolle Leistungen erbringen sowie sich als Teil des Ganzen erleben können, und Teilhabe ermöglicht wird. Ziel ist mittels Inklusion die Chancengleichheit aller Menschen mit und ohne Behinderung in allen Lebensbereichen (u. a. Erziehung und Bildung, Arbeit und Beschäftigung, Wohnen, Kultur/Sport/Freizeit, Gesundheit und Pflege, Mobilität und Barrierefreiheit sowie barrierefreie Kommunikation und Information) zu fördern.

²⁸ Vgl. Deutscher Bundestag, 2008, Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.

Grundgedanke einer patientenorientierten, gemeindenahen psychiatrischen Versorgung muss es demnach sein, dass alle Betroffenen zeitnah die erforderliche Diagnostik, Therapie und Hilfe in angemessenem Ausmaß bekommen. Dies gilt sowohl für die medizinische Behandlung als auch für rehabilitative Angebote und Angebote der Eingliederungshilfe. Dabei gilt es die Autonomie der Betroffenen zu wahren und zu respektieren.

Angemessen bedeutet so viel wie nötig, aber auch so wenig wie möglich. Dabei gilt es, Sondersysteme nach Möglichkeit zu vermeiden und die ambulanten Angebote auszuschöpfen, bevor teil- oder vollstationäre Angebote in Anspruch genommen werden müssen. Auch wenn das im Kapitel 4.1. geschilderte fragmentierte Versorgungs- und Finanzierungssystem dieses teilweise erschwert, muss es doch Ziel sein, dass sozialräumlich orientierte ambulante Angebote im Vordergrund der Versorgung stehen. Gerade im Vergleich zu anderen europäischen Ländern werden in Deutschland und damit auch in Hamburg noch zu viele psychisch Kranke in stationären und teilstationären Settings des medizinischen Versorgungsbereichs behandelt und versorgt.

Auch Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung und hohem Unterstützungsbedarf müssen in ihrem gewohnten Umfeld leben und auf vielfältige („gemeindenah“) Unterstützungsangebote in den Bereichen Wohnen, Beschäftigung und Freizeitgestaltung zurückgreifen können.

Die Lebenssituation schwer und chronisch psychisch Kranker hat sich in den letzten Jahrzehnten insgesamt verbessert. Der Großteil lebt dank medikamentöser Unterstützung und professioneller Betreuung mehrheitlich außerhalb der Klinik, geht einer gewissen Beschäftigung nach und versorgt sich selbst. Dennoch können die Prinzipien der Bedarfsorientierung, Gemeindenähe, Gleichstellung, Koordination, Kooperation und Kontinuität als nur teilweise erfüllt angesehen werden. Es zeigt sich, dass 40 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête die allgemeinpsychiatrischen Hilfesysteme für den Personenkreis der schwerer psychisch Kranken insbesondere in Bezug auf Teilhabe und Partizipation weiterer tragfähiger Strukturen bedürfen.

Die sozialen Netze (schwer-)psychisch Kranker sind in der Regel klein und störanfällig, sie schrumpfen mit der Dauer und der Schwere der Erkrankung und beschränken sich immer mehr auf andere Betroffene und professionelle Helfer.

Ein besonderer Fokus ist auf die Situation derjenigen Menschen zu legen, die ganz ohne Unterstützung auskommen (müssen), da sie im Hilfesystem nicht bekannt sind oder aufgrund fehlenden Krankheitsbewusstseins Hilfe ablehnen. Diese Menschen laufen Gefahr, dass sich sowohl ihre gesundheitliche Situation als auch ihre Lebenssituation insgesamt verschlechtern. Die Folgen können gravierend sein bis hin zur akuten Selbstgefährdung oder – im Falle fremdgefährdenden Verhaltens – zur Begehung von Straftaten.

Hamburg hat sehr früh begonnen im Sinne der Psychiatrie-Enquête die klinische Versorgung zu dezentralisieren und den Krankenhäusern Versorgungssektoren zuzuordnen. Mit Ausnahme des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf sind alle psychiatrischen Abteilungen in Trägerschaft privater und freigemeinnütziger Träger. In Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils vom 18.01.2012 (2 BvR 133/10) hat Hamburg mit der Novellierung des HmbPsychKG vom 01.10.2013 die strengen Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes zur Beleihung privater Träger mit hoheitlichen Aufgaben umgesetzt.²⁹

²⁹ Vgl. Bürgerschaft der FHH (20. Wahlperiode), 2013, Drucksache 20/7964; Hamburgisches Gesetz- Und Verordnungsblatt (HmbGVBl.), 2013, Nr. 42, S. 425 ff.

Die Aufsicht über die Wahrnehmung der hoheitlichen Aufgaben durch private Träger wird von der für Gesundheit zuständigen Behörde wahrgenommen. Instrumente sind u. a. jährlich stattfindende strukturierte Aufsichtsgespräche und ein vereinbartes Meldeverfahren bei besonderen Vorkommnissen, die untergebrachte Personen betreffen. Auch für den Vollzug der Maßregeln ist in Hamburg seit April 2005 ein privater Träger beliehen. Vor dem Hintergrund der weit einschneidenden Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte der Untergebrachten im Maßregelvollzug, finden von der für Gesundheit zuständigen Behörde quartalsweise Aufsichtsgespräche und Besuche in der Einrichtung statt. Die Erfahrungen, die Hamburg mit der Beleihung privater Träger gemacht hat, sind positiv.

2.1. Gender-Mainstreaming

Gender-Mainstreaming stellt eine Methode dar, um den verfassungsrechtlichen Auftrag der Gleichstellung wirksam zu erfüllen. Gender-Mainstreaming bedeutet, bei allen gesellschaftlichen Vorhaben die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen, da es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt.

Im Sinne von Gender-Mainstreaming sind Konzepte der Versorgung auf allen Ebenen auf ihre geschlechterspezifische Struktur hin zu betrachten. Damit werden unterschiedliche Erkrankungsrisiken durch Arbeitsbelastungen bei Frauen und Männern, geschlechterspezifische Fragen von Gesundheit, Krankheit und Versorgung, Unterschiede in der spezifischen Suchtgefährdung von Frauen und Männern und daraus resultierende Konsequenzen in der Prävention sichtbar.³⁰

Gender-Mainstreaming in der psychiatrischen Versorgung bedingt die Berücksichtigung unterschiedlicher Sozialisations- und Lebensrealitäten von Frauen und Männern auch in psychiatrischen Hilfeangeboten und erfordert daher Angebote von gemischtgeschlechtlichen, frauen- und mänderspezifischen Ansätzen.

Die Bereitschaft, sich mit geschlechtsspezifischen Ansätzen für psychisch kranke Menschen auseinanderzusetzen, hat in den vergangenen Jahren zugenommen. Die Behandlung der Thematik ebenso wie die konkrete Umsetzung dieser Ansätze ist dabei jedoch sowohl in den Institutionen als auch in den Regionen noch sehr unterschiedlich.

Zur Weiterentwicklung geschlechtsspezifischer Ansätze wird deshalb empfohlen, dass sich sowohl psychiatrische Kliniken als auch Hilfestrukturen außerhalb des Krankenhauses für psychisch kranke Menschen mit geschlechtsspezifischen Fragen und Ansätzen auseinandersetzen und eine stärker geschlechterdifferenzierende Orientierung in ihren Angeboten berücksichtigen.

Veröffentlichungen weisen darauf hin, dass bisherige geschlechtsspezifische Projekte und Ansätze vor allem auf Frauen ausgerichtet waren und überwiegend frauenspezifische Fragen zum Inhalt hatten. Erst allmählich wird die Notwendigkeit gesehen, auch mänderspezifische Ansätze zu thematisieren.

Aus den unterschiedlichen Lebenswirklichkeiten, Interessen und Möglichkeiten von Frauen und Männern sind für ein gemeindepsychiatrisches Hilfesystem geschlechtssensible Handlungsempfehlungen abzuleiten (zur Ausgestaltung siehe Bericht der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden).³¹

³⁰ Vgl. S.I.G.N.A.L. - Hilfe für Frauen, 2003, Häusliche Gewalt gegen Frauen. Gesundheitliche Versorgung, Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm, Prävalenzstudie unter Patientinnen der Ersten Hilfe.

³¹ Vgl. Bericht der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden, 2007, Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven.

2.2. Schutz von Persönlichkeit und Unversehrtheit

Grundprinzipien der medizinischen Ethik sind

- der Respekt vor der Autonomie der Patientinnen und Patienten,
- das Handeln zum Wohle der Patientinnen und Patienten,
- die Vermeidung von Schaden sowie
- die Gerechtigkeit.

Respekt vor der Autonomie umfasst zum einen das Gebot, solche Entscheidungen z. B. durch angemessene Aufklärung zu ermöglichen, zum anderen das Verbot, selbstbestimmte Entscheidungen der Patientinnen und Patienten zu behindern oder zu übergangen.

Handeln zum Wohl von Patientinnen und Patienten beinhaltet die Verpflichtung aller Fachkräfte, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und den betroffenen Personen insbesondere in schwierigen Phasen ihrer Krankheit beizustehen.

Das Nicht-Schadensgebot (*primum nil nocere*) verlangt eine sorgfältige Nutzen-Schadens-Risiko-Abwägung im Einzelfall.

Gerechtigkeit beinhaltet Aspekte wie die gerechte Verteilung von Ressourcen, die faire Berücksichtigung sämtlicher individueller Besonderheiten in der Behandlung und die besondere Verpflichtung gegenüber denjenigen Kranken, die ihre Interessen nicht selbst geltend machen können.

Die Grundprinzipien der medizinischen Ethik können insbesondere dann miteinander in Konflikt geraten, wenn die Fähigkeit zur Selbstbestimmung und zur freien Willensbildung eingeschränkt oder aufgehoben ist. Bei nicht einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten ist die Ablehnung ärztlich indizierter Maßnahmen manchmal nicht Ergebnis einer selbstbestimmten Entscheidung. Sie kann vielmehr Ausdruck ihrer psychischen Erkrankung sein. Wenn dann gleichzeitig durch das Verhalten der Patientinnen und Patienten die Gefahr einer Selbsttötung oder einer anderen erheblichen Gefährdung der eigenen Gesundheit oder der körperlichen Unversehrtheit Anderer entsteht, kann sich die ethische Verpflichtung ergeben, Behandlungsmaßnahmen auch gegen den geäußerten, aber nicht freien, sogenannten natürlichen Willen zu ergreifen.

Maßnahmen unter Anwendung von Zwang sind aber nur dann ethisch zulässig, wenn sie nach ärztlichem Ermessen das letzte Mittel darstellen, d. h. nachdem alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Die Maßnahmen müssen ferner in Bezug auf die Gefahr, die es abzuwenden gilt, verhältnismäßig sein. Bei einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten ist eine Behandlung gegen den Willen dagegen medizinethisch nicht zu rechtfertigen. Mit der seit 01.10.2017 geltenden Änderung des § 1631 b BGB und entsprechend verfahrensrechtlicher Anpassungen im FamFG hat der Gesetzgeber durch Einführung eines Vorbehaltes der familiengerichtlichen Genehmigung von unterbringungsähnlichen Maßnahmen bzw. (ärztlichen) Zwangsmaßnahmen bei Minderjährigen die gleichen rechtlichen Voraussetzungen wie für Volljährige bestimmt.

Die Behandlung von psychisch Kranken erfordert eine fortlaufende Reflexion und Abwägung im Spannungsfeld des Respektierens der Autonomie einerseits und der Verpflichtung zum Schutz der Gesundheit und des Lebens der Erkrankten andererseits. Auch der Schutz betroffener Dritter muss bedacht werden.

Es ist eine zentrale Aufgabe aller an der Behandlung von Patientinnen und Patienten beteiligten Personen, alle geeigneten Maßnahmen zu ergreifen, um die Selbstbestimmungsfähigkeit der Betroffenen zu fördern bzw. wiederherzustellen. Entsprechend beinhaltet die S3-Leitlinie

„Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ eine Übersicht über die verfügbare Evidenz zur Behandlung aggressiven Verhaltens bei psychischen Erkrankungen und zur Verhinderung von Zwang in diesem Zusammenhang. Zu den von einem starken Konsens getragenen Empfehlungen gehört auch die Nutzung der Möglichkeit von Patienten- und Behandlungsvereinbarungen.³²

Selbstbestimmungsfähige Patientinnen und Patienten haben ein „Recht auf Krankheit“ und können auf dieser Grundlage eine nach den Regeln ärztlicher Kunst indizierte Behandlung ablehnen. Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen sind daher nur dann ethisch vertretbar, wenn selbstbestimmungsunfähige Personen ihre eigene Gesundheit und ihr Leben (Selbstgefährdung) oder die Gesundheit und das Leben anderer Personen (Fremdgefährdung) konkret und erheblich gefährden und dies durch keine anderen Maßnahmen abgewendet werden kann.

Einer gesellschaftlichen Haltung, als „lästig“ oder „störend“ empfundene Menschen unter dem Vorwand einer angeblichen „Fremdgefährdung“ gegen ihren Willen in einem psychiatrischen Krankenhaus unterzubringen, ist deutlich entgegenzutreten. Auch in Fällen minderschwerer krankheitsbedingter fremdgefährdender Verhaltensweisen sind eine dauerhafte psychiatrische Unterbringung und Behandlung gegen den Willen der betroffenen Kranken aus psychiatrischer Perspektive ethisch nicht gerechtfertigt.

2.3. Versorgung von Migrantinnen und Migranten

Fragen der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund, das heißt von in den letzten Jahrzehnten zugewanderten Menschen und deren Nachkommen, gewinnen zunehmend an Bedeutung. Ende des Jahres 2016 haben 630.000 Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg gelebt. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung sind dies rund 34 % aller Einwohnerinnen und Einwohner. Bei den unter 18-jährigen Hamburgerinnen und Hamburgern hat die Hälfte einen Migrationshintergrund.³³ Von Migrationshintergrund wird schon dann gesprochen, wenn eine Person selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist.

Betrachtet man die Situation der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist zunächst eine sehr unterschiedliche Ausgangslage festzustellen. Etwa zwei Drittel der Menschen mit Migrationshintergrund sind selbst migriert, ein Drittel wurde in Deutschland geboren und verfügt über keine eigene Migrationserfahrung. Sowohl die eigenen oder familiären Migrationsmotive (Studien- und Arbeitsmigration, Flucht und Vertreibung, Familienzusammenführung u. v. m.) als auch die Migrationsbiografien (unterschiedliche Aufenthaltsdauer, in erster, zweiter oder dritter Generation) unterscheiden sich. Mehr als die Hälfte der Menschen mit Migrationshintergrund besitzt die deutsche Staatsangehörigkeit.³⁴ Die ausländische Bevölkerung verfügt über unterschiedliche Aufenthaltstitel (von der EU-Staatsbürgerschaft bis hin zur Duldung). 2015 und 2016 war die Situation zudem durch den Zuzug vieler Flüchtlinge gekennzeichnet.

³² Vgl. DGPPN, 2018, S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“.

³³ Vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2016, Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Hamburger Stadtteilen Ende 2015.; Vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2017, Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Hamburger Stadtteilen Ende 2016.

³⁴ Vgl. A. a. O.

Die Forschungsergebnisse zur Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Migrantinnen und Migranten sind uneinheitlich. Die momentane Datenlage deutet darauf hin, dass Migrantinnen und Migranten ein ähnlich hohes Morbiditätsrisiko für psychische Erkrankungen aufweisen wie Menschen der Aufnahmegesellschaft.³⁵ In einzelnen Migrantengruppen zeigen sich erhöhte Prävalenzen.³⁶ Ein kausaler Zusammenhang zwischen Migration und psychischen Störungen ist bisher nicht bewiesen. Migrantinnen und Migranten sind jedoch einer Vielzahl von besonderen Belastungen und Begleitumständen ausgesetzt, die psychische oder psychosomatische Reaktionen hervorrufen können. Dazu gehören zum Beispiel Traumatisierungen bedingt durch Flucht, Haft, Gewalt, Bindungsverluste und Entwurzelung, aber auch Anpassungsschwierigkeiten in der Aufnahmegesellschaft, Identitätsprobleme, Rollenverluste und Generationenkonflikte, sprachliche und kulturelle Verständnisprobleme ebenso wie Diskriminierungen, höhere Arbeitslosigkeit, geringere Bildungschancen und schlechtere Wohnbedingungen. Je nach Alter und Herkunft gilt auch die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Suchterkrankung als erhöht.³⁷

Menschen mit Migrationshintergrund sind in den meisten ambulanten und teilstationären psychiatrischen Versorgungsangeboten unterrepräsentiert. In den geschlossenen Bereichen und der Forensik dagegen eher überrepräsentiert.³⁸ Es wird davon ausgegangen, dass diese Patientengruppe „vom allgemeinspsychiatrischen und psychotherapeutischen Netz deutlich schlechter erreicht“ wird als Einheimische.³⁹ Der Zugang zur Versorgung und damit die Erreichbarkeit von Hilfen unterscheidet sich für psychisch erkrankte Migrantinnen und Migranten demnach von dem der übrigen Bevölkerung.⁴⁰

Zum einen sind hierfür Zugangsbarrieren verantwortlich, die mit den soziokulturellen Einstellungen der Migrantinnen und Migranten und z. B. mit deren Angst vor Stigmatisierung zusammenhängen. Vor allem bei weniger schweren psychischen Erkrankungen führt dies dazu, dass Versorgungsleistungen erst relativ spät nach Erkrankungsbeginn in Anspruch genommen werden. Andererseits ist das Versorgungsangebot für Migrantinnen und Migranten häufig nicht niederschwellig angelegt, z. B. aufgrund sprachlicher Barrieren. Zudem besteht häufig ein erhebliches Informationsdefizit, sowohl über das Angebot als auch über den Zugang in die Versorgung.

Hier muss das Versorgungssystem ansetzen, um Zugangsbedingungen von Migrantinnen und Migranten zu verbessern. Mittel dazu sind geschlechts- und kultursensible Information und Beratung der Betroffenen und ihrer Angehörigen, interkulturelle Sensibilisierung und Förderung der sprachlichen Kompetenzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den Gesundheits- und Sozialberufen.

Symptome einer Krankheit werden in verschiedenen Kulturen unterschiedlich wahrgenommen und mitgeteilt. Zudem ist die sprachliche und kulturspezifische Verständigung unabdingbare

³⁵ Mösko, M., Härter, M. & Bermejo, I. (2018). Epidemiologie psychischer Störungen bei Migranten, Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. In: W. Machleidt, U. Kluge, M. Sieberer, A. Heinz (Hrsg.), Migration und psychische Gesundheit. Urban & Fischer, 229-238

³⁶ Dingoyan, D., Schulz, H., Kluge, U., Penka, S., Vardar, A., ... & Mösko, M. (2017). Lifetime prevalence of mental disorders among first and second generation individuals with Turkish migration backgrounds in Germany. BMC Psychiatry, 17(1), 177.

³⁷ FHH – Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2014, Suchthilfebericht 2013, S. 48 f.

³⁸ Koch, E., 2000, Die aktuelle Lage von Minoritäten im psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem Deutschlands, S. 57 ff.

³⁹ Dreißing, H.; Habermeyer, E., 2015, Psychiatrische Begutachtung, S. 395.

⁴⁰ Bürgerschaft der FHH (21. Wahlperiode), 2017, Drucksache 21/10281, S. 112.

Voraussetzung zur Erstellung von Anamnesen, Diagnosen, Durchführung von Beratung, Therapie und Pflege von Migrantinnen und Migranten. Andere Familienstrukturen und religiöse Vorstellungen spielen im Krankheitserleben eine wichtige Rolle, sowohl in der Symptomdarstellung wie in der Entwicklung der Bewältigungsstrategien. Bei Frauen und Mädchen können, bedingt durch deren soziale und familiäre Stellung in einigen Ländern und Kulturen, durch Konflikt- und Gewalterfahrungen zusätzliche und spezielle gesundheitliche Belastungen entstehen.

Um psychisch kranke Migrantinnen und Migranten zu erreichen, müssen sie wissen, welche Möglichkeiten der Beratung, Betreuung und Behandlung es in einer Region gibt. Dafür sollte Informationsmaterial nach Zielgruppen und Herkunftssprache, verständlich und kultursensibel vorhanden sein und aktiv an sie herangetragen werden, um bestehende Wissensdefizite und Berührungängste abzubauen.

Bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals sollten migrationspezifische Aspekte berücksichtigt werden.

Die Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit Migrationshintergrund ist schon weil diese einen erheblichen Anteil der Bevölkerung ausmachen (s. o.) durch die Regelsysteme sicherzustellen. Sie erfordert trotz dieser spezifischen Besonderheiten daher in aller Regel keine strukturell gesonderten Versorgungssysteme mit spezialisierten Einrichtungen. Die notwendigen Hilfen sind vielmehr im Rahmen der bestehenden Versorgungsstrukturen zu leisten, die in bestimmten Aspekten den spezifischen Anforderungen anzupassen sind.

Für Geflüchtete mit belastenden, traumatischen Erlebnissen ist zunächst die Sicherung der Grundbedürfnisse wie z. B. eine passende Unterkunft, sicherer Aufenthaltsstatus und sinngebende Beschäftigung von hoher Bedeutung. Dies kann dazu beitragen, dass keine Behandlungsbedürftigkeit entwickelt wird. Durch frühzeitige qualifizierte Hilfe kann gerade auch ein Beitrag zur Vermeidung stationärer Krisenintervention und Behandlung geleistet werden. Grundsätzlich können die Geflüchteten zur Feststellung und Behandlung etwaiger psychischer Störungen alle Einrichtungen der psychiatrischen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Hamburg sowie alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten konsultieren. Für minderjährige und junge volljährige Flüchtlinge steht zudem mit der Flüchtlingsambulanz am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) ein spezialisiertes Hilfeangebot zur Verfügung.

Zur Unterstützung der psychotherapeutischen Versorgung hat die Hamburgische Bürgerschaft aus dem Integrationsfond 200.000,- Euro für die Einrichtung eines Dolmetscherpools zur Vermittlung, Vergütung, Supervision und Qualifizierung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern für die psychotherapeutischen Behandlungen von psychisch kranken geflüchteten Menschen zur Verfügung gestellt. Der Dolmetscherpool ist in 2017 eingerichtet worden. Die Mittel stehen zunächst für ein Jahr zur Verfügung. Aufgrund der vorliegenden ersten Quartalsberichte konnten bis 30. Juni 2018 61 Sprachmittler/innen unter Vertrag genommen und in 390 Therapiesitzungen vermittelt werden. Auf Ersuchen der Hamburgischen Bürgerschaft⁴¹ wird der Senat die Bewilligung von Mitteln in Höhe von bis zu 250.000,- Euro für die Vorhaltung eines Dolmetscherpools zur Vermittlung, Vergütung, Supervision und Qualifizierung von Dolmetscherinnen

⁴¹ S. Drs. 21/14468

und Dolmetschern für die psychotherapeutischen Behandlungen von psychisch kranken geflüchteten Menschen für den Zeitraum 01.01.2019 bis 30.06.2020 fortschreiben. Zudem hat die Hamburgische Bürgerschaft den Aufbau eines koordinierenden Zentrums für die Beratung und Behandlung von Folteropfern und traumatisierten Flüchtlingen beschlossen.⁴² Davon ausgehend werden die zuständigen Fachbehörden ein „Koordinierendes Zentrum für die Beratung und Behandlung von Folteropfern und traumatisierten Flüchtlingen“ fördern. Ausschreibung und Vergabe der Leistungen mit einer Förderobergrenze für alle Kosten dieses Projektes in Höhe von bis zu 1 Mio. Euro pro Jahr sind für das 1. Halbjahr 2019 vorgesehen.

2.4. Versorgung wohnungsloser Menschen

Der Anteil wohnungsloser Menschen, also der Bewohnerinnen und Bewohner von Wohnunterkünften, Nutzerinnen und Nutzer von Notübernachtungsstätten sowie auf der Straße lebender obdachloser Menschen, ist in den vergangenen Jahren gestiegen.⁴³

Insbesondere Menschen, die auf der Straße leben, sind einer Vielzahl von besonders belastenden Begleitumständen der Obdachlosigkeit ausgesetzt, die sich überdurchschnittlich negativ auf die gesundheitliche Situation auswirken und nicht selten zu schwerer Erkrankung und frühzeitigem Tod führen. Die erfahrene Schutzlosigkeit vor Witterung und Gewalt, aber auch Entwurzelung und der Verlust gesellschaftlicher Anerkennung können psychische oder psychosomatische Störungen hervorrufen oder verstärken. Auch psychische Auffälligkeiten oder Erkrankungen können zu Wohnraumverlust führen und sind somit ebenfalls ursächlich für Wohnungslosigkeit.

Der Zugang in das psychiatrische Regelsystem ist wohnungs- und obdachlosen Menschen, insbesondere soweit ihnen eine ausreichende Krankheitseinsicht und Bereitschaft zu einer Behandlung fehlen, weitestgehend erschwert. Es ist davon auszugehen, dass diese Patientengruppe von den Regelangeboten der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung schlechter erreicht wird als die übrige Bevölkerung.

Der überwiegende Teil obdachloser Menschen in Hamburg, die aus EU-Ländern zugewandert sind, ist aufgrund leistungsrechtlicher Zugangsbeschränkungen von Angeboten des Regelsystems ausgeschlossen. Dies ist insofern bedeutsam, weil die Personengruppe der EU-Zugewanderten mittlerweile innerhalb der Gruppe der obdachlosen Menschen deutlich überwiegt.

Eine Reintegration in Wohnraum wird durch unbehandelte psychische Erkrankungen nahezu unmöglich, aber auch stationäre Wohneinrichtungen für psychisch Kranke bzw. der Eingliederungshilfe setzen Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft voraus. Die Betroffenen verbleiben somit im Wohnungslosenhilfesystem und ganz überwiegend langfristig in Wohnunterkünften oder auf der Straße, mit dem deutlich erhöhten Risiko der Chronifizierung ihrer Erkrankungen.

⁴² S. Drs. 21/3816

⁴³ Gemäß Drs. 21/14597 sind im März 2018 in einer entsprechenden Untersuchung zur Zahl und Lebenslage obdach- und wohnungsloser Personen 1.910 obdachlose Personen befragt worden (2009: 1.029). Die Zahlen der im Winternotprogramm übernachtenden Menschen und der hierfür vorzuhaltenden Kapazitäten bilden diese Entwicklung ebenfalls ab (s. <https://www.hamburg.de/winternotprogramm-obdachlose/4142810/auslastung/>). Auch die Kapazitäten der öffentlich-rechtlichen Unterbringung sind angewachsen, zuletzt auf insgesamt 33.435 Plätze (Stand Ende September 2018, inklusive Jungerwachsenenprojekt, ohne Notübernachtungsstätten).

Zwischenlösungen in der Wohnungslosenhilfe, wie psychiatrische Sprechstunden in Schwerpunktpraxen und Tagesaufenthaltsstätten sowie die mobilen Hilfen haben somit einen hohen Stellenwert. Ein entsprechendes Bürgerschaftliches Ersuchen (Drs. 21/14328) zielt auf die Ausweitung und Weiterentwicklung dieser Angebote, ersetzen aber weder qualitativ noch quantitativ die Angebote des Regelsystems.

Obdachlose, auf der Straße lebende Menschen mit psychischen Erkrankungen werden derzeit durch das Projekt City Mobil des Caritasverbandes für das Erzbistum Hamburg e.V. auf der Straße aufgesucht und beraten. Da der im Projekt tätige Psychiater auch die psychiatrische Sprechstunde in der Schwerpunktpraxis für Wohnungslose in der Norderstraße 44 durchführt, ist die gerade hier für den Zugang zur Behandlung wesentliche Beziehungskontinuität als Voraussetzung gegeben. In diesem Zusammenhang wird auch die Vermittlung in das bedarfsgerechte Regelsystem forciert.

Um wohnungslosen Menschen den Zugang zu medizinischer Versorgung zu erleichtern, haben die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, die Krankenkassen und die Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI) einen Vertrag zur Einrichtung von drei sogenannten Schwerpunktpraxen für Obdachlose geschlossen. Von diesen bieten die beiden Schwerpunktpraxen in der Übernachtungsstätte Pik As und in der Norderstraße 44 insgesamt zweimal wöchentlich kostenlose psychiatrische Sprechstunden an.

Ziel des gemeinsam getragenen Konzepts⁴⁴ ist es, medizinische Hilfsangebote an Standorten auszubauen, die der Zielgruppe bereits bekannt sind. Hier werden gegebenenfalls weitergehende Maßnahmen initiiert. Die Patientinnen und Patienten sollen nach Möglichkeit sukzessive in die Regelversorgung überführt werden und ihre Scheu vor „normalen“ Arztpraxen überwinden. Die Erfahrungen mit den Schwerpunktpraxen für Wohnungslose zeigen, dass eine niedrigschwellige Form der Behandlung durch dafür geeignete Ärztinnen und Ärzte sowie Assistenzen in einem akzeptierenden Rahmen wohnungslose Menschen nicht abschrecken, wie es eine Hausarztpraxis in einem normalen Umfeld tun kann, und sogar eine dauerhafte Bindung an die Praxen zum Zweck der Nachbehandlung ermöglicht. Das Gleiche gilt für die psychiatrischen Sprechstunden, für die der kontinuierliche, zunächst unverbindliche Kontakt eine wesentliche Rolle für den weiteren Behandlungsverlauf spielt.

Ungeachtet ausgesprochen gelungener Beispiele, in denen die Verzahnung von psychiatrischer Versorgung und Wohnunterkünften in Folge der Initiative Einzelner gelingt, bedarf es der Verbreiterung von Zugangswegen für psychisch erkrankte, wohnungs- oder obdachlose Menschen in das psychiatrische Regelsystem.

Wohnungslose, öffentlich untergebrachte Menschen mit psychischen Erkrankungen werden einerseits über ein niedrigschwelliges Angebot der Eingliederungshilfe in ihrer Lebensführung unterstützt und andererseits über die sozialpädagogische Einzelfallhilfe von fördern & wohnen AöR an das bestehende Regelsystem herangeführt. Darüber hinaus wird im Rahmen eines Modellversuchs geprüft, ob eine verbesserte Anbindung alleinstehender Wohnungsloser, die entsprechende Bedarfe vorweisen, an die ASP-Begegnungsstätten (s. Kap. 4.5.1.) hergestellt werden kann.

⁴⁴ KVH und gesetzliche Krankenkassen tragen 40% der Kosten für das medizinische Personal, maximal 60.000,- Euro.

Diese Ansätze zeigen auf, dass es grundlegender Strategien bedarf, um diesen Personenkreis an das Regelsystem heranzuführen und bestehende Zugangsbarrieren in die Regelsysteme zu senken.

Zu diesem Aufgabenspektrum wurde im Nachgang zum Gesamtkonzept der Wohnungslosenhilfe in Hamburg (Drs. 20/5867) eine Arbeitsgruppe „Psychisch kranke Wohnungslose“ mit Vertreterinnen und Vertretern der freien Wohlfahrtspflege sowie der zuständigen Fachbehörde und der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz eingesetzt, mit dem Auftrag, den Bedarf an Hilfen für psychisch auffällige Bewohnerinnen und Bewohner in Wohnunterkünften zu präzisieren und für diese Möglichkeiten der Kooperation der Hilfesysteme zu prüfen. Ziel ist, die umfassenden und ausdifferenzierten Hilfesysteme für diesen Personenkreis besser nutzbar zu gestalten. Weitergehende Lösungsansätze für eine verbesserte Kooperation und Vernetzung über die Grenzen der Hilfesysteme hinweg werden an den Erfahrungen aus den o. g. Angeboten ansetzen.

3. Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention

3.1. Förderung der psychischen Gesundheit

Maßnahmen und Aktivitäten zur Förderung und Verbesserung von psychischer Gesundheit zielen wesentlich darauf ab, die Gesundheitskompetenzen und Gesundheitsressourcen der Bevölkerung zu stärken.

Die Förderung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung ist ein gesamtgesellschaftliches Anliegen. Die EU-Mitgliedstaaten brachten dies im 2005 veröffentlichten „Grünbuch“⁴⁵ zum Ausdruck und rückten das Thema aus dem Schatten von Stigma und Diskriminierung in den Fokus gesundheitspolitischer Debatten. Ergebnis ist der im Jahr 2008 von der Europäischen Kommission verabschiedete „Europäische Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden“⁴⁶, der seelische Gesundheit als Menschenrecht definiert.

Davon abgeleitet werden fünf prioritäre Handlungsfelder benannt:

- Psychische Gesundheit in den Bereichen Jugend und Bildung
- Vorbeugung von Depression und Suizid
- Psychische Gesundheit älterer Menschen
- Bekämpfung von Stigma und sozialer Ausgrenzung
- Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz.

Zu seiner Umsetzung führte die EU-Kommission zu den fünf Handlungsfeldern europäische Konferenzen durch, aus denen die vom Rat für Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz am 06.06. 2011 verabschiedeten Schlussfolgerungen zu „Mental Health“⁴⁷ hervorgingen.

Ausgangspunkt der weiteren im „Grünbuch“ angestellten Überlegungen ist die Feststellung, dass die hohen Prävalenzraten psychischer Störungen mit erheblichen volkswirtschaftlichen

⁴⁵ Vgl. Europäische Kommission, Generaldirektion Gesundheit & Verbraucherschutz, 2005, Grünbuch.

⁴⁶ Vgl. EU-Konferenz „Gemeinsam für psychische Gesundheit und Wohlbefinden, 2008, Europäischer Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden.

⁴⁷ Vgl. Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council configuration (EPSCO), 2011, 309. Sitzung des Rates.

Kosten verbunden sind, die das Sozial-, Bildungs- und Wirtschaftssystem aber auch Strafverfolgung und Justiz erheblich belasten, und durch Stigmatisierung und Diskriminierung von psychisch erkrankten Menschen darüber hinaus Grundpfeiler der europäischen Grundnormen verletzt werden können. Vor diesem Hintergrund wird ein hohes Maß an psychischer Gesundheit als wesentliches Gut der Gesellschaft und als ein wesentlicher Faktor für die Erreichung strategischer Zielstellungen der EU – Gerechtigkeit, Wohlstand und Solidarität – angesehen.

Das Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13.12.2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention – UN-BRK) verpflichtet die Vertragsstaaten, Gesundheitsleistungen zur Früherkennung und Frühintervention bei drohenden Behinderungen zu erbringen, ebenso wie Leistungen, durch die weitere Behinderungen möglichst geringgehalten oder vermieden werden.

In verschiedenen Bereichen wurden inzwischen Initiativen zur Förderung der psychischen Gesundheit eingeleitet; zu erwähnen sind hier z. B. das Aktionsprogramm der EU, Initiativen zur Vermeidung von Diskriminierung von Menschen mit psychischen Störungen oder auch Maßnahmen zur Verhütung von Stress am Arbeitsplatz. Erwähnt sei das von der Handelskammer Hamburg und der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz initiierte Modellprojekt zur Beurteilung der Gefährdung durch psychische Belastung am Arbeitsplatz, welches die Kooperationsstelle Hamburg IFE GmbH wissenschaftlich begleitet hat.⁴⁸ Der Abschlussbericht liegt nunmehr vor. Mit der 2016 gegründeten Anlaufstelle „Perspektive Arbeit und Gesundheit“ haben Beschäftigte, aber auch Betriebe die Möglichkeit, sich zu psychischen Belastungen bei der Arbeit und deren Prävention beraten zu lassen. Hamburg hat sich zudem im Rahmen der Möglichkeiten des § 11 BTHG für ein Modellprojekt zur Erprobung rechtskreisübergreifender Ansätze zur Stärkung der Prävention für von Erwerbsminderung bedrohter Menschen, beworben (Arbeitstitel: „Haus der Gesundheit“, s. Kap. 4.4.).

Somit ist die Förderung der psychischen Gesundheit grundsätzlich ein wesentlicher Bestandteil von Gesundheitsförderung, die neben der körperlichen Gesundheit auch das psychische Wohlbefinden zum Ziel hat. Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Hamburger Landesrahmenvereinbarung zum Präventionsgesetz wird in den kommenden Jahren ein handlungsleitender Schwerpunkt bei der Förderung psychosozialer Gesundheit gesetzt. Ziel ist es, die psychosoziale Gesundheit in jedem Lebensalter unter den jeweiligen Rahmenbedingungen schwerpunktmäßig in sozial schlechter gestellten Stadtgebieten zu stärken.

Der Hamburger Pakt für Prävention bildet das Dach, unter dem über 120 Akteure aus Gesundheitsförderung, -versorgung und -wirtschaft sowie andere relevante Partner/innen gemeinsam ein Landespräventionsprogramm entwickeln. Im September 2017 haben die beteiligten Akteure praxisgeleitete Empfehlungen für die Förderung von Resilienz und Gesundheitskompetenz erarbeitet, die eine Grundlage für konkrete Handlungsempfehlungen bilden. Gleichzeitig werden in regionalen Hamburger Schwerpunktregionen die Bürgerinnen und Bürger einbezogen, um bedarfsgerechte und strukturell abgesicherte Angebote im Rahmen des Präventionsgesetzes zu entwickeln. In mehreren Hamburger Stadtteilen werden im Rahmen der lokalen Vernetzungsstellen für Gesundheitsförderung bedarfsbezogen Mikroprojekte für verschiedene Bevölkerungsgruppen (Stressabbau, Entspannungskurse, etc.) zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit angeboten.

⁴⁸ Vgl. FHH – Amt für Arbeitsschutz, 2018, Arbeitsschutz in Hamburg.

Bürgerbeteiligung, Hilfe zur Selbsthilfe, Vernetzung von Angeboten und Strukturen und Gemeindebezogenheit sind Eckpfeiler der Gesundheitsförderung, die auch in der Zukunft einen wichtigen Stellenwert einnehmen werden.

3.2. Prävention

In vielen Bereichen der Medizin können Prävention und Früherkennung Krankheiten und deren Folgeschäden verhindern. Dieses Prinzip gilt dem Grunde nach auch bei psychischen Erkrankungen insbesondere z. B. bei Sucht, Essstörungen und Suizidalität.

Unter Prävention in diesem Zusammenhang sind Maßnahmen wie beispielsweise Stressbewältigung gemeint, die sich an gesunde Menschen richten. Sie sollen helfen, Risikofaktoren zu verringern und so der Entstehung einer psychischen Erkrankung vorbeugen. Psychosoziale Ressourcen sind Voraussetzungen für eine gelingende Bewältigung von Alltagsbelastungen und Lebensereignissen.

Der Stellenwert der Prävention ergibt sich, ebenso wie der Stellenwert der Gesundheitsförderung, aus der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen sowie den daraus resultierenden gravierenden persönlichen und gesamtgesellschaftlichen Folgen. Da die Erkrankungen oft bereits früh im Leben beginnen, ist es geboten, beginnenden psychischen Erkrankungen möglichst frühzeitig zu begegnen, oder deren Auftreten, wenn möglich, zu verhindern oder auch zu verzögern. Dies ist deshalb besonders wichtig, weil die mit psychischen Störungen verbundenen akuten Beeinträchtigungen langfristig einen besonders negativen Einfluss haben können, wenn sie im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter auftreten und hier in wichtigen Lebensphasen zu Beeinträchtigungen der persönlichen, beruflichen und sozialen Entwicklung der Betroffenen führen.

Hier setzt das Programm ‚Schatzsuche‘ an, ein Eltern-Programm für Kindertagesstätten, von der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) entwickelt. Pädagogische Fachkräfte in den Kindertageseinrichtungen sind mit einer Vielzahl von psychischen Belastungen der Kinder z. B. durch Ängste oder Verluste geliebter Menschen konfrontiert. Eltern werden für die Stärken und Bedürfnisse der Kinder sensibilisiert. Dadurch wird die Resilienz und das seelische Wohlbefinden gefördert.

Ein wichtiger Präventionsansatz liegt auch in der Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern. Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass bis zu jedes vierte Kind einen vorübergehend oder dauerhaft psychisch erkrankten Elternteil hat⁴⁹. Einbezogen sind hier auch Kinder suchtbelasteter Familien. Mit der Erkrankung eines Elternteils ist häufig das Familienleben belastet, zudem haben diese Kinder eine drei- bis vierfach höhere Disposition, selbst psychisch krank zu werden.⁵⁰ Zur Unterstützung der Familien bzw. der Kinder und Jugendlichen stehen zahlreiche Angebote der Jugendhilfe zur Verfügung (s. a. Kap. 5.1.7., Kap. 5.1.7.6. und Kap. 5.1.7.7.). Neben dem Regelsystem stellt das Projekt „Vermittlung und Begleitung von Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern“ des Trägers PFIFF gGmbH ein spezifisches Präventionsangebot der Familienförderung dar.

⁴⁹ Vgl. Deutscher Bundestag, Drucksache 18/12780.

⁵⁰ Vgl. Deutscher Bundestag, Drucksache 18/12780.

Darüber hinaus bieten die Eltern-Kind-Einheiten des Ev. Krankenhauses Alsterdorf und des Asklepios Klinikum Harburg psychisch kranken Eltern und ihren Kindern die Möglichkeit integriert-interdisziplinärer klinisch-psychiatrisch bzw. -kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. Zudem finden Eltern gemeinsam mit ihren Babys im Alter von bis zu einem Jahr im Mutter-Baby-Bereich der Tagesklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) ein qualifiziertes teilstationäres Behandlungsangebot.

Um den Anspruch einer früh einsetzenden Prävention zu realisieren, werden ausgehend von der Empfehlung der Kultusministerkonferenz zur Gesundheit und Prävention in der Schule (2012) an Hamburger Schulen im Rahmen der Umsetzung der curricularen Vorgaben des Aufgabengebietes Gesundheitsförderung Themen zum psychosozialen Wohlbefinden und zum Umgang mit schwierigen Situationen regelhaft im Unterricht bearbeitet. So haben Projekte von „Irre menschlich e.V.“ an den Schulen⁵¹ u. a. das Ziel, Schülerinnen und Schüler zu ermutigen, frühzeitig professionelle Hilfen in Anspruch zu nehmen, wenn sie psychisch belastet sind sowie einen Beitrag zur gesellschaftlichen Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen zu leisten. Im Rahmen des Modellprojektes „Landungsbrücke – Übergänge meistern“ der HAG⁵² wurden Module zur Stärkung der psychischen Gesundheit am Übergang von der Schule in die Berufsvorbereitung oder ins Studium erprobt. Eine Fortführung wird zurzeit von der HAG auf den Weg gebracht.

Im Rahmen von „psychenet – dem Hamburger Netz für psychische Gesundheit“ wurde von 2010 bis 2015, gefördert vom Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), eine Website mit Aufklärungsmaßnahmen entwickelt (www.psychenet.de), die verschiedene Module zur Information über psychische Störungen und deren Diagnose und Behandlung enthält sowie die entsprechenden Versorgungseinrichtungen erklärt. Diese Website wird durch das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf betrieben und durch gezielte Projektinitiativen weiterentwickelt. Sie ist bundesweit einmalig und hat inzwischen deutschlandweite und internationale Bedeutung, z.B. durch die Übersetzung von Teilen der Seite in die türkische und englische Sprache.

Zusammen mit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) wurde in diesem Projekt der „Therapieführer Psychiatrie und Psychotherapie der BGV“, ein Verzeichnis aller relevanten Beratungs- und Versorgungsangebote im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie in Hamburg weiterentwickelt und eine erste Ausgangsbasis für ein zukünftiges Online-Angebot der BGV geschaffen.

Die Präventionsambulanz des Instituts für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf behandelt verschiedene Gruppen von Menschen, bei denen im Zusammenhang mit psychischen Störungen ein erhöhtes Risiko für fremdgefährdendes Verhalten vorliegt (z.B. durch eine Pädophilie, eine antisoziale Persönlichkeitsstörung, eine Impulskontrollstörung). Behandlungsziel ist neben der Besserung der Störung zentral die Primär- oder Sekundärprävention fremdgefährdenden Verhaltens. Hier besteht gegenwärtig außerdem ein Modellprojekt zur Versorgung von Jugendlichen mit einer sexuellen Entwicklungsproblematik.

⁵¹ Vgl. Irre menschlich Hamburg e.V., 2018, Projekte an Schulen.

⁵² Vgl. Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., Projekt Landungsbrücke.

Einer besonderen Betrachtung bedarf die Suizidprävention. Auch wenn in der Vergangenheit immer weniger Menschen Suizid begingen – im Jahr 2015 waren es in Hamburg 68 Frauen und 140 Männer (2005: 77 Frauen und 163 Männer) – so kommt der Suizidprävention doch weiterhin ein besonderer Stellenwert zu. Die Zahl der in Hamburg vollzogenen Suizide ist in der Altersgruppe über 75 Jahre am höchsten. Der Anteil der Männer liegt in Hamburg in der Altersgruppe über 75 Jahre bei 74 %.⁵³

Suizidprävention gestaltet sich deshalb schwierig, weil sich immer noch 70 bis 80 % der Suizide ereignen, ohne dass vorher institutionelle Kontakte stattgefunden haben, obwohl heute davon auszugehen ist, dass in mehr als 90 % relevante psychische Erkrankungen bei der Entscheidung für einen Suizid von Bedeutung sind. Nach dem Bundesgesundheitsbericht aus dem Jahr 2015⁵⁴ sind im höheren Lebensalter neben den psychischen Erkrankungen vor allem chronische Krankheiten, körperliche Funktionseinschränkungen, chronische Schmerzen und soziale Isolation die wichtigsten Risikofaktoren für einen Suizid.

Suizidversuche, ca. zehnmal häufiger als Suizide, sind Anlass für Tertiärprävention, um erneute Suizidversuche bzw. vollendete Suizide zu verhindern. Auf der Grundlage multimodaler Modelle für Suizidalität sind psychotherapeutische, klinisch-psychiatrische, soziale und allgemeingesellschaftliche Hilfen einzusetzen. Sekundärprävention wird niederschwellig als Krisenintervention wirksam, während Primärprävention in den Bereich Förderung der psychischen Gesundheit fällt, wozu auch Hilfen für betroffene Angehörige von Suizidanten zählen.

In Fällen akuter Suizidalität steht in Hamburg zunächst selbstverständlich das gesamte psychiatrisch/psychotherapeutische Versorgungssystem zur Verfügung. Zahlreiche Angebote, von Jugend- und Sozialpsychiatrischen Diensten bis zu den Krankenhäusern bieten Hilfe an. Um die Angebote suizidgefährdeten Menschen und ihren Angehörigen niedrigschwellig bekannt zu geben, hat die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz ein auch im Internet abrufbares Faltblatt⁵⁵ herausgegeben. In diesem sind Sprechzeiten und Adressen von Beratungsstellen, tagsüber oder auch nachts erreichbare Anlaufstellen, zuständige Dienste, wichtige Telefonnummern – unter anderem der Notdienste – und andere hilfreiche Hinweise übersichtlich aufgeführt.

Im Rahmen einer BMG-Förderung werden am Zentrum für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) aktuell zwei Projekte zur „Suizidprävention“ durchgeführt. In dem Projekt „Entwicklung und Evaluation von E-Mental-Health-Interventionen zur Entstigmatisierung von Suizidalität (4E)“ werden Interventionen zur Verbesserung des Wissens und zur Reduktion von Stigmatisierung von Suizidalität entwickelt und evaluiert. Zielgruppe der Intervention sind Menschen mit Suizidgedanken oder –versuchen in der Vorgeschichte, deren Angehörige sowie allgemein an der Thematik Interessierte. Die Interventionen werden ab April 2019 in das bereits etablierte, evidenzbasierte E-Mental-Health-Portal psychenet.de integriert. In einem weiteren Projekt mit dem Titel „Suizidprävention bei Suchter-

⁵³ Vgl. FHH – Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2015, Gesundheitsberichterstattung Hamburg, Sterblichkeit aufgrund von Suiziden in Hamburg, Statistik 2015.

⁵⁴ Robert-Koch-Institut, 2015, Gesundheitsberichterstattung des Bundes - gemeinsam getragen von RKI und Destatis, Gesundheit in Deutschland, S. 415.

⁵⁵ Vgl. FHH – Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz 2014, Flyer - Wo suizidgefährdete Menschen in Hamburg Hilfe finden.

krankungen – Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Fortbildungs- und Vernetzungsmaßnahmen⁵⁶ zielt darauf ab, die Suizidprävention für Menschen mit Suchterkrankungen bundesweit effektiv und nachhaltig zu stärken. Fachkräfte aus unterschiedlichen Settings des Suchthilfesystems, denen für die Suizidprävention bei Suchtkranken eine besondere Rolle zukommt, sollen für die Thematik sensibilisiert, bedarfsgerecht und berufsgruppenübergreifend fortgebildet sowie langfristig miteinander vernetzt werden.

Zudem gibt es in Hamburg eine Reihe zielgruppenbezogener Ansätze zur Gesundheitsförderung und Suizidprävention.

Für Schülerinnen und Schüler verweist der Hamburger Jugendserver des Jugendinformationszentrums (JIZ)⁵⁷ unter jugendserver-hamburg.de in der Rubrik „Rat & Hilfe“ auf Unterstützungsangebote in belastenden Situationen.

Der an allen Hamburger Schulen verfügbare „Krisenordner – Handlungsleitfaden für Hamburger Schulen“ der Beratungsstelle Gewaltprävention gibt Lehrkräften, sonstigen pädagogischen Fachkräften und Schulleitungen als Ansprechpersonen für Schülerinnen und Schüler sowie Sorgeberechtigten im Kapitel zum Thema „Suizidalität“ Orientierung zu den Aspekten Suizidandrohung, Alarmzeichen für Suizidgefährdung, Lehrer-Schüler-Gespräch bei Suizidverdacht und Aufgreifen des Themas im Unterricht.⁵⁸

Als direkter Ansprechpartner schon im Vorfeld von Suizidverdacht und spätestens in akuten Krisen stehen die Schulpsychologen und Schulpsychologinnen der Beratungsabteilungen der Regionalen Bildungs- und Beratungszentren (ReBBZ) für die allgemeinbildenden Schulen und das Beratungszentrum Berufliche Schulen (BZBS) für alle berufsbildenden Schulen in Hamburg vor Ort für aktive Beratung und sofortigen Kontakt mit den Betroffenen und deren Umfeld in Schule und Familie zur Verfügung.

Zudem bietet das Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung (LI) regelhaft Fortbildungen zur psychischen Gesundheit von Schülerinnen und Schülern an.⁵⁹ In diesem Rahmen wird auch auf das Thema „Suizidgefährdung“ eingegangen.

Alle Hamburger Hochschulen bieten ihren Studierenden und Studieninteressierten eine allgemeine Studienberatung sowie pädagogische und psychologische Beratung an. Die Suizidprävention zieht sich als Querschnittsaufgabe durch die Beratungsarbeit.

Wie bereits erwähnt ist der Anteil der Suizide im hohen Alter am höchsten. Einzelne Studien über aktive Selbsttötung in Einrichtungen der Altenpflege weisen auf enge zeitliche Zusammenhänge mit kritischen Lebensereignissen, wie Tod des Partners oder der Partnerin oder eine unheilbare schwere Erkrankung hin⁶⁰. Es ist jedoch anzunehmen, dass in Einrichtungen der stationären Altenpflege von einem hohen Anteil im Prinzip gut behandelbarer Depressions- und/oder Angsterkrankungen auszugehen ist. Direkt oder indirekt präventiv wirken auch Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität in der Pflege, wie eine Förderung der Teilhabe⁶¹.

⁵⁶ Siehe <https://www.suizidundsucht.net/>

⁵⁷ Vgl. Jugendinformationszentrum JIZ, Projekt – Der Hamburger Jugendserver.

⁵⁸ Vgl. FHH – Behörde für Schule und Berufsbildung, 2017, Krisenordner.

⁵⁹ Siehe <https://li.hamburg.de/psychische-gesundheit/>

⁶⁰ Mezuk, B.; et al., 2014, Suicide in long-term care facilities: a systematic review, S. 1198–1211.

⁶¹ FHH – Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2009, Hamburgisches Gesetz zur Förderung der Wohn- und Betreuungsqualität älterer, behinderter und auf Betreuung angewiesener Menschen, S. 494.

Ziel des Hospiz- und Palliativgesetzes⁶² ist, durch Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung in ganz Deutschland ein flächendeckendes Angebot zu verwirklichen, damit alle Menschen an den Orten, an denen sie ihre letzte Lebensphase verbringen, auch im Sterben gut versorgt und begleitet sind. Die bedarfsgerechte und an den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen orientierte palliative Versorgung und die Sterbebegleitung können gesundheitliche Leiden oder Ängste vor dem Sterben mindern und die Lebensqualität in der letzten Lebensphase erhöhen. Zudem kann eine ausgeprägte Hospiz- und Palliativkultur an den Orten, an denen Menschen ihre letzte Lebensphase verbringen, einer sozialen Ausgrenzung schwerstkranker und sterbender Menschen vorbeugen. Die Umsetzung der Rahmenbedingungen des Hospiz- und Palliativgesetzes kann somit zur Suizidprävention von schwerkranken und sterbenden Menschen beitragen.

Zusammenfassung und Perspektiven

Die Förderung psychischer Gesundheit und die Prävention psychischer Erkrankungen werden nicht nur in Hamburg in den nächsten Jahren von zentraler Bedeutung sein. Wenn auch primär präventive Ansätze bei den ‚klassischen‘ psychiatrischen Diagnosen wie Psychosen und Major Depression wohl weniger erfolgversprechend sein werden, so gilt es doch insgesamt die Resilienz und das seelische Wohlbefinden zu stärken und damit in möglichst frühem Lebensalter zu beginnen. Der Pakt für Prävention hat dieses Thema als Schwerpunktthema aufgegriffen.

4. Grundversorgung psychisch erkrankter Erwachsener

Hamburg verfügt über ein umfassendes, differenziertes psychiatrisches Versorgungsangebot, welches den Betroffenen eine Vielzahl von Möglichkeiten der Behandlung, Beratung und Unterstützung bietet. Das Angebot wurde in den vergangenen Jahren in Hamburg angepasst und ausgebaut.

4.1. Ambulante medizinische Versorgung

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH). Sie übernimmt gleichfalls die Organisation des Notfalldienstes und der Notfallpraxen. Grundlage für die Bedarfsplanung der Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist die Bedarfsplanungs-Richtlinie.⁶³ § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V ermächtigt den Gemeinsamen Bundesausschuss, mittels dieser Richtlinie Verhältniszahlen zur ambulanten vertragsärztlichen Bedarfsplanung zu beschließen. Es ist davon auszugehen, dass mit dieser Bedarfsplanung, die eine Fortentwicklung der Verhältniszahlen „Arzt je Einwohner“ aus den 90er-Jahren darstellt, nicht der tatsächliche Versorgungsbedarf der Bevölkerung erfasst wird. Hamburg hat sich im Rahmen des Bundesratsverfahrens zum Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz/GKV-VSG) für eine Überprüfung der Verhältniszahlen und weiterer Kriterien eingesetzt (BR-Drs. 641/14). Mit dieser gesetzlichen Änderung wurde der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, "die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen [...] unter Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung" (§ 101 Abs. 1 Satz 7 SGB V) vor-

⁶² Deutscher Bundestag, 2015, Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, S. 2114-2118.

⁶³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie).

zunehmen. Weiterhin wurde eingefügt, dass zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung neben der demografischen Entwicklung künftig auch "die Sozial- und Morbiditätsstruktur zu berücksichtigen" sind (§ 101 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V).

Aufgrund dieses gesetzlichen Auftrages hat der Gemeinsame Bundeauschuss ein entsprechendes Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung in Auftrag gegeben. Im Rahmen des Gutachtens sollen die grundsätzlichen Fragen untersucht werden, wie der Versorgungsbedarf einer Bevölkerung unter Berücksichtigung möglichst vieler Faktoren objektiv gemessen werden kann, welche Arztkapazitäten erforderlich sind und wie die regionale Verteilung der notwendigen Arztkapazitäten erfolgen kann. Die Ergebnisse des Gutachtens sind im Oktober 2018 vorgelegt worden und werden in die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung einfließen.

Hamburg verfügt auf Grundlage der derzeitigen gesetzlichen Maßgaben in der ambulanten Versorgung über eine hohe Versorgungsdichte und enorme Vielfalt an hochqualifizierten Vertragsärztinnen und -ärzten und -psychotherapeutinnen und -therapeuten. Insgesamt haben am 31. Dezember 2017 5.176⁶⁴ Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Zählung nach Personen) an der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung in Hamburg teilgenommen (Vollzeitäquivalente = 4.162⁶⁵).

Die Versorgung von erwachsenen Menschen mit psychischen Erkrankungen wird in Hamburg insbesondere von den folgenden Berufsgruppen sichergestellt:

- Hausärztinnen und Hausärzten,
- Nervenärztinnen und -ärzten, darunter Fachärztinnen und Fachärzten für Nervenheilkunde, für Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie, für Psychiatrie und für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einschließlich Fachärztinnen und Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin bzw. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten (nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten).
- Hinzu kommen Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker mit einer Erlaubnis zur Ausübung von Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz.

Die niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte stellen, zusammen mit den Psychotherapeutinnen und -therapeuten, den Institutsambulanzen, usw. (s. a. Kap. 4.1.1. bis Kap. 4.1.13.) die ambulante Versorgung von psychisch erkrankten Menschen sicher. Aufgrund ihrer Kompetenz in der Behandlung unterschiedlichster psychischer Störungen sind sie für die Versorgung von zentraler Bedeutung.

Als Medizinmetropole mit vielen Spezialistinnen und Spezialisten werden die Angebote im niedergelassenen Bereich auch von Patientinnen und Patienten aus dem Umland intensiv genutzt. Nach Berechnungen, die das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) für die KVH durchgeführt hat, kommen durchschnittlich 22 % der Patientinnen und Patienten, die von den Hamburger Vertragsärzten, -ärztinnen und -psychotherapeuten und -psychotherapeutinnen versorgt werden, aus anderen KV-Regionen, davon fast 60 % aus dem Nachbarland Schleswig-Holstein. Die Nervenärztinnen und -ärzte erbringen rund 20 % ihrer Leistungen für auswärts wohnende Patientinnen und Patienten.⁶⁶

⁶⁴ Vgl. KBV, 2018, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Stand: 31.12.2017, S. 24, Tab. 4.

⁶⁵ Vgl. KVH, 2018, Versorgungsgrad aller Arztgruppen Hamburg, Anlage 2.2.

⁶⁶ Vgl. KVH, 2015, Versorgungsbericht 2015 – Ambulante Versorgung in Hamburg.

Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die gesetzlich versicherte Personen ambulant versorgen, benötigen eine entsprechende Zulassung (einen „Arztsitz“). Wie viele Arztsitze es in einer Region gibt, regelt die Bedarfsplanung, die Anfang 2013 reformiert wurde. Ein Planungsbereich gilt als überversorgt und damit gesperrt, wenn die Arztdichte einer bestimmten Fachgruppe einen Wert von über 110 % erreicht. Der Bedarfsplan wird regelmäßig mittels halbjährlicher Aktualisierung der Planungsblätter zur Ermittlung des Versorgungsgrades fortgeschrieben – zuletzt am 01.01.2018.

Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie besteht in Hamburg als einheitlichem, gesamtstädtischem Planungsbereich für alle Arztgruppen – auch unter Berücksichtigung der Metropolfunktion – eine Überversorgung. Dabei unterscheidet die Bedarfsplanungs-Richtlinie (BedPI-RL) bei der Festlegung der Verhältniszahl ‚Arzt:Patient‘ von der Kategorie (das Umland) „mitversorgend“ bis zur Kategorie „selbst mitversorgt“ sechs unterschiedliche Raumtypen. Hamburg zählt zum stark mitversorgenden Raumtyp 1 (siehe § 12 Abs. 4 BedPI-RL). Die in der Bedarfsplanung anzusetzende Verhältniszahl z. B. bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten liegt hier bei 1:3.079, während in stark mitversorgten (ländlichen) Räumen eine Verhältniszahl von nur 1:9.103 (Typ 3) und in eigenversorgten Raumtypen von 1:5.953 (Typ 5) anzusetzen ist. Die Umlandversorgung ist insofern systematisch durch eine wesentlich höhere Verhältniszahl bereits deutlich berücksichtigt. Weitere Zulassungen können derzeit somit allenfalls im Wege einer Sonderbedarfszulassung wegen eines zusätzlichen lokalen oder qualitätsbezogenen Versorgungsbedarfes gewährt werden.⁶⁷

Tab. 1: Gesamtzahl und Versorgungsgrad in Hamburg von ärztlichen Fachgruppen, die psychisch kranke Erwachsene⁶⁸ behandeln⁶⁹

Fachgruppe	Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte in Hamburg am 01.01.2015	Versorgungsgrad am 01.01.2015	Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte in Hamburg am 01.01.2018	Versorgungsgrad am 01.01.2018
Hausärzte/-ärztinnen	1.230,45	116,4 %	1.224,15	113,0 %
Nervenärzte/-ärztinnen	160,90	124,1 %	163,35	122,5 %
Psychotherapeuten/-therapeutinnen ⁷⁰	834,35	165,9 % ⁷¹	830,80	160,1 % ⁷²

Quelle: KVH⁷³

⁶⁷ Vgl. KVH, 2013, Bedarfsplan für den Planungsbereich Hamburg der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen.

⁶⁸ Zur Gesamtzahl und Versorgungsgrad in Hamburg von niedergelassenen, ärztlichen Fachgruppen, die psychisch kranke Kinder und Jugendliche behandeln s. Tab. 21.

⁶⁹ Vertragsärztinnen und -ärzte und -psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten werden entsprechend des Umfangs ihrer Tätigkeit aufgeführt. Zulassungen zählen mit dem Faktor 0,5 oder 1,0, Anstellungen – je nach Wochenstundenzahl – mit dem Faktor 0,25, 0,5, 0,75 oder 1,0. Überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte sind mit dem Faktor 0,7 berücksichtigt.

⁷⁰ Ohne Kinder und Jugendliche betreuende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten; einschließlich Fachärztinnen und -ärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

⁷¹ Berechnungen BGV auf Basis Fußnote 65, Angabe jeweils bezogen auf die Gruppe der Einwohnerinnen und Einwohner im Alter 18 Jahre und älter.

⁷² Berechnungen BGV auf Basis Fußnote 65, Angabe jeweils bezogen auf die Gruppe der Einwohnerinnen und Einwohner im Alter 18 Jahre und älter.

⁷³ Vgl. KVH, 2015, Versorgungsgrad aller Arztgruppen, Anlage 2.2., KVH, 2015, Versorgungsgrad Psychotherapeuten Hamburg, Anlage 2.4. Vgl. KVH, 2018, Versorgungsgrad aller Arztgruppen, Anlage 2.2.; KVH, 2018, Versorgungsgrad Psychotherapeuten Hamburg, Anlage 2.4.

Das in allen Fachgebieten nach der derzeitigen Bedarfsplanungs-Richtlinie quantitativ nominell übererfüllte vertragsärztliche und -psychotherapeutische Angebot in Hamburg ist jedoch ungleich über das Stadtgebiet verteilt. Es konzentriert sich insbesondere auf den Innenstadtbereich und die nördlich daran angrenzenden Stadtteile.

Nach Aussage der Psychotherapeutenkammer (September 2017) bestehen in Hamburg trotz nomineller Überversorgung von 170 % außerhalb der Möglichkeiten der Krisenintervention Wartezeiten von mehreren Monaten für einen ambulanten Psychotherapieplatz. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch in den anderen Stadtstaaten sowie in einigen Ballungsräumen.⁷⁴ Zudem erfolgt der Zugang zur Behandlung nicht der Dringlichkeit entsprechend und die therapeutische Ausrichtung ergibt sich häufig eher aus der Verfügbarkeit als aus dem individuellen Bedarf.

Um Wartezeiten zu verhindern haben die auf Grundlage des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes eingerichteten sogenannten Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung (TSS) nach § 75 Abs. 1a SGB V im Januar 2016 ihre Tätigkeit aufgenommen.

Diese vermitteln bei Vorliegen einer entsprechend gekennzeichneten Überweisung innerhalb von fünf Tagen einen Termin bei einer Fachärztin bzw. einem Facharzt in den nächsten vier Wochen.

Seit dem 1. April 2017⁷⁵ können über die Terminservicestelle der KVH auch Termine für psychotherapeutische Erstgespräche vereinbart werden. Dadurch soll den Patientinnen und Patienten zeitnah ein niedrigschwelliger Zugang ermöglicht und das Versorgungsangebot insgesamt flexibler gestaltet werden. Zu diesem Zweck wurden durch die reformierte Psychotherapie-Richtlinie auch neue Behandlungsmöglichkeiten eingeführt, wie die Psychotherapeutische Sprechstunde, die Akutbehandlung, die Rezidivprophylaxe sowie Maßnahmen für eine verbesserte telefonische Erreichbarkeit⁷⁶ (s. Kap. 1.4.). Die TSS der KVH konnte so nach eigenen Angaben vom 2.-4. Quartal 2017 über 80 % der Vermittlungsanfragen entsprechen. Die Bundesregierung arbeitet derzeit an dem Entwurf für ein Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)⁷⁷. Damit soll gesetzlich Krankenversicherten ein schnellerer Zugang zu Arztterminen gewährleistet werden. Dazu werden die Aufgaben der Terminservicestellen erweitert und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, mehr Sprechstunden anzubieten.

⁷⁴ Vgl. Psychotherapeutenkammer Hamburg (Presseinformation, 07.09.2017, Psychotherapeutenkammer Hamburg fordert: Schluss mit langen Wartezeiten – grundlegende Reform der Bedarfsplanung nötig).

⁷⁵ Vgl. KBV, 2017, Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie.

⁷⁶ Vgl. KVB, 2017, Schreiben der KVB. Strukturreform Psychotherapie.; Vgl. KVH, 2018, Ärzte und Psychotherapeuten – Die neue Psychiatrierichtlinie.

⁷⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2018, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG).

Tab. 2: Anfragen und Vermittlungen von Nervenärztinnen und -ärzten⁷⁸ sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten der TSS

	2. Quartal 2017		3. Quartal 2017		4. Quartal 2017	
	Berechtigte Vermittlungswünsche	Fristgemäße Vermittlung	Berechtigte Vermittlungswünsche	Fristgemäße Vermittlung	Berechtigte Vermittlungswünsche	Fristgemäße Vermittlung
Nervenärzte/-ärztinnen	656	631	687	650	721	687
PT-Sprechstunde Erwachsene	1630	1348	1679	1363	1516	1290
PT-Sprechstunde Kinder/Jugendliche	73	67	43	34	58	42
Akutbehandlung Erwachsene	68	61	77	72	71	58
Akutbehandlung Kinder/Jugendliche	3	2	2	2	2	1

Quelle: KVH 2018

Neben den Vertragsärztinnen und -ärzten (s. Kap. 4.1.1. und Kap. 4.1.2.) sowie den Psychotherapeutinnen und -therapeuten (s. Kap. 4.1.3.) bieten Psychiatrische Institutsambulanzen (s. Kap. 4.1.4.) sowie Träger und Einrichtungen der integrierten Versorgung (s. Kap. 4.1.7.) medizinische Behandlungsleistungen für psychisch kranke Menschen. In Krisensituationen helfen und beraten die Sozialpsychiatrischen Dienste (s. Kap. 4.1.8.).

4.1.1. Hausärztinnen und -ärzte

(Fachärztin/-arzt für Allgemeinmedizin, Fachärztin/-arzt für Innere und Allgemeinmedizin, Fachärztin/-arzt für Innere Medizin oder praktische/r Ärztin/Arzt u. a.)

Der Hausarzt/die Hausärztin ist oft erster Anlaufpunkt für Menschen mit psychischen Störungen. Er ist häufig mit den familiären und sozialen Verhältnissen der Patientinnen und Patienten vertraut und genießt deren Vertrauen. Damit ist er oft erster Ansprechpartner/in bei Verdacht auf psychische Beschwerden. Den Hausärztinnen und Hausärzten obliegen damit die wichtigen Aufgaben der Früherkennung und der Erstdiagnostik. Entsprechend müssen sie die weiteren psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfen einleiten und ggf. koordinieren. Zudem werden in hausärztlichen Praxen häufig auch fachspezifische Behandlungen durchgeführt, wie z.B. die Verschreibung von Psychopharmaka und deren Überwachung sowie Erfolgsbewertung.

Eine ähnliche Rolle haben oftmals die Kinderärztin bzw. der Kinderarzt bei Kindern und Jugendlichen und deren Eltern (s. Kap. 5.1.1.).

Am 01.01.2018 gab es in Hamburg 1.224,15 Hausärztinnen und -ärzte (Vollzeitäquivalente), entsprechend einem Versorgungsgrad von 113 %.⁷⁹

⁷⁸ Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde, für Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie, für Psychiatrie und für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

⁷⁹ Vgl. KVH, 2018, Versorgungsgrad aller Arztgruppen, Anlage 2.2.; KVH, 2018, Versorgungsgrad Psychotherapeuten Hamburg, Anlage 2.4.

4.1.2. Nervenärztinnen und -ärzte und Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Die Nervenärztinnen und -ärzte⁸⁰ sowie die Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind für die Diagnostik und Therapie seelische Erkrankungen inklusiv der Psychopharmakotherapie zuständig.

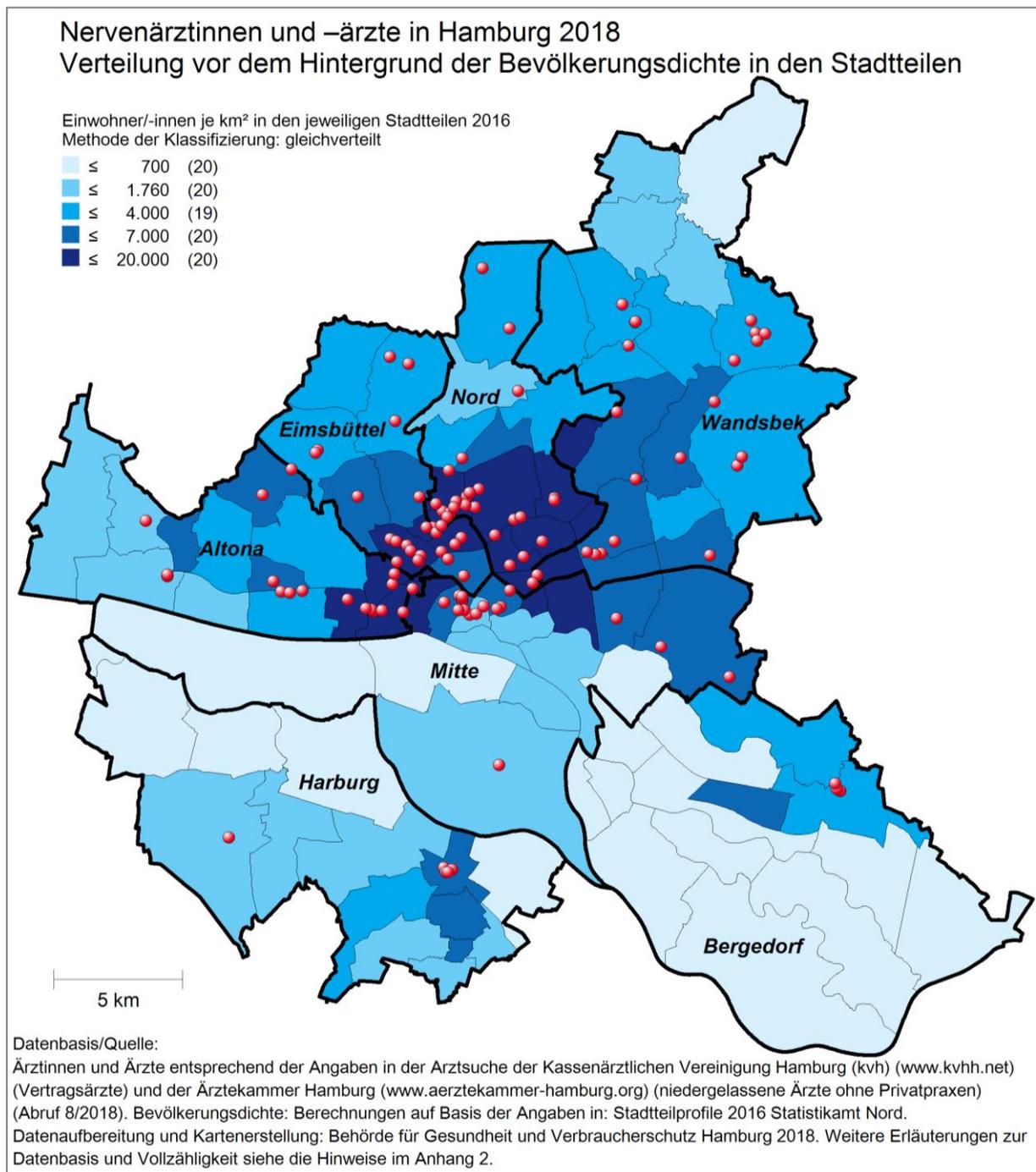
In Hamburg standen am 01.01.2018 163,35 Nervenärztinnen⁸¹ und -ärzte⁸² (Vollzeitäquivalente) zur Verfügung.

⁸⁰ Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde, für Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie, für Psychiatrie und für Psychiatrie und Psychotherapie.

⁸¹ Die KVH fasst die Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde, für Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie, für Psychiatrie und für Psychiatrie und Psychotherapie unter der Bezeichnung „Nervenärzte“ zusammen.

⁸² Vgl. KVH, 2018, Versorgungsgrad Psychotherapeuten, Anlage 2.4.; Die Angaben berücksichtigen alle Vertragsärztinnen und -ärzte entsprechend des Umfangs ihrer Tätigkeit. Zulassungen zählen mit dem Faktor 0,5 oder 1,0 Anstellungen – je nach Wochenstundenzahl – mit dem Faktor 0,25, 0,5, 0,75 oder 1,0.

Abb. 1: Verteilung der Nervenärztinnen und Nervenärzte in Hamburg – 2018



Tab. 3: Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Nervenärztinnen und -ärzte⁸³

Hamburg	Anzahl der Fachärztinnen/-ärzte (Zählung nach Personen)	Einwohnerinnen/Einwohner pro Fachärztin/-arzt
2005	240	7.169
2010	209	8.358
2015	224	8.187
2017	183	10.279

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung: statische Informationen aus dem Bundesarztregister, Angaben jeweils zum 31.12. d. J. Angaben für 2005 und 2010: GBE; Bevölkerung Hamburg nach Melderegister, Berechnungen BGV.

Tab. 4: Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie

Hamburg	Anzahl der Fachärztinnen/-ärzte (Zählung nach Personen)	Einwohnerinnen/Einwohner pro Fachärztin/-arzt
2015	113	16.230
2017	139	13.532

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung: statische Informationen aus dem Bundesarztregister, Angaben jeweils zum 31.12. d. J., Zahlen für 2005 und 2010 sind hier nicht verfügbar. Bevölkerung Hamburg nach Melderegister, Berechnungen BGV.

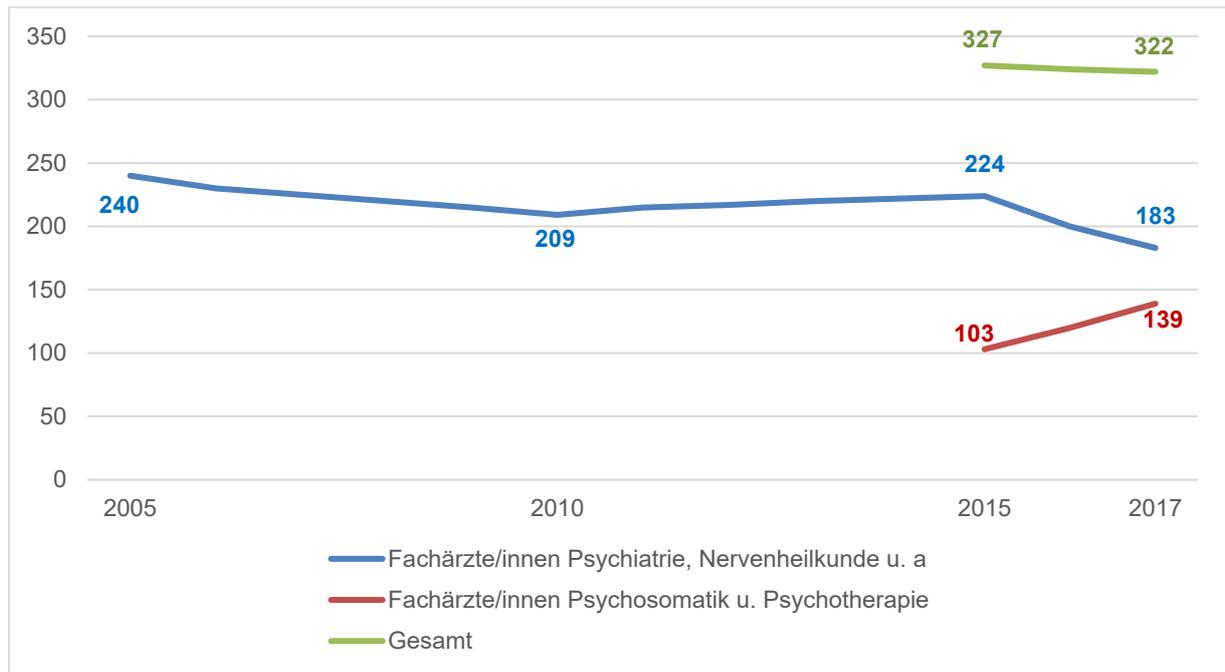
Das Facharztgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist seit 1993 Bestandteil der Musterweiterbildungsordnung der Ärzte. Historisch begründet werden diese Fachärztinnen und -ärzte nur als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte in der Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeuten geführt. Seit dem Jahr 2015 weist die Bedarfsplanungsrichtlinie⁸⁴ die Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gesondert als Untergruppe der Gruppe der Ärztlichen Psychotherapeuten aus. Vor diesem Hintergrund und angesichts der Erkenntnis, dass ungeachtet sich im Verlauf der Zeit wandelnder Facharztbezeichnungen zumindest teilweise gleiche oder ähnliche Zielgruppen versorgt werden, ist es zur Beschreibung der Versorgungsdichte in Hamburg wichtig die verschiedenen Facharztgruppen gemeinsam zu betrachten. Abb. 2 als Zusammenschau der

⁸³ Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde, für Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie, für Psychiatrie und für Psychiatrie und Psychotherapie.

⁸⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie).

Tab. 3 und Tab. 4 zeigt bei den betrachteten Arztgruppen eine unterschiedliche Entwicklung: einem über den gesamten Zeitraum zu beobachtenden Rückgang der Nervenärztinnen und -ärzte⁸⁵ steht – soweit dies aus der Datenlage ableitbar ist – ein leichter Anstieg der Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie gegenüber.

Abb. 2: Nervenärztinnen und -ärzte sowie Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie 2005 bis 2017 (Zählung nach Personen)



Quelle: siehe die Angaben zu Tabelle 3 und 4

Hamburg weist nach den beiden anderen Stadtstaaten Berlin und Bremen den höchsten Versorgungsgrad mit Nervenärztinnen und -ärzten auf. Während in Hamburg eine Fachärztin/ein Facharzt (Vollzeitäquivalent)⁸⁶ für ca. 11.000 Einwohner/-innen zur Verfügung steht, kommen beispielsweise in Nordrhein-Westfalen knapp 18.000, in Bayern über 20.000 und in Brandenburg sogar mehr als 24.000 Einwohner/-innen auf eine Fachärztin bzw. einen Facharzt.

Aussagen über den quantitativen Umfang des tatsächlichen Leistungsgeschehens im ambulanten Bereich sind mangels belastbarer Daten schwierig. Nach Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg sind im Jahr 2015 und 2016 von der Berufsgruppe der Nervenärztinnen und -ärzte rund 490.000 Quartalsfälle abgerechnet worden.⁸⁷ Die Datenbasis lässt es nicht zu, zwischen neurologischer und psychiatrischer Behandlung zu unterscheiden.

⁸⁵ Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde, für Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie, für Psychiatrie und für Psychiatrie und Psychotherapie.

⁸⁶ KVH, 2015, Versorgungsgrad aller Arztgruppen Hamburg, Anlage 2.2.

⁸⁷ KVH, E-Mail vom 17.11.2017.

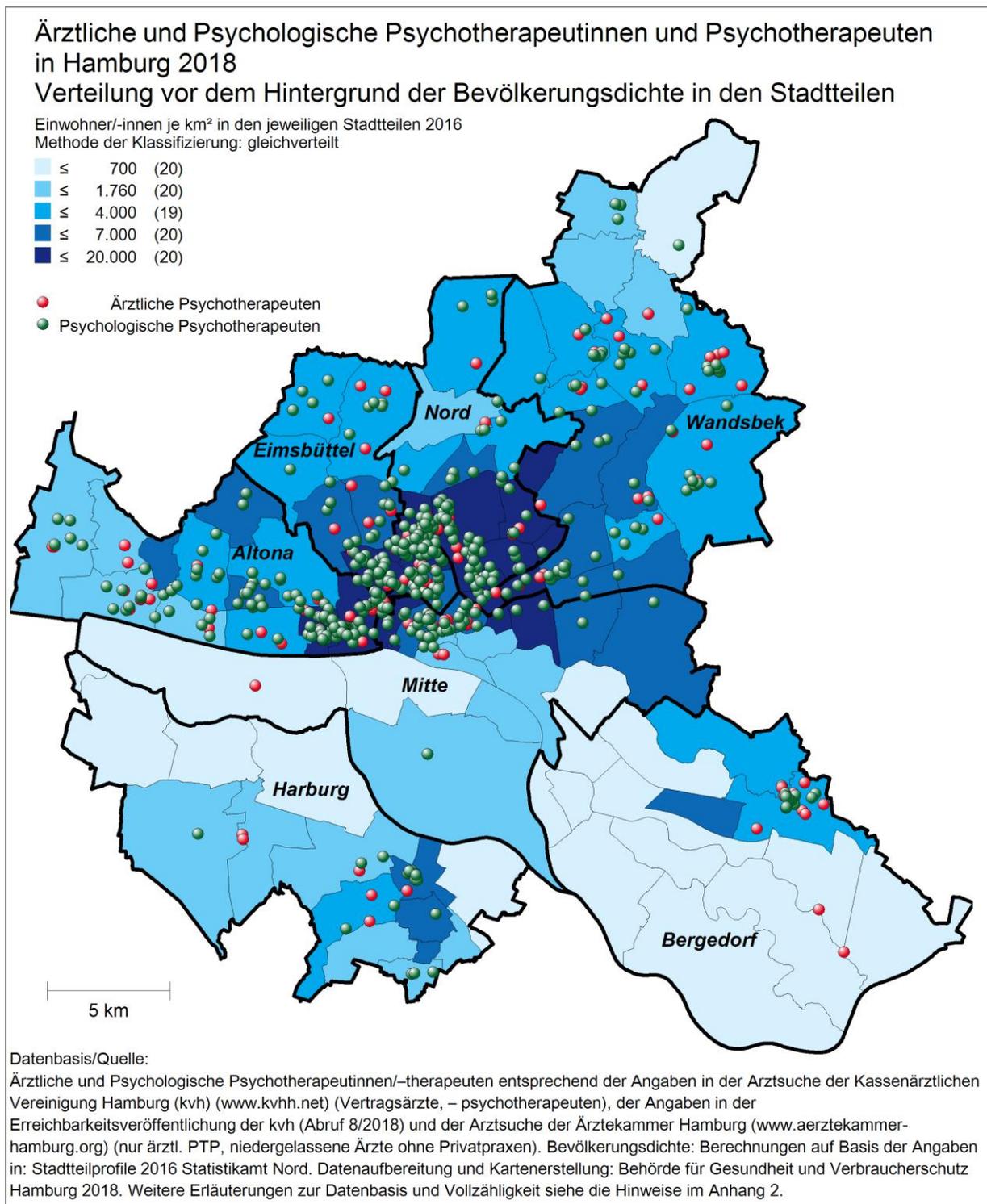
4.1.3. Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Die ambulante psychotherapeutische Behandlung wird wahrgenommen durch ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern mit der Erlaubnis die Psychotherapie ausüben zu dürfen.

Die Gesamtzahl aller in Hamburg zur Vertragsbehandlung zugelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten lag am 01.01.2018 bei insgesamt 830,8 Vollzeitstellen, davon 201,80 ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten und 629,00 Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten (jeweils Vollzeitäquivalente).⁸⁸ Dazu kommen die Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die ausschließlich Kinder- und Jugendliche betreuen (s. Kap. 5.1.2.)

⁸⁸ KVH, 2018, Versorgungsgrad Psychotherapeuten Hamburg. Anlage 2.4.

Abb. 3: Verteilung der Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Hamburg – 2018



Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg vom 17.11.2017 sind im Jahr 2015 von der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten 180.000 und im Jahr 2016 185.000 Quartalsfälle abgerechnet worden.

Tab. 5: Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ärztlichen Psychotherapeuten/-therapeutinnen (einschließlich Fachärztinnen/Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie)

Hamburg	Anzahl der Fachärztinnen/-ärzte (Zählung nach Personen)	Einwohnerinnen/Einwohner pro Fachärztin/Facharzt
2005	104 (k. A.)	16.545
2010	189 (k. A.)	9.242
2015	201 (113)	9.124
2017	268 (139)	7.019

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung: statische Informationen aus dem Bundesarztregister, Angaben jeweils zum 31.12. d. J.; Anzahl der Fachärztinnen/Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie (in Klammern: für die Jahre 2005 und 2010 keine Angaben vorhanden); Bevölkerung Hamburg nach Melderegister, Berechnungen BGV.

Tab. 6: Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten

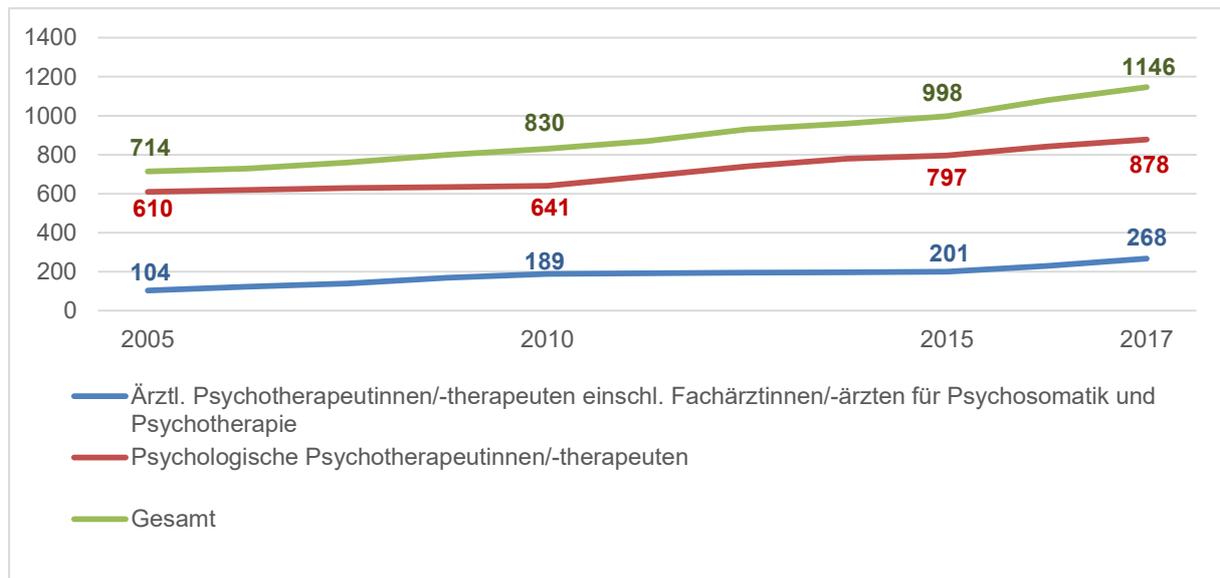
Hamburg	Anzahl der psychologischen Psychotherapeutinnen und - therapeuten (Zählung nach Personen)	Einwohnerinnen/Einwohner pro psychologische/r Psychotherapeutin/-therapeut
2005	610	2.821
2010	641	2.725
2015	797	2.301
2017	878	2.142

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung: statische Informationen aus dem Bundesarztregister, Angaben jeweils zum 31.12. d. J. Angaben für 2005 und 2010: GBE; Bevölkerung Hamburg nach Melderegister, Berechnungen BGV.

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass 1995 in Hamburg noch 192 ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten niedergelassen waren sowie 216 psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten⁸⁹ zeigt sich nicht nur eine gewisse Verschiebung zu den nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sondern auch eine stetige Zunahme der psychotherapeutischen Angebote zur ambulanten Behandlung.

⁸⁹ FHH, 1995, Psychiatriebericht der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, S. 95-96.

Abb. 4: Ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Hamburg 2005 bis 2017 (Zählung nach Personen)



Quelle: siehe die Angaben zu Tabelle 5 und 6

Laut Bedarfsplanung⁹⁰ der KVH besteht ein Versorgungsgrad von rund 161 % in Hamburg und damit eine deutliche Überversorgung⁹¹ mit niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

Damit teilt sich Hamburg gemeinsam mit den anderen Stadtstaaten die Spitzenposition hinsichtlich des Angebotes an Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Nach Berlin und Bremen weist Hamburg den höchsten Versorgungsgrad mit sowohl ärztlichen als auch psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten auf. Während im Jahr 2015 in Hamburg eine psychologische Psychotherapeutin bzw. ein Psychotherapeut (Vollzeitäquivalent)⁹² für 2.799 Einwohnerinnen und Einwohner und eine ärztliche Psychotherapeutin bzw. ein Psychotherapeut für (Vollzeitäquivalent)⁹³ circa 8.300 Einwohnerinnen und Einwohner zur Verfügung stand, kamen beispielsweise in Nordrhein-Westfalen 5.350 bzw. 16.600, in Bayern gut 4.700 bzw. gut 13.500, in Sachsen-Anhalt und Brandenburg knapp 7.900 bzw. gut 53.200 und 39.014 Einwohnerinnen und Einwohner auf eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten. Allerdings versorgen die Stadtstaaten auch in erheblichem Maße das Umland.

Dennoch erfahren Patientinnen und Patienten häufig eine Diskrepanz zwischen den Möglichkeiten der Erreichbarkeit und des Zugangs zu niedergelassenen Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten und der auf der Basis der Bedarfsplanung festgestellten Überversorgung. So wird aufgrund zum Teil erheblicher Wartezeiten auf einen Therapieplatz die ausreichende, flächendeckende psychotherapeutische Versorgung in Hamburg in Frage gestellt (s. Kap. 4.1.). Von den vielfältigen Ursachen dafür seien beispielhaft genannt:

⁹⁰ Vgl. KVH, 2013, Bedarfsplan für den Planungsbereich Hamburg, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen.

⁹¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), §§ 23 ff.

⁹² KVH, 2018, Versorgungsgrad Psychotherapeuten Hamburg. Anlage 2.4.

⁹³ Ebd.

- Krankenkassen kritisieren die Angebotsabhängigkeit der Therapiewahl, die mangelnde Erfüllung der Versorgungsaufträge sowie eine zunehmende Konzentration der Therapeutinnen und Therapeuten auf Patientinnen und Patienten mit leichten und mittleren Störungen.⁹⁴
- Fehlentwicklungen in der regionalen und arztgruppenbezogenen Verteilung der Versorgungskapazitäten, die zu einer Konzentration des Versorgungsangebotes auf die attraktiven Kerngebiete der Stadt führen.

Ein Vergleich der Verteilung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten auf die innenstadtnah gelegenen benachbarten Stadtteile Eppendorf, Hoheluft-Ost und Hoheluft-West einerseits und auf die Bezirke und der den gesamten südlichen Teil der Stadt umfassenden Bezirke Bergedorf, Harburg einschließlich des Stadtteils Wilhelmsburg andererseits zeigt hier ein erhebliches Ungleichgewicht. Während in den genannten innenstadtnahen Stadtteilen mit einer Bevölkerung von unter 40.000 Menschen auf einer Fläche von 4 km² fast 500 Psychotherapeutinnen und -therapeuten ihre Zulassung haben, stehen den rund 350.000 Einwohnerinnen des Hamburger Südens auf einer Fläche von 315 km² dagegen nur 65 niedergelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten einschließlich Ärztinnen und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zur Verfügung.⁹⁵

Lange Wartezeiten sind also in Hamburg weniger ein Problem der Menge und nach Aussage der KVH auch nicht in der ungleichen Verteilung des Angebots über das Stadtgebiet begründet.⁹⁶ Auffällig ist aber, dass sich die Standorte psychotherapeutischer Praxen auf zentrumsnahe bzw. Stadtteile und Quartiere mit gehobener Sozialstruktur konzentrieren (s. Abb. 3). Dieses kann auch in Verbindung mit langen Wartezeiten für die Bereitschaft von Patientinnen und Patienten insbesondere mit sozial schwachem Hintergrund ein Hindernis darstellen, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Hinzu kommt die Erfahrung, dass einzelne Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Zulassung nicht immer zeitlich voll ausschöpfen, auch wenn dieses nicht KV-bezogen bundesweit statistisch ausgewiesen wird. In den letzten Jahren hat die KV Hamburg auf dieses Phänomen zunehmend mit anteiligen Zulassungen reagiert.

Inwieweit die 2017 in Kraft getretene Psychotherapie-Richtlinie⁹⁷ und die Terminservicestellen zu einer Entlastung der Versorgungssituation führen werden, bleibt abzuwarten (s. Kap. 4.1.). Eine Studie der Bundespsychotherapeutenkammer zeigt, dass infolge der Sprechstunde „psychotherapeutische Praxen bereits nach einem halben Jahr eine zentrale Anlauf- und Koordinationsstelle für psychisch kranke Menschen geworden“ sind. „Die Wartezeiten auf ein erstes

⁹⁴ Vgl. Melchinger, H., 2008; Vgl. vdek- Die Ersatzkassen, 2013; Vgl. Vorschläge der gesetzlichen Krankenkassen, Positionspapier, 2013; Vgl. Techniker Krankenkasse, 2013; Vgl. Ärzte Zeitung, 10.05.2013.

⁹⁵ Vgl. KVH, 2018, Die KVH-Arztsuche.; eigene Berechnungen.

⁹⁶ Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg führt in seiner E-Mail vom 06.11.2018 an die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz u.a. aus: „Wartezeiten haben die Psychotherapeuten völlig losgelöst von ihrem Praxisstandort in annähernd gleichem Umfang. Ich verweise im übrigen auf die Ergebnisse unserer Wegeanalyse, wonach gerade bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen offenbar sehr bewußt nicht der nächstgelegene Therapeut aufgesucht wird.“

⁹⁷ GBA, 2017, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 58 (S. 1 399) vom 17. April 2009 in Kraft getreten am 18. April 2009, zuletzt geändert durch Beschluss vom 16. Juni 2016 in der Fassung vom 24. November 2016 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.02.2017 B2) in Kraft getreten am 16.02.2017.

Gespräch konnten von 12,5 Wochen auf 5,7 Wochen verkürzt werden. Rund 70 % der Psychotherapeuten führen innerhalb von 4 Wochen ihr erstes Gespräch mit ihren Patienten.“⁹⁸

Neben ihrem Einsatz für eine Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie wird die Freie und Hansestadt Hamburg darauf hinwirken, dass künftig sich die Versorgung nicht primär an bundesweiten Durchschnittswerten, sondern stärker am lokalen Bedarf orientiert. In diesem Sinne soll auch die Nutzung von § 2 der Bedarfsplanungsrichtlinie stärker politisch eingefordert werden, mit dem die Optionen für eine regionale Varianz in der Bedarfsplanung eröffnet wird.

4.1.4. Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) und Hochschulambulanzen

Das Angebot der PIA richtet sich an Patientinnen und Patienten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung auf die Behandlung durch die Institutsambulanzen angewiesen sind. In den PIA können alle fachgebundenen Leistungen wie z. B. psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen, Soziotherapie, psychiatrische häusliche Krankenpflege oder Laborleistungen erbracht werden. Als ein Ergebnis der Psychiatrie-Enquête erhielten seit dem Jahr 1976 alle psychiatrischen Fachkrankenhäuser einen Anspruch auf Ermächtigung für eine PIA zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung. Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen konnten zugelassen werden, so lange eine ausreichende Behandlung ansonsten nicht sichergestellt war. Mit einer Novelle zu § 118 Abs. 2 SGB V erhielten im Jahr 2000 auch psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern einen Anspruch auf Ermächtigung für eine PIA. Der Gesetzgeber erweiterte die Institutsambulanzen ab 2013 zudem auf psychosomatischen Abteilungen.

Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) würden die Voraussetzungen für die Erteilung von Institutsermächtigungen für Außenstellen von PIAs gelockert (neuer § 118 Abs. 4 SGB V). Institutsermächtigungen für Außenstellen sind künftig auch ohne die Feststellung einer (drohenden) Unterversorgung vom Zulassungsausschuss zu erteilen, soweit dies erforderlich ist, um eine ausreichende ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen.

Die Gesamtzahl der in Hamburg vorgehaltenen Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) ist in den zurückliegenden 10 Jahren von 10 auf 25 gestiegen. Damit verfügen alle Standorte von psychiatrischen Kliniken, Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie an Hamburger Krankenhäusern sowie deren psychiatrischen Tageskliniken wenigstens über eine PIA. Die Zahl der von den Psychiatrischen Institutsambulanzen abgerechneten Quartalsfälle hat sich von 20.748 (11,9 Fälle/1.000 Einwohnerinnen und Einwohner) im Jahr 2005 auf 47.186 Fälle (26,8 Fälle/1.000 Einwohnerinnen und Einwohner) im Jahr 2015 erhöht.

Die Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Hamburg sind konzeptionell darauf vorbereitet, ambulante psychosomatische Leistungen nach § 118 Abs. 3 SGB V zu erbringen. Der dazu erforderliche Abschluss der 2013 begonnenen und zwischenzeitlich ausgesetzten Verhandlungen der Spitzenverbände auf Bundesebene zu einer PslA-Rahmenvereinbarung nach § 118 Abs. 2 Satz 2 SGB V steht jedoch weiterhin aus. Bis dazu Einvernehmen erzielt werden kann, konzentrieren sich ambulante klinische Leistungen in der Psychosomatik auf die beiden nachfolgend benannten Angebote. Das Institut und die Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Univer-

⁹⁸ BPtK, 2018: Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie – Wartezeiten 2018, S. 36.

sitätsklinikums Hamburg-Eppendorf hat bis zum 30.04.2018 in Kooperation mit der Universitären Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Schön Klinik Hamburg Eilbek und der Schön Tagesklinik Hamburg eine umfassende Allgemeine Psychosomatische Ambulanz und zusätzliche Spezialsprechstunden zur Diagnostik und Therapieempfehlung bei psychosomatischen Krankheitsbildern angeboten. Das Angebot wird nach Auflösung der Kooperation durch die psychosomatische Ambulanz am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf fortgeführt.

Die gesetzliche Grundlage für die Behandlung der Versicherten in Hochschulambulanzen ergibt sich aus § 117 SGB V.

Hochschulambulanzen sind Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken, in denen ambulante ärztliche Behandlungen von Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Die Hochschulambulanzen sind kraft Gesetzes zur ambulanten ärztlichen Behandlung des in § 117 Abs. 1 SGB V genannten Personenkreises ermächtigt

1. in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang sowie
2. für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen.

Die Universität Hamburg mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und die Medical School Hamburg (MSH) bieten im Rahmen ihrer Psychotherapeutischen Hochschulambulanzen Diagnostik und Therapien an.

4.1.5. Ausbildungsstätten gemäß § 6 PsychThG

In Hamburg gibt es insgesamt 14 Einrichtungen, die gemäß § 6 PsychThG als Ausbildungsstätten für (Kinder und Jugend-) Psychotherapie staatlich anerkannt und entsprechend § 117 Abs. 3 SGB V zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von Versicherten ermächtigt sind. Dies sind:

- Adolf-Ernst-Meyer-Institut (AEMI)
- Arbeitsgemeinschaft für integrative Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik Hamburg e.V. (APH)
- Arbeitskreis für Psychotherapie e.V. (AfP)
- Ausbildungszentrum für Verhaltenstherapie Hamburg (DGVT)
- Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Hamburg e.V. (DPG)
- Institut für Psychotherapie (IfP)
- Institut für Verhaltenstherapie-Ausbildung Hamburg (IVAH) gGmbH
- Psychoanalytische Arbeitsgemeinschaft Hamburg der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung e.V. (PAH)
- Psychoanalytische Arbeitsgruppe für Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie e.V. (PAKJP)
- Verhaltenstherapie Falkenried (VTFAW)
- Akademie Nord/Familienzentrum Nord MVZ GmbH
- KJP Hamburg GmbH
- Medical School Hamburg (MSH)
- PTA Hamburg GmbH (Psychotherapieausbildung Hamburg GmbH)

Die Ausbildungsinstitute leisten einen nicht zu unterschätzenden Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgung in Hamburg. Die dort stattfindenden Therapien werden von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Ausbildung unter Supervision durchgeführt.

Auf Basis einer zwischen den gesetzlichen Krankenkassen in Hamburg und den Ausbildungsinstituten abgeschlossenen Rahmenvereinbarung gibt es insgesamt 273 psychotherapeutische Ausbildungsplätze mit einem Gesamtkontingent von 236.800 abrechenbaren Behandlungsstunden. Dies entspricht Ausgaben in Höhe von etwa € 15 Mio. p. a., dabei zeigen sich von 2015 bis 2017 Steigerungen im Bereich der Fallzahlen von insgesamt plus 15 %.⁹⁹

4.1.6. Traumaambulanzen nach Opferentschädigungsrecht

Seit 2012 bieten das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie; Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie) und die AK Nord Ochsenszoll (Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen) niedrigschwellige Soforthilfen für Opfer von Gewalttaten zur Vermeidung psychischer Folgeschäden an. Die Finanzierung erfolgt über eine Leistungsvereinbarung nach dem Opferentschädigungsrecht (OEG) mit dem Versorgungsamt Hamburg. Gewaltopfer können sich direkt bei den drei Traumaambulanzen melden. In der Praxis erfolgt die Vermittlung zumeist über die Polizei, Opferverbänden wie den Weißen Ring oder das Versorgungsamt. Die Traumaambulanzen sind verpflichtet, innerhalb von 14 Tagen einen Termin anzubieten. Spätestens in der ersten Sitzung muss ein Kurzantrag auf OEG vorliegen oder mit Hilfe der Klinik erstellt werden. In den ersten fünf Sitzungen wird in der Klinik geklärt, ob eine akute behandlungsbedürftige Störung vorliegt, die durch ein Verbrechen bedingt ist. Wenn nicht, verweisen die Traumaambulanzen auf Angebote des Regelsystems. Die Traumaambulanzen schließen eine Lücke im Unterstützungssystem. Im Kontext der Reform des Sozialen Entschädigungsrechts sollen die Traumaambulanzen zukünftig bundesweit verstetigt werden.

Darüber hinaus unterstützen die Hamburger Frauenhäuser sowie die Koordinierungs- und Servicestelle „24/7“ sowie die Fachberatungsstellen im Opferschutz auch Frauen, die mit psychischen Erkrankungen die Einrichtungen aufsuchen. Diese kommen aber an ihre Grenzen, wenn die Symptomatik eine höhere Intensität an Betreuung oder aber eine Sicherung vor Selbst- und Fremdgefährdung erfordert. Gleichzeitig können psychiatrische Einrichtungen per se ihrem Auftrag gemäß nicht den speziellen Schutz eines Frauenhauses bieten. Schutz und bedarfsgerechte Versorgung der Krankheit sind jedoch gleichermaßen sicherzustellen. Dieses Problem – wie im Konzept zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und Mädchen, Menschenhandel und Gewalt in der Pflege¹⁰⁰ dargestellt, besteht nach wie vor. Es sollen weiterhin Kooperationskonzepte zwischen den Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie und den Schutz- und Beratungseinrichtungen entwickelt werden.

4.1.7. Besondere Versorgung

In den zurückliegenden Jahren haben sich in der psychiatrischen Versorgung alternative Modelle zur Überwindung fragmentierter Hilfeleistungen entwickelt. Verträge im Rahmen der Integrierten bzw. Besonderen Versorgung (§ 140a SGB V) gelten heute als z. T. weitreichende

⁹⁹ BKK Landesverband Nordwest, E-Mail vom 23.02.2018.

¹⁰⁰ Bürgerschaft der FHH (20.Wahlperiode), 2014, Drucksache 20/10994.

Instrumente zur sektor- und professionsübergreifenden Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, ambulanten Leistungserbringern und den Krankenkassen als Kostenträgern. Die Integrierte Versorgung (§ 140a SGB V) ist ein Modell zur Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten, die mit sektorenübergreifenden und vernetzten Strukturen ambulanter Versorgungsangebote wie ärztliche Behandlung, Pflege, psychosoziale Hilfe und Unterstützung in ihrem Lebensumfeld versorgt werden sollen. Sie ermöglicht u. a. individuell und am Bedarf des erkrankten Menschen ausgerichtete, fein abgestufte, größtenteils ambulant und von regionalen, multiprofessionellen Teams durchgeführte Therapieangebote. So wird es möglich, auch im Falle einer Krise umfänglich in der eigenen Häuslichkeit behandelt, betreut und stabilisiert zu werden. Durch die engere Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen sollen unter anderem häufigere und längere Krankenhausaufenthalte vermieden und Einsparungen von Kosten der stationären Behandlung möglich gemacht werden.

Die Integrierte/besondere Versorgung (IV) wird durch sogenannte Selektivverträge von Krankenkassen mit Anbietern von IV-Leistungen geregelt. Diese Selektivverträge bieten die Möglichkeit, innovative Versorgungsmodelle mit den Kostenträgern auszuhandeln, beinhalten aber das Problem, dass IV bisher nur den Menschen zur Verfügung steht, die bei Krankenkassen mit einem solchen Vertrag in der Angebotspalette versichert und in das Modell eingeschrieben sind. Die Einschreibung des einzelnen Kassenmitglieds ist wiederum freiwillig.

Behandlung im Rahmen integrierter/besonderer Versorgungsangebote (§ 140a SGB V – „Besondere Betreuung“) für psychisch erkrankte Menschen bieten in Hamburg das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, das MVZ Verhaltenstherapie Falkenried und die abitato Managementgesellschaft seelische Gesundheit gGmbH an. Während das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) den Versicherten von vier Krankenkassen in zwei Modellen spezialisierte integrierte/besondere Versorgung bei Psychosen bzw. Borderline-Persönlichkeitsstörungen bietet, können im Netzwerk seelische Gesundheit der abitato eingeschriebene Versicherte¹⁰¹ (seit Ende 2011) Hamburg weit¹⁰² ambulante Behandlungsleistungen¹⁰³ der Besonderen Versorgung in Anspruch nehmen. Im Jahr 2012 hatten sich rund 700 Versicherte aus Hamburg und seinem Umland in die integrierte Versorgung des „Netzwerk seelische Gesundheit“ eingeschrieben. 2015 nahmen rund 2.700, 2016 3.097 und in 2017 2.691¹⁰⁴ Versicherte teil.

Ein weiteres Angebot der Integrierten Versorgung bietet in Hamburg das „DAK Spezialisten-Netzwerk Depression“ des Asklepios Klinikums Harburg (Vertragspartner: DAK).

Modelle der Integrierten Versorgung geben Impulse für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung. Doch sie sollten nicht als dauerhafte Fragmentierung der Versorgung, sondern als Erprobung innovativer Ansätze fungieren. Selektivverträge einzelner Krankenkassen

¹⁰¹ Techniker Krankenkasse, Kaufmännische Kasse KKH, DAK-Gesundheit SH, AOK Rheinland/Hamburg, Barmer GEK (ab 2015), Knappschaft, VIACTIV, atlas BKK ahlmann, Daimler BKK und weitere BKK.

¹⁰² Ansprechpartner:

- Bezirk Hamburg-West: iv west GmbH;
- Bezirk Hamburg-Nord: Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll;
- Bezirk Hamburg-Ost: Trägerverbund psychische Gesundheit gGmbH, TPG gGmbH;
- Bezirk Hamburg Süd: Der Hafen VpH Harburg e.V., Hipsy gGmbH.

¹⁰³ 24-Stunden-Erreichbarkeit der regionalen Leitstelle, ärztliche medizinische Behandlung, Krisenintervention (zu Hause und möglichst unter Einbeziehung aller an der Krise beteiligten Personen), „Home Treatment“ unter Einbeziehung und Beteiligung von Angehörigen, Leistungen der Soziotherapie und psychiatrischen Krankenpflege, Behandlung in den Rückzugsräumen und Ausweitung der Behandlung auf alle individuell relevanten Lebensbereiche. Vernetzung zu weiterführenden Angeboten einschließlich beruflicher Wiedereingliederung, Erweiterung der persönlichen Kompetenzen im Umgang mit Krankheit und Krisen.

¹⁰⁴ Vgl. abitato Managementgesellschaft seelische Gesundheit gGmbH.

mit unterschiedlichen Ein- und Ausschlusskriterien können die Unübersichtlichkeit, insbesondere für Patientinnen und Patienten vergrößern. Selektionskriterien schließen bestimmte Patientengruppen von hilfreichen Maßnahmen aus. Außerdem bezieht sich Integrierte Versorgung bisher nur auf den SGB V-Bereich – das leistet der strukturell bedingten Tendenz Vorschub, dass die nötige kooperative Leistungserbringung über verschiedene Sozialgesetzbücher hinweg aus dem Blick gerät.

Wesentliches Ziel muss hier sein, die bewährten Elemente selektiver Verträge in die Regelversorgung zu übertragen und allen Versicherten gleichermaßen den Zugang zu integrierten, ggf. auch die Eingliederungshilfe umfassenden, sozialräumlichen Versorgungsangeboten zu ermöglichen.

Zusammenfassung und Perspektive

Hamburg verfügt über ein breit gefächertes Angebot ambulanter Versorgungs- und Beratungsmöglichkeiten. Dies reicht von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Institutsambulanzen bis zur zahlreichen sehr differenzierten Beratungsangeboten. Damit ist Hamburg selbst im Vergleich mit anderen Großstädten sehr gut ausgestattet für alle Hamburgerinnen und Hamburgern, aber auch für Menschen aus der Metropolregion. Wenn auch im Einzelfall unzureichende Versorgungsangebote bestehen, so ist dies kein primär quantitatives Problem, sondern eine Frage der regionalen Verteilung und des Zugangs bestimmter Patientengruppen zur Versorgung. Ziel ist die Optimierung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren, sowie die Behandlungsmöglichkeiten für schwer und chronisch Kranke im ambulanten System. In diesem Zusammenhang ist bedauerlich, dass das gerade dafür geschaffene Angebot der Soziotherapie so wenig genutzt werden kann (s. Kap. 4.1.13.). Auch gilt abzuwarten inwieweit das „Home Treatment“ gerade für diesen Personenkreis das ambulante Versorgungsangebot verbessern kann (s. Kap. 4.1.11.).

4.1.8. Sozialpsychiatrische Dienste

Die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpD) bieten als Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes seit 1958 in den sieben bezirklichen Gesundheitsämtern der Freien und Hansestadt Hamburg Beratung und niedrigschwellige Hilfe bei seelischen Problemen für Menschen ab 18 Jahren an.

Die Rechtsgrundlagen für die Arbeit der SpD in Hamburg ergeben sich aus dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg (§ 10 HmbGDG) und dem Hamburgischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (§ 3 HmbPsychKG in Verbindung mit Ziffer I (1) der Anordnung zur Durchführung des Hamburgischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten¹⁰⁵).

Ogleich die Sozialpsychiatrischen Dienste für alle psychisch kranken, behinderten und/oder suchtmittelabhängigen Menschen in den Bezirken ansprechbar sind, liegt doch ein besonderes Augenmerk auf der Gruppe der unzureichend versorgten Menschen mit zum Teil komplexen Hilfebedarfen, insbesondere auch Obdachlose (s. Kap. 2.4.) und Menschen ohne Sozialversicherung.

Psychische Erkrankungen können vorübergehend oder dauerhaft zu einer Einschränkung des Krankheitsgefühls und der Arbeitsfähigkeit führen. Das kann zur Folge haben, dass die

¹⁰⁵ Amtl. Anz. 1997, S. 633

Menschen aus den vorhandenen Versorgungsstrukturen herausfallen oder keinen Zugang dazu finden und so nicht die Hilfe erhalten, die sie benötigen.

Ziel der SpD ist es, sowohl in Krisen als auch mittel- und langfristig gemeindenahen Hilfen anzubieten bzw. zu vermitteln, Menschen ins Hilfesystem zu integrieren und Verständnis für die besondere Situation der Betroffenen zu wecken. Sie sind damit Fachdienste für Basishilfen im Sozialraum der Bezirke und bieten als einzige Institution zeitnah Hausbesuche an. Das Angebot ist kostenlos; die Gespräche sind vertraulich.

Patientinnen und Patienten und deren Angehörige, Freundinnen und Freunde, Kolleginnen und Kollegen oder Nachbarinnen und Nachbarn sowie andere Institutionen können sich telefonisch, schriftlich oder persönlich an den SpD wenden. Außerhalb der regulären Dienstzeiten steht der Psychiatrische Notdienst zur Verfügung (s. Kap. 4.1.9.).

Die Teams der SpD bestehen aus Sozialpädagoginnen bzw. Sozialpädagogen, Ärztinnen und Ärzten und Verwaltungskräften. Ausschließlich der sozialpsychiatrische Dienst im Bezirk Hamburg-Nord hält ergänzend psychologische Kompetenz vor.

Wie auch in anderen Bereichen der psychiatrischen Versorgung ist die Arbeit der SpD in Hamburg geprägt durch folgende gesellschaftliche Entwicklungen:

- Die Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen.
- Steigende Zahl der Einweisungen nach § 12 HmbPsychKG (s. Kap. 4.1.9.).
- Die Verweildauer der Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern sinkt weiter.
- Wie in vergleichbaren Metropolen ist auch in Hamburg die Zahl der Einpersonenhaushalte gestiegen und damit nimmt die Gefahr der Vereinzelung und der Vereinsamung von Bürgerinnen und Bürgern zu.
- Die Bevölkerung altert und damit steigt die Anzahl der Menschen mit psychiatrischen Alterserkrankungen.
- In Ballungsgebieten wie Hamburg besteht grundsätzlich ein erhöhtes Armutsrisiko und ein damit einhergehender drohender Wohnungsverlust.
- Die zunehmende Zahl an Migrantinnen und Migranten mit psychischen Problemen und oftmals schlechten oder gar keinen Deutschkenntnissen stellt das Versorgungssystem vor neue Herausforderungen.
- Darüber hinaus laufen in Zeiten zunehmender Verknappung bezahlbaren Wohnraums Menschen mit unerwünschtem oder ungewöhnlichem Verhalten Gefahr, ihre Wohnung zu verlieren bzw. es ist schwierig, neuen Wohnraum zu finden.

Zugleich gibt es in Hamburg ein hochdiversifiziertes Hilfesystem mit zahlreichen Angeboten für psychisch Kranke, das jedoch in den meisten Bereichen eine Mitwirkungsfähigkeit des Menschen und/oder ein Krankheitsgefühl voraussetzt.

Psychisch Kranke, die aus den genannten Gründen am medizinischen Hilfesystem wenig oder keinen Anteil finden, sind die originäre Zielgruppe des SpD und werden durch dessen Angebote erreicht.

Die Kernarbeitsbereiche der SpD sind:

- Niedrigschwellige Beratung und Betreuung:
In diesem Rahmen werden u. a. bei Bedarf auch Hausbesuche durchgeführt. Auf Anfrage von anderen Dienststellen wird geklärt, ob eine psychiatrische Erkrankung vorliegt. Es findet eine Beratung für Betroffene, Angehörige, im beruflichen und sozialen Umfeld, z. B. Nachbarn statt, sowie Beratung von Menschen in Lebenskrisen allgemeiner Art. Klientinnen und Klienten werden bei „schwierigen Wegen“, z. B. bei Behördengängen, begleitet. Falls notwendig, regen die SpD gesetzliche Betreuungen an.
- Krisenintervention und Zwangseinweisungen:
Bei vermuteter akuter Selbst- und Fremdgefährdung werden sofortige (Haus)Besuche, telefonische Klärung der Situation, Beratung, Planung und Koordination von Einzelfallhilfen und nötigenfalls Zwangseinweisungen nach HmbPsychKG durchgeführt bzw. veranlasst.
- Die Gutachtentätigkeiten:
Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter führen Begutachtungen im Auftrag verschiedener Sozialleistungsträger durch. So wird die Notwendigkeit von Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB IX, XII, nur in dringenden Eilfällen), der Hilfe zur Pflege (SGB XII), der Umzugsfähigkeit (SGB II, XII) und besonderer Leistungen nach AsylbLG aus sozialpsychiatrischer Sicht beurteilt. Hinzu kommen Prüfungen der Dienstfähigkeit bei Beamtinnen und Beamten. Nach Implementierung des Fachamtes Eingliederungshilfe im Jahr 2009 und insbesondere seit der 2014 erfolgten Zentralisierung der Begutachtung dort als Voraussetzung für die Gewährung von Eingliederungshilfe, sind die begutachtenden Aufgaben der SpD deutlich zurückgegangen (s. Tab. 10).
- Koordinierung von Hilfen:
Es erfolgt die Kontaktaufnahme/Abstimmung von Hilfen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus, dem Jugendamt des Bezirks, der Eingliederungshilfe (Fachamt Eingliederungshilfe des Bezirks Wandsbek sowie den Einrichtungen der Eingliederungshilfe) und die Teilnahme an Hilfeplankonferenzen.
- Netzwerkarbeit und Steuerung im Bezirk:
Vorwiegend im Sozialraum des jeweiligen Bezirks kooperieren die SpD mit anderen Behörden, Kliniken, Arztpraxen, Polizei, Betreuern, Pflegedienste, Obdachloseneinrichtungen u. v. m. Sie wirken in Gremien und Fachausschüssen (z. B. Sektorkonferenz, psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)) mit. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, andere Dienststellen und Institutionen, die im Zusammenhang mit der Fallbearbeitung stehen können durch die Dienststellen kollegiale Beratung erhalten.
- Gemeinwesenarbeit und Prävention:
Die SpD leisten fachliche Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen von Informations- sowie Fachveranstaltungen und halten Gruppenangebote im Sozialraum vor.

Personalbestand der SpD (besetzte Stellen) der Jahre 2003, 2008, 2013, 2015 und 2017

Fallbeispiel:

Im Februar 2016 meldete eine Genossenschaft dem SpD, dass eine ihrer Mieterinnen ihre Wohnung so vollgestellt habe, dass sie inzwischen im Keller ohne Strom lebe und einen Gaskocher benutze. Der SpD nahm Kontakt zur Mieterin auf (67 Jahre, schwere Kontakt- und Beziehungsstörung mit paranoiden Anteilen). In der Folge versuchten die Mitarbeiter intensiv, Hilfeprozesse zu initiieren, um der nicht krankheitseinsichtigen und nicht mitwirkungsfähigen Frau den Wohnraum zu erhalten. Neben regelmäßigen Treffen mit der Klientin vor Ort gehörten dazu zahlreiche Gespräche mit dem Vermieter, Entrümpelungsunternehmen, Betreuungsstelle und Amtsgericht, Einrichtungen des betreuten Wohnens, der Wohnungslosenhilfe, einem Rechtsanwalt. Kompliziert wurde die Hilfe durch einen zwischenzeitlich entstandenen Kellerbrand und einen Brand in der Wohnung der Klientin, in dessen Folge die Feuerwehr die Wohnung räumen musste. Für beide Brände machten die Nachbarn die Klientin verantwortlich, was zu erheblichen Spannungen im Haus führte.

Letztlich scheiterten alle Bemühungen, der Mieterin entweder den Wohnraum zu erhalten oder aber ihr eine andere adäquate Wohnmöglichkeit zu beschaffen daran, dass sie die von den Angeboten geforderte Geduld und Mitwirkungsfähigkeit nicht aufbrachte. Sie ist inzwischen wohnungslos und lebt mal bei einer Freundin, mal in einer Pension. Die Mitarbeitenden des SpD betreuen sie weiterhin, bisher sind 35 Kontakte dokumentiert.

Die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der SpD ergibt sich aus der

Tab. 7 und der Tab. 8. Daraus ist auch erkennbar, dass die Zahlen der ärztlichen und sozialpädagogischen Mitarbeiterinnen seit 2003 nahezu konstant geblieben sind bzw. zuletzt sogar leicht gestiegen sind. Arbeiteten allerdings 2015 noch 3,5 Psychologinnen und Psychologen in den SpD, stand in 2017 nur noch eine halbe Stelle im SpD des Bezirksamtes Hamburg-Nord zur Verfügung. Aus der Tab. 9 ist zu entnehmen, dass die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den SpD bezogen auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter über 18 Jahre von Bezirk zu Bezirk unterschiedlich sind. Diese Unterschiede sind in Teilen auch durch die unterschiedliche Sozialstruktur der Bezirke begründet. Zudem dürften diese historisch gewachsen sein, auch weil einzelnen SpD im Rahmen ihres Bezirksamtes spezielle Aufgaben zugewiesen sind.

Tab. 7: Ärztlich besetzte Stellen SpD 2003-2017

Bezirksamt	Ärztinnen und Ärzte				
	2003	2008	2013	2015	2017
Hamburg-Mitte	2,00	3,00	3,30	3,50	2,75
Altona	1,08	1,70	1,50	1,00	1,50
Eimsbüttel	2,00	2,00	2,00	2,25	1,75
Hamburg-Nord	3,50	2,75	2,50	3,50	3,00
Wandsbek	3,50	3,45	3,20	2,00	3,95
Bergedorf	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Harburg	2,25	1,50	1,50	1,50	1,80
Gesamt	16,05	15,40	15,00	14,75	15,75

Quelle: Bis 2013: Drs. 20/4389, 2015: Angaben der Bezirksamter, 2017: Drs. 21/1014

Tab. 8: Sozialpädagogische besetzte Stellen SpD 2003-2017

Bezirksamt	Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen				
	2003	2008	2013	2015	2017
Hamburg-Mitte	3,75	5,30	4,92	5,05	5,20
Altona	3,00	2,00	3,00	3,00	2,42
Eimsbüttel	2,75	2,50	2,50	2,96	2,96
Hamburg-Nord	4,00	5,00	5,00	4,00	4,00
Wandsbek	2,50	3,25	4,00	3,00	4,01
Bergedorf	1,50	1,50	0,50	2,00	2,00
Harburg	3,40	2,52	2,52	2,13	2,00
Gesamt	20,90	22,07	22,44	22,14	22,59

Quelle: Bis 2013: Drs. 20/4389, 2015: Angaben der Bezirksamter, GMK Bericht, 2017: Drs. 21/10146

Tab. 9: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 2017 der Sozialpsychiatrischen Dienste: Absolut und pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner

	Bevölkerung 18 Jahre und älter zum 31.12.2016	Ärztinnen/Ärzte; Psychologinnen/ Psychologen		Sozialpädagoginnen/ Sozialpädagogen		Verwaltungs- kräfte
		Abso- lut	pro 100.000 Einw. über 18 Jahren	Abso- lut	pro 100.000 Einw. über 18 Jahren	
Hamburg-Mitte	254.326	2,75	1,08	5,20	2,04	2,25
Altona	224.394	1,50	0,67	2,42	1,08	1,00
Eimsbüttel	223.778	1,75	0,78	2,96	1,32	1,60
Hamburg-Nord	269.250	3,50	1,30	4,00	1,49	2,00
Wandsbek	361.002	3,95	1,09	4,01	1,11	2,00
Bergedorf	105.414	1,00	0,95	2,00	1,90	0,50
Harburg	136.296	1,80	1,32	2,00	1,47	1,00
Hamburg gesamt	1.574.460	16,25	1,03	22,59	1,43	10,35

Quelle: Stat. Amt Nord (Melderegisterbevölkerung zu 31.12.2017), Berechnung der BGV

Eine aktuelle Richtgröße zur optimalen Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gibt es in HH nicht. Ein Vergleich mit bundesweiten Zahlen ist kaum möglich, da die SpD in den Bundesländern und auch den einzelnen Kommunen sehr unterschiedliche Struktur, Aufgaben und Trägerschaft haben.¹⁰⁶ So gehört zu den Aufgaben einiger SpD bundesweit zum Beispiel auch die Betreuung von Suchtkranken, für die in Hamburg traditionell eine eigene gut differenzierte Versorgungskette zur Verfügung steht. In einigen Bundesländern verfügen die SpD über eine Behandlungsermächtigung, was in Hamburg nicht der Fall ist. Dies sind nur einige Beispiele für die große Unterschiedlichkeit der SpD bundesweit. Auch wären die sehr unterschiedlichen Entfernungen für die aufsuchende Arbeit in den Flächenländern im Vergleich zu einem Stadtstaat in eine Bewertung einzubeziehen. Die Auswertung des Netzwerkes Sozialpsychiatrische Dienste einer bundesweiten Umfrage¹⁰⁷ lässt dennoch den vorsichtigen Schluss zu, dass die

¹⁰⁶ Vgl. 80. GMK, 2007, Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven.

¹⁰⁷ Vgl. Elgeti, H.; Erven, S., 2017, Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland. Auswertungsbericht zur bundesweiten Umfrage zur Arbeit der Sozialpsychiatrischen.

SpD in Hamburg in Bezug auf die reale ärztliche Besetzung nicht unterdurchschnittlich ausgestattet sind, während sie mit sozialpädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schlechter als im Bundesdurchschnitt ausgestattet sind (ca. 1 Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter weniger für 100.000 Einwohner).

Derzeit besteht für den ÖGD ein struktureller Nachteil im Wettbewerb zur Einstellung von (Fach)Ärztinnen und -ärzten. Neben dem ohnehin spürbaren Fachkräftemangel im gesamten Fachgebiet Psychiatrie erschwert die tarifbedingt schlechtere Vergütung von Ärztinnen und Ärzte im ÖGD im Vergleich zu anderen Versorgungsstrukturen oftmals die zeitnahe Nachbesetzung freiwerdender Stellen. Der Senat hat dem Rechnung getragen durch die seit 2016 bestehende Möglichkeit der Einstufung in einen so genannten Ärztesondertarif, der dem Vergütungsrahmen in Krankenhäusern weitgehend entspricht. Dennoch konnten zuletzt nicht alle Stellen nachbesetzt werden, so dass in der Gesamtschau aller Bezirke in der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte derzeit vier Stellen nicht besetzt sind (Stand 31.12.2017).

Der Bedarf an niedrigschwelliger gemeindenaher Beratung und Versorgung psychisch Kranker, die aus unterschiedlichen Gründen (noch) keine Anbindung an das diversifizierte Hilfesystem haben, ist groß. Leider liegen aus den letzten Jahren keine vergleichbaren und verlässlichen Inanspruchnahmezahlen vor. Dies ist begründet in der Umstellung der Gesundheitsämter auf eine einheitliche Software. Im Verlauf dieses sich im Abschluss befindlichen Prozesses war es den Dienststellen nicht möglich valide (Leistungs-)Zahlen zu erfassen. Hinzu kommt, dass durch die Umstellung die Vergleichbarkeit der Daten eingeschränkt ist.

Tab. 10: Zahl der Klientinnen und Klienten in den Sozialpsychiatrischen Diensten, Klientenkontakte sowie Stellungnahmen/Gutachten der Sozialpsychiatrischen Dienste 2014 bis 2017

	2014	2015	2016*	2017**
Klientinnen und Klienten insgesamt	10.237	9.172	9.241	10.649
Bevölkerung 18 Jahre und älter (Melderegister)	1.519.868	1.541.567	1.560.221	1.574.460
Klientinnen und Klienten je 1.000 der Bevölkerung im Alter von 18 Jahren und älter	6,7	5,9	5,9	6,8
Klientenkontakte insgesamt (Beratungen, Fehlbesuche, Krisenintervention, Koordinationstätigkeiten, Teilnahme an Gruppenangeboten)	36.875	34.192	33.957	37.887
Davon				
Beratung im Gesundheitsamt	6.253	5.764	-	4.729***
Beratung extern	2.213	1.925	-	2.905
Fehlbesuche	635	641	-	773
Kontakte je Klientin bzw. Klient	3,6	3,7	3,7	3,6
Stellungnahmen/Gutachten	5.202	3.784	-	3.735
Davon				
§ 22 SGB II, § 35 SGB XII – Umzugsfähigkeit/Unterkunft/Heizung (Erfassung erst ab 2017)				468
§ 27.3 SGB XII – Haushaltshilfe	288	213	-	344
§ 53 SGB XII – Zugehörigkeit / Feststellung einer Behinderung	1.095	179	-	160
§ 54 SGB XII – PPM / Eil-ASP	119	84	-	59
§ 54 SGB XII – Sonstige Hilfen / ab 2017: § 54 SGB XII - Beförderungspauschale	483	380	-	517
§ 61 SGB XII – Hilfe zur Pflege	802	752	-	882
§ 70 SGB XII – Hilfe zur Weiterführung des Haushalts	837	720	-	482
Asylbewerberleistungsgesetz	58	46	-	30
Sonstige Anfragen des Grundsicherungsamtes (GS)	770	727	-	247
Weitere Stellungnahmen für andere Dienststellen	750	683	-	546

* Fehlende Angaben aufgrund der Umstellung der Gesundheitsämter auf eine einheitliche Software.

** Abweichende Angaben aufgrund der Umstellung der Gesundheitsämter auf eine einheitliche Software sowie aufgrund z.T. in dem Zusammenhang veränderte Vorgaben zur Datenerfassung.

*** Geschätzte Zahl, genaue Differenzierung aufgrund der Softwareumstellung im ersten Erfassungsjahr noch nicht möglich.

Quelle: Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste, jährliche Meldung an die BGV

Die Kennzahlen der Strategischen Neuausrichtung des Haushaltswesens (SNH) der Bezirksämter sind der Tab. 11 zu entnehmen.

Tab. 11: SNH Kennzahlen der Bezirke

	2015	2016	2017
Kontakte bei Hilfen für volljährige psychisch Kranke, geistig Behinderte sowie für deren Angehörige	33.419	33.954	40.283 (*37.887)
Betreute Fälle bei Hilfen für volljährige psychisch Kranke, geistig Behinderte sowie für deren Angehörige:	9.279	9.710	10.663

Quelle: Bezirksämter (Erhebung aus der Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste, bis zur Einführung der einheitlichen Software 2017 z.T. mit noch etwas abweichenden Erfassungsvorgaben (*bereinigt um die Zahl der bei den jeweiligen Kontakten beteiligten Einzelpersonen)

Sowohl nach der Dokumentation der SpD als auch nach den SNH-Kennzahlen der Bezirksämter scheint es im Verlauf der Jahre 2015 bis 2017 zu einem Anstieg der Fallzahlen gekommen zu sein. Da dies aber genau die Jahre sind, in denen auf die neue Software umgestellt wurde, bleibt auch hier abzuwarten, ob es sich um einen tatsächlichen Fallzahlenanstieg handelt, der sich in den folgenden Jahren bestätigt oder ob dies durch die der neuen Software geschuldeten anderen Form der Dokumentation bedingt ist. Für Kriseninterventionen einschließlich Einweisungen nach HmbPsychKG und BGB zeigen die Daten einen zunehmenden Anstieg mit Höchstzahlen für das Jahr 2017 (s. Kap. 4.1.9.).

Fallbeispiel 2:

Der SpD wird vom Seniorenbereich des Gesundheitsamtes eingeschaltet wegen fraglicher Suizidalität einer Frau in einer Wohneinrichtung, deren dementer Mann im Pflegeheim ist. Bei der Frau bestehen seit Jahrzehnten eine Depression, eine latente Suizidalität und ein Benzodiazepinmissbrauch.

Die MA suchen die Frau auf und sehen eine 84jährige Frau, die erschöpft, überfordert, ängstlich und schmerzgeplagt wirkt. Sie schildert Angst vor ihrem Ehemann. Eine akute Selbstgefährdung liegt nicht vor. Sowohl eine Aufnahme in der Gerontopsychiatrie als auch in einer psychiatrischen Tagesklinik lehnt sie ab. Im Verlauf suchen die MA sie regelmäßig auf (insgesamt finden 33 Kontakte statt), nehmen Kontakt zur Hausärztin und Sozialarbeiterin der Wohneinrichtung auf. Auf Initiative der Patientin kommt es in Krisensituationen immer wieder zu Notfalleinsätzen des SpDs, ohne dass eine konstruktive Lösung erzielt werden kann. So lehnt sie eine stationäre Behandlung stets ab, auch liegt keine Indikation für eine Zwangseinweisung vor. Nach mehreren Polizeieinsätzen wegen wahrhafter Ideen (Fremde in der Wohnung, Einbrüche, Überfälle) erfolgt dann doch eine Einweisung nach HmbPsychKG. Die Klientin wird bereits am Folgetag entlassen. Es kommt zu weiteren Polizeieinsätzen, die MA regen eine gesetzliche Betreuung an und unterstreichen gegenüber dem Gericht die Eilbedürftigkeit. Einige Tage nach dem Besuch der Betreuungsstelle stürzt die Pat. in der Wohnung, erleidet eine Hirnblutung und wird in der Folge wegen Selbstgefährdung bei bestehender Verwirrtheit mit Beschluss in der psychiatrischen Klinik untergebracht.

Zusammenfassung und Perspektive

Im Zusammenspiel mit dem differenzierten Versorgungssystem der Stadt sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der SpD nicht nur bezüglich konkreter fachlicher Hilfen, sondern auch als Lotsen tätig. Dafür ist es unerlässlich, die Vernetzung zwischen den verschiedenen Anbietern und Institutionen im jeweiligen Bezirk auszubauen. So gilt es, die Übergänge von den stationären zu den ambulanten Hilfen zu verbessern, um zu vermeiden, dass Klientinnen und Klienten „verlorengehen“. Eine Chance dazu bietet die am 01. Oktober 2017 in Kraft getretene Neuerung im SGB V (§ 39 Abs. 1 a), die die Kliniken zu einem verbindlichen Entlassungsmanagement verpflichtet. Damit soll künftig vermieden werden, dass Patientinnen und Patienten

ohne Medikation und Information der weiterversorgenden Ärztinnen und Ärzte (oder des SpD) entlassen werden. Vorliegende Zahlen über die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Dienste und Leistungszahlen beschreiben die Situation in den sozialpsychiatrischen Diensten nur unzureichend. In den letzten Jahren ist die einzelne Fallbearbeitung durch die eingangs erwähnten allgemeinen Rahmenbedingungen deutlich komplexer geworden.

Zudem sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des SpDs seit 2015 zunehmend mit geflüchteten Menschen befasst. Auch wenn es bisher wenig belastbare Zahlen zu psychischen Erkrankungen und posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) in dieser Bevölkerungsgruppe gibt, werden die Dienste häufig in krisenhaften Zuspitzungen in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung hinzugezogen, wenn es um die Frage der Selbst- oder Fremdgefährdung geht. Neben der Krisenintervention geht es auch darum, den Geflüchteten mit psychischer Belastung bzw. manifester psychischer Erkrankung außerhalb von Krisen Hilfs- und Informationsangebote zu machen (s. a. Kap. 2.3.).

Die SpD in den Bezirken werden von einer sehr großen und vielschichtigen Zielgruppe aufgesucht. Sie bieten psychiatrische Hilfen niedrigschwellig an und haben eine wichtige Lotsen- und Vernetzungsfunktion. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass der Bedarf an Interventionen durch den SpD in der Großstadt Hamburg durch die demographische und soziale Entwicklung in Zukunft größer werden wird. Die SpD werden ihren Aufgaben nur gerecht werden können, wenn die Stellensituation stabil gehalten werden kann und die Vernetzung mit anderen Institutionen (Kliniken, Behörden, ambulanten Hilfen) und Ärzten gelingt. Dafür ist es erforderlich auch die derzeit nicht besetzten und/oder nicht besetzbaren Stellen nachzubeseetzen und ggf. auch andere Berufsgruppen bei der Nachbesetzung einzubeziehen. Für die stete Erreichbarkeit in Krisenfällen hat die Besetzung der Geschäftsstellen wesentliche Bedeutung.

Die Personalausstattung der SpD unterscheidet sich unter Berücksichtigung der schwierigen Vergleichbarkeit nicht wesentlich von der anderer SpD bundesweit. Es ist zu prüfen, ob die bestehende Personalausstattung der bezirklichen SpD die Aufgaben dauerhaft und ausreichend umsetzen kann. Nach Etablierung und Validierung der neuen Software (s. o.) wird es erforderlich sein, die Leistungsdaten auszuwerten, zwischen den Bezirksämtern zu vergleichen und insbesondere zu prüfen, ob und ggf. wie die Personalbedarfe angepasst und angeglichen werden müssen und können. Hierzu soll eine Arbeitsgruppe mit Beteiligten der für die Fachaufsicht zuständigen Fachbehörde (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz), der Bezirksaufsichtsbehörde und der Bezirksämter unter Leitung des bezirklichen Federführers eingerichtet werden.

Um den in Zukunft wachsenden Anforderungen und damit verbundenen Herausforderungen auch weiterhin gerecht zu werden und den SpD in Hamburg für die Zukunft zu rüsten, muss gewährleistet sein, dass in allen Diensten nach gleichen Standards qualitätsgesichert gearbeitet wird. Hierzu erarbeiten die für die Fachaufsicht zuständige Fachbehörde und SpDs im Rahmen der o.g. Arbeitsgruppe gemeinsam Qualitätsstandards, um die Verfahren in den Bezirken noch besser aufeinander abzustimmen und die Verfahren in den Bezirksämtern vereinheitlichen zu können. In enger Abstimmung zwischen der Fachbehörde und den Bezirksämtern sollen wesentliche Aufgaben in Form von SOP¹⁰⁸ festgelegt werden, die dann ggf. über eine

¹⁰⁸ SOP: „Standard Operating Procedure“, zu Deutsch etwa: standardisiertes Vorgehen.

Fachanweisung verankert werden sollten. Zur Umsetzung sind bis Ende 2019 ausgewählte Aufgaben festzulegen und ein Zeitplan vorzulegen.

Die SpD der Bezirksämter sind unterschiedlich in der Größe. Dies führt immer dann zu Problemen, wenn zeitweise nicht der gesamte Personalkörper zur Verfügung stehen kann. Daher wird es erforderlich sein, die gelebte Zusammenarbeit und gegenseitige Vertretung gerade der kleineren SpD fortzusetzen. Nur dadurch kann gewährleistet werden, dass in allen Diensten nach gleichen Standards qualitätsgesichert gearbeitet wird.

4.1.9. Psychiatrischer Notdienst (PND)

Das Hamburgische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) sieht für die sofortige Unterbringung nach § 12 HmbPsychKG vor, dass die Betroffenen vor der Einweisung von einem „in der Psychiatrie erfahrenen Arzt der zuständigen Behörde“ untersucht werden. Dazu hat Hamburg schon Ende der siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts den Psychiatrischen Notdienst (PND) eingerichtet. Hiermit hat Hamburg wohl ein Alleinstellungsmerkmal, denn einen vergleichbaren Dienst gibt es nach hier vorliegenden Erkenntnissen in keinem anderen Bundesland. Während der üblichen Dienstzeiten nehmen die Sozialpsychiatrischen Dienste bzw. die Jugendpsychiatrischen Dienste in den Bezirken diese Aufgabe wahr, außerhalb der Dienstzeiten und an den Wochenenden der PND. Dieser ist ebenso wie der Zuführdienst organisatorisch übergreifend für das gesamte Hamburger Stadtgebiet dem Fachamt Gesundheit des Bezirksamtes Altona zugeordnet. Die diensthabende Ärztin bzw. der diensthabende Arzt wird auf Anfrage z. B. der Polizei, des Kassenärztlichen Notdienstes, der bestellten Betreuerinnen und Betreuer oder der dazu berechtigten sozialpsychiatrischen Einrichtungen über den zuständigen Sonderdienstleiter des Zentralen Zuführdienstes nach Vorabklärung des Sachverhalts informiert. Die Ärztin bzw. der Arzt prüft in diesem Fall, ob die Voraussetzungen des § 12 HmbPsychKG vorliegen und ob eine psychisch kranke Person gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden muss, oder ob die Gefahr nicht anders abgewendet werden kann.

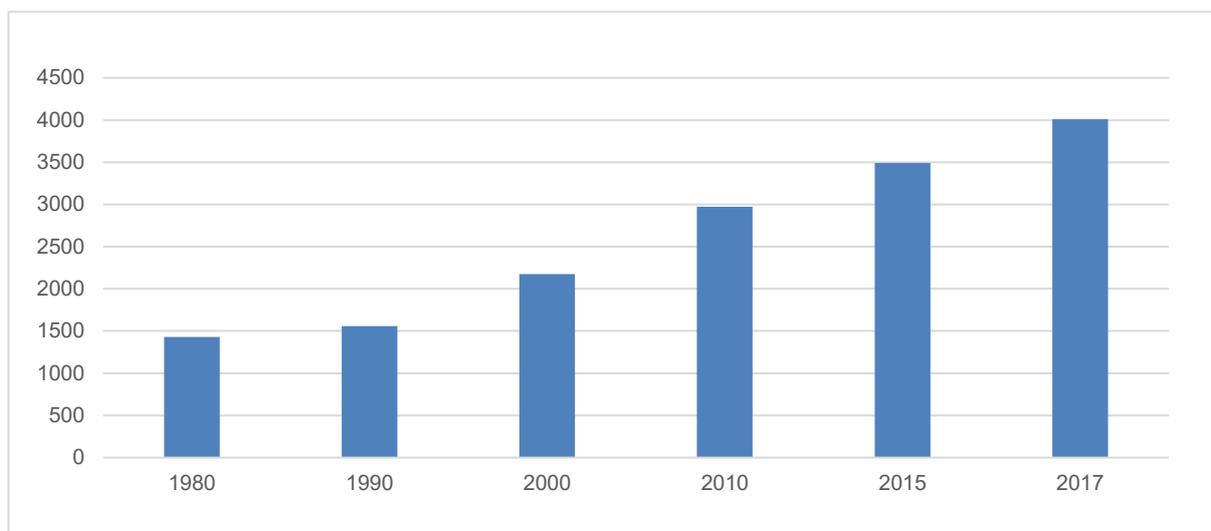
Bei Fortbestehen der Unterbringungsvoraussetzungen am Morgen nach der Aufnahme im Krankenhaus wird vom Innendienst des Zuführdienstes ein Antrag auf Anordnung einer Unterbringung beim zuständigen Amtsgericht gestellt. Die persönliche richterliche Anhörung und die Entscheidung über die Anordnung der Unterbringung gem. § 10 HmbPsychKG erfolgt noch am gleichen Tag.

In Fällen der Unterbringung gemäß § 1906 BGB bzw. § 312 Nr. 1 FamFG kann der Zuführdienst Betreuerinnen und Betreuer im Wege der Amtshilfe und auf deren Antrag hin unterstützen. Dies gilt auch bei der Unterbringung von Minderjährigen nach § 1631 b BGB.

In 40 bis 50 % der Fälle, in denen der PND hinzugezogen wird, kommt es im Ergebnis zu keiner Einweisung nach § 12 HmbPsychKG, weil entweder die Voraussetzungen nicht erfüllt sind, die akute Krise anders gelöst werden kann oder aber die betroffene Person doch bereit ist, sich freiwillig zur Behandlung ins Krankenhaus zu begeben.

Abbildung 5 zeigt, dass die Zahl der Unterbringungen nach HmbPsychKG von 1980-1990 weitgehend stabil war und ab 1990 kontinuierlich gestiegen ist, ein Trend, der auch bundesweit zu beobachten ist und der sich auch in den letzten Jahren noch fortgesetzt hat, wie der Tab. 12 zu entnehmen ist. Insgesamt ist zwischen 2010 und 2017 eine Steigerung der Unterbringungen um 35 % zu beobachten. Die Steigerung der Unterbringungen betrifft sowohl die Zuführungen innerhalb der Dienstzeiten des ÖGD als auch des PND.

Abb. 5: Sofortige Unterbringungen nach § 12 HmbPsychKG



Quelle: Psychiatriebericht 1995; Einweisungsstatistik Zufühdienst Bezirksamt Altona.

Die Zunahme der sofortigen Unterbringungen ist nicht nur in absoluten Zahlen nachweisbar, sondern betrifft auch die Zahl der Unterbringungen bezogen auf die Einwohnerzahl (s. Tab. 14). Eine Ursache für diese nicht nur in Hamburg zu beobachtende Zunahme nicht freiwilliger Behandlungen ist nicht eindeutig und nur multifaktoriell zu erklären. Zunächst einmal ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den Daten um Fallzahlen handelt, also kein direkter Rückschluss auf die Zahl der untergebrachten Personen zulässig ist. In dem entscheidenden Zeitraum sind auch die Fallzahlen in den psychiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser deutlich gestiegen (s. Kap. 4.2.) während die Verweildauern deutlich gesunken sind. Dies mag dazu führen, dass Betroffene sehr früh wieder aus dem Krankenhaus entlassen werden und die Situation außerhalb der Klinik rasch wieder eskaliert. Hingewiesen werden muss aber auch darauf, dass in der überwiegenden Zahl der Fälle, die Unterbringung gegen den Willen des Betroffenen nur sehr kurz andauert und die Behandlung oft schon am Tag nach der Einweisung auf freiwilliger Basis fortgesetzt werden kann oder aber die unmittelbare und akute Gefahr der Eigen- und/oder Fremdgefährdung nicht mehr vorhanden ist und die betroffene Person wieder entlassen werden kann.

Tab. 12: Anzahl der bei Gericht gestellten Anträge auf Unterbringung im Vergleich zu den vorläufigen Unterbringungen nach § 12 HmbPsychKG

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Sofortige Unterbringungen nach § 12 HmbPsychKG	3.271	3.437	3.482	3.361	3.490	3.594	4.009
Anträge bei Gericht	2.793	2.910	2.919	3.317	3.095	3.100	3.536
Tatsächliche Unterbringungen nach HmbPsychKG	1.325	1.282	1.125	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Verfahren nach § 312 Nr. 3 FamFG (Bundesgebiet)	78.152	80.752	82.435	83.034	84.677	75.929	k. A.

Quelle: Bundesamt für Justiz, Geschäftsübersichten der Amtsgerichte für die Jahre 2010-2016; Einweisungsstatistik Zufühdienst Bezirksamt Altona, Behörde für Justiz und Gleichstellung.

Tab. 13: Sofortige Unterbringungen bezogen auf die Fallzahlen im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie

Jahr	Sofortige Unterbringung	Fälle	Sofortige Unterbringung je 100 Fälle
1980	1.431	k. A.	
1990	1.560	k. A.	
2000	2.175	15.614	13,9
2010	2.973	21.761	13,7
2015	3.490	25.617	13,6
2017	4.009	25.396	15,8

Quelle: Angaben der Krankenhäuser und Krankenträger gemäß § 15 HmbKHG (Datenauswertung BGV), Einweisungsstatistik Zuführdienst Bezirksamt Altona, Berechnungen BGV.

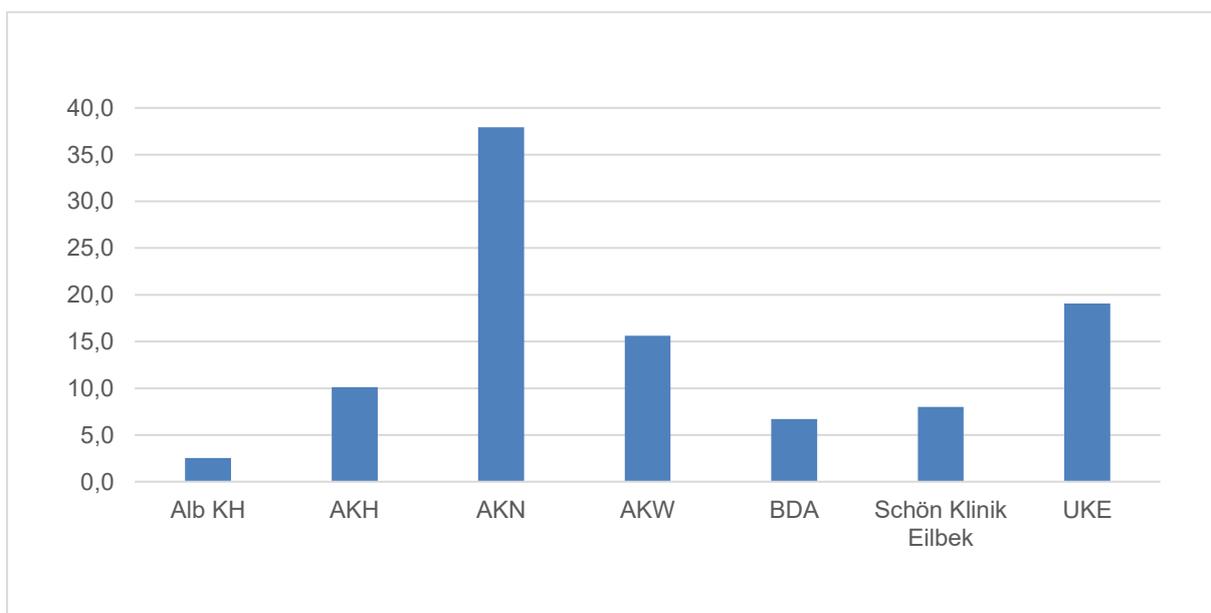
Tab. 14: Sofortige Unterbringungen bezogen auf die Einwohnerzahl

Jahr	Sofortige Unterbringung	Einwohner/innen	Sofortige Unterbringung je 10.000 EW
1980	1.431	1.645.095	8,7
1990	1.560	1.650.900	9,4
2000	2.175	1.715.392	12,7
2010	2.973	1.786.448	16,6
2015	3.490	1.787.408	19,5
2017	4.009	1.830.584	21,9

Quelle: Psychiatriebericht 1995, Einweisungsstatistik Zuführdienst Bezirksamt Altona, Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Bevölkerungsfortschreibung zum 31.12. d. Jahres), Berechnungen BGV.

Erwartungsgemäß entfällt der Großteil der Unterbringungen auf den Sektor der Asklepios Klinik Nord, gefolgt vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Abb. 6: Prozentuale Verteilung der sofortigen Unterbringungen in Hamburger Krankenhäusern 2017



Quelle: Siehe Angaben zu Tab. 14.

Die Zahl der durch Gericht bestätigten Anträge auf Unterbringung nach HmbPsychKG ist von 2.793 im Jahre 2011 auf 3.095 im Jahr 2015 (2016: 3.100) gestiegen, wobei das Jahr 2014 mit 3.317 bestätigten Anträgen einen Höhepunkt markiert (s. Tab 12). Die Teilnahme der Krankenhäuser an der Pflichtversorgung erfolgt im Zuge einer Selbstverpflichtung auf Grundlage des sogenannten Sektorverzeichnisses, welches die Stadt gemäß dem Ziel einer gemeindenahen Behandlung in acht regionale Versorgungssektoren teilt. Die sogenannte Sektorvereinbarung bindet allein die Krankenhäuser; Patientinnen und Patienten selbst sind in der Wahl ihres Krankenhauses frei.

4.1.10. Krisenintervention

Krisenintervention ist ein entscheidender Teilbereich ambulanter gemeindepsychiatrischer Versorgung mit dem Ziel, Menschen in akuten psychischen Krisen möglichst ambulant aufzufangen. Zu unterscheiden ist dieses Angebot von der Notfallbehandlung, die im medizinischen Bereich vor allem von den psychiatrischen Kliniken geleistet wird, sowie von den häufig aus Rettungsdiensten und Feuerwehrleuten heraus gegründeten Kriseninterventionsteams für Katastrophenfälle.

Psychisch Kranke, die bereits Leistungen des Versorgungssystems in Anspruch nehmen, haben meist auch Ansprechpartner in Krisensituationen.

Personen, die medizinisch behandelt werden, können sich auch in Krisen kurzfristig an ihre Behandler wenden. Schwierig ist es, kurzfristig Hilfe zu finden für Personen in psychischen Krisen und deren Angehörige, die noch keinen Zugang zum Hilfesystem haben, und außerhalb der regulären Dienstzeiten. Tagsüber stehen die bezirklichen Sozialpsychiatrische Dienste (SpD) bei Krisen zur Verfügung. Außerhalb dessen regulären Dienstzeiten kann der psychiatrische Notdienst intervenieren, wenn die Frage einer sofortigen Einweisung nach HmbPsychKG abgeklärt werden muss.

Um das Angebot sinnvoll zu ergänzen wird ein niederschwelliger telefonischer Krisendienst in Hamburg eingerichtet, der außerhalb der regulären Dienstzeiten für qualifizierte Beratung und Vermittlung zur Verfügung steht. Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA), Tageskliniken, Kliniken, SpD sowie Träger der Eingliederungshilfe sollen für die Nutzerinnen und Nutzer des Krisentelefon Beratungstermine am nächsten Werktag bereithalten. Das Krisentelefon vermittelt u. a. in diese Termine und stellt durch nachgehende Maßnahmen nach Möglichkeit sicher, dass die Hilfe suchende Person „im System angekommen“ ist. Damit wird psychisch kranken Menschen und deren Angehörige außerhalb der üblichen Dienstzeiten ein „Zugang“ zum Hilfesystem unterhalb der Schwelle des Krankenhauses geöffnet (s. a. Kasten: „Telefonischer Krisendienst“).

Telefonischer Krisendienst

In Hamburg wird ein telefonischer Krisendienst am Fachamt Gesundheit des Bezirksamtes Altona eingerichtet werden. Die zuständigen Behörden werden dazu die erforderlichen finanziellen Mittel bereitstellen.

Ziel des telefonischen Krisendienstes ist es, eine telefonische Erreichbarkeit außerhalb der üblichen werktägigen Arbeitszeiten sicherzustellen und eine qualifizierte Beratung und ggf. Weitervermittlung anzubieten.

Das Krisentelefon steht psychisch kranken bzw. seelisch behinderten Menschen zur Verfügung, die das Hilfesystem aktuell nutzen oder schon mal genutzt haben. Nutzer des Krisentelefon können auch Menschen sein, die aufgrund einer psychischen und seelischen Befindlichkeit sich in einer akuten Krisen- und Notsituation befinden. Das Krisentelefon kann auch genutzt werden von Angehörigen, die sich in akuter Konfliktsituation mit dem Hilfebedürftigen befinden. Zielgruppe des Krisentelefon sind nicht gesunde Menschen, die sich in Lebenskrisen befinden.

Zur Organisation und Steuerung wird eine fachliche Koordinierungsstelle am SpD des Bezirksamtes Altona eingerichtet. Für die telefonische Beratung selbst sollen in der Arbeit mit psychisch Kranken erfahrene sozialpädagogische Fachkräfte auf Honorarbasis gewonnen werden.

Aufgaben der fachlichen Koordinierungsstellen sollen sein:

- Koordination und Reihum-Schaltung des Telefons;
- Erstellung eines Dienstplanes/Koordination des Dienstes;
- Erstellung von fachlichen Vorgaben und Leitlinien für die Beratung;
- Information der am Krisentelefon getroffenen Verabredung (z. B. Beratungstermin beim Sozialpsychiatrischen Dienst (SPD), Vorstellung zu einem ärztlichen Termin oder ASP Träger);
- Information zur Einhaltung der Verabredung (Anrufer hat Termin wahrgenommen oder nicht);
- Bei Nichteinhaltung der Verabredung nimmt die koordinierende Stelle Kontakt zum Anrufer auf;
- Die koordinierende Stelle sorgt für die Anbindung des Hilfesuchenden ans Hilfesystem.

Mit den Einrichtungen wie Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA), Tageskliniken, Kliniken, Sozialpsychiatrische Dienste (SPD) sowie ASP Träger sollte vereinbart werden, dass für die Nutzerinnen und Nutzer des Krisentelefon am nächsten Werktag ein Beratungstermin bereitgehalten wird. Die telefonische Beratung wird dokumentiert und eine Terminanforderung, je nach Vereinbarung mit dem Anrufer, per Mail an die oben genannten Einrichtungen und an die fachliche Koordinierungsstelle gesandt. Dieser konkrete Aktionsvorschlag dient zur Entaktualisierung der Krise und sollte kurz und mittelfristig bei entsprechendem Bedarf zur Anbindung an das Hilfesystem führen. Die koordinierende Stelle unterstützt, dass der entsprechende Beratungstermin bei der vorgeschlagenen Institution/dem Träger von den Klientinnen und Klienten auch wahrgenommen wird.

Sollte eine Deeskalation der Krise telefonisch nicht möglich sein, wird die Einbeziehung des PND von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krisentelefon zu prüfen sein.

Die Arbeit des Krisentelefon soll evaluiert werden, um nach ca. drei Jahren zu entscheiden, ob das Angebot angenommen wird und ausreichend ist.

Zusammenfassung und Perspektive

Die Vorgabe des HmbPsychKG, vor einer Unterbringung die betroffene Person von einem „in der Psychiatrie erfahrenen Arzt der zuständigen Behörde“ untersuchen zu lassen, hat sich bewährt. In bis zur Hälfte der Fälle kann das Erfordernis der Unterbringung abgewendet werden. Dennoch fällt auf, dass bezogen auf die jeweilige Gesamtbevölkerung in den letzten Jahren der Anteil der öffentlich-rechtlichen Unterbringungen hier im Vergleich zu anderen Großstädten stark gestiegen ist. Insbesondere die Städte, die ein niedrighschwelliges Krisenangebot

auch außerhalb der üblichen Dienstzeiten anbieten können, weisen hier geringere Steigerungsraten und Anteile auf¹⁰⁹. Auch wenn es keinen eindeutigen Beleg für einen solchen Zusammenhang gibt, wird Hamburg zur Verbesserung der Erreichbarkeit psychiatrischer Hilfen einen in den Abend- und Nachtstunden sowie an Wochenenden und Feiertagen präsenten telefonischen Krisendienst zur qualifizierten Beratung und Vermittlung von psychisch Kranken und Angehörigen einrichten.

4.1.11. Versorgung im häuslichen Bereich „Home Treatment“

Unter „Home Treatment“ ist als Alternative zur stationären Krankenhausbehandlung eine häusliche psychiatrische Akutbehandlung zu verstehen. Es stellt einen vollwertigen Ersatz einer stationären Krankenhausbehandlung oder auch ein vorübergehendes Behandlungsangebot nach einer stationären Intensivbehandlung dar. Im Zentrum des Angebotes steht ein multiprofessionelles Team, das sich aus Fachärztinnen und -ärzten, Pflegekräften und therapeutischen Fachkräften einschließlich Sozialpädagoginnen bzw. Sozialpädagogen und z. B. Ergotherapeutinnen und -therapeuten zusammensetzen sollte und aufsuchend die akutpsychiatrisch behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten in ihrer jeweils gewohnten Umgebung im Rahmen eines individuell vereinbarten Behandlungsplanes betreut.

Die Verbreitung von „Home Treatment“ bleibt in Deutschland vor allem aufgrund der Voraussetzungen zur Finanzierung hinter dem Entwicklungsstand anderer Länder zurück. In der Freien und Hansestadt Hamburg bietet die Regelversorgung bisher keine Angebote des „Home Treatment“. Der Senat begrüßt die seit 2018 im SGB V verankerte Möglichkeit, Krankenhausbehandlung durch mobile, ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams im häuslichen Umfeld der Patientin bzw. des Patienten erbringen zu können.¹¹⁰ Die neue Behandlungsform kann in medizinisch geeigneten Fällen anstelle einer vollstationären Behandlung erfolgen, da sie dieser hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität entspricht. (s. a. Kap. 4.2.). Die Umsetzung obliegt der Selbstverwaltung und bleibt abzuwarten.

Lediglich im Rahmen der „Integrierten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell“ des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) können darin eingeschriebene Patientinnen und Patienten seit dem Jahr 2006 auch in ihrer eigenen Häuslichkeit versorgt werden. Kernbestandteil ist das sogenannte Assertive Community Treatment (ACT). Dies umfasst eine aufsuchende, intensive und langfristige Behandlung für Menschen mit schweren und persistierenden psychischen Erkrankungen in einem Netzwerk von Klinik einschließlich Tagesklinik und Ambulanz, niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten, sozialpsychiatrischen und pädagogischen Einrichtungen und Institutionen sowie gesetzlichen Betreuern. Die Finanzierung erfolgt durch die beteiligten Krankenkassen nach § 140 SGB V. Darüber hinaus ist das aus Mitteln des Innovationsfonds vom Bund geförderte Projekt „RECOVER – Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schweregradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen“¹¹¹ im Aufbau. Zudem fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) in den Jahren 2017 bis 2020 die Projekte „Hamburger

¹⁰⁹ Vgl. Deutscher Bundestag (17. Wahlperiode), Drucksache 17/10712; Vgl. Deutscher Bundestag (18. Wahlperiode), Drucksache 18/10827; Bezirksamt Altona, Statistik des Zentralen Zuführdienstes.

¹¹⁰ GKV-Spitzenverband, 2017, Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung.

¹¹¹ RECOVER ist ein vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf entwickeltes neues regionales Behandlungsmodell für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Es handelt sich um eine sektorenübergreifend-koordinierte, schweregrad-gestufte und evidenzbasierte Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Angehörigen, in der jede Patientin bzw. jeder Patient die individuell passende Behandlung bekommt (z.B. Psychotherapie, Job-Coaching, Krisenbehandlung etc.). Im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie wird geprüft, ob dieses Behandlungsmodell den bisherigen Behandlungsangeboten (Regelversorgung) überlegen ist.

Netzwerk für Versorgungsforschung (HAM - NET)“ und „Integrierte und gestufte Versorgung psychischer Erkrankungen durch Überwindung sektoraler Behandlungsbarrieren (COMET)“. Das Projekt HAM - NET hat unter Beteiligung der BGV und weiteren 30 Mitgliedsinstitutionen in Hamburg eine institutionenübergreifende Struktur zur Durchführung von Versorgungsprojekten und -forschung geschaffen. Das Projekt COMET untersucht ein innovatives Versorgungsmodell zu Behandlung von depressiven Störungen, Angststörungen, somatoformen Störungen und Alkoholmissbrauch in der hausärztlichen Praxis, d.h. in dem Setting, in dem eine erhebliche Zahl von psychischen Störungen betroffener Menschen behandelt werden.

4.1.12. Ambulante Pflege für psychisch kranke Menschen

Auf Grundlage des § 37 SGB V kann ambulante häusliche Krankenpflege als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen gewährt werden, wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Zudem kann häusliche Krankenpflege erbracht werden, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Die häusliche Krankenpflege steht damit in unmittelbarem Zusammenhang mit der Krankenbehandlung nach § 27 SGB V und unterstützt die medizinische Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht allerdings nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Betroffenen nicht im erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

Die zum 01. Juli 2005 in Kraft getretene Neufassung der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) erfasste erstmalig Leistungen der ambulanten psychiatrischen Pflege.

Die Leistungsanbieter schließen jeweils Einzelverträge mit den Krankenkassen; es besteht keine gesonderte Erfassung der Verträge.

4.1.13. Soziotherapie

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung haben seit dem 01. Januar 2000 Anspruch auf Soziotherapie (§ 37 a SGB V). Sie soll das ambulante Leistungsspektrum für schwer psychisch kranke Menschen mit dem Ziel ergänzen, Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen und eine selbstständige Lebensführung und Krankheitsbewältigung zu fördern.

Durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen soll den Betroffenen geholfen werden, psychosoziale Defizite abzubauen. Die Erkrankten sollen in die Lage versetzt werden, die erforderlichen ärztlich verordneten Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen, indem Einsicht, Initiative, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gefördert werden. Sie findet in der Regel im sozialen Umfeld der Patientinnen und Patienten statt.

Die Regelversorgung mit Soziotherapie richtet sich an Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und der Gruppe der affektiven Störungen mit psychotischen Symptomen, die in ihren Fähigkeiten und Funktionen maßgeblich beeinträchtigt sind. Das Spektrum der Diagnosen und der Fähigkeitsstörungen, bei denen die Verordnung einer Soziotherapie in Betracht kommt, wurde mit der am 15. April 2015 in Kraft getretenen Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie¹¹² erweitert und präzi-

¹¹² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2015, Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie vom 22.01.2015.

sirt. So wurde unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit von Suchterkrankten, Soziotherapie in Anspruch zu nehmen, aufgenommen. In begründeten Einzelfällen kann sie für alle Erkrankungen, die im ICD-10-Kapitel aufgenommen sind (Psychische und Verhaltensstörungen), verordnet werden, wenn die Fähigkeitsstörung stark eingeschränkt ist und weitere Co-Morbiditäten vorliegen.¹¹³

Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen können nach § 132 b SGB V unter Berücksichtigung der Soziotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) nach § 37 a Abs. 2 SGB V mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Soziotherapie schließen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. Vertraglich zugelassenen Personen können z. B. Sozialarbeiterinnen und -arbeitern, Sozialpädagoginnen und -pädagogen oder Fachkrankenschwestern bzw. -pfleger für Psychiatrie sein.

In dieser Richtlinie wurde u. a. festgelegt, dass nur Ärztinnen und Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde berechtigt sind, Verordnungen von Soziotherapie auszustellen. Eine Verordnung darf abhängig von dem individuellen Therapiebedarf maximal 30 Therapieeinheiten umfassen. Insgesamt dürfen höchstens bis zu 120 Stunden je Krankheitsfall innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren verordnet werden.

In Hamburg sind 36 Fachärztinnen und Fachärzte von der KVH befugt eine entsprechende Verordnung auszustellen. Sie können über die KVH-Arztuche im Internet¹¹⁴ eingesehen werden.

Zukünftig sollen auch alle Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten u. a. Soziotherapie verordnen dürfen, sofern hierfür eine Genehmigung der KVH vorliegt. Diese Befugnis wurde vom GBA im Juni 2017 beschlossen, kann aber erst angewendet werden, wenn im Bewertungsausschuss eine Einigung über die Vergütung erzielt wurde.

Bereits 2010 beschäftigte sich die 83. Gesundheitsministerkonferenz der Bundesländer mit den Umsetzungsproblematiken der Soziotherapie¹¹⁵, die unverändert bestehen.

Als Gründe für den geringen Umsetzungsgrad der Soziotherapie wurde vorrangig die Leistungsvergütung, die in keinem angemessenen Verhältnis zur geforderten Qualifikation des Leistungserbringers (Sozialpädagogen, Sozialarbeiter oder Fachkrankenschwestern für Psychiatrie mit jeweils 3-jähriger Berufserfahrung in einer Fachklinik) stehe, angeführt.

Außerdem ist die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die Soziotherapie verordnen sehr gering, die Leistung zu wenig bekannt und das Verfahren zur Anordnung umständlich und zeitaufwändig.

Nachdem die Soziotherapie in das SGB V eingefügt wurde, schätzte die Bundesregierung die jährlichen Kosten auf ca. 120 Mio. DM.¹¹⁶ Die Statistik der GKV KJ, endgültige Rechnungsergebnisse 2016 (s. Abb. 7) weist bundesweit aber nur Ausgaben in Höhe von 5,1 Millionen Euro für Soziotherapie aus.

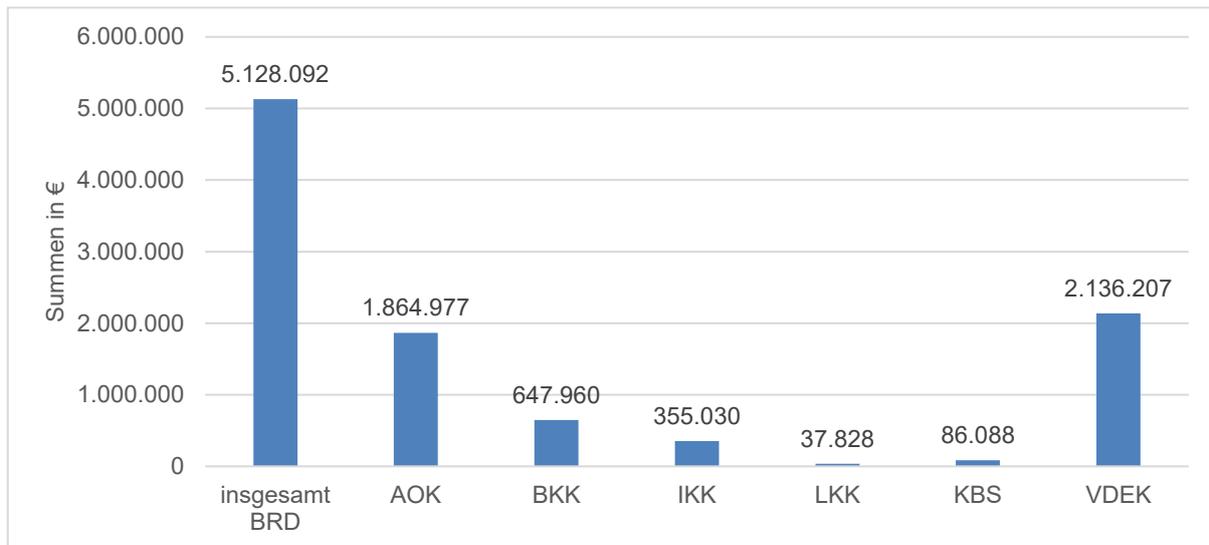
¹¹³ Vgl. KBV, 2018, Online-Artikel vom 16.03.2017.

¹¹⁴ KVH, 2018, Die KVH-Arztuche, bei *Fachgebiet*: „Psychiatrie und Psychotherapie“ und bei *Genehmigungspfl. Leistungen*: „Soziotherapie Verordnung“ eingeben

¹¹⁵ Gesundheitsministerkonferenz (83. GMK), 2010, Beschluss zu TOP 10.1.

¹¹⁶ Berufsverband der Soziotherapeuten e.V., 2018, Soziotherapie - Rechtliche Grundlagen.

Abb. 7: Ausgaben (bundesweit) der Krankenkassen für Soziotherapie nach § 37 a SGB V im Jahr 2016



Quelle: BMG, KJ 1, Stand 12.07.2017¹¹⁷

Die Abbildung zeigt, dass bundesweit die Ausgaben für Soziotherapie weit hinter den Erwartungen zurückgeblieben sind. Insbesondere in Hamburg konnte dieses Versorgungselement nie wirklich etabliert werden. Dies zeigt sich auch daran, dass laut Bundesverband der Soziotherapeuten e.V. es in Hamburg bisher nur zwei Anbieter gibt, die Soziotherapie erbringen.¹¹⁸ In Hamburg haben einzelne Krankenkassen Verträge mit diesen Leistungserbringern. Eine Landesrahmenvereinbarung gibt es nicht.

Der im SGB V festgeschriebene Anspruch auf Soziotherapieleistungen wird aus den aufgeführten Gründen weder in Hamburg noch bundesweit durch Verordnungen entsprechender Leistungen umgesetzt.

Zusammenfassung und Perspektiven

Soziotherapie als ein Element der Versorgung, um chronisch psychisch Kranke außerhalb von Einrichtungen erfolgversprechender zu behandeln und zu betreuen, wird in Hamburg und bundesweit zu wenig genutzt. Gleiches gilt für andere neuere Versorgungsansätze wie „Home-Treatment“ und Assertive Community Treatment (ACT) und die neuen Möglichkeiten der stationersetzenden Leistungen nach § 115 d SGB V. Die Umsetzung all dieser Versorgungselemente obliegt der Selbstverwaltung. Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz wird mit den Beteiligten beraten, wie diese Formen der Versorgung im Interesse der psychisch Kranken besser umzusetzen bzw. zu erproben sind, um mehr Menschen außerhalb von Institutionen versorgen zu können. Erkenntnisse u. a. aus dem mit Mitteln des Innovationsfonds vom Bund geförderten Projekts „RECOVER – Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schweregradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen“ sollen dabei argumentativ unterstützen.

¹¹⁷ Bundesministerium für Gesundheit, 12.07.2017, Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse 2016.

¹¹⁸ Berufsverband der Soziotherapeuten e. V., 2018, Soziotherapeuten Hamburg, 1. Praxis für Soziotherapie und 2. Landungsbrücke Sozialpsychiatrische Hilfe.

4.2. Krankenhausversorgung¹¹⁹

Ausgangslage

Als Krankenhäuser werden stationäre Einrichtungen gemäß § 107 SGB V unter ständiger ärztlicher Leitung zur Akutversorgung bzw. zur jederzeitigen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit akuten Zuständen bezeichnet. Mit Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes erhält ein Krankenhaus seinen Versorgungsauftrag (§ 108 Nr. 2 SGB V).

Das Ziel der Psychiatriereform infolge der Psychiatrie-Enquête aus dem Jahr 1972, die klinisch psychiatrischen Behandlungskapazitäten möglichst umfassend in die Allgemeinkrankenhäuser zu integrieren, wurde in Hamburg nahezu vollständig umgesetzt. Im Hamburger Stadtgebiet sind mit Ausnahme zweier eigenständiger Tageskliniken¹²⁰ alle Krankenhausangebote in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigenständige Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern eingebunden.

Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie

Angebotsspektrum

In den allgemeinpsychiatrischen Abteilungen und Kliniken der im Krankenhausplan der Freien und Hansestadt Hamburg aufgenommenen Krankenhäuser wird das gesamte Spektrum psychischer Störungen einschließlich gerontopsychiatrischer und psychosomatischer Störungen sowie Abhängigkeitserkrankungen behandelt.

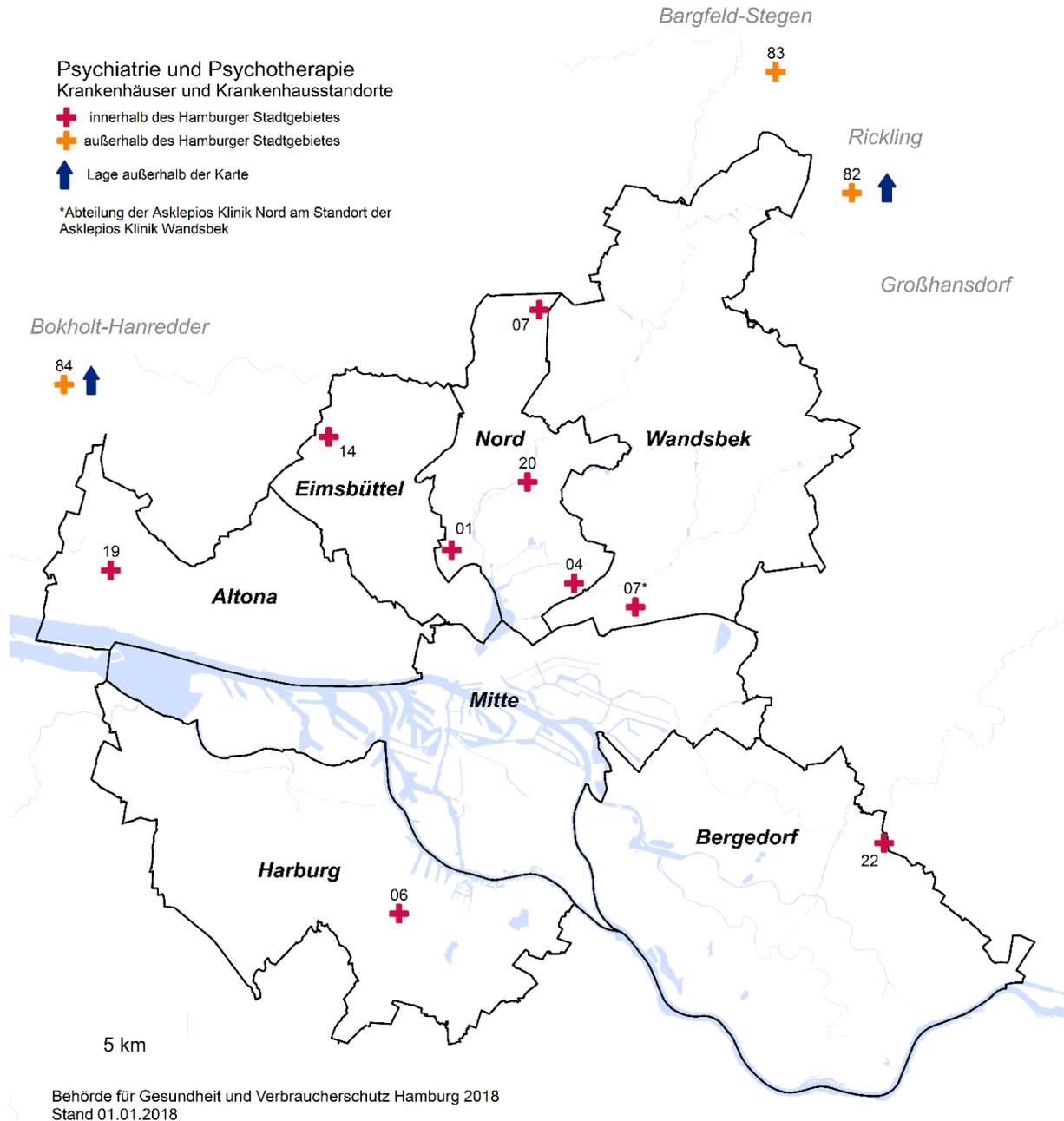
Hamburg verfügt über ein sehr dichtes Netz wohnortnaher klinisch-stationärer und -teilstationärer psychiatrischer Versorgungsangebote. In allen Bezirken werden teilstationäre (Abb. 15) und – mit Ausnahme des Bezirks Hamburg-Mitte – vollstationäre Klinikangebote (Abb. 8) vorgehalten.

Fünf psychiatrische Krankenhäuser und acht psychiatrische Fachabteilungen, darunter eine Universitätsklinik, die zusammen 1.621 Betten und 605 teilstationäre Behandlungsplätze vorgehalten, stellen die klinisch-psychiatrische Versorgung Erwachsener in Hamburg sicher. Drei psychiatrische Krankenhäuser, davon eine spezialisierte Fachklinik für Abhängigkeitskranke, haben ihre Standorte außerhalb des Hamburger Stadtgebiets. In diesen sind mit dem Krankenhausplan 2020 der Freien und Hansestadt Hamburg zusammen 108 Betten des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie ausgewiesen.

¹¹⁹ Zahlen ohne näherer Angabe beziehen sich zum Stand 31.12.2015.

¹²⁰ Psychiatrische Tagesklinik Hamburg-Mitte; Verhaltenstherapie Falkenried MVZ GmbH.

Abb. 8: Psychiatrie und Psychotherapie: Kartenübersicht – Krankenhäuser und Krankenhausstandorte in Hamburg – vollstationäre Versorgung



Eine Übersicht der Standorte der psychiatrischen Tageskliniken in Hamburg bietet Abb. 15.

In Hamburg ist die psychiatrische Krankenhausbehandlung regional sektoriert, d. h. Patientinnen und Patienten mit Unterbringungsbeschluss nach BGB bzw. HmbPsychKG sind von den sieben an der psychiatrischen Pflichtversorgung teilnehmenden Krankenhäusern aufzunehmen, in deren Einzugsgebiet sie ihren Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Abb. 9: Psychiatrie und Psychotherapie: Kartenübersicht –
Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung – vollstationäre Versorgung

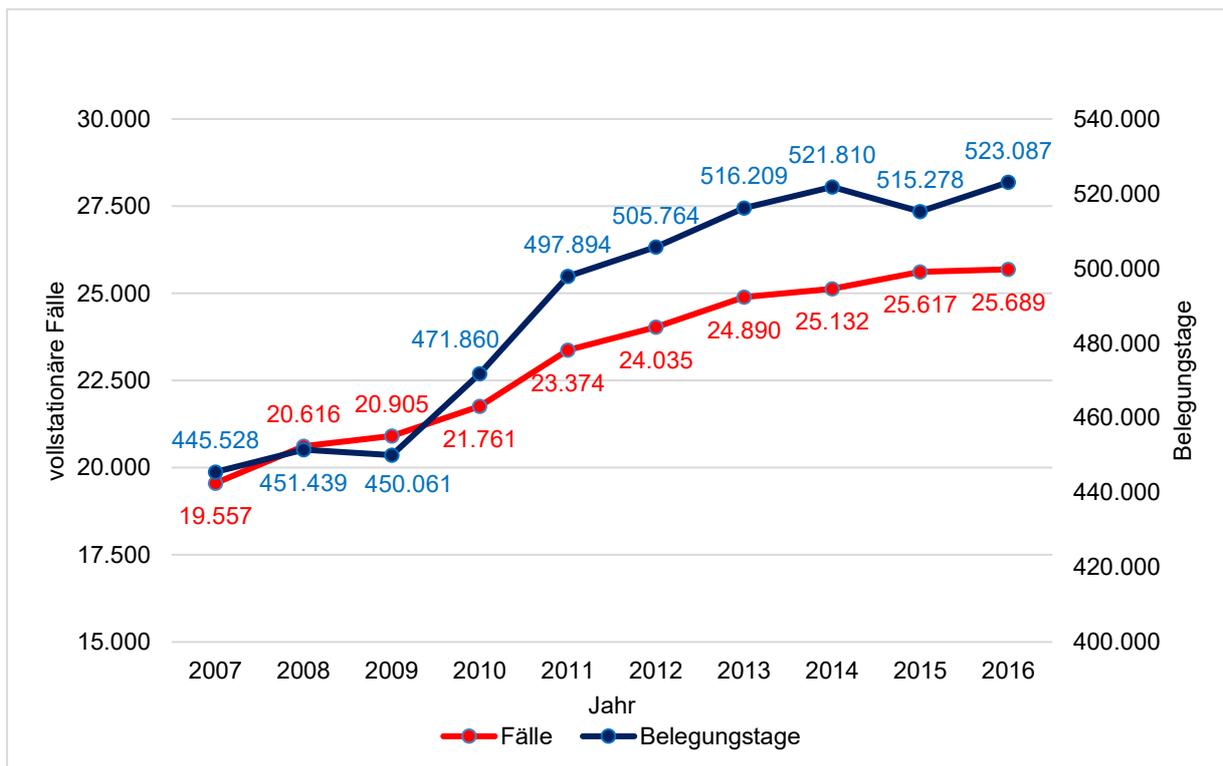


Die Freie und Hansestadt Hamburg hat in den Jahren 2010-2017 die bauliche und strukturelle Weiterentwicklung der im Krankenhausplan ausgewiesenen Krankenhäuser im Bereich des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie mit Mitteln aus der Krankenhausinvestitionsförderung in Höhe von rund 27 Mio. Euro unterstützt. Davon entfielen rund 19 Mio. Euro auf sechs Neu- bzw. Umbau- oder Erweiterungsmaßnahmen im Bereich der vollstationären und rund 8 Mio. Euro auf 9 Fördermaßnahmen im Bereich der teilstationären Versorgung. Im Jahr 2018 wurden der Asklepios Klinik Nord (Standort Wandsbek) für die bauliche Erweiterung der Akutstation (geschützter Bereich) Mittel in Höhe von gut 4,5 Mio. Euro bewilligt.

Vollstationäre psychiatrische Versorgung

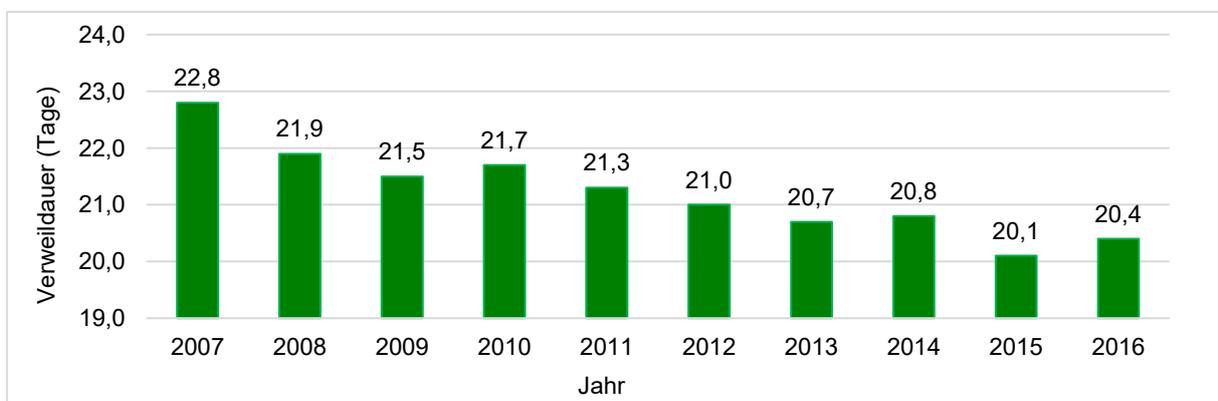
Nachdem im Rahmen der Umsetzung der Psychiatrie-Enquete die vollstationären klinischen Kapazitäten in Hamburg bis zum Jahr 2005 deutlich reduziert werden konnten, sind in den vergangenen 10 Jahren Nachfrage (Abb. 10) , Leistungen und in der Folge die Kapazitäten der vollstationären Versorgung im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie wieder gestiegen (Abb. 12).

Abb. 10: Psychiatrie und Psychotherapie: Entwicklung der vollstationären Krankenhausfälle und Belegungstage von 2007 bis 2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern



Quelle: Angaben der Krankenhäuser und Krankenhausträger gemäß § 15 HmbKHG (Datenauswertung BGV)

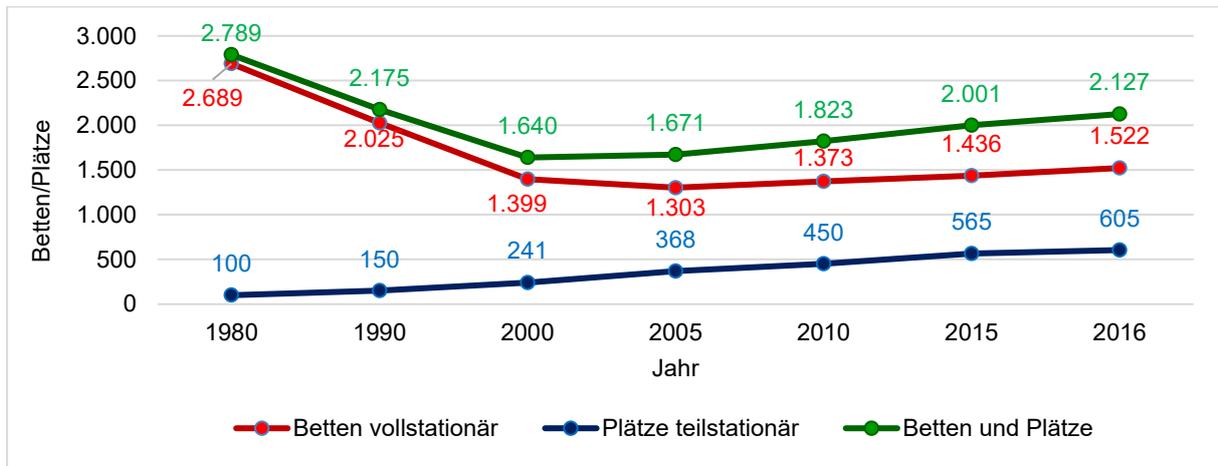
Abb. 11: Psychiatrie und Psychotherapie: Entwicklung der vollstationären Verweildauer¹²¹ von 2007-2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern



Quelle: Angaben der Krankenhäuser und Krankenhausträger gemäß § 15 HmbKHG (Datenauswertung BGV)

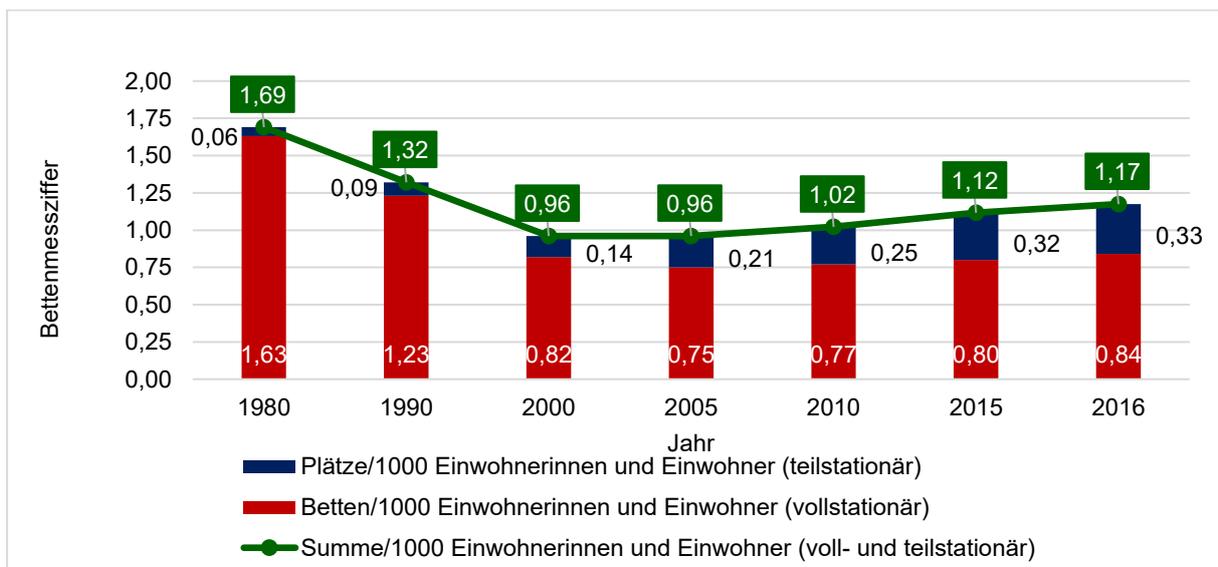
¹²¹ Die vollstationäre Verweildauer bezieht sich auf eine 7-Tage-Woche (Montag-Sonntag).

Abb. 12: Psychiatrie und Psychotherapie: Entwicklung der voll- und teilstationären Kapazitäten von 1980-2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern



Quelle: BGV (Betten und Plätze zum 31.12. der angegebenen Jahre)

Abb. 13: Psychiatrie und Psychotherapie: Entwicklung der voll- und teilstationären Kapazitäten von 1980-2016 pro Einwohner/in in den Hamburger Plankrankenhäusern



Quelle: BGV (Betten und Plätze zum 31.12. der angegebenen Jahre); Statistikamt Nord (Bevölkerung aus der Bevölkerungsfortschreibung zum 31.12. der angegebenen Jahre); eigene Berechnungen.

Die Zahl der im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie aus der vollstationären Krankenhausbehandlung in Krankenhäusern auf Hamburger Stadtgebiet entlassenen Fälle ist von 15.986 Fällen im Jahr 2005 auf 22.519 Fälle im Jahr 2015 gestiegen¹²²; das entspricht einer Steigerung von rund 41 %. Im gesamten Bundesgebiet ist die Zahl der aus der vollstationären Krankenhausbehandlung in diesem Fachgebiet entlassenen Fälle im gleichen Zeitraum dagegen nur um ca. 16 % gestiegen.¹²³

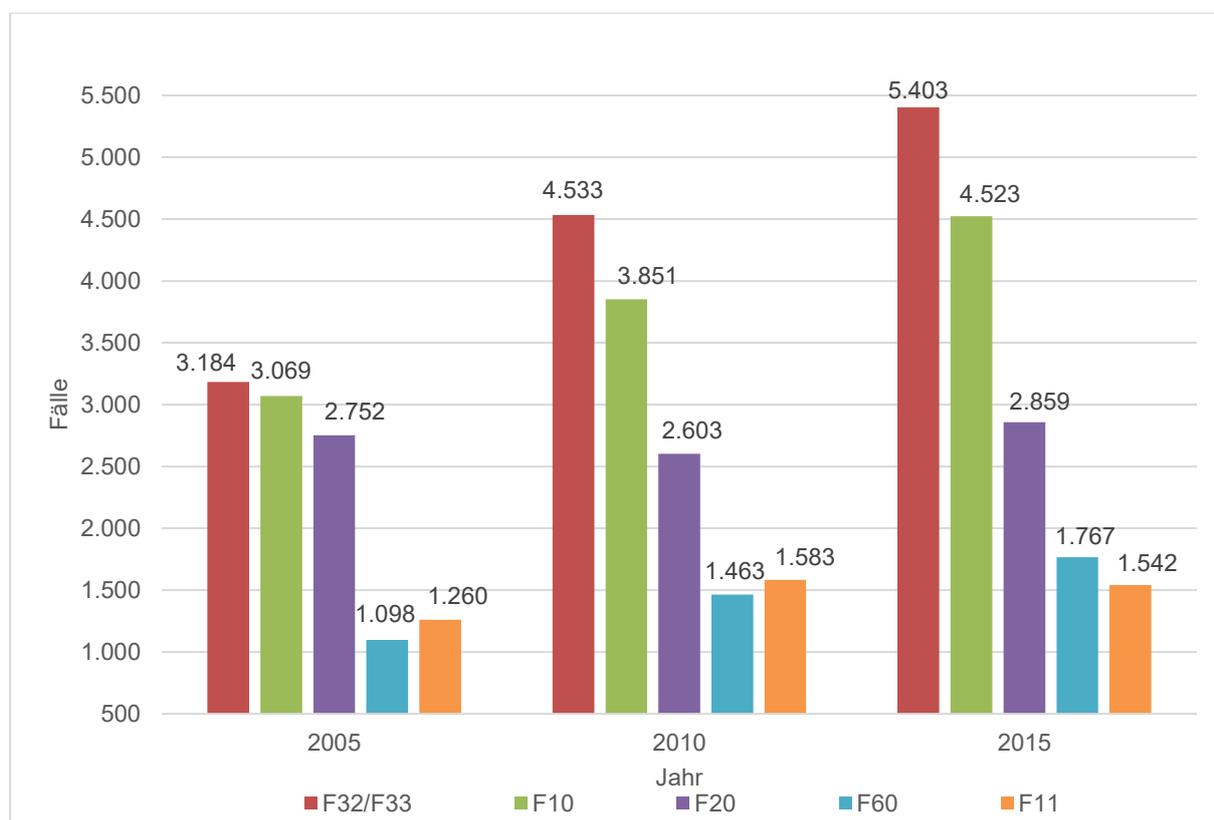
Die in den Jahren 2005, 2010 und 2015 in den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie der Krankenhäuser auf Hamburger Stadtgebiet am häufigsten dokumentierten Diagnosen gemäß ICD 10 sind die „Depressive Episode“ (F32) und die „Rezidivierende depressive

¹²² Krankenhausdiagnosestatistik nach KHStatV (Diagnosestatistik der BGV).

¹²³ Vgl. Statistisches Bundesamt, 2017, Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern.

Störung“ (F33). Danach folgen „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (F10) sowie „Schizophrenie“ (F20). Damit beschreiben diese drei Diagnosen über den Betrachtungszeitraum hinweg die am häufigsten im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie vollstationär versorgten Störungen, gefolgt von „Spezifischen Persönlichkeitsstörungen“ (F60) und „Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide“ (F11).

Abb. 14: Psychiatrie und Psychotherapie: Häufigste Diagnosen in den Hamburger Plankrankenhäusern (vollstationäre Versorgung)



Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik nach KHStatV (Diagnosestatistik der BGV)

Auffällig dabei ist die im Vergleich zu den Suchterkrankungen (ICD 10: F10) und den affektiven Erkrankungen (ICD 10: F32/F33) sehr geringe Zunahme der Fälle mit klassisch psychiatrischen Diagnosen wie z. B. Psychosen (ICD 10: F20). Während die Zahl der von 2005-2015 in Hamburg dokumentierten depressiven Störungen um rund 70 % (im Bundesgebiet um 51 %¹²⁴) und die der suchtbedingten Störungen um 47 % (im Bundesgebiet um 13,0 %¹²⁵) stieg, blieb der Anteil der in den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie der Krankenhäuser auf Hamburger Stadtgebiet dokumentierten psychotischen Erkrankungen mit geringer Steigerung von rund 4 % (im Bundesgebiet Rückgang um -2 %¹²⁶) weitgehend stabil. Die im Verlauf der Jahre 2005 bis 2015 steigende Nachfrage nach vollstationären Leistungen im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie in Krankenhäusern auf Hamburger Stadtgebiet beruht danach im Wesentlichen auf einer Zunahme von Depressionen, Suchterkrankungen einschließlich Folgestörungen sowie Persönlichkeitsstörungen. Allein diese Erkrankungen machen im Jahr

¹²⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt, 2017, Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern.

¹²⁵ Vgl. ebd.

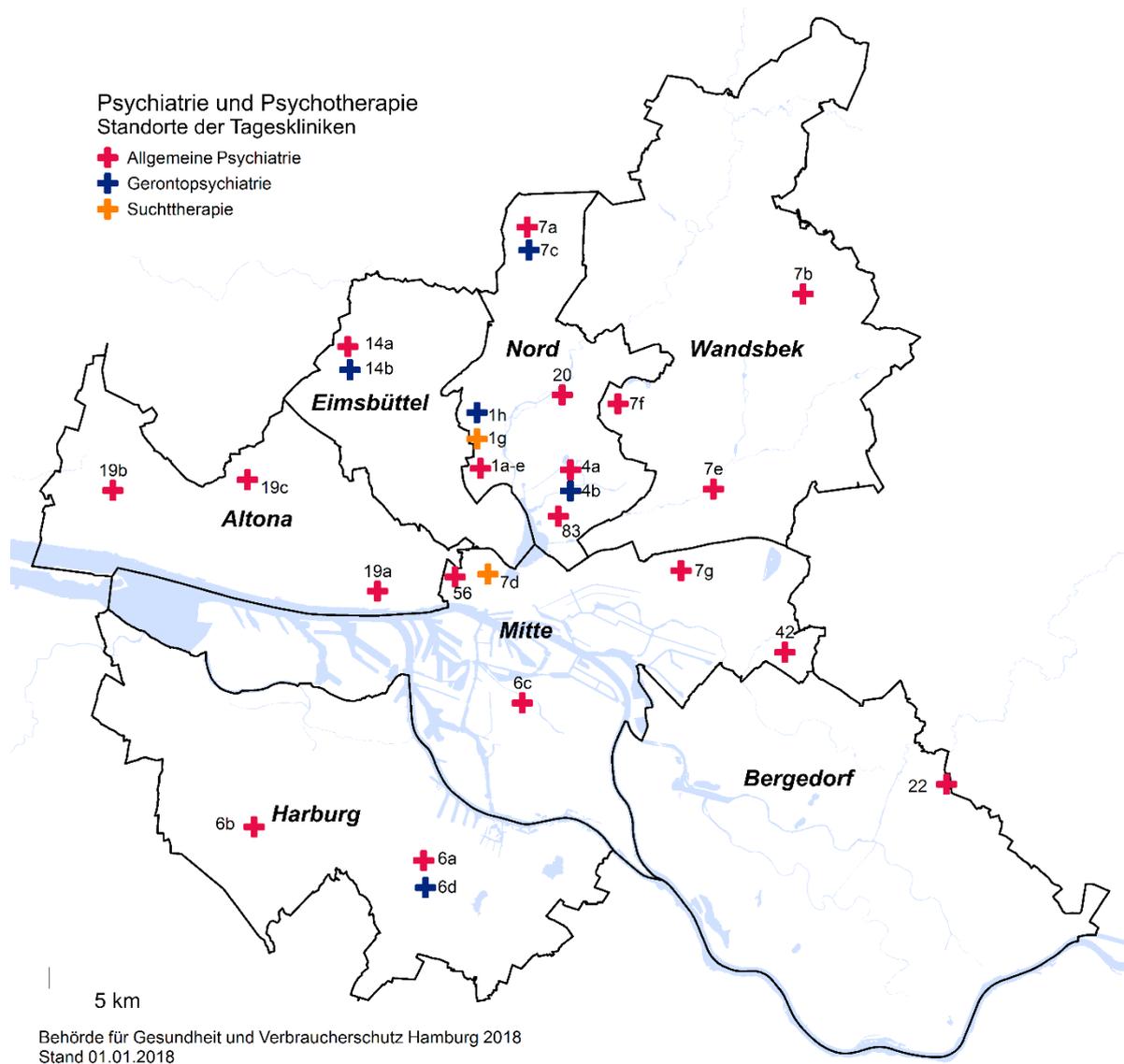
¹²⁶ Vgl. ebd.

2015 einen Anteil von 72 % aller im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie in Krankenhäusern auf Hamburger Stadtgebiet aufgezeichneten Diagnosen aus.¹²⁷

Teilstationäre psychiatrische Versorgung

Die Regionalisierung der klinisch-psychiatrischen Versorgung in Hamburg ist insbesondere durch die Einrichtung dezentraler teilstationärer Versorgungsangebote unterstützt worden. Im Ergebnis bestehen im Jahr 2018 in Hamburg 29 psychiatrische Tageskliniken, von denen fünf ein spezialisiertes Angebot für ältere Menschen (Gerontopsychiatrie) und zwei ein besonderes Angebot für suchtkranke Menschen vorhalten. 17 Tageskliniken befinden sich am Standort eines Krankenhauses mit vollstationärem Versorgungsangebot. 12 psychiatrische Tageskliniken sind als Einzelstandorte wohnortnah über das Stadtgebiet verteilt.

Abb. 15: Psychiatrie und Psychotherapie: Kartenübersicht – Krankenhäuser und Krankenhausstandorte in Hamburg – teilstationäre Versorgung

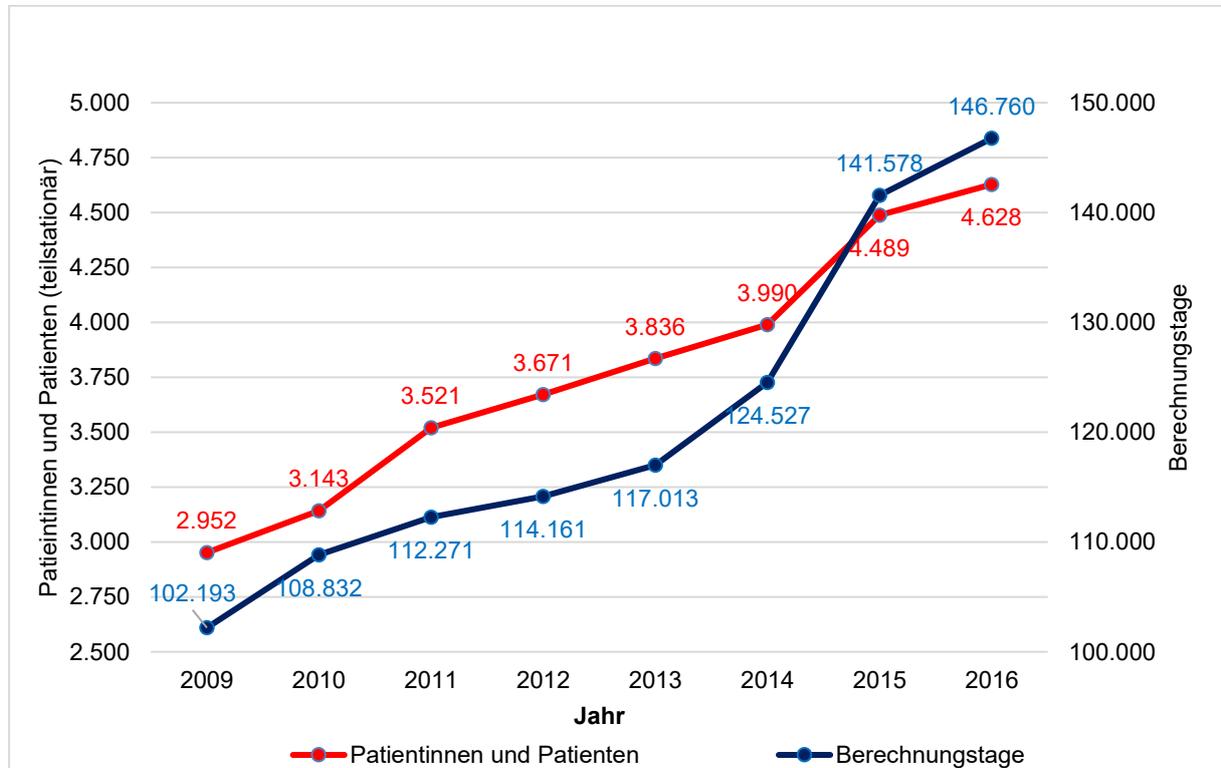


Erläuterung siehe Anhang.

¹²⁷ Krankenhausdiagnosestatistik nach KHStatV (Diagnosestatistik der BGV).

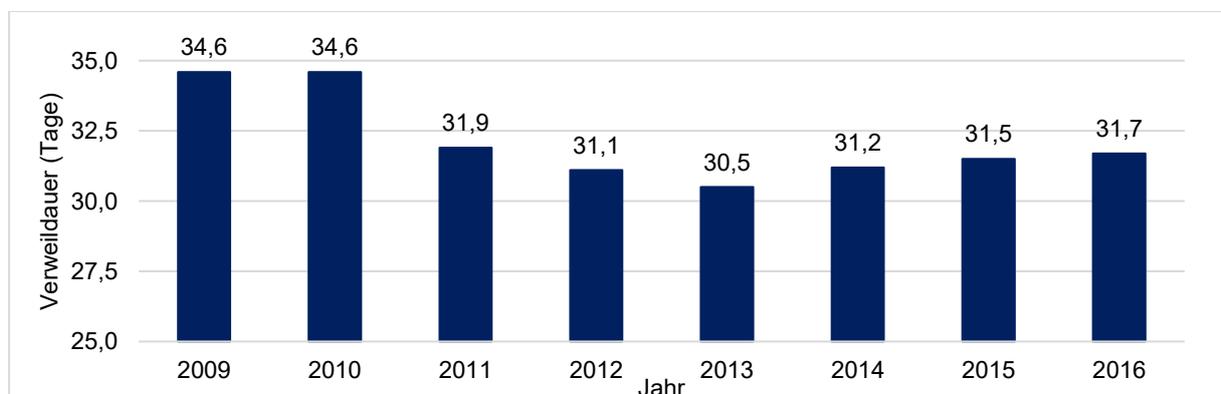
Seit dem Jahr 2009 sind Nachfrage, Leistungen und in der Folge die Kapazitäten der teilstationären Versorgung im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie in Hamburg gestiegen.

Abb. 16: Psychiatrie und Psychotherapie: Entwicklung der teilstationären Patientenzahlen und Berechnungstage 2009-2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern



Quelle: Angaben der Krankenhäuser und Krankenhausträger gemäß § 15 HmbKHG (Datenauswertung BGV); Patientinnen und Patienten: jede im Berichtsjahr behandelte Patientin/jeder im Berichtsjahr behandelte Patientin wird als eine Patientin/ein Patient pro Jahr gezählt unabhängig von der Dauer und eventuellen weiteren Behandlungssequenzen innerhalb eines Jahres. Patienten, die über den Jahreswechsel behandelt werden, werden in beiden Jahren jeweils einmal gezählt.

Abb. 17: Psychiatrie und Psychotherapie: Entwicklung der teilstationären Verweildauer¹²⁸ von 2009-2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern



Quelle: Angaben der Krankenhäuser und Krankenhausträger gemäß § 15 HmbKHG (Datenauswertung BGV)

¹²⁸ Die teilstationäre Verweildauer bezieht sich auf eine 5-Tage-Woche (Montag-Freitag).

Die Kapazität der im Krankenhausplan ausgewiesenen teilstationären Behandlungsplätze stieg seit dem Jahr 1980 von zehn Plätzen in drei Tageskliniken auf 565 (2018: 605) Plätze in 28 Tageskliniken bei einer seit dem Jahr 2010 zunehmenden Auslastung von rund 95 % auf 99 % (2016: 101 %).

Die starke Ausweitung des Angebots psychiatrischer Tageskliniken im Verlauf der vergangenen zehn Jahre hat zu keiner erkennbaren strukturellen Verbesserung der psychiatrischen Versorgung geführt. Aus Sicht der für die Krankenhausplanung zuständigen Fachbehörde bedarf es dringend mehr Flexibilität und Durchlässigkeit in der klinischen Leistungserbringung. Die im Vordergrund stehende Diagnose der Tageskliniken in Hamburg ist die Diagnose Depression. Hier ist besonders darauf zu achten, dass tagesklinische Behandlung nicht als Ersatz für unzureichende ambulante Behandlungsmöglichkeiten bzw. als Rehabilitationsleistung eingesetzt wird.

Das auf Initiative eines Krankenhausträgers im Jahr 2012 vorgelegte Konzept über die Einrichtung von vier „Zentren für Seelische Gesundheit (ZSG)“ hatte die Förderung der Flexibilität und Durchlässigkeit personenbezogener und damit bedarfsentsprechender Behandlungs- und Versorgungsangebote zum Ziel. Durch Einrichtung von Psychiatrischen Institutsambulanzen mit daran angebundene(n) Psychiatrischen Tageskliniken mit jeweils 20 teilstationären Behandlungsplätzen und ergänzenden Leistungsbestandteilen sollte insbesondere die wohnortnahe psychiatrische Versorgung in Stadtteilen mit besonderen Bedarfen gestärkt und weiter verbessert werden. Mittels dieses Konzepts sollten Leistungselemente integrativ und am jeweiligen persönlichen Bedarf orientiert erbracht werden. Krankenhausplanerisch ist dieses Vorhaben durch Ausweisung von vier zusätzlichen Tagesklinik-Standorten mit jeweils 20 teilstationären Behandlungsplätzen unterstützt worden. Damit erklärten sich die Krankenkassen und der Krankenhaus-Träger bereit, alternative, versorgungsebenen-übergreifende und leistungsorientierte Versorgungs- und Vergütungssysteme zu prüfen. Trotz mehrjähriger Verhandlungen – auch unter Moderation der zuständigen Behörde – ist der Versuch auf der Ebene der zuständigen Vertragspartner alternative Versorgungs- und Finanzierungsmodelle im klinischen Bereich zu etablieren, zunächst gescheitert.

Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

In den psychosomatischen Abteilungen und Kliniken der im Krankenhausplan der Freien und Hansestadt Hamburg ausgewiesenen Krankenhäuser wird das gesamte Spektrum psychosomatischer Störungen, insbesondere somatoforme funktionelle und Schmerz- und Essstörungen behandelt. Entsprechend gehören dazu somatische Erkrankungen und Beschwerden, die durch psychische und psychosoziale Belastungen hervorgerufen, verstärkt oder aufrechterhalten werden ebenso wie psychische Leiden, die im Zusammenhang mit einer somatischen Grunderkrankung auftreten. Zudem ist eine große Überschneidung der (Haupt-)Diagnosen sowie der therapeutischen Ziele und Maßnahmen in den Fachgebieten Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Psychiatrie und Psychotherapie bei allerdings unterschiedlicher Verweildauer festzustellen. Mittelfristig ist daher unter Beteiligung aller relevant betroffenen Fachgebiete zu prüfen, ob die Versorgungsangebote der Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatischen Medizin in der Krankenhausplanung weiterhin getrennt betrachtet werden sollten. Weltweit hat sich nur in Deutschland aus historischen Gründen die psychosomatische Medizin als eigenständiges Fachgebiet in Abgrenzung zur Psychiatrie entwickelt. Auf diese

diskordante Entwicklung hat z. B. auch die DGPPN in ihrer Veröffentlichung „Psychiatrie 2020“ hingewiesen.¹²⁹

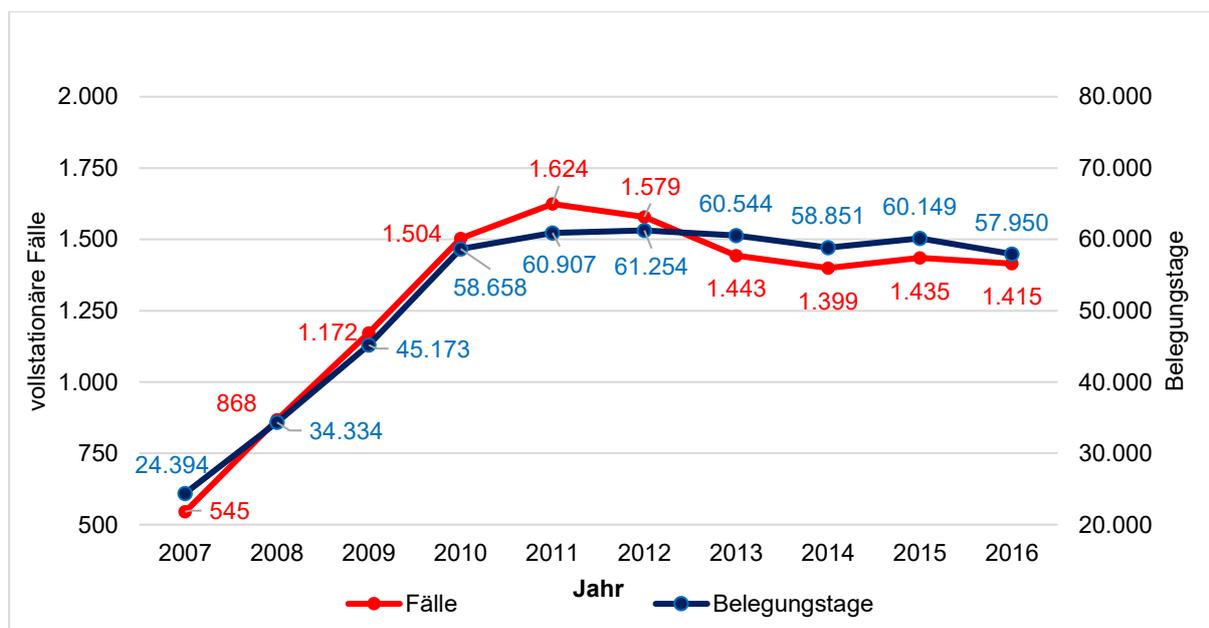
Im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gilt – anders als im Bereich der Psychiatrie – nicht das Prinzip der wohnortnahen klinischen Versorgung. Dennoch ist aus Sicht der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen eine regionale Verteilung gerade auch von teilstationären Versorgungsangeboten dieses Fachgebiet erstrebenswert.

Vollstationäre psychosomatische Versorgung

Zwei Fachabteilungen¹³⁰ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie leisten mit insgesamt 162 Betten (2018: 167) die vollstationäre Versorgung in Hamburg.

Nachdem zunächst dem zunehmenden Bedarf entsprechend, die Kapazitäten planerisch deutlich erhöht worden sind, ist seit dem Jahr 2010 die Inanspruchnahme der vollstationären Versorgung im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Hamburg weitgehend stabil (Abb. 18). Dabei fällt auf, dass zwischen 2011 und 2015 mit abnehmender Fallzahl ein Anstieg der durchschnittlichen Verweildauer einhergeht (Abb. 19).

Abb. 18: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Entwicklung der vollstationären Fälle und Belegungstage 2007 bis 2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern

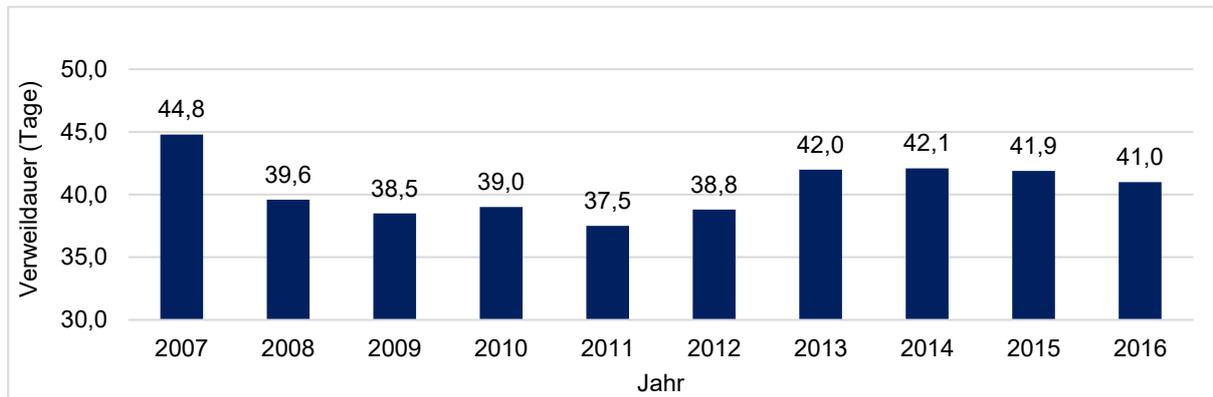


Quelle: Angaben der Krankenhäuser und Krankenhausträger gemäß § 15 HmbKHG (Datenauswertung BGV)

¹²⁹ Schneider, F.; et al., 2011, Psychiatrie 2020 plus, S. 21 ff.

¹³⁰ Asklepios Westklinikum Hamburg und Schön Klinik Eilbek.

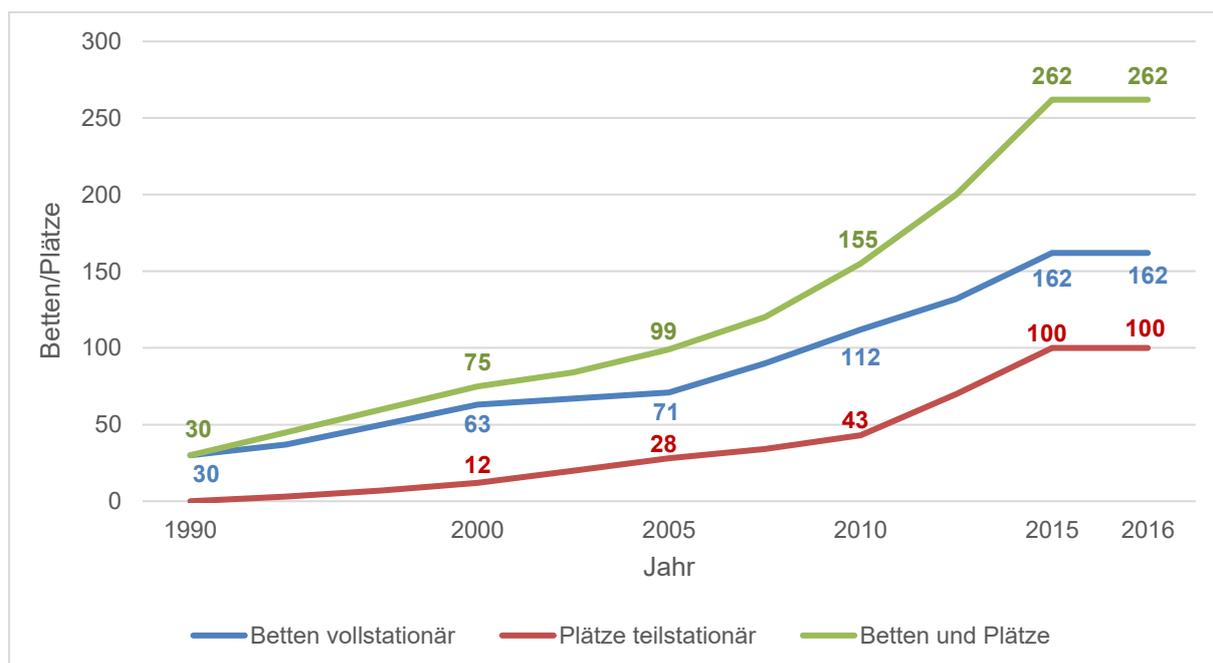
Abb. 19: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Entwicklung der vollstationären Verweildauer¹³¹ von 2007 bis 2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern



Quelle: Angaben der Krankenhäuser und Krankenhausträger gemäß § 15 HmbKHG (Datenauswertung BGV);

Die Kapazität der im Krankenhausplan ausgewiesenen Betten stieg von 112 im Jahr 2010 auf 162 im Folgejahr und ist seitdem unverändert. Die Auslastung liegt seitdem bei rund 100 % (2015: 102 %; 2016: 98 %).

Abb. 20: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Entwicklung der voll- und teilstationären Kapazitäten von 1990 bis 2016 in den Hamburger Krankenhäusern



Quelle: BGV (Betten und Plätze zum 31.12. der angegebenen Jahre)

Die Zahl der im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie aus der vollstationären Krankenhausbehandlung in Krankenhäusern auf Hamburger Stadtgebiet entlassenen Fälle ist von 474 Fällen im Jahr 2005 auf 1.571 Fälle im Jahr 2015 gestiegen, das entspricht einer Steigerung von ca. 231 %.¹³² Im gesamten Bundesgebiet ist die Zahl der aus der vollsta-

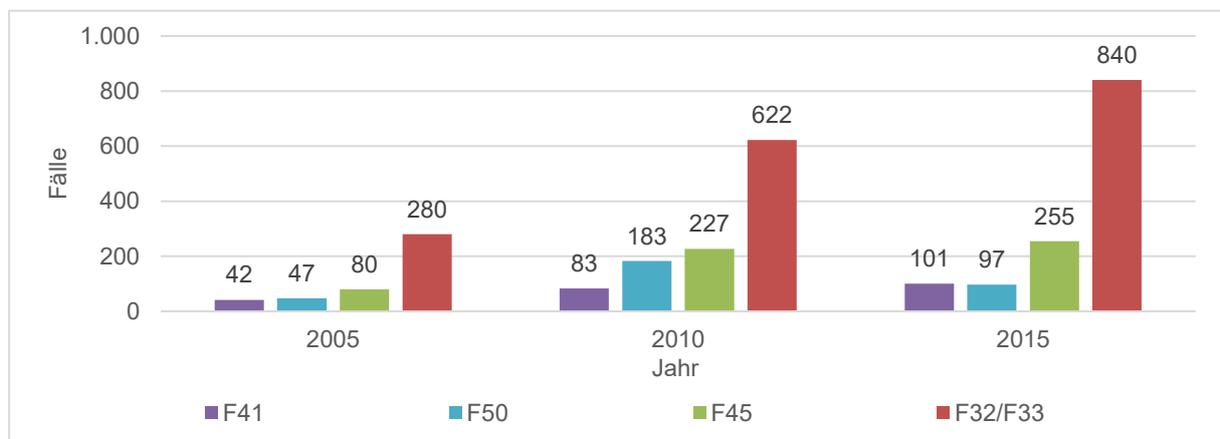
¹³¹ Die vollstationäre Verweildauer bezieht sich auf eine 7-Tage-Woche (Montag-Sonntag).

¹³² Krankenhausdiagnosestatistik nach KHStatV (Diagnosestatistik der BGV).

tionären Krankenhausbehandlung in diesem Fachgebiet entlassenen Fälle im gleichen Zeitraum dagegen um rund 61 % gestiegen.¹³³ Die Fallzahl begründet sich zum einen in zunehmenden Kapazitäten, zum anderen spielen aufgrund der unterschiedlichen Attraktivität der Finanzierung der Leistungen ökonomische Gründe eine Rolle.

Die in den Jahren 2005, 2010 und 2015 in den Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Hamburger Krankenhäuser am häufigsten dokumentierten Diagnosen gemäß ICD 10 sind die „Depressive Episode“ (F32) und die „Rezidivierende depressive Störung“ (F33). Danach folgen „Somatoforme Störungen“ (F45) sowie „Andere Angststörungen“ (F41) bzw. „Essstörungen“ (F50).

Abb. 21: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Häufigste Diagnosen von 2005 bis 2015 in den Hamburger Plankrankenhäusern (vollstationäre Versorgung)



Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik nach KHStatV (Diagnosestatistik der BGV)

Die ICD 10-Diagnosen F32/F33 machen im Jahr 2015 einen Anteil von rund 54 % aller im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Hamburger Krankenhäusern aufgezeichneten Diagnosen aus.¹³⁴ Dies bestätigt für Hamburg die Annahme einer großen Überschneidung mit den (Haupt-)Diagnosen im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie.

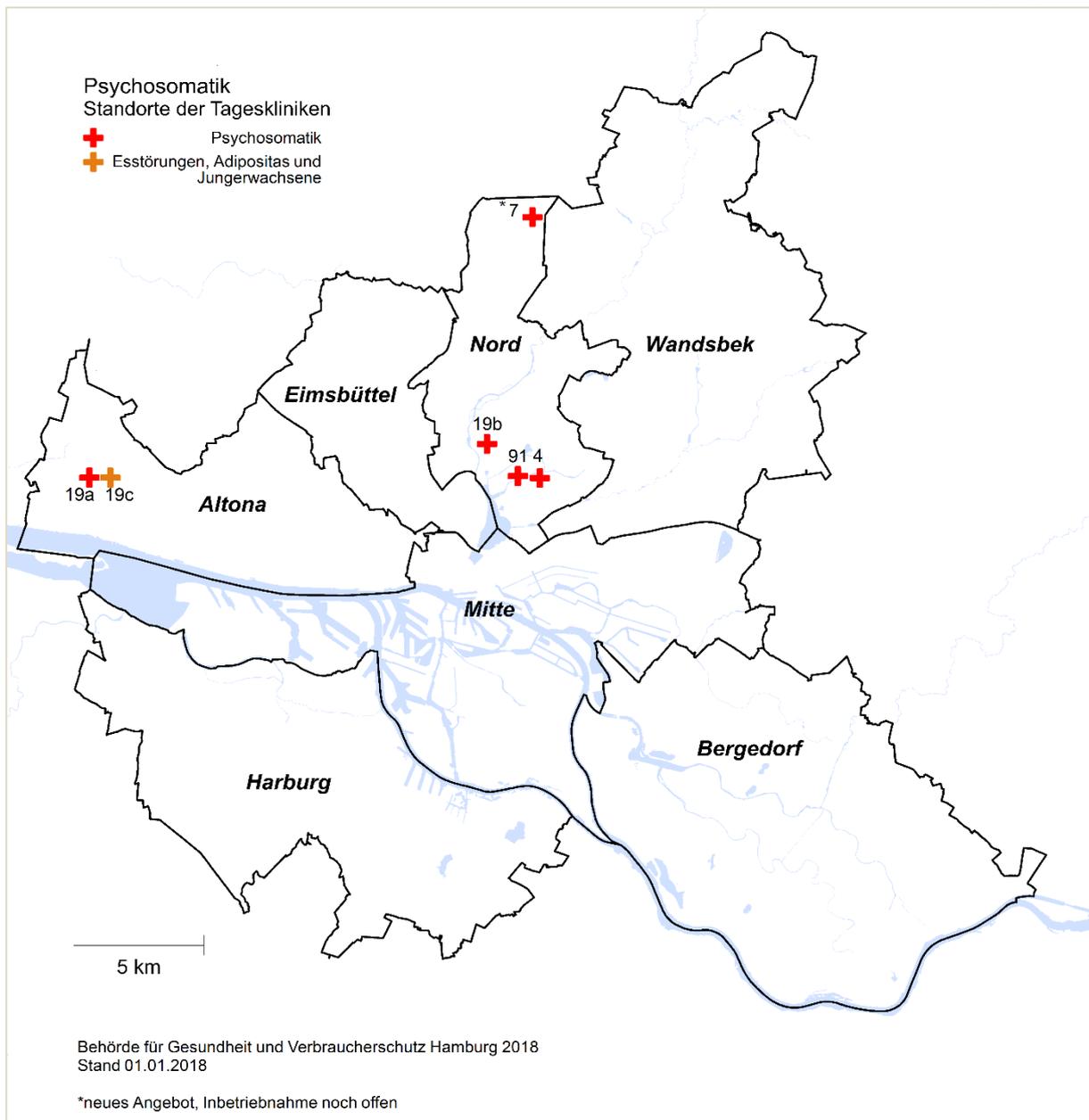
Teilstationäre psychosomatische Versorgung

Im Jahr 2015 betreiben in Hamburg zwei Allgemeinkrankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie eine Fachklinik fünf psychosomatische Tageskliniken mit insgesamt 100 teilstationären Behandlungsplätzen an vier Standorten.

¹³³ Vgl. Statistisches Bundesamt, 2017, Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern.

¹³⁴ Krankenhausdiagnosestatistik nach KHStatV (Diagnosestatistik der BGV).

Abb. 22: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Kartenübersicht – Krankenhäuser und Krankenhausstandorte in Hamburg – teilstationäre Versorgung



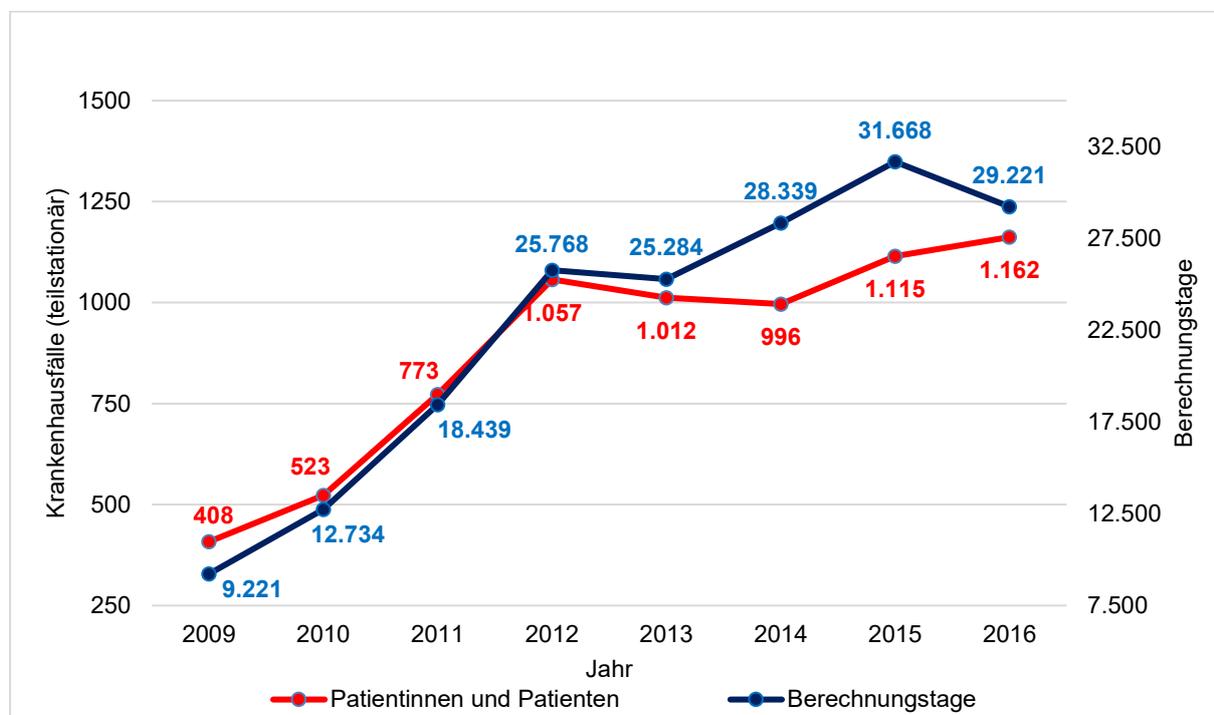
Erläuterung siehe Anhang

Eine Tagesklinik mit 20 Behandlungsplätzen ist auf die Behandlung von jungerwachsenen Patientinnen und Patienten mit Essstörungen spezialisiert. Eine separat betriebene Tagesklinik mit 12 Behandlungsplätzen arbeitet in enger Verzahnung mit dem ambulanten Versorgungsangebot des Trägers an einem Standort.

Aufgrund der Bedarfsentwicklung sind die im Krankenhausplan der Freien und Hansestadt Hamburg ausgewiesenen teilstationären Kapazitäten im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie von 12 Behandlungsplätzen an einem Krankenhausstandort im Jahr 2000 schrittweise auf 100 Behandlungsplätze im Jahr 2016 erhöht worden. Der aktuelle Krankenhausplan sieht eine weitere Steigerung auf insgesamt 120 Plätze vor und die Einrichtung eines zusätzlichen Standortes an der Asklepios Klinik Nord. Die Zahl der in den psychosomatischen Tageskliniken in Hamburg behandelten Patientinnen und Patienten hat sich seit dem Jahr 2010 mehr als verdoppelt. Dabei weist die Entwicklung der Berechnungstage eine noch

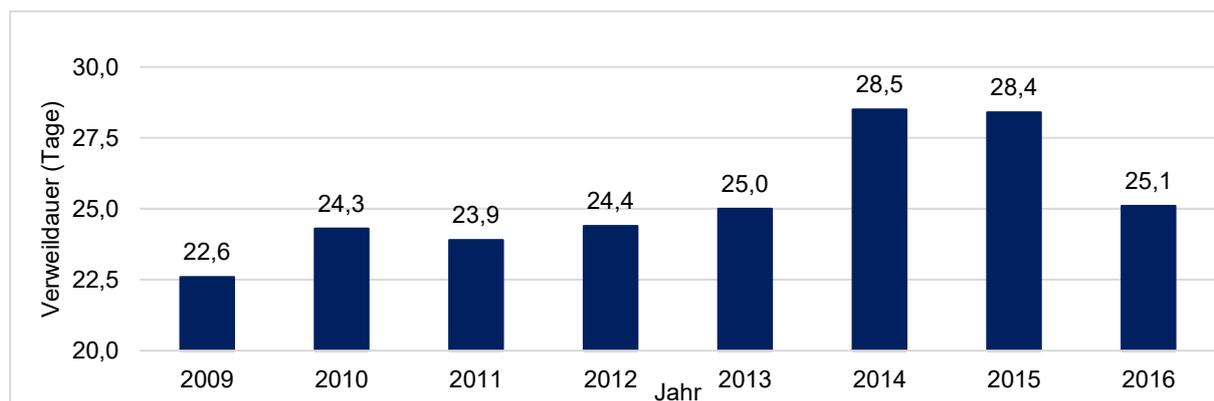
stärkere Dynamik auf, was auch mit einer Zunahme der durchschnittlichen Verweildauer bis zum Jahr 2015 begründet ist.

Abb. 23: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Entwicklung der teilstationären Krankenhausfälle¹³⁵ und Berechnungstage von 2009 bis 2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern



Quelle: Angaben der Krankenhäuser und Krankenhausträger gemäß § 15 HmbKHG (Datenauswertung BGV)

Abb. 24: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Entwicklung der teilstationären Verweildauer¹³⁶ von 2009 bis 2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern



Quelle: Angaben der Krankenhäuser und Krankenhausträger gemäß § 15 HmbKHG (Datenauswertung BGV);

Die Auslastung der Tageskliniken konnte nach einem Anstieg von 116 % im Jahr 2010 auf rund 146 % im Jahr 2012 auf 115,0 % im Jahr 2016 stabilisiert werden. Auf Basis dieser Belegungsdaten ist im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie von einem

¹³⁵ Gezählt werden die teilstationären Fälle hier als Patientinnen und Patienten einmal pro Jahr.

¹³⁶ Die teilstationäre Verweildauer bezieht sich auf eine 5-Tage-Woche (Montag-Freitag).

Bedarf an 20 zusätzlichen teilstationären Behandlungsplätzen auszugehen, die mit der Zwischenfortschreibung des Krankenhausplans 2020 ausgewiesen wurden.

Zusammenfassung und Perspektive Kap. 4.2.

Der Bereich der klinischen Versorgung von psychisch erkrankten Menschen hat sich in der Freien und Hansestadt Hamburg in den letzten beiden Jahrzehnten weiter gemäß den Zielsetzungen der Psychiatrie-Enquête entwickelt. Mit Eröffnung der psychiatrischen Abteilung am Standort der Asklepios Klinik Wandsbek im Jahr 2011 konnte die mit dem Modellprogramm Psychiatrie in den achtziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts in Hamburg begonnene Dezentralisierung der klinischen Versorgung abgeschlossen werden. Damit verfügt Hamburg über ein dichtes Netz regional sektoriert arbeitender psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

Der gelungene Paradigmenwechsel in Richtung einer sozial- und gemeindepsychiatrischen Versorgung war mit dem Abbau stationärer Langzeitbetten und dem Auf- und Ausbau ambulanter medizinischer, komplementärer und rehabilitativer Angebotsstrukturen verbunden. Parallel zum Abbau der allgemeinpsychiatrischen Langzeitbetten nahm die Anzahl betreuter Wohnformen zu (s. Kap. 4.5.). Die Behandlungsdauer pro Krankenhausaufenthalt hat sich im Verlauf dieser Entwicklung erheblich reduziert. Eine ausreichend lange Verweildauer zur Sicherstellung der Wirksamkeit von Arzneimitteltherapien und zur Einleitung ggf. notwendiger rehabilitativer Maßnahmen muss in den Krankenhäusern jedoch weiterhin gewährleistet werden. Krankenhäuser erfüllen inzwischen fast ausschließlich Aufgaben der Akutversorgung. Das Angebot richtet sich vor allem an Patientinnen und Patienten, die einer besonderen Behandlungsintensität bedürfen.

In der Folge haben die vollstationären Kapazitäten bis zum Jahr 2000 kontinuierlich abgenommen. Seitdem führt die stetig steigende Inanspruchnahme der klinischen Angebote zu einem Wiederanstiegen der Kapazitäten. Auffallend ist dabei, dass der Anstieg der Fallzahlen deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegt. Die Auswertung der häufigsten Diagnosen (s. Abb. 14) lässt zudem erkennen, dass es nicht die psychotischen Erkrankungen sind, die zu der Zunahme der Fallzahlen geführt haben, sondern in erster Linie die depressiven Erkrankungen gefolgt von Suchterkrankungen. Dies ist umso bemerkenswerter, da es zahlreiche ambulante Behandlungskonzepte gerade bei depressiven Erkrankungen gibt und nur in den seltensten Fällen z.B. bei hoher Suizidalität eine vollstationäre Behandlung erforderlich sein sollte. In wie weit dies ein Hinweis auf qualitativ nicht ausreichende ambulante Behandlungsmöglichkeiten ist bleibt kritisch zu beobachten. Auch die sehr deutliche Zunahme der tagesklinischen Kapazitäten (von 241 Plätzen im Jahr 2000 auf 605 Plätze im Jahr 2017; das entspricht einer Steigerung von 150 %) hat nicht zu der gewünschten und erwarteten Entlastung des vollstationären Bereiches geführt. Die nötige Flexibilität des Instrumentes tagesklinische Behandlung bei zum Teil sehr langen Verweildauern fehlt. So müssen z. B. gerade zum Ende einer Behandlung nicht alle Patientinnen und Patienten an fünf Tagen in der Woche tagesklinisch behandelt werden. Die nötigen Übergänge flexibler zu gestalten ist Sache der Selbstverwaltung. Trotz zahlreicher Appelle und moderierender Interventionen durch die zuständige Fachbehörde ist es bisher nicht gelungen, hier modellhaft neue Konzepte für die tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie zu konzipieren.

Ziel des Senats im Rahmen der Krankenhausplanung ist u. a. die Optimierung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen durch Umsetzung gemeindepsychiatrischer Versorgungsansätze mittels Schaffung wohnortnaher klinischer Behandlungsangebote. Entsprechend steht die weitere Dezentralisierung tagesklinischer Angebote sowie insbesondere die Entwicklung alternativer, versorgungsebenen-übergreifender und leistungsorientierter Versorgungs- und Vergütungssysteme für die wohnortnahe klinisch-psychiatrische Versorgung im Vordergrund. Die gegenwärtig sektoral differenzierten Angebote der Klinik (vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, ambulant) müssen individuell, personenzentriert und flexibel arbeiten und aufeinander abgestimmt sein. Allerdings stellen hier bestehende Normen und Rahmenbedingungen die Partner der Selbstverwaltung (Krankenkassen und Krankenhausträger) vor kaum zu erfüllende Herausforderungen. Auf Bundesebene müssen Lösungen gefunden werden, dass die Art der Finanzierung nicht ausschlaggebend sein darf für den Ort der Behandlung einer psychisch kranken Person.

Um die im Rahmen auch des „Hamburger Modells“ (s. Kap. 4.1.11.) dokumentierten Effekte eines Rückgangs stationärer Aufnahmen und Wiederaufnahmen, der stationären Behandlungszeiten und der Behandlungsabbrüche sowie der Zunahme der Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen bei steigender Kosteneffektivität nachhaltig sichern zu können, müssen mobile, multiprofessionelle Behandlungsteams langfristig Kern der Klinikleistungen werden. In einem ersten Schritt in diese Richtung hat der Gesetzgeber in § 115 d SGB V die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung als neue Krankenhausleistung für psychisch Kranke mit Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit¹³⁷ definiert. Krankenhausträger und Krankenkassen als Vertragspartner können erstmalig für das Jahr 2018 eine krankenhauses-individuelle Vergütung für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung vereinbaren, das heißt, die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung kann ab 01.01.2018 erbracht werden¹³⁸. Bislang bietet kein Hamburger Krankenhaus diese Leistungsart an. Die zuständige Fachbehörde wird auf eine Umsetzung in Hamburg hinwirken.

Fortschrittlichere Elemente der klinischen Versorgung wie z. B. Soteria-ähnliche Ansätze sind in Hamburg aktuell nicht etabliert. Ein erstes Vorhaben an einem Krankenhausstandort ist wohl auch aus ökonomischen Erwägungen des Trägers wieder aufgegeben worden. Dennoch bleibt es aus fachlicher Sicht wünschenswert, Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Menschen in psychotischen Krisen solch einen milieutherapeutischen Ansatz in der Klinik bieten zu können. Merkmale dabei sind eine wohnliche, Angst mindernde Atmosphäre, die Mitbestimmung der Patientinnen und Patienten bei der Gestaltung des stationären Alltags, die individuelle Betreuung durch ein multiprofessionelles Team und der zurückhaltende Umgang mit Medikamenten. Zu diesem Zweck weist der Krankenhausplan zusätzliche Kapazitäten an einem Krankenhaus mit psychiatrischer Fachabteilung aus.¹³⁹

Auch im Fachgebiet der Psychosomatik ist das Angebot und damit die Inanspruchnahme in den letzten Jahren stetig gestiegen. Auch hier dominieren bei den Diagnosen die depressiven Erkrankungen (s. Abb. 21). Ein Vergleich der Diagnosen in den Fachgebieten Psychiatrie und

¹³⁷ Mit dem im November 2016 vom Deutschen Bundestag beschlossenen „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) ist die neue Leistungsart im SGB V eingeführt worden.

¹³⁸ Vgl. GKV-Spitzenverband, 2017, Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115 d Abs. 2 SGB V.

¹³⁹ FHH – Behörde für Gesundheit, 2018, Zwischenfortschreibung 2017 des Krankenhausplans 2020 der Freien und Hansestadt Hamburg, Anlage 2, S. 3.

Psychosomatik zeigt, dass sich eine strenge Trennung der Fachgebiete dadurch nicht begründen lässt. Mit der Fortschreibung des Krankenhausplans soll daher geprüft werden, ob eine gemeinsame planerische Betrachtung beider Fachgebiete zielführend ist.

4.3. Rehabilitations- und Schwerbehindertenrecht

Mit dem zum 1. Juli 2001 in Kraft getretenen SGB IX wurden das Rehabilitationsrecht (Teil 1) und das Schwerbehindertenrecht (Teil 2) zu einem besonderen Sozialgesetzbuch zusammengefasst. Im Mittelpunkt des SGB IX stand die Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebens für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. Ziel ist die Förderung ihrer Teilhabe an der Gesellschaft und auch am Arbeitsleben.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 23. Dezember 2016 ist das SGB IX zu einem eigenständigen Leistungsrecht weiterentwickelt worden. Mit dem SGB IX (Teil 1) ist nach einer Jahrzehnte währenden Diskussion ein einheitliches Rehabilitationsrecht für Menschen mit Behinderungen entstanden. Auch hatte sich seit dem Inkrafttreten des SGB IX gezeigt, dass Koordination, Kooperation und Konvergenz nicht so vollzogen wurden, wie es mit dem SGB IX zunächst erwartet und gewünscht worden war.

Mit dem BTHG ist das SGB IX (Teil 1) gestärkt und verbindlicher ausgestaltet worden, indem unter anderem die Regelungen zur Zuständigkeitsklärung, Bedarfsermittlung, zum Teilhabeplanverfahren und zu den Erstattungsverfahren der Rehabilitationsträger untereinander geschärft wurden und nun verbindlich für alle Rehabilitationsträger gelten. Auch die Leistungskataloge zur Medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Sozialen Teilhabe wurden präzisiert und erweitert. Sie gelten für alle Rehabilitationsträger, soweit sie für die jeweilige Leistungsgruppe zuständig sind.

Auch der Behinderungsbegriff ist mit dem BTHG verändert worden. Er wurde sprachlich an die UN-BRK (Präambel Buchstabe e); Art. 1 Satz 2)¹⁴⁰ angepasst und mit der Neudefinition kommt nunmehr zum Ausdruck, dass sich die Behinderung erst durch gestörte oder nicht entwickelte Interaktion zwischen dem Individuum und seiner materiellen und sozialen Umwelt manifestiert. Demnach sind Menschen mit Behinderungen Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.

Mit Einführung des SGB IX in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung wurde der Leistungskatalog der medizinischen Rehabilitation dahingehend präzisiert und erweitert, dass gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX erstmals Psychotherapie als Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte und Psychologinnen und Psychologen sowie gemäß § 26 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1, 2 und 5 SGB IX auch Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung, die Aktivierung von Selbsthilfepotentialen sowie Hilfen zur seelischen Stabilisierung, zur Förderung der sozialen und kommunikativen Kompetenz sowie im Umgang mit Krisensituationen gehören. Diese gesetzlichen Vorgaben gelten unverändert auch mit dem BTHG fort und sind seit dem 01.01.2018 im § 42 SGB IX verortet.

Auch die bisher gemäß § 109 Abs. 3 SGB IX bestehenden gesetzlichen Vorgaben gelten weiterhin und befinden sich aufgrund der Verschiebung des Schwerbehindertenrechts in den 3.

¹⁴⁰ Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Januar 2017, UN-Behindertenrechtskonvention.

Teil des SGB IX nun im § 192 SGB IX. Es handelt sich dabei zum einen um den anerkannten besonderen Bedarf an arbeits- und berufsbegleitender Betreuung bei schwerbehinderten Menschen mit einer seelischen Behinderung, die sich im Arbeitsleben besonders nachteilig auswirkt und die allein oder zusammen mit weiteren vermittlungshemmenden Umständen die Teilhabe am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erschwert. Zum anderen wird dort geregelt, dass der Integrationsfachdienst auch für behinderte Menschen, die nicht schwerbehindert sind, tätig werden kann. Dabei soll den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter und von einer seelischen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen werden.

4.4. Teilhabe am Arbeitsleben

Menschen mit einer Behinderung haben das gleiche Recht auf Arbeit – also die Teilhabe am Arbeitsleben - wie Menschen ohne eine Behinderung. Für sie gibt es zahlreiche Unterstützungsmöglichkeiten, die im Folgenden aufgeführt sind.

Benötigen sie aufgrund ihrer Behinderung z. B. eine Umschulungsmaßnahme, fallen diese unter die sogenannten „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach dem neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen). Nach § 49 SGB IX umfassen diese Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben alle Leistungen, die erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern oder (wieder)herzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Bei der Auswahl der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit der behinderten Menschen sowie die Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen zu berücksichtigen.

Zu den Hilfeleistungen für eine berufliche Rehabilitation von psychisch erkrankten und behinderten Menschen zählen u. a. die Berufsbildungswerke, die Berufsförderungswerke, Berufliche Trainingszentren, die Berufsbildungsbereiche in den Werkstätten für Menschen mit Behinderung sowie Angebote weiterer Bildungsträger.

4.4.1. Berufsbildungswerke

Berufsbildungswerke (BBW) sind regionale Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 SGB IX (bisher § 35). Zielgruppe sind junge Menschen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolges, die Leistungen eines Berufsbildungswerkes benötigen. Die Leistungen – Eignungsabklärung, Arbeitserprobung, Berufsvorbereitung, Ausbildung und Integration – werden überwiegend finanziert durch die Bundesagentur für Arbeit auf der Grundlage des § 117 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 a SGB III i. V. m. § 51 SGB IX. Darüber hinaus kommen auch Rentenversicherung und Unfallversicherung als Kostenträger in Betracht. Voraussetzung für die Inanspruchnahme dieser Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist ein von der Agentur für Arbeit oder der zuständigen Rentenversicherung bewilligter Antrag.

In Berufsbildungswerken erhalten junge Menschen über die reine berufliche Qualifizierung hinaus umfassende Unterstützung zur Teilhabe an der Gesellschaft. Dies erfolgt u. a. auch durch pädagogisch begleitete Wohnangebote in eigenen Internaten. Vorrangiges Ziel ist die nachhaltige berufliche Integration in den ersten Arbeitsmarkt.

Im Jahr 2015 gab es 52 Berufsbildungswerke in Deutschland, darunter eines in Hamburg-Eidelstedt.¹⁴¹ Einzugsbereich ist die Metropolregion Hamburg. Zwischen 400 und 500 junge

¹⁴¹ Berufsbildungswerk Hamburg GmbH.

Menschen erhalten dort eine Ausbildung in einem von ca. 20 Ausbildungsgängen oder nehmen an einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme teil. Es stehen ca. 60 Plätze im Internat zur Verfügung (voraussichtlich ab Sommer 2019 weitere 50 Plätze).

Bei den nach § 51 Abs. 2 SGB IX erbrachten Leistungen nimmt der Anteil von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu. 54 % der Auszubildenden des Ausbildungsjahrgangs 2015 im BBW Hamburg waren als seelisch behindert anerkannt. Für diese Zielgruppe ist es besonders schwer, nach der Ausbildung einen ihren Bedürfnissen angepassten Arbeitsplatz zu finden. Da es sich hierbei häufig um an den besonderen Leistungsmerkmalen der betreffenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern orientierte Beschäftigungen in Nischen des Arbeitsmarktes handelt, sind die Vermittlungserfolge jedoch weit weniger konjunkturabhängig als bei Arbeitsplätzen, bei denen es bei wirtschaftlichem Abschwung einen Verdrängungswettbewerb zu Lasten der BBW-Absolventinnen und Absolventen geben kann.

Insbesondere bei den Berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen (BVB) nach § 51 Abs. 2 SGB IX finden sich seit mehreren Jahren zunehmend junge Menschen mit multiplen Integrationshemmnissen. Die Bundesagentur für Arbeit bietet deshalb spezielle BVB für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen an. Eine andere Möglichkeit könnten für diesen Personenkreis Leistungen gem. § 16 h SGB II – Förderung schwer zu erreichender junger Menschen – sein. Aus der im § 16 h SGB II vorgegebenen Verzahnung von arbeitsmarktbezogenen Leistungen und solchen der Jugendhilfe und der deutlich auf den individuellen Bedarf zugeschnittenen Handlungsoptionen können sich große Chancen für die gelingende berufliche Eingliederung besonders belasteter junger Menschen ergeben.

4.4.2. Berufsförderungswerke

Berufsförderungswerke (BFW) sind regionale Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 SGB IX. Zielgruppe sind Erwachsene, die wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolges die Leistungen eines Berufsförderungswerkes benötigen. Die Leistungen werden überwiegend finanziert durch die Bundesagentur für Arbeit auf der Grundlage des § 117 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 a SGB III i. V. m. § 51 SGB IX. Darüber hinaus kommen auch Rentenversicherung und Unfallversicherung als Kostenträger in Betracht. Voraussetzung für die Inanspruchnahme dieser Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist ein von der Agentur für Arbeit oder der zuständigen Rentenversicherung bewilligter Antrag.

In Berufsförderungswerken werden Qualifizierungen und besondere Unterstützungsangebote für die Rückkehr ins Arbeitsleben angeboten. Die Palette der angebotenen Berufe variiert regional. Die Ausbildungen im jeweiligen Berufsförderungswerk entsprechen den anerkannten Ausbildungsberufen und werden häufig mit der Prüfung vor der zuständigen Kammer abgeschlossen. Der Ablauf der Ausbildungen unterscheidet sich jedoch von denen außerhalb der Berufsförderungswerke. Hier werden Schule und Ausbildungsort nicht voneinander getrennt. Im bestmöglichen Fall kann die zu rehabilitierende Person auf ihre Kenntnisse aus ihrem vorherigen Beruf zurückgreifen. Eine Internatsunterbringung ist möglich.

Im Jahr 2015 gab es 28 Berufsförderungswerke in Deutschland, darunter eines in Hamburg¹⁴² mit 750 Plätzen.

¹⁴² Berufsförderungswerk Hamburg GmbH.

4.4.3. Berufliche Trainingszentren

Berufliche Trainingszentren (BTZ) sind regionale, ambulante Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 SGB IX. Sie unterstützen Menschen nach einer psychischen Erkrankung beim Wiedereinstieg in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Dazu begleiten Berufsfachkräfte, Psychologen, Sozialpädagogen und Ergotherapeuten in einem interdisziplinären Team die Teilnehmer bis zur Integration in Arbeit.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme dieser sogenannten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist ein von der Agentur für Arbeit oder der zuständigen Rentenversicherung bewilligter Antrag.

Im Jahr 2015 gab es 18 Berufliche Trainingszentren in Deutschland, darunter eines in Hamburg¹⁴³ mit 163 Plätzen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Das BTZ Hamburg unterhält zudem Zweigstellen in Lübeck und Lüneburg. Für auswärtige Teilnehmerinnen und Teilnehmer besteht in Hamburg die Möglichkeit einer Internatsunterbringung.

Das BTZ Hamburg unterstützt die Rückkehr von Menschen nach psychischer Erkrankung in den allgemeinen Arbeitsmarkt mittels Maßnahmen der beruflichen Diagnostik und Orientierung, durch Vorbereitung auf Ausbildung oder Umschulung sowie die Integration und Vermittlung in Arbeit. Neben der branchenspezifischen¹⁴⁴ Vorbereitung auf das Arbeitsleben auch in externen betrieblichen Phasen liegen die Schwerpunkte der Trainingsmaßnahmen in der psychosozialen Begleitung, fachlichen Schulung und dem Training von Schlüsselqualifikationen. Zudem führt das BTZ Hamburg frei finanzierte Seminare für unterschiedliche Zielgruppen zum Umgang mit psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt durch.

Das BTZ Hamburg kooperiert mit zuweisenden Stellen wie z. B. Kliniken für Psychiatrie und Psychosomatik einschließlich Tageskliniken, niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Trägern der ambulanten Sozialpsychiatrie. Fallbezogen wird an externe Beratungsstellen und Hilfsangebote verwiesen. Schließt sich nach der beruflichen Rehabilitation im BTZ eine Umschulung oder überbetriebliche Ausbildung an, erfolgt eine Abstimmung mit dem aufnehmenden Bildungsträger.

Während vor 30 Jahren vor allem Menschen mit einer psychotischen Grunderkrankung den Weg ins BTZ gefunden haben, sind die Gründe für eine berufliche Rehabilitation bzw. die Diagnosen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer heute vielfältiger: Die größte Gruppe im BTZ sind aktuell Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung. Neu ist ebenso eine hohe Anzahl von Personen, die bereits erkrankt sind, ohne zuvor mit der Berufswelt in Kontakt gewesen zu sein. Im Gegensatz dazu ist in den letzten Jahren aber auch die Gruppe von Personen gewachsen, die bereits sehr lange unter überfordernden Bedingungen berufstätig waren und letztendlich wegen einer Depression („Burnout“) aus dem Berufsleben fallen.

¹⁴³ Berufliches Trainingszentrum Hamburg GmbH.

¹⁴⁴ Handel und Logistik; Büromanagement und Medien; Projekte und IT; Kundenpflege und Service; Hauswirtschaft und Küche; Handwerk und Technik.

4.4.4. Integrationsamt

Das Integrationsamt hat die Aufgabe, die Eingliederung schwerbehinderter Menschen in das Arbeitsleben zu fördern und zu sichern. Es erhebt und verwendet die Ausgleichsabgabe der Betriebe und führt den besonderen Kündigungsschutz für schwerbehinderte und gleichgestellte behinderte Beschäftigte durch. Im Rahmen der Begleitenden Hilfe im Arbeitsleben unterstützt das Integrationsamt Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie schwerbehinderte Menschen mit finanziellen Leistungen, sowohl um Arbeitsplätze zu sichern als auch um neue Arbeitsverhältnisse zu schaffen. Neben der finanziellen Förderung können sie zudem die Beratungsdienstleistungen nutzen, z. B. durch die beauftragten Integrationsfachdienste.

Tab. 15: Zielgruppe/n und Angebot/e des Integrationsamt

Institution	Zielgruppe/n	Angebot/e
Integrationsamt	<ul style="list-style-type: none"> • schwerbehinderte und gleichgestellte Menschen in sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen • Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber • Betriebliche Interessenvertretungen • Besonders betroffene schwerbehinderte Menschen gem. § 132 SGB IX 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung und Unterstützung bei Fragen zum Thema Arbeit und Behinderung • Durchführung von Präventions- und Kündigungsschutzverfahren • Sicherung und Förderung der Eingliederung in das Arbeitsleben durch z. B.: <ul style="list-style-type: none"> ↳ technische Arbeitshilfen ↳ Arbeitsassistenten ↳ Qualifizierung ↳ Investitionskostenzuschüsse zur Schaffung neuer Arbeitsplätze ↳ Zuschüsse zur behindertengerechten Einrichtung vorhandener Arbeitsplätze ↳ Zuschüsse zum Ausgleich außergewöhnlicher Belastungen ↳ Fortbildungen/Schulungen • geförderte Arbeitsplätze in z. Zt. acht Integrationsprojekten mit limitierten Arbeitsplätzen

Quelle: Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, Amt für Arbeit und Integration

Die Leistungen des Integrationsamtes stellen eine individuelle, auf die besonderen Anforderungen des Arbeitsplatzes abgestellte Ergänzung zu den Leistungen der Rehabilitationsträger dar. Sie erfolgen nachrangig nach den Trägern der Rehabilitation und dürfen deren Leistungen nicht aufstocken.

4.4.5. Integrationsfachdienste

Integrationsfachdienste (IFDs) sind Dienste Freier Träger, die bei der Durchführung der Maßnahmen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben beteiligt werden. Sie sind aus den früheren psychosozialen und berufsbegleitenden Diensten der ehemaligen Hauptfürsorgestellen (jetzt Integrationsämter) entwickelt worden und rechtlich im SGB IX (bis 31.12.2017 in den §§ 109-115 und nunmehr in den §§ 192 ff) verankert. Bundesweit gibt es inzwischen ein flächendeckendes Netz an Integrationsfachdiensten.

Tab. 16: Integrationsfachdienste: Allgemeine Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Institution	Zielgruppe/n	Angebot/e
Integrationsfachdienst Hamburg (IFD) mit speziellen Angeboten für Menschen mit psychischen und neurologischen Behinderungen im Auftrag des Integrationsamtes Hamburg und z. T. der Reha-Träger	<ul style="list-style-type: none"> • schwerbehinderte und gleichgestellte Menschen • Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung bei Fragen zum Thema Arbeit und Behinderung • Begleitung und Sicherung von Arbeitsverhältnissen bei Problemen am Arbeitsplatz • Vorbereitung und Vermittlung in Arbeitsverhältnisse im Auftrag von Reha-Trägern

Quelle: Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, Amt für Arbeit und Integration

Der seit dem Jahr 2006 in Hamburg bestehende Integrationsfachdienst Hamburg begleitet schwerpunktmäßig Menschen mit:

- psychischen und/oder neurologischen Behinderungen,
- Lernschwierigkeiten/geistigen Behinderungen und
- Körper- und Sinnesbehinderungen.

Er kann zur Unterstützung der Aufnahme, Ausübung und Sicherung einer möglichst dauerhaften Beschäftigung von schwerbehinderten oder ihnen gleichgestellten Personen kostenlos in Anspruch genommen werden. Eine Beratungsmöglichkeit besteht auch für Personalverantwortliche oder betriebliche Interessenvertretungen in Hamburger Betrieben. Ziel soll ein konstruktives und störungsfreies Arbeitsverhältnis sein, in dem die schwerbehinderten Menschen ihre Fähigkeiten und Kenntnisse möglichst voll verwerten und weiterentwickeln können.

Zur Unterstützung der Aufnahme einer Tätigkeit können Integrationsfachdienste Fähigkeitsprofile erstellen, bei der Suche nach geeigneten Tätigkeitsfeldern helfen sowie Arbeitgeber zu Fördermöglichkeiten bei der Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen beraten. Nach Arbeitsaufnahme kommen Hilfen bei der Einarbeitung (z. B. Job-Coaching) in Betracht.

Der Hauptteil der Arbeit der Integrationsfachdienste findet in bereits bestehenden Beschäftigungsverhältnissen statt. Häufige Themen sind Unterstützungen bei der Wiedereingliederung nach längerer Erkrankung, Umgang mit Belastungsgrenzen und Leistungseinschränkungen, Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten, Umsetzungen, Veränderungen von Tätigkeitsfeldern, verhaltensbedingt gefährdete Arbeitsverhältnisse oder sogar drohende Kündigungen.

Im Jahr 2015 wurden 1.005 Personen (438 Männer und 567 Frauen) vom Integrationsfachdienst Hamburg beraten, Berufsbegleitungen als Hauptanteil der Arbeit des IFDs fanden in 355 Fällen – davon war fast die Hälfte (171 Personen) aufgrund einer seelischen Behinderung als schwerbehindert anerkannt – mit einer durchschnittlichen Dauer von zwölf Monaten statt. In 302 Fällen (85 %) kamen die Aufträge vom Integrationsamt, in lediglich 53 Fällen (15 %) von anderen Kosten- oder Leistungsträgern (z. B. Agentur für Arbeit, Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften, Unfallversicherungen). Hier wäre eine stärkere Nutzung durch andere Kostenträger denkbar. Insbesondere arbeitslose schwerbehinderte Menschen, für die das Integrationsamt nicht zuständig ist, äußern den Wunsch nach einer Unterstützung durch den Integrationsfachdienst.

Statistische Erhebungen zeigen, dass die Berufsbegleitungen ein hilfreiches Mittel zur Erhaltung der Arbeitsplätze schwerbehinderter und ihnen gleichgestellter Menschen sind. In den vergangenen Jahren lag die Quote des Arbeitsplatzerhalts immer über 80 %. Im Jahr 2015

konnten sogar 92 % der Arbeitsplätze (bei 248 von 268 abgeschlossenen Fällen) erhalten werden.

Der Integrationsfachdienst Hamburg ist inzwischen in den Hamburger Betrieben gut bekannt und wird teilweise auch von dort direkt in Anspruch genommen. Schwerbehinderte Menschen, Personalverantwortliche und Vertrauenspersonen für Schwerbehinderte greifen bei schwierig gewordenen Arbeitsverhältnissen gerne auf den Dienst zurück. Weiter gibt es eine gute Vernetzung zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, teilweise Krankenkassen sowie Beratungsstellen.

Das Angebot des IFD ist für die schwerbehinderten Arbeitnehmer mit dem Integrationsamt als Kostenträger bedarfsgerecht. Es gibt keine Wartelisten. Jede Person, die für eine Berufsbegleitung in Betracht kommt, erhält innerhalb von 2-3 Wochen einen Beratungstermin. Zufriedenheitsbefragungen nach Abschluss der Berufsbegleitung ergaben fast ausschließlich äußerst positive Bewertungen. In Hamburg soll auch weiterhin ein Integrationsfachdienst vorgehalten werden.

4.4.6. Inklusionsbetriebe für psychisch kranke Menschen

Inklusionsbetriebe agieren am ersten Arbeitsmarkt und dienen der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen, deren Eingliederung in eine sonstige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufgrund von Art und Schwere der Behinderung oder wegen sonstiger Umstände trotz Ausschöpfens aller Fördermöglichkeiten und des Einsatzes von Integrationsfachdiensten auf besondere Schwierigkeit stößt.

Inklusionsbetriebe sind in unterschiedlichsten Branchen tätig, sie verfügen über unterschiedlich viele Zielgruppenmitarbeiter, haben unterschiedlichste Unternehmensgrößen und beschäftigen behinderte Menschen mit den unterschiedlichsten Behinderungsbildern.

Die Arbeitsbegleitende Betreuung der betroffenen Personen ist ein wichtiger Bestandteil bei der Beschäftigung und wird als Leistung des besonderen Aufwands nach § 217 SGB IX durch das Integrationsamt abgegolten.

Inklusionsbetriebe sind gemäß § 215 Abs. 1 SGB IX auf Dauer angelegte rechtlich und wirtschaftlich selbstständige Organisationen mit erwerbswirtschaftlicher Zwecksetzung. Sie beschäftigen insbesondere schwerbehinderte Menschen mit geistiger oder psychischer Behinderung oder mit einer schweren Körper-, Sinnes- oder Mehrfachbehinderung, die sich im Arbeits- oder Berufsleben besonders nachteilig auswirkt und allein oder zusammen mit weiteren vermittlungshemmenden Umständen die Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt außerhalb eines Integrationsprojekts erschwert oder verhindert. Mit dem Bundesteilhabegesetz wird die Beschäftigung psychisch kranker Menschen in Integrationsprojekten weiter gestärkt.

Es gibt derzeit in Hamburg acht vom Integrationsamt Hamburg aus Mitteln der Ausgleichsabgabe geförderte Integrationsprojekte, in denen auf ca. 110 sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen u. a. Menschen mit seelischer Behinderung beschäftigt werden. Die Inklusionsbetriebe „Bergedorfer Impuls“ und „Osterkuss“ haben sich auf die Beschäftigung psychisch erkrankter Menschen spezialisiert, auch die übrigen Inklusionsbetriebe beschäftigen Menschen mit seelischen Behinderungen.

Insgesamt ist die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in einem Inklusionsbetrieb für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine gute Möglichkeit, auf dem ersten Arbeitsmarkt wieder Fuß zu fassen. Durch die laufende arbeitsbegleitende Betreuung nach § 217 SGB IX findet in der Regel eine Stabilisierung statt, die auch eine Beschäftigung auf dem allgemeinen

Arbeitsmarkt ermöglicht. Für diesen Personenkreis ist seit dem 01.01.2017 eine Beschäftigung von mindestens zwölf Wochenstunden grundsätzlich förderfähig.

Die Zahl der vom Integrationsamt geförderten Plätze von Inklusionsbetrieben wird durch die Höhe der zur Verfügung stehenden Mittel der Ausgleichsabgabe begrenzt.

Neben dem Integrationsamt können auch andere Kosten- bzw. Leistungsträger (z. B. Agentur für Arbeit, Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften, Unfallversicherungen, Eingliederungshilfe) Zuschüsse für die Beschäftigung an den Arbeitgeber (Integrationsprojekt) je nach Einzelfall zahlen.

Neben der Förderung durch die in Hamburg zu verfügbaren Mittel der Ausgleichsabgabe können im Rahmen der Inklusionsinitiative II „Alle Im Betrieb (AIB)“ in naher Zukunft weitere Arbeitsplätze in Inklusionsbetrieben für anerkannt schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Personen mit psychischer Behinderung entstehen.

4.4.7. Werkstätten für behinderte Menschen und andere Leistungsanbieter

Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) bieten für Menschen, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht oder noch nicht (wieder) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung zu einem ihrer Leistung angemessenen Arbeitsentgelt (§ 219 SGB IX).

Die Förderung im Eingangsverfahren (bis zu 3 Monate) und im Berufsbildungsbereich (bis zu 2 Jahre) wird überwiegend von der Bundesagentur für Arbeit erbracht. Die Förderung im Arbeitsbereich gehört zu den Aufgaben der Eingliederungshilfe (§§ 56 ff SGB IX).

Voraussetzung für eine Beschäftigung in einer WfbM ist einerseits die dauerhafte volle Erwerbsminderung nach § 42 Abs. 2 SGB VI bzw. § 8 Abs. 1 SGB II, andererseits die Befähigung nach § 219 SGB IX, dass ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbracht werden kann. WfbM sind gegenüber anderen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nachrangig.

Die Zahl der seelisch behinderten Werkstattbeschäftigten, die über eine psychische Erkrankung aus dem allgemeinen Arbeitsmarkt herausgefallen sind, steigt. Bei dieser Gruppe bestehen oft hohe Barrieren, sich zurück auf den „ungeschützten“ allgemeinen Arbeitsmarkt zu orientieren. In den letzten Jahren haben sich außerdem die Störungsbilder deutlich verändert. Neben seelisch Behinderten mit Psychosen, finden immer häufiger Menschen mit Depressionen und Angststörungen den Weg in die WfbM. Insbesondere bei älteren Beschäftigten bzw. Menschen mit bereits längerer Beschäftigungszeit in der WfbM zeigen sich lediglich verhaltene Übergangserfolge.

Dieser sich bundesweit abzeichnende Trend wird als problematisch gesehen. Kern einer Gegenstrategie muss deshalb die Stärkung von präventiven Ansätzen sein, bevor jemand überhaupt aus dem allgemeinen Arbeitsmarkt herausfällt und den Weg in eine WfbM nimmt. Über das BTHG (§ 11 SGB IX) sollen im Rahmen von Modellvorhaben für die Rechtskreise SGB II und SGB VI solche Ansätze ab Jahresende 2018 erprobt werden. Hamburg will sich mit einem Modellprojekt „Haus der Gesundheit“ an diesen Vorhaben beteiligen. Menschen, insbesondere psychisch Erkrankte, deren Erwerbsfähigkeit bedroht ist, sollen – unabhängig von Art und Umfang ihres Hilfebedarfs und der Frage nach dem zuständigen Leistungsträger – modellhaft an einem zentralen Ort rechtskreisübergreifend niedrigschwellig Zugang zu individuellen, bedarfsorientierten Beratungen und Leistungen erhalten.

Neben der Stärkung der Prävention sollen in Hamburg auch weiterhin Übergänge aus den WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt etwa über das Budget für Arbeit (s. Kap. 4.4.8.) erfolgen.

In Hamburg gibt es zwei WfbM, die Alsterdorfer Werkstätten als Angebot der Evangelischen Stiftung Alsterdorf/alsterarbeit gGmbH sowie die Elbe-Werkstätten GmbH.

Insgesamt erhalten aktuell ca. 4.200 behinderte Menschen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Berufsbildungs- bzw. Arbeitsbereich einer WfbM. Rund 30 % verfügen über eine seelische Behinderung.

Menschen mit Behinderung erhalten in den Hamburger WfbM differenzierte Leistungen in integriert organisierten Arbeitsangeboten in Form von personenzentrierter Beratung, Motivierung, Begleitung, Platzierung, Unterstützung, Anleitung und Förderung. Ziel ist, ein selbstbestimmtes Arbeitsleben so normal wie möglich, mit so viel Assistenz wie nötig zu gestalten. In der jüngsten Zeit wurden inklusions- und produktionsorientierte Ansätze gestärkt. Die Arbeitsangebote der WfbM können an zahlreichen Standorten in Hamburg wahrgenommen werden. Darüber hinaus wird eine Vielzahl von betriebsintegrierten, ausgelagerten assistierten Arbeitsplätzen in Unternehmen der Hamburger Wirtschaft angeboten.

Die Hamburger WfbM pflegen außerdem eine enge Kooperation mit den Anbietern von gemeindepsychiatrischen Versorgungsangeboten (Qualitätsverbund Nord, GPD Nordost, Freundeskreis Ochsenzoll, Betreutes Wohnen Winterhude, Das Rauhe Haus, Der Begleiter, Nussknacker etc.), wie auch mit Inklusionsbetrieben, Integrationsfachdiensten und Betrieben des Allgemeinen Arbeitsmarktes.

Seit dem 01.01.2018 können Menschen mit Behinderungen, die Anspruch auf Werkstattleistungen nach §§ 57 und 58 SGB IX haben, diese auch bei anderen Leistungsanbietern nach § 60 SGB IX in Anspruch nehmen.

Neben den WfbM und dem Budget für Arbeit sollen über die anderen Leistungsanbieter insbesondere auch für seelisch behinderte Menschen weitere bedarfsgerechte Wahlalternativen im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ermöglicht werden.

Derzeit werden in Hamburg rund 360 Menschen mit überwiegend seelischer Behinderung in insgesamt 7 Arbeitsprojekten gefördert. Die Arbeitsprojekte stehen auch vollständig und dauerhaft erwerbsgeminderten Menschen mit Zugehörigkeit zum Personenkreis des § 53 SGB XII offen, die derzeit die Anforderungen einer WfbM (noch) nicht erfüllen. Bis spätestens 2020 soll eine Nachfolgelösung gefunden werden. Die Bedarfe sollen zukünftig entweder im Rahmen von Eingliederungshilfeleistungen der Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. andere Leistungsanbieter) oder von Eingliederungshilfeleistungen der Sozialen Teilhabe gedeckt werden. Leitziel der neuen Leistung im Rahmen der Sozialen Teilhabe für Menschen, die derzeit die Anforderungen einer WfbM noch nicht erfüllen, wird die Stärkung der persönlichen Kompetenzen im Kontext Arbeit und Beschäftigung sowie die Heranführung an die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sein.

4.4.8. Budget für Arbeit

2012 wurde im Rahmen eines Modellprojektes das Hamburger Budget für Arbeit eingeführt. Nach erfolgreichem Verlauf ist dieses Modell seit 2015 als Hamburger Regelleistung der Eingliederungshilfe verstetigt. Seit 2018 ist es bundesweit als Regelangebot der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben eingeführt worden (§ 61 SGB IX). Über einen Lohnkostenzuschuss an den Arbeitgeber und Assistenzleistungen für den Leistungsberechtigten werden Werkstattbeschäftigten Übergänge in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis erleichtert. Die Förderung kann dauerhaft sein. Teilnehmenden des Budgets für Arbeit wird grundsätzlich ein Rückkehrrecht in die WfbM garantiert.

Mit dem Hamburger Budget für Arbeit konnten zwischen 2012 und 2017 bisher über 200 Werkstattbeschäftigte auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt werden. Der Anteil der Teilnehmenden am Budget für Arbeit von seelisch behinderten Menschen entspricht ungefähr dem Anteil seelisch behinderter Menschen in den Hamburger WfbM.

Im Rahmen der Einführung des Hamburger Budgets für Arbeit hat sich eine umfassende Kooperation zwischen WfbM, Integrationsfachdiensten, Integrationsamt, Fachbehörde und bewilligender Dienststelle im Bezirk entwickelt.

Das in Hamburg bereits erfolgreich umgesetzte Budget für Arbeit ist auch zukünftig weiter zu stärken. Sofern andere Leistungsanbieter als Alternative zu den WfbM in Hamburg entstehen, sind auch dort Übergänge in das Budget für Arbeit anzustreben.

4.4.9. Rehabilitation psychisch Kranker

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) sind Therapieeinrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die nach einer erfolgreichen Behandlung Schwierigkeiten haben, ihren Weg ins Arbeitsleben zu finden. In den RPK werden sie durch medizinisch-psychotherapeutische und berufsvorbereitende Leistungen langfristig unterstützt. Allgemeines Ziel der Rehabilitation ist es, drohende oder bereits vorhandene Beeinträchtigungen im beruflichen und gesellschaftlichen Leben abzuwenden oder zu verbessern.

Einzelne Ziele sind u. a.:

- Krankheitsbewältigung
- Psychische Stabilisierung
- Aufbau von Selbstvertrauen
- Integration in ein soziales Umfeld
- Erarbeitung einer beruflichen Perspektive

Die Rehabilitation kann sich entweder direkt an einen Krankenhausaufenthalt anschließen oder nach längerer Krankschreibung/Arbeitslosigkeit erfolgen. Die Rehabilitationsziele werden für jeden einzelnen Rehabilitanden individuell festgelegt und im Laufe der Behandlung den jeweils erreichten Fortschritten angepasst. Die Behandlungsdauer beträgt bis zu 12 Monate, die Kosten werden vollständig von den Krankenkassen bzw. den Rentenversicherungsträgern übernommen.

In Hamburg gibt es eine eigenständige Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke, die 47 stationäre und 13 ganztägig ambulante Plätze bietet.

4.4.10. Arbeitsmarktpolitische Instrumente und Unterstützungsangebote

Neben den spezifischen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben des SGB IX sind in den Rechtskreisen SGB II und SGB III verschiedene Regelangebote für Menschen mit Behinderung verankert, die von der Agentur für Arbeit und dem Jobcenter angeboten werden. Diese Angebote umfassen z. B. Berufsberatung, Eingliederungszuschüsse, Trainingsangebote und die konkrete Arbeitsvermittlung. Dazu werden Betriebe bei der Besetzung von Arbeitsplätzen mit Menschen mit Behinderung beraten.

Tab. 17: Regelangebote für Menschen mit seelischen Behinderungen

Institution	Zielgruppe/n	Angebot/e
Agentur für Arbeit Hamburg Beratung und Vermittlung Reha/Schwerbehinderte Arbeitgeberservice	<ul style="list-style-type: none"> • arbeitslose schwerbehinderte und gleichgestellte Menschen, die Arbeitslosengeld (ALG I) beziehen • anerkannte Rehabilitanden aus dem Rechtskreis SGB II und III • Betriebe 	<ul style="list-style-type: none"> - Berufsberatung, Ausbildungs- und Arbeitsvermittlung - Beratung und Förderung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben (u. a. Eingliederungszuschüsse, Probebeschäftigung, technische Arbeitshilfen, Arbeitsassistenten, Unterstützte Beschäftigung) - Spezielle Trainingsangebote zur beruflichen Orientierung und Eingliederung - Beratung von Betrieben bei der Besetzung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen
Jobcenter team.arbeit.hamburg Standort für schwerbehinderte Menschen	<ul style="list-style-type: none"> • arbeitslose schwerbehinderte und gleichgestellte Menschen, die Arbeitslosengeld nach der Grundversicherung (ALG II) beziehen • Betriebe 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsvermittlung - Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben (u. a. Eingliederungszuschüsse, Probebeschäftigungen, technische Arbeitshilfen, Arbeitsassistenten) - Beratung von Betrieben bei der Besetzung von Arbeitsplätzen

Quelle: Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, Amt für Arbeit und Integration

Das Jobcenter team.arbeit.hamburg bietet zudem besondere Maßnahmen für die Zielgruppe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen an (u. a. zielgruppenspezifische Assessments, Trainingsmaßnahmen sowie Arbeitsgelegenheiten). Zahlreiche Angebote sind über einen „Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein“ zugänglich und können in Absprache mit dem Jobcenter ausgewählt werden. Die Maßnahmen sind tagesaktuell im Weiterbildungsportal WISY aufgelistet (<https://hamburg.kursportal.info/>).

Tab. 18: Besondere Maßnahmen des Jobcenters für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (Auszug)

Programm / Träger	Zielgruppe/n	Angebote
<p>Jobcenter team.arbeit.hamburg</p> <p>Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein für Maßnahmen beim Träger (AVGS-MAT)</p>	<p>Langzeitarbeitslose Menschen, insbesondere mit psychischen Erkrankungen/Problemen (ALG II-Bezug)</p>	<p>Hospitationen. Die Teilnehmenden finden heraus, welche Stärken sie haben und erarbeiten sich die nächsten Schritte zur gesundheitlichen und sozialen Rehabilitation. In einem individuellen Integrationsplan werden die Erkenntnisse und Empfehlungen für weitere Maßnahmen für die berufliche Wiedereingliederung zusammengeführt.</p> <p>KreaStart – Berufliche Orientierung für Menschen mit psychischen Belastungen“; Kreative Prozesse ermöglichen einen Zugang zu individuellen Kompetenzen, Stärken und Talenten. Die Kreativ-Module in den Bereichen Musik, Theater, Kunst (Malen, Zeichnen, Bildhauer-, Metall- und Holzarbeiten u. a.), Gestaltung und Bewegung werden ergänzt durch ein intensives Einzel- und Gruppencoaching.</p> <p>Modulare Unterstützung für Autisten; Die Modulare Unterstützung für Autisten bietet durch ihr Konzept in Verbindung mit dem Projekt „Autisten für Autisten“ den Raum und die Grundlage für eine optimale Entfaltung der persönlichen Stärken und individuellen Talente des Teilnehmers. Module: Stressmanagement, Interaktionsfähigkeit, Gruppendynamik, Einzelcoaching/Selbstvermarktungsstrategien, Stimm- und Sprachbildung.</p>
<p>Jobcenter team.arbeit.hamburg</p> <p>Arbeitsgelegenheiten (AGH)</p>	<p>Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen, die ALG II beziehen</p>	<p>AGH mit Ausrichtung auf SGB II-Bezieher mit gesundheitlichen Einschränkungen. Häufig ist unklar, woran die Arbeitsaufnahme auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt scheitert – auch für die Betroffenen selbst. Fachliche Gründe scheiden häufig aus, vielmehr scheint es andere Ursachen oder Auslöser zu geben, z. B. verborgene Ängste. Diesem Umstand wird in speziellen AGH Rechnung getragen.</p>

Quelle: Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, Amt für Arbeit und Integration

Des Weiteren werden aus Landesmitteln weitere regelhafte oder befristete Unterstützungsangebote angeboten, die sich an spezifische Zielgruppen wenden. So gibt es beispielsweise besondere Angebote für Jungerwachsene im Rahmen der Jugendberufsagentur, für Suchterkrankte und Geflüchtete, bei denen auch etwaige psychische Beeinträchtigungen besonders in den Fokus genommen werden.

Tab. 19: Arbeitsmarktpolitische Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen aus Landesmitteln

Programm/Träger	Zielgruppe/n	Angebote
Projekt „PiCo“ ARINET	ALG II-Empfänger mit psychischer Beeinträchtigung (schwerbehindert oder in psychiatrischer Behandlung)	Personenindividuelles Coaching für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen mit dem Ziel, durch berufsqualifizierende Maßnahmen und Coaching, berufliche und gesellschaftliche Teilhabe zu finden.
Projekt „PAG – Perspektive Arbeit und Gesundheit Anlaufstelle für Beschäftigte und Betriebe“	Beschäftigte und Betriebe	Vertrauliche und kostenlose Beratung für <ul style="list-style-type: none"> - Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die sich aufgrund ihrer Arbeit psychisch belastet fühlen - Beschäftigte der Pflegebranche (insbesondere hinsichtlich Qualifizierung) - Betriebe zu psychischer Gesundheit am Arbeitsplatz
ESF-Projekt „CatchUp – Psychologische Unterstützung“	Nicht schulpflichtige junge Erwachsene (18 bis 25 Jahre) im System der Hamburger Jugendberufsagentur mit integrationshemmenden psychischen Auffälligkeiten	Das Angebot richtet sich an junge Menschen, bei denen sich im Beratungs-, Vermittlungs- oder Qualifizierungsprozess psychische Auffälligkeiten zeigen, die eine Integration in den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt verhindern. Die Jugendlichen sollen ergänzend beraten und unterstützt werden mit dem Ziel, sie in den Beratungs-, Vermittlungs-, Arbeits- und Qualifizierungsprozessen zu halten. In enger Zusammenarbeit mit den einschlägigen Versorgungssystemen sollen ggf. individuelle Hilfen herangezogen werden, die es den Jugendlichen ermöglichen, ihre Arbeitsmarktintegration weiter zu verfolgen.
„Lebenslagenberatung“ (psychosoziale Betreuung gem. § 16 a Nr. 3 SGB II)	Arbeitslose Menschen mit vielfältigen Vermittlungshemmnissen, die ALG II beziehen. (<u>nur teilweise geeignet für Menschen mit psychischen Erkrankungen</u>)	Förderung der Integration in den allg. Arbeitsmarkt durch die psychische und soziale Stabilisierung der Ratsuchenden und den Abbau oder die Verringerung von Vermittlungshemmnissen. Einer der Träger ist spezialisiert auf die Beratung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.
„Suchtberatung“ (gem. § 16a Nr. 4 SGB II)	Arbeitslose Menschen mit vielfältigen Vermittlungshemmnissen, die ALG II beziehen (<u>nur teilweise geeignet für Menschen mit psychischen Erkrankungen</u>)	Förderung der Integration in den allg. Arbeitsmarkt durch Beratung und soziale Stabilisierung der Ratsuchenden sowie den Abbau oder die Verringerung von Vermittlungshemmnissen.
Projekt Gesundheitsberatung für Flüchtlinge in W.I.R (work and integration for refugees)	Flüchtlinge mit gesundheitlichen, insbesondere psychischen Beeinträchtigungen	Spezialisierte psychosoziale Beratung mit Fokus auf Arbeitsmarktfähigkeit am Projektstandort W.I.R (work and integration for refugees)

Quelle: Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, Amt für Arbeit und Integration

Zusammenfassung und Perspektive

Mit der steigenden Anzahl von psychischen Erkrankungen in Hamburg wächst auch die Bedeutung von Unterstützungsleistungen für psychisch kranke und seelisch behinderte Hamburgerinnen und Hamburger im Kontext von Arbeit und Beschäftigung.

In Hamburg besteht generell ein ausdifferenziertes Unterstützungssystem für Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung, das sich von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen über das im Rahmen des BTHG weiterentwickelte Leistungsangebot des SGB IX bis hin zu den Leistungen der Eingliederungshilfe erstreckt. Innerhalb dieses Unterstützungssystems steigt der relative Anteil von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen. Dieser Anstieg hat bereits in den letzten Jahren für eine stärkere Fokussierung des Personenkreises geführt. Die besondere Berücksichtigung von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen im Kontext Arbeit und Beschäftigung muss aber auch in Zukunft beibehalten und ausgebaut werden. Dabei gilt es weiterhin auch im Kontext Arbeit und Beschäftigung präventive Maßnahmen zu stärken, so dass insbesondere bestehende Arbeitsplätze erhalten und Chronifizierungen verhindert werden. Somit gilt es etwa, besondere Angebote für junge Menschen zum Einsteig ins Berufsleben vorzuhalten. Zugleich müssen aber auch Menschen, die schon seit längerer Zeit Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben außerhalb des allgemeinen Arbeitsmarktes erhalten, weiter in ihren Teilhabechancen zur (Re-)Integration auf den allgemeinen Arbeitsmarkt gestärkt werden. Hierbei darf einerseits das Ziel, echte Übergänge in sozialversicherungspflichtige Jobs zu ermöglichen, nicht aus dem Auge verloren werden. Andererseits sind Angebote der Eingliederungshilfe etwa in den WfbM noch inklusiver durch eine weitere Erhöhung von ausgelagerten Arbeitsplätzen zu gestalten.

Bei den neuen Instrumenten (wie dem Budget für Arbeit und den Modellprojekten nach § 11), die das BTHG bietet, will Hamburg Vorreiter bei der Nutzung, Erprobung und Weiterentwicklung sein.

4.5. Eingliederungshilfeleistungen der Sozialpsychiatrie (SGB XII)

Die Eingliederungshilfe gewährt Leistungen für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen nach Teil 1 SGB IX und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen. Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Ziel der Leistungen der Eingliederungshilfe und der Rehabilitationsträger ist die Selbstbestimmung zu fördern, die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen sowie Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

Die Leistungen der ambulanten Sozialpsychiatrie werden für den anspruchsberechtigten Personenkreis gemäß § 53 ff SGB XII (ab 2023: § 99 SGB IX) gewährt. Durchgeführt werden die Leistungen von gewerblichen und freigemeinnützigen Trägern. Mit diesen Trägern schließt der Sozialhilfeträger Vereinbarungen gemäß § 75 SGB XII (der Träger der Eingliederungshilfe ab 2018 bzw. 2020: § 123 ff SGB IX) ab.

Hamburg verfügt über ein ausdifferenziertes Hilfesystem im Bereich der Sozialpsychiatrie für Menschen mit seelischer Behinderung. Die Dienstleistungsanbieter, gewerbliche und freie Träger der Wohlfahrtspflege, die mit der Freien und Hansestadt Hamburg eine Vereinbarung gemäß § 75 SGB XII (ab 2018 bzw. 2020: § 123 ff SGB IX) abgeschlossen haben, bieten

unterschiedliche Formen der Hilfsangebote von ambulanter Unterstützung über Betreuung in Wohngemeinschaften und Wohnhäusern mit angeschlossenen Betreuungspersonal an. Der Personenkreis sind seelisch Behinderte, von seelischer Behinderung bedrohte Menschen, ebenso Angehörige, Freunde und Bekannte, die die mit ihrer Teilhabeeinschränkung zusammenhängenden Fragen und Schwierigkeiten (Probleme) ohne Hilfe nicht überwinden können. Rechtliche Grundlage für die Hilfe ist § 53 SGB XII (ab 2023: § 99 SGB IX).

Das Leistungsangebot in der Sozialpsychiatrie soll dazu beitragen, eine drohende seelische Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene seelische Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den seelisch behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört vor allem, dem seelisch behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern. Ziel ist es, den betroffenen Personen eine eigenständige Lebensführung und Alltagsbewältigung in den unterschiedlichen Lebensbereichen wieder zu ermöglichen. Das System der Ambulanten Sozialpsychiatrie (ASP) in Hamburg ist so gestaltet, dass Menschen mit psychischen Problemen die Leistungen in den Begegnungsstätten – Beratung, offene und themenzentrierte Gruppen – ohne Vorbedingungen oder mit Bewilligungen nach § 53 ff SGB XII in Anspruch nehmen können. Die Hilfestellung ist sowohl als offene Treffpunktarbeit mit Nutzung von sozialräumlichen Angeboten als auch personenzentriert entsprechend des individuellen Bedarfs organisiert. Die Leistungsberechtigten bestimmen im Rahmen des Gesamtplanverfahrens über ihre persönlichen Ressourcen in den unterschiedlichen Lebensbereichen und die notwendigen Fördermaßnahmen zum Abbau der Teilhabebehindernisse mit. Die Mitsprache erfolgt auch bei der Planung der Hilfestellung mit dem Dienstleistungsanbieter.

Die Hilfestellung in der Sozialpsychiatrie bezieht sich auf folgende Leistungsbereiche:

1. Hilfen zur Erarbeitung eines vertiefenden Verständnisses der eigenen Lebenssituation zur Auseinandersetzung mit den sozialen Folgeerscheinungen der seelischen Behinderung und dem Ziel der Erarbeitung entsprechender Bewältigungsstrategien;
2. Hilfen im Bereich Wohnen und Selbstbestimmung zur Persönlichkeitsbildung, Alltagsbewältigung und Förderung selbstständigen Wirtschaftens mit dem Ziel der Erfüllung der Aufgaben beim Wohnen;
3. Hilfen bei der Tages- und Kontaktgestaltung zur Stärkung der Eigeninitiative, des Aufbaus und Erhalts sozialer Kontakte mit dem Ziel der Überwindung der Hemmnisse zur Teilhabe an der Gemeinschaft;
4. Hilfen im Bereich Arbeit und Ausbildung zur Entwicklung oder Festigung einer beruflichen Perspektive.

Insgesamt sollen durch die Förderung und Entwicklung der persönlichen Ressourcen der betroffenen Personen in den benannten Lebensfeldern die Teilhabebehindernisse soweit abgebaut werden, dass eine weitgehende Teilhabe an der Gemeinschaft möglich wird.

Nach dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) wird sich ab 2020 eine veränderte Leistungsstruktur für Menschen mit seelischer Behinderung ergeben. Der grundlegende Leistungsbereich sind die Leistungen zur Sozialen Teilhabe. Folgende Leistungen sollen dann erbracht werden:

1. Leistungen für Wohnraum
2. Assistenzleistungen
3. Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten
4. Leistungen zur Förderung der Verständigung

Die Leistungen zur Sozialen Teilhabe sollen eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft für Menschen mit seelischer Behinderung ermöglichen und erleichtern.

4.5.1. Ambulante Sozialpsychiatrie

Bis 31.12.2013 gab es in Hamburg drei unterschiedliche Hilfearten in der ambulanten Sozialpsychiatrie. Die Leistungsangebote waren unterteilt in Betreutes Wohnen (BeWo), Personenorientierte Hilfen für seelisch behinderte Menschen (PPM) und die niedrigschwellig zugänglichen zugewandungsfinanzierten Psychosozialen Kontaktstellen. Das betreute Wohnen bot Wohnen in trägereigenen Wohnungen und Begegnungsstätten. Als Leistungen des Betreuten Wohnens wurden Einzelgespräche in den Wohnungen sowie Einzel- und Paargespräche angeboten sowie offene und themenzentrierte Gruppenangebote in den Begegnungsstätten. Es gab 19 Anbieter des Betreuten Wohnens mit 35 über das gesamte Hamburger Stadtgebiet verteilten Begegnungsstätten.

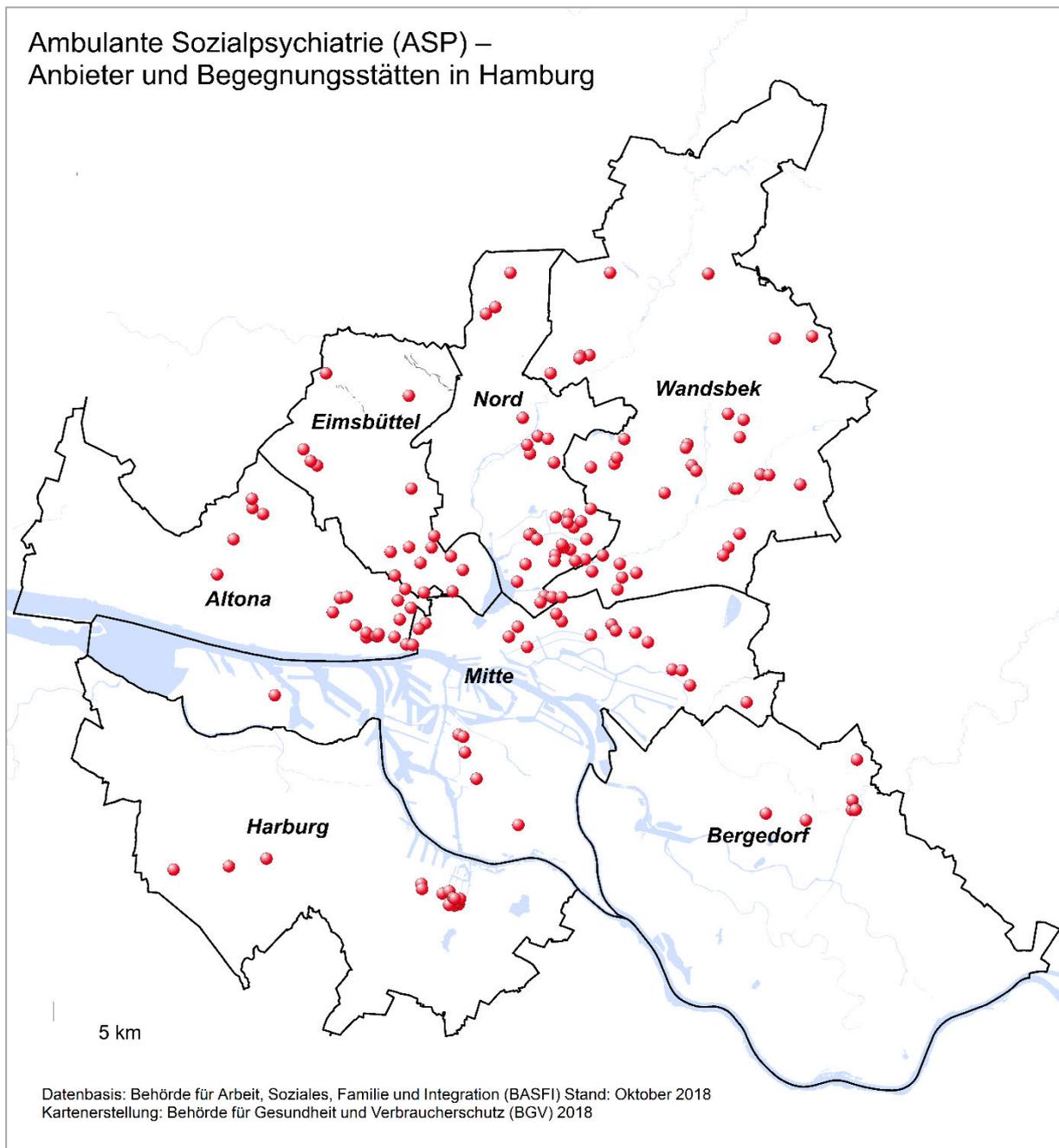
Das Leistungsangebot PPM wurde von 67 Anbietern vorgehalten und umfasste die notwendigen Einzelhilfen in der Wohnung des Menschen mit seelischer Behinderung.

Die Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI) hat ein Konzept entwickelt, um das Hilfesystem in der ambulanten Sozialpsychiatrie weiterzuentwickeln und effektiver zu gestalten.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe wird seit 2014 die Umsetzung der Neuausrichtung der Ambulanten Sozialpsychiatrie (ASP) vorangetrieben. Für den Übergang in das neue ASP-System ist eine dreijährige Übergangszeit von 2014 bis 2016 vereinbart worden. Seit 01.01.2017 bieten alle Träger mit entsprechenden Vereinbarungen die Hilfen im neuen ASP System an.

Mit der Zusammenführung der drei o. g. Hilfen ist eine integrierte Hilfe aus einer Hand geschaffen worden, mit den regionalen Begegnungsstätten ein verstärkter Einbezug von sozialräumlichen Hilfen erfolgt. Das Leistungsangebot umfasst die Grundleistung in der Begegnungsstätte, die aufsuchende und begleitende Betreuung in der Wohnung sowie die präventiven Leistungen in der Begegnungsstätte. In der Begegnungsstätte können die Klientinnen und Klienten die offenen Angebote sowie themenzentrierte Gruppenangebote wie auch Einzel- und Gruppenberatungsgespräche in Anspruch nehmen. Ein besonderes Angebot wurde im Rahmen der ASP-Vereinbarung mit dem Theodor Wenzel Haus für Hörgeschädigte und gehörlose Menschen vereinbart. Die Angebote in den Begegnungsstätten sollen auch von der Nachbarschaft genutzt werden können, so dass im inklusiven Sinne eine gegenseitige Teilhabe an der Gemeinschaft ermöglicht wird.

Abb. 25: Ambulante Sozialpsychiatrie (ASP) – Anbieter und Begegnungsstätten in Hamburg 2018



Mittlerweile sind verteilt über das Hamburger Stadtgebiet über 120 Begegnungsstätten für seelisch behinderte Menschen entstanden, die von 70 freigemeinnützigen und gewerblichen Trägern vorgehalten werden. Im Jahr 2017 haben 6.800 Menschen mit seelischer Behinderung die ambulante sozialpsychiatrische Hilfe personensorientiert (mit Bewilligung) und 6.600 Menschen niedrigschwellig präventiv (ohne Bewilligung) in Anspruch genommen. Die Neuausrichtung der Ambulanten Sozialpsychiatrie soll eine effektivere Hilfestellung für die Betroffenen, eine verstärkte Unterstützung durch Inanspruchnahme sozialräumlicher Angebote sowie eine strukturelle Verbesserung des Hilfesystems bewirken. Die Umsetzung wird fachlich von dem triadisch zusammengesetzten Gremium „Begleitmanagement“ begleitet. Dieses Gremium ist mit Vertreterinnen und Vertretern der Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, der

Interessenverbände, des Fachamtes Eingliederungshilfe des Bezirks Wandsbek sowie der BASFI besetzt.

Mit der Eingliederungshilfe kooperierende Institutionen und Einrichtungen bewerten das neue System der Ambulanten Sozialpsychiatrie positiv, da der niedrighschwellige Zugang von Klientinnen und Klienten zu den Begegnungsstätten der ASP-Träger einfacher geworden ist. Zudem entfällt die Entscheidung, welche Hilfeart denn die richtige für die jeweilige Klientin bzw. den jeweiligen Klienten ist. Auch hat sich nach allgemeiner Auffassung die Hilfestellung in der ambulanten Sozialpsychiatrie verbessert.

Ab 01.01.2017 wurde das Budgetberechnungssystem von Betreuungsstunden auf Klienten-Fallzahlen umgestellt. Auf Basis einer Durchschnittsberechnung der Verrechnungssätze 2016 wurde ein einheitlicher Verrechnungssatz für die ASP-Leistung gebildet, sodass eine Leistung zu einem gleichen Preis angeboten wird.

Gleichzeitig wurde ein Berichtswesen mit einer Leistungsdokumentation verabredet. Die Träger müssen monatlich durchschnittlich die Personen im niedrighschwelligem Bereich (ohne Bewilligungsbescheid) zählen und erheben welche Leistungen diese in Anspruch genommen haben sowie monatlich durchschnittlich die Personen mit Bewilligungsbescheid und ebenfalls die Inanspruchnahme der Leistungen erfassen.

Die bisherigen Erfahrungen mit dem neuen ASP System haben gezeigt, dass die Trennung von Hilfestellung und Finanzierung bei der Budgetierung nicht dazu führt, dass die Dienstleistungserbringer sich auf die leichteren Betreuungsfälle konzentrieren. Durch ein Begleitmanagement wird gewährleistet, Fehlentwicklungen zu erkennen und zu korrigieren. Die Anbieter sind vereinbarungsgemäß verpflichtet, bedarfsgerechte Hilfe nach den Vorgaben der Zeitbestimmung im Gesamtplan zu leisten. Leistungsberechtigte und/oder ihre Betreuer können die Art und Weise der Hilfestellung des Anbieters mitbestimmen. Zudem muss der Anbieter im Sozial- und Verlaufsbericht die Hilfemaßnahmen und den Hilfeverlauf darlegen.

Nach wie vor bestehen die Schnittstellen zur Eingliederungshilfe für Suchtkranke (SGB XII), zur Pflege (SGB XI) sowie zur Jugendhilfe (SGB VIII).

Die stationäre medizinische oder therapeutische Behandlung sollte bei psychisch kranken/seelisch behinderten Menschen mit Suchtmittelerkrankung soweit erfolgt sein, dass eine Nachbetreuung in geeignete sozialpsychiatrische Versorgungsangebote vorgenommen werden kann. Es muss darauf geachtet werden, dass die sozialpsychiatrische Weiterbetreuung ohne Unterbrechung stattfindet, um Drehtüreffekte bei den Leistungsberechtigten zu vermeiden.

Beim Zusammenspiel von Eingliederungshilfe (EGH) und ambulanter Pflege müssen die bei der Gesamtplanung festgestellten Bedarfe vollständig gedeckt werden. Die entsprechend gleichmäßige Zuordnung der bedarfsdeckenden Hilfen gilt auch für ASP-Leistungen im Zusammenwirken mit Hauswirtschaftshilfen (HWH).

Die Umsetzung der Ambulanten Sozialpsychiatrie (ASP) wird weiterhin vom Gremium „Begleitmanagement“ begleitet. Die Weiterentwicklung der personenorientierten und präventiven Hilfen und der sozialräumlichen Angebote wird angestrebt.

Die Umsetzung der Ambulanten Sozialpsychiatrie (ASP) in Hamburg wurde 2016/2017 wissenschaftlich evaluiert durch den Forschungsverbund BAESCAP unter Beteiligung der HAW Hamburg¹⁴⁵.

¹⁴⁵ Baumgardt, J. (Ref.); et al., 2017, Mehr Licht, bitte! Erkenntnisse über die ambulante Sozialpsychiatrie aus forschender Perspektive.

Zusammenfassung und Perspektive

Die regionale Verteilung und Dichte der Begegnungsstätten in den Bezirken ist unterschiedlich. Die Steuerung der Standorte soll bei zu hoher Konzentration von Begegnungsstätten durch regionale Kooperation mehrerer Anbieter erfolgen, sodass sich eine gleichmäßigere regionale Verteilung ergeben kann. Es wird zukünftig weiterhin ein Augenmerk auf regional ausgewogene Verteilung von ASP Begegnungsstätten zu richten sein. Die fachlich qualifizierte Ausgestaltung der Leistungsangebote in den Begegnungsstätten sowohl für die Grundleistung als auch im präventiven Bereich bleibt eine Aufgabe. Auch die Art und Weise der Einbeziehung sozialräumlicher Angebote und die Nutzung der Möglichkeiten und Potentiale der Leistungsempfänger sollte bei der Leistungsgewährung weiter im Blick bleiben. Sowohl die Bedarfsfeststellung und Zielbeschreibung im Gesamtplan als auch die Umsetzung in konkrete Schritte im Hilfeprozess der Leistungserbringenden im Dialog mit den Leistungsberechtigten soll möglichst optimal gestaltet werden. Hier geht es darum, die inhaltliche Bestimmtheit des Begriffs bedarfsgerechte Hilfe den Leistungsberechtigten in der Beschreibung der Hilfeschritte verständlich zu machen.

Die psychiatrische Akutversorgung und die sozialpsychiatrische sozialräumliche Versorgung sollen so miteinander verzahnt werden, dass bruchlose Übergänge in der psychiatrischen Versorgung gewährleistet sind.

4.5.2. Ambulante Wohngemeinschaft für seelisch Behinderte (AWG psych)

Bei der Umstellung der bisherigen BeWo und PPM Träger auf die neue Ambulante Sozialpsychiatrie ASP hat sich herausgestellt, dass es bei einigen Trägern, die bisher eine BeWo Vereinbarung hatten, sachgerechter ist, eine Vereinbarung über AWG für den Personenkreis seelisch behinderte Menschen abzuschließen.

Es handelt sich um eine Wohngruppe für seelisch behinderte Menschen (AWG psych), die ambulant sozialpsychiatrische Leistungen in Anspruch nehmen. Bei diesem Personenkreis handelt es sich um Menschen mit komplexeren Hilfebedarfen, die mittel- und längerfristig Hilfe benötigen. Die Wohnungsversorgung auf dem freien Wohnungsmarkt ist für diesen Personenkreis sehr schwierig.

Die Maßnahme sozialpsychiatrische Betreuung im trügereigenen Wohnraum ist eine ambulante Leistung der Eingliederungshilfe. Die Klientinnen und Klienten wohnen in Einzimmerwohnungen oder in Mehrzimmerwohnungen als Wohngemeinschaft zusammen. Die Hilfe wird als aufsuchende Betreuung in den Wohnungen erbracht, wobei nachbarschaftliche Hilfeangebote bei der Überwindung der Teilhabehemmnisse einbezogen werden.

Die angebotenen Leistungen lassen sich in folgende Kategorien einordnen:

1. Grundversorgung, Planung und Abstimmung
2. Hilfen im Bereich Wohnen und Selbstversorgung
3. Hilfen bei Tages- und Kontaktgestaltung
4. Hilfen im Bereich Arbeit und Ausbildung
5. Indirekte Leistungen

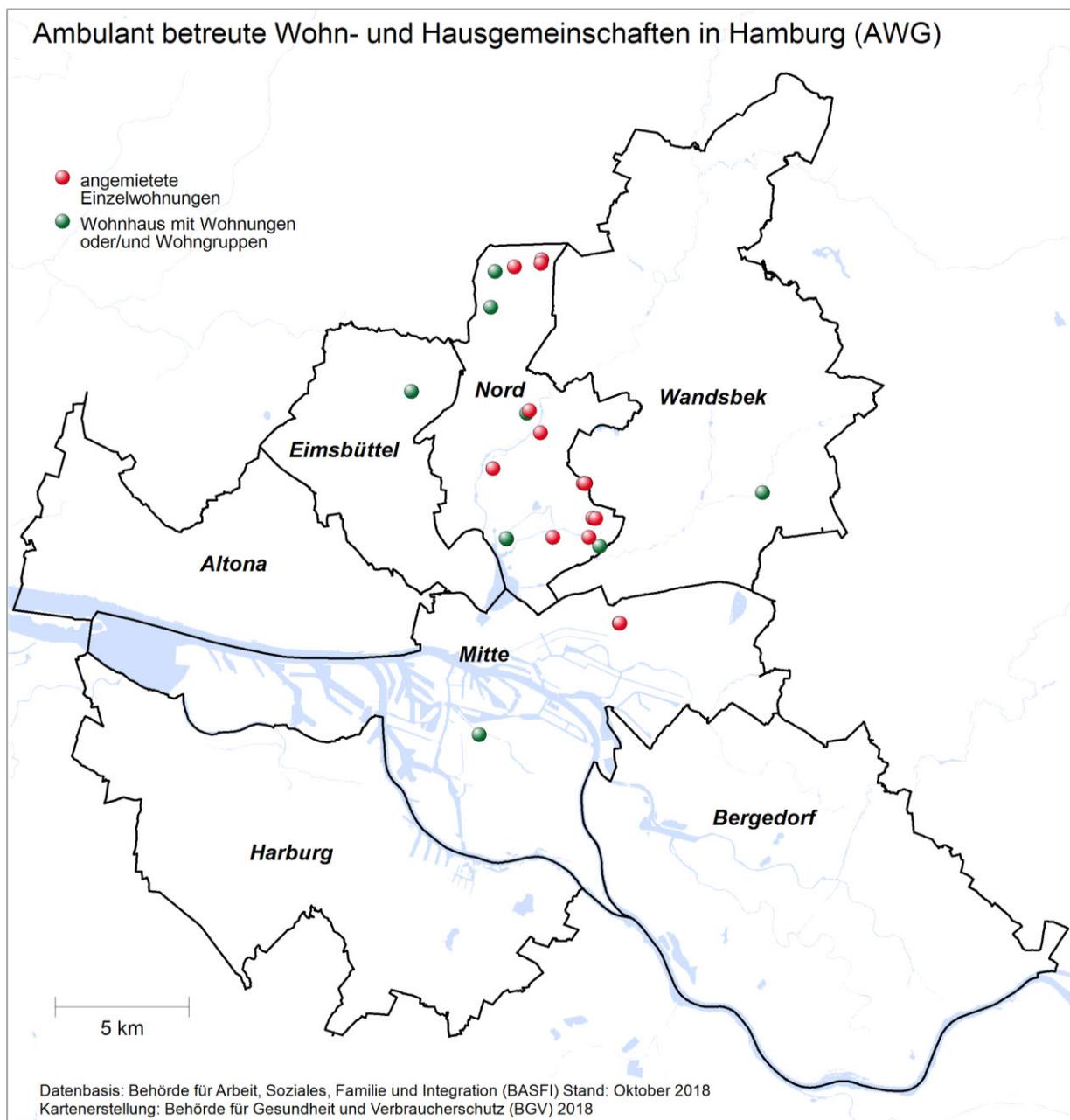
Es werden Hilfen angeboten zum/zur:

- Umgang mit der psychischen Erkrankung
- Umgang mit den krankheitsbedingten Handlungseinschränkungen im Alltag
- Erfüllung der Pflichten und Anforderungen an das selbständige Wohnen

- Erlernen der Aufgaben zur Selbstversorgung wie Körperhygiene, Sauberkeit der Wäsche sowie ausreichend Essen und Trinken
- Einhalten von Tages- und Nachtrhythmus
- Pflegen und Aufrechterhalten sozialer Kontakte
- Wiederaufnahme von Ausbildung oder Berufstätigkeit
- Freie Bewegung im öffentlichen Raum

Die Träger Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll Geschäftsbereich auxiliar GmbH, die Alida-Schmidt-Stiftung, der Internationale Bund (IB) und die Stiftung Das Rauhe Haus bieten Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten für 162 seelisch behinderte Menschen an verschiedenen dezentralen Standorten in Wohnungen in Hamburg an.

Abb. 26: Ambulant betreute Wohn- und Hausgemeinschaften in Hamburg 2018



Das Angebot der AWG psych trägt dazu bei, dass es eine vielfältig ausgestaltete Hilfelandschaft auf dem Feld der Sozialpsychiatrie gibt.

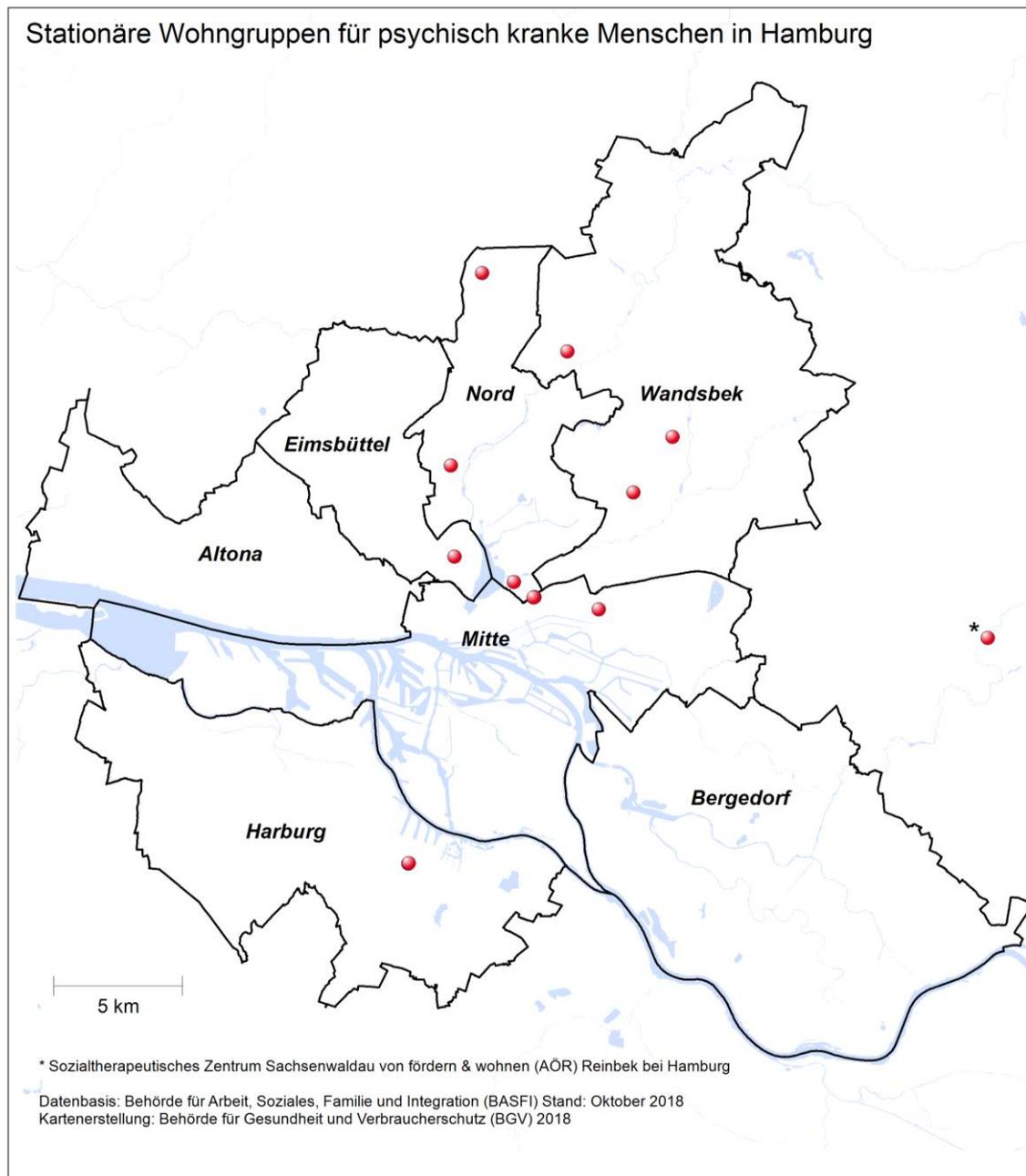
Einige Träger setzen Personalressourcen ein, um Wohnungen für diesen Personenkreis zu akquirieren. Die Erweiterung der Wohnmöglichkeiten für Menschen mit seelischer Behinderung, die in ambulanten Wohngemeinschaften untergebracht sind, könnte dafür sorgen, dass die Fluktuation in diesen Einrichtungen erhöht wird und ein weitgehend selbstständiges Leben mit weniger ambulanter Unterstützung für diesen Personenkreis ermöglicht wird.

4.5.3. Wohngruppen für seelisch behinderte Menschen

Es gibt in Hamburg zwölf Wohneinrichtungen mit 535 Plätzen, die von elf gewerblichen und freigemeinnützigen Trägern betrieben werden. 32 Plätze (16 im Lütt Huus der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH und ab 2018 16 in Sachsenwaldau von fördern & wohnen (AÖR)) werden vorgehalten für psychisch kranke Menschen mit Unterbringungsbeschluss nach § 1906 BGB. Weitere 8 Plätze für diesen Personenkreis sind in Planung beim Träger Rauhes Haus. Es handelt sich hierbei um Wohnheime mit Einzel- und Mehrpersonenwohneinheiten mit anwesendem Betreuungspersonal und entsprechenden Versorgungseinrichtungen. Das Leistungsangebot umfasst Hilfen in unterschiedlicher Intensität und Umfang in den Lebensbereichen Wohnen und Selbstbestimmung, Tages- und Kontaktgestaltung sowie Arbeit und Ausbildung. Eine ständige Erreichbarkeit von Mitarbeitern ist sichergestellt.

Abb. 27:

Stationäre Wohngruppen für psychisch kranke Menschen in Hamburg
2018



Diese Wohneinrichtungen bieten seelisch behinderten Menschen mit komplexen Hilfebedarfen einen Schutzraum nach einer stationären medizinischen oder therapeutischen Behandlung. Diese Menschen sind in der Regel aufgrund länger andauernder chronischer Krankheitsverläufe noch nicht bzw. nicht mehr in der Lage selbstständig in eigenen Wohnungen zu leben.

Die Aufenthaltsdauer der Klienten in diesen Wohneinrichtungen beträgt im Durchschnitt 2-3 Jahre. Für Menschen mit erfolgreichem Hilfeverlauf und deutlich weniger Unterstützungsbedarf ist es sehr schwierig, eine andere Wohnung zu finden, um die wiedergewonnene Selbstständigkeit auch leben zu können. Einige Träger sind schon dazu übergegangen, bei Neubau von Appartementhäusern für diesen Personenkreis eine durchlässige unterschiedlich intensive Betreuung je nach Bedarf und situativem Befinden einzurichten.

Wohneinrichtungen sollen dahingehend konzipiert werden, dass eine flexible und durchlässige, der situativen Bedarfslage und Lebenssituation des Leistungsberechtigten angepasste Betreuung und Unterstützung möglich ist.

Eine besondere Schnittstelle ergibt sich für Menschen in stationärer medizinischer und therapeutischer Behandlung (SGB V) zur notwendigen sozialpsychiatrischen Nachsorgebehandlung (SGB XII). Es gibt zwar ein ausreichendes Platzangebot in der Sozialpsychiatrie für Menschen mit komplexen Hilfebedarfen, allerdings sind die Betreuungsmöglichkeiten in Hamburg für Menschen mit besonderen Krankheitsverläufen und Störungsbildern insbesondere bei der Notwendigkeit einer geschlossenen Unterbringung nach § 1906 BGB begrenzt.

Weitere Schnittstellen ergeben sich für junge Menschen im Übergang von der Jugendhilfe (SGB VIII) in die Eingliederungshilfe (SGB XII) sowie für seelisch behinderte ältere Menschen bei zusätzlicher Pflegebedürftigkeit (Hilfen nach SGB XI).

Hamburg hat in den letzten Jahren die Eingliederungshilfe durch Projekte wie Ambulantisierung, Vereinbarung von Trägerbudgets, Bewilligung von passgenauen personenzentrierten Hilfen durch zentrale Gesamtplanung und medizinische Begutachtung sowie Stärkung von sozialräumlicher Hilfgewährung weiterentwickelt.

Zusammenfassung und Perspektive

Beim Wohnungsneubau und bei der Entwicklung neuer Wohnquartiere wird auch zukünftig darauf zu achten sein, dass ein Kontingent an Wohnungen für den Personenkreis der Menschen mit seelischer Behinderung zur Verfügung steht. Bei der im BTHG vorgesehenen Aufhebung von stationär und ambulant werden die bisher stationären Einrichtungen in besondere Wohnformen umgewandelt werden. Der Bau von zusätzlichen Wohnungen für vordringlich wohnungssuchende Haushalte ist vorgesehen¹⁴⁶. Das Wunsch und Wahlrecht der Menschen mit seelischer Behinderung bei der Wahl Ihrer Wohnformen muss künftig noch stärker berücksichtigt werden. Bei den ambulanten Hilfearten der Sozialpsychiatrie ist eine Trennung von Miet- und Betreuungsverträgen erforderlich sowie die Betreuung nach der oben beschriebenen konzeptionellen Leitlinie sinnvoll.

Die Zahl der in Einrichtungen außerhalb Hamburgs versorgten Patientinnen und Patienten, die auch eine geschlossene Unterbringung ermöglichen, lange Wartezeiten auf geschlossene Plätze in Hamburg und zahlreiche Erfahrungen der Träger und Krankenhäuser zeigen, dass die Zahl der hochstrukturierten Plätze in Hamburg, die eine Unterbringung nach § 1906 BGB ermöglichen, noch nicht ausreichend ist. Dabei darf das Ziel einer offenen und möglichst ambulanten Betreuung nie aus dem Auge verloren werden. Daher sollen zusätzliche Plätze auch nicht an einem zentralen Standort in Hamburg eingerichtet werden, sondern integriert in vorhandene Angebote Hamburger Träger. Bei den zu prüfenden Konzepten wird die Durchlässigkeit hin zu ambulanten Angeboten der Eingliederungshilfe ebenso ein wesentliches Kriterium sein, wie die enge Kooperation mit den medizinischen Versorgungsangeboten, die bei diesem Personenkreis in der Regel besonders notwendig ist. Hier bieten sich in erster Linie enge Kooperationen mit den regional zuständigen Krankenhäusern an.

¹⁴⁶ Vgl. Bürgerschaft der FHH (21. Wahlperiode), 2017, Drucksache 21/2905.

4.6. Rechtliche Betreuung

Wer auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht selbst besorgen kann, kann Hilfe durch eine rechtliche Betreuerin bzw. einen rechtlichen Betreuer erhalten. Die Betreuerin oder der Betreuer vertritt die betreute Person rechtlich im erforderlichen Umfang. Über die Bestellung einer Betreuerin oder eines Betreuers und die Aufgabenkreise der rechtlichen Betreuung entscheidet das Betreuungsgericht, wenn die betroffene Person, z. B. aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht mehr ausreichend in der Lage ist, eigenständig Entscheidungen in Teilen ihres Lebens treffen und verantworten zu können. Häufige benannte Aufgabenkreise für die rechtlichen Vertreter sind dann z. B. die Gesundheitsvorsorge, Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung und Vermögensangelegenheiten. Aber auch die Entscheidung über die geschlossene Unterbringung im Rahmen einer stationären Behandlung und die Entscheidung über ärztliche Zwangsmaßnahmen sind Aufgaben rechtlicher Vertreterinnen bzw. Vertreter.

Die Bestellung einer Betreuerin oder eines Betreuers ist nachrangig zu allen anderen Formen der Hilfe, wenn durch sie die Interessen eines Betroffenen genauso gut wie durch eine rechtliche Betreuung wahrgenommen werden können. Dieses sind praktische Hilfen im sozialen Umfeld von Familienangehörigen, Nachbarn, Freunden; genauso Hilfen durch Beratungsstellen, Soziale Dienste u. a. Gleichwohl führt mangelnde familiäre oder soziale Einbindung gerade schwer oder chronisch psychisch kranker Menschen nicht selten dazu, dass die rechtlichen Vertreterinnen bzw. Vertreter eine stützende und stabilisierende Rolle für die Betreuten zu übernehmen haben. Ziel der rechtlichen Betreuung ist u. a., den psychisch kranken Menschen bei der Gestaltung eines unterstützenden Umfeldes behilflich zu sein. Dazu werden in Hamburg regelmäßig Vereins- und Berufsbetreuer für psychisch kranke Menschen eingesetzt.

Die Organisation einer angemessenen Unterstützung unter Berücksichtigung des jeweiligen Krankheitsstandes sollte dabei im Fokus der rechtlichen Betreuer stehen. Wichtig in diesem Kontext ist eine hohe Expertise der rechtlichen Betreuerinnen und Betreuer im Umgang mit Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden. Entsprechende Kenntnisse der rechtlichen Vertreterinnen bzw. Vertreter sind somit wesentliche Voraussetzung für eine gut geführte rechtliche Betreuung von psychisch kranken Menschen, insbesondere mit komplexen Hilfebedarfen. Zur Erfüllung dieser Aufgaben benötigen rechtliche Betreuerinnen und Betreuer Kenntnisse über psychische Erkrankungen sowie deren Auswirkungen und Folgen für die erkrankte Person. Hinzu kommt die Kompetenz zur Kommunikation mit dem psychisch kranken Menschen ebenso, wie die Vernetzung und Kooperation mit den unterschiedlichen Unterstützungsdiensten.

Probleme ergeben sich wiederholt, wenn es um die Koordinierung einzelner Maßnahmen für den psychisch kranken Menschen geht. Das Zusammenspiel zwischen rechtlichen Betreuerinnen bzw. Betreuern, Krankenhäusern, ASP-Anbietern und Sozialpsychiatrischen Diensten zur Gestaltung aktuell notwendiger Hilfen wird mitunter durch erschwerte gegenseitige Erreichbarkeit und lange Kommunikationswege belastet.

4.7. Partizipation und Selbsthilfe

Der Selbsthilfe kommt eine erhebliche Bedeutung in der Behandlung von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen zu. Wenn auch die Wirksamkeit der Selbsthilfe nicht in der letzten Konsequenz wissenschaftlich belegt sein mag, ist sie heute unumstritten als wichtiger

Bestandteil des psychiatrischen Hilfesystems anerkannt. Dies gilt sowohl für die medizinisch klinische Behandlung als auch für das weiterführende System der Eingliederungshilfe. Die Unterstützung durch Selbsthilfeorganisationen und die Kontakte zu Psychiatrie-Erfahrenen können positive Auswirkungen haben auf die Dauer von Krankenhausaufenthalten, die Rate der Re-Hospitalisierungen und insgesamt die Compliance. Auch verbessern sie die Möglichkeit zur Krankheitsbewältigung. Dies gilt insbesondere auch für Angehörige, die – sei es als Eltern, Partner oder Kinder – oftmals ganz wesentlich von den Folgen chronisch psychischer Erkrankung betroffen sind.

4.7.1. Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen sind freiwillige, selbstorganisierte Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten sowie psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie selber direkt oder indirekt betroffen sind.

Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe kann eine wertvolle Ergänzung zur Behandlung sein und ist ein wichtiger Baustein der Wiedererlangung der Gesundheit bzw. der Krankheitsbewältigung.

In Hamburg hat sich eine Selbsthilfebewegung von psychisch kranken/seelisch behinderten Menschen Anfang der 70 Jahre im Zusammenhang mit den sich gesellschaftlich herausgebildeten neuen Demokratieverständnis und Mitbestimmungsmöglichkeiten gebildet. Nach dem Motto „Hilfe und Austausch von Betroffenen“ ließe sich am besten mit den Folgen von psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung umgehen. Es wurden der Arbeitskreis 71 (AK 71) als eingetragener Verein von Betroffenen gegründet und Räumlichkeiten als Treffpunkt für regelmäßige Zusammenkünfte angemietet. Die Vereinsstrukturen waren basisdemokratisch organisiert. Ziel der Selbsthilfegruppen ist der Erfahrungsaustausch, die gegenseitige Unterstützung sowie Stärkung des eigenen Befindens, um trotz der seelischen Behinderung den Alltag selbstständig und möglichst ohne professionelle Hilfe leben zu können.

Mittlerweile sind die Möglichkeiten in Hamburg sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen vielfältig. Heute beteiligen sich Betroffene qualifiziert durch die Ex-In-Ausbildung als Genesungsbegleiter an der professionellen Weitergabe Ihrer Erfahrungen.

Im Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. Hamburg (LPE) sind Menschen organisiert, die selbst psychisch krank sind oder seelische Krisen erlebt haben. Diese Erfahrungen werden in Selbsthilfe-Gruppen ausgetauscht. Ziel ist weiterhin die gegenseitige Unterstützung und die Vertretung der Interessen der Betroffenen gegenüber Medizin und Politik. Ein ganz wesentliches Ziel dabei ist die Vermeidung unnötiger Gewalt und Zwang. Neben den Angeboten von Selbsthilfegruppen sind die LPE auch als Interessenvertreter in mehreren psychiatrischen Abteilungen vertreten.

4.7.2. Peer-Arbeit

Seit 10 Jahren etabliert sich in der Psychiatrie als Hilfe von Betroffenen für Betroffene der Einsatz von sogenannten Peer- oder Genesungsbegleiterinnen bzw. -begleitern. Die Einbeziehung von Genesungsbegleitung in die psychiatrische Versorgung soll dazu beitragen, die Angebote psychiatrischer Leistungserbringer besser an die Bedürfnisse der Klienten und Klientinnen bzw. Patientinnen und Patienten anzupassen. In dem EU-Projekt „(EX)perienced

(IN)vovement¹⁴⁷ wurde in den Jahren 2005 bis 2007 die auf Erfahrungswissen beruhende EX-IN Ausbildung entwickelt, bei der Menschen, die schwere psychische Krisen durchlebt haben, als Genesungsbegleiterinnen und -begleiter ausgebildet werden. Die Erfahrungen und Perspektiven, die aus dem Erleben psychischer Erkrankungen und deren Bewältigung hervorgehen, schaffen einen Zugang zu Menschen in Krisen, der von Fachkräften ohne diesbezüglichen Erfahrungshintergrund auf diese Art nicht hergestellt werden kann.

Genesungsbegleitung ist eng mit dem Konzept des Empowerments verknüpft. In der Praxis zeigen sich viele positive Auswirkungen für die Nutzerinnen und Nutzer der Angebote, aber auch für die Genesungsbegleitungen selbst. Im Rahmen des Projektes „psychnet – Hamburger Netz psychische Gesundheit“¹⁴⁸ ist das Angebot der Peer-Beratung in den Hamburger Krankenhäusern ausgebaut und in seiner Wirkung wissenschaftlich evaluiert worden. Ergebnisse aus der Begleitforschung zeigen, dass ihr Einsatz einen wesentlichen Beitrag zu einer stärkeren Orientierung auf personenbezogene Behandlung und Genesungsförderung der Behandlung geleistet hat und zu mehr Patientenzufriedenheit führt. In der Folge hat es sich zu einem festen Angebot im Rahmen der klinisch-psychiatrischen Behandlung in allen Hamburger Krankenhäusern mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie etabliert.

Die professionelle Peer-Arbeit ist ein Grenzbereich der Selbsthilfe. Im Gegensatz zur Selbsthilfe ist diese nicht immer unabhängig, sondern durch die Bezahlung der Genesungsbegleitungen und durch ihre Position als Mitglied eines professionellen Teams ein systemimmanentes Angebot. Dies stellt besondere Anforderung an die Genesungsbegleiterinnen und -begleiter, ihre Identität als Psychiatrie-Erfahrene zu erhalten und sich nicht an die bereits etablierten Berufsbilder anzupassen.

4.7.3. Angehörigenarbeit

Angehörigenarbeit trägt wesentlich zur Versorgung psychisch Kranker/seelisch behinderter Menschen bei. Die Angehörigen können für das Eingebunden-Sein des Erkrankten in ein soziales Umfeld sorgen. Je mehr persönliche Ressourcen des psychisch Erkrankten und Ressourcen in seinem sozialen und familiären Umfeld mobilisiert werden können, umso größer sind die Aussichten einer Genesung beziehungsweise auf möglichst wenige Beschränkungen durch die Erkrankung im Alltag. Angehörigenarbeit ist daher etablierter Bestandteil sowohl der klinischen als auch außerklinischen Sozialpsychiatrie, sei es in Form von Angehörigengesprächen, Angeboten von Angehörigengruppen oder der Bereitstellung von Möglichkeiten, dass im Landesverband organisierte Angehörige eigene Beratungsangebote anbieten können.

Die Angehörigenverbände organisieren sich auf drei Ebenen:

- Auf lokaler und regionaler Ebene in Selbsthilfegruppen, indem sie unmittelbar und vor Ort Hilfe und Entlastung durch Gespräch und Information anbieten,
- Auf Landesebene durch die Landesverbände, die als Ansprechpartner für Angehörige fungieren, Aufklärungsarbeit leisten, Veranstaltungen organisieren, die Interessen psychisch erkrankter Menschen und ihrer Familien auf verschiedenen Ebenen vertreten und wichtige Aufgaben auf landespolitischer Ebene erfüllen,
- Auf Bundesebene durch den Bundesverband, der die Interessen der Familien auf nationaler Ebene vertritt und Informationsaufgaben für die Öffentlichkeit und gegenüber den Landesverbänden wahrnimmt.

¹⁴⁷ EX-IN, EU-Pilotprojekt (Ex)perienced (IN)vovement 2005-2007.

¹⁴⁸ psychnet – Hamburger Netz psychische Gesundheit.

Der Landesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen Hamburg (LApK) ist die Selbsthilfeorganisation der Familien mit psychisch erkrankten Familienmitgliedern für den Großraum Hamburg. Der LApK ist ein eingetragener, gemeinnütziger Verein mit über 570 Mitgliedern (Stand: August 2017) und vertritt seit 30 Jahren die Interessen der Angehörigen psychisch Kranker.

Als Ansprechpartner steht er immer dann zur Verfügung, wenn es um Fragen psychischer Krankheit und deren Auswirkungen auf die Familien geht. Der Landesverband erbringt ehrenamtlich folgende Leistungen für Angehörige, Familien und Betroffene:

- Gründung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen;
- Organisation von Veranstaltungen z. B. zu therapeutischen, sozialrechtlichen Fragestellungen;
- Unterhaltung einer Beratungsstelle zu Themen wie Gesundheit, Existenzsicherung und Betreuung;
- Information seiner Mitglieder und sonstigen Interessenten durch Mitgliederrundbriefe, E-Mail-Newsletter sowie über seine Internet-Seite;
- Öffentlichkeitsarbeit zugunsten von Diversity, Akzeptanz der Verschiedenartigkeit von Menschen sowie gegen Vorurteile und Fehlinformationen, die zu Stigmatisierung führen;
- Zusammenarbeit mit Kliniken und Einrichtungen der ambulanten Sozialpsychiatrie sowie weiteren Akteuren, die eine vergleichbare Zielsetzung verfolgen;
- Vernetzung mit dem Bundesverband.

Der LApK Hamburg hat von Anfang an die Einrichtung und Umsetzung des neuen Hilfesystems Ambulante Sozialpsychiatrie kritisch solidarisch begleitet und arbeitet aktiv im trialogisch besetzten Gremium ASP-Begleitmanagement zur begleitenden Steuerung des Hilfesystems mit. Angehörigenarbeit ist Bestandteil des Leistungskatalogs der Sozialpsychiatrie. Der LApK Hamburg beteiligt sich weiterhin an der Umsetzung des Hamburger Landesaktionsplans, in dem die Maßnahmen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention beschrieben werden.

Außerdem wirkt der LApK Hamburg in der „Unabhängigen Beschwerdestelle für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung in Hamburg e.V.“ mit, an die sich Menschen mit seelischer Behinderung bei Unzufriedenheit wenden können.

Nicht zuletzt deswegen stellt der LApK für Angehörige psychisch Kranker einen bedeutsamen Mosaikstein in der sozialpsychiatrischen Hilfelandschaft in Hamburg dar. Er ist gleichzeitig Korrektiv, Interessenvertretung und Ansprechpartner für Betroffenen bei Problemen mit Einrichtungen und Institutionen und trägt mit politischen oder gesellschaftlichen Forderungen mit zur Verbesserung der Situation von psychisch erkrankten Menschen und ihren Angehörigen bei.

Der LApK finanziert sich überwiegend über Beiträge und Spenden seiner Mitglieder. Ferner erhält er Förderung durch die Selbsthilfeförderung der gesetzlichen Krankenkassen und Zuweisungen durch die Bußgeldstelle der Stadt Hamburg.

4.8. Kooperation und Vernetzung

In der Darstellung der sehr umfangreichen Versorgungsangebote in Hamburg aber auch in der Beschreibung der gesetzlich vorgegebenen unterschiedlichen Finanzierungströme ist deutlich geworden, dass es gerade für schwer und chronisch psychisch Kranke und deren Angehörige oftmals schwierig sein kann, das richtige Angebot oder den richtigen Ansprechpartner zu finden. Die Erfahrung zeigt auch, dass sich gerade dieser Personenkreis oftmals an unterschiedlichste Stellen wendet oder an den verschiedensten Orten auffällig wird, ohne dass diese Erkenntnisse zusammengeführt werden können. Daher kommt gerade für diesen Personenkreis der Kooperation und Kommunikation der unterschiedlichen Angebote eine besondere Bedeutung zu. Schon jetzt erfolgt diese regional auf der Ebene der Bezirke organisierte Kooperation vielfältig informell oder in Form von regelmäßigen Treffen wie z. B. in den PSAGs. Gerade in Krisensituationen, die mit einer möglichen Eigen- und Fremdgefährdung einhergehen aber noch unterhalb der Schwelle, die eine Unterbringung gegen den Willen des Betroffenen rechtfertigen würde, ist es wichtig kurzfristig alle Beteiligten an einen Tisch zu holen und die bestmögliche Hilfe für die Betroffenen zu finden. Hierzu gehören ggf. auch Vertreter der Polizei und der Justiz. Dabei geht es gerade nicht darum die Verantwortung für eine Person abzugeben, sondern gemeinsam, selbstverständlich unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben, nach Lösungen zu suchen.

Exkurs

Wie diese Bestandsaufnahme der psychiatrischen Versorgung in Hamburg zeigt, ist die psychiatrische und psychosomatische Versorgung in Hamburg breit und grundsätzlich gut aufgestellt. Dennoch wird immer wieder von Menschen berichtet, die durch ‚alle Maschinen dieses Netzes‘ fallen. Diese meist schwer psychisch kranken Personen stellt das Versorgungssystem oft vor große Herausforderungen; sei es, dass sie krankheitsbedingt keine der vielen Angebote wahrnehmen können, sei es, dass die Angebote nicht intensiv genug sind, um eine stabile therapeutische Beziehung aufzubauen. Es handelt sich in der Regel entweder um Menschen, die noch gar keinen Zugang zum System der Versorgung gefunden haben, aber z. B. im polizeilichen Kontext oder in ihrem persönlichen Umfeld psychisch auffällig werden. Oder aber es sind Kranke, die ihre notwendigen therapeutische Angebote eigenständig abbrechen und damit im Kontext ihrer Erkrankung immer weiter chronifizieren und in soziale Schwierigkeiten geraten. In diesen Fällen ist die Symptomatik nicht so stark ausgeprägt, dass die rechtlichen Voraussetzungen für eine Unterbringung gegen den Willen wegen akuter Eigen- und/oder Fremdgefährdung gegeben sind, so dass sie rasch wieder aus der stationären Behandlung entlassen werden müssen. Die in der Regel dann kurzen klinischen Aufenthalte reichen zeitlich nicht, um ausreichende außerklinische Angebote zu initiieren und ihnen so eine therapeutische Stabilität zu ermöglichen.

Erschwerend kommt hinzu, dass diese Personengruppen oftmals an sehr unterschiedlichen Orten auffällig werden, z. B. in der Klinik, bei der Polizei oder bei den Betreuern und Betreuerinnen, die einzelnen Stellen aber nichts voneinander wissen oder aber nicht ausreichend kommunizieren können. Es gelingt dann nicht, schnelle und abgestimmte, intensive Betreuungsmaßnahmen gemeinsam zu organisieren. Gerade aber an der Versorgung dieses nicht immer einfachen und oftmals chronisch erkrankten Personenkreises muss sich die Qualität eines Versorgungssystems messen lassen. Nicht selten sind es dann erst forensische Verfahren, die zu einer längeren Unterbringung und Therapie führen.

Dieser geschilderten Personengruppen gilt das ganz besondere Augenmerk in diesem Psychiatrie-Bericht. Verbindliche Kooperationsvereinbarungen, die Vernetzung vor Ort, Krisentelefon und auch zusätzliche Angebote im Rahmen der Eingliederungshilfe und Pflege richten sich gezielt an diese Menschen, die bisher nicht ausreichend von den Versorgungsangeboten in Hamburg profitieren können.

4.8.1. Ziel: Regionale Kooperationsvereinbarungen

Um solche Prozesse auch strukturell zu verankern, sollen zwischen den wesentlich Beteiligten schriftliche Kooperationsvereinbarungen auf bezirklicher Ebene getroffen werden. Ziel der Vereinbarung zwischen den Diensten, Trägern und Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung ist es, in gemeinsamer Verantwortung die ambulante, teilstationäre und stationäre (sozial-)psychiatrische Versorgung der im jeweiligen Bezirk lebenden Bürgerinnen und Bürger zu sichern. Vorrangiges Ziel der Kooperationspartner ist es, den psychisch erkrankten und seelisch behinderten bzw. von einer seelischen Behinderung bedrohten Menschen im Bezirk wohnortnah die von ihnen benötigten Hilfen zu leisten bzw. dazu beizutragen, dass die Klientinnen und Klienten in die entsprechenden Hilfen vermittelt werden. Die Kooperationspartner verpflichten sich, die Hilfen so effizient, effektiv und verantwortungsbewusst wie möglich einzusetzen und niemanden wegen Art und Schwere der Störung auszuschließen. Die Menschen mit einer psychischen Erkrankung, seelischen oder drohenden seelischen Behinderung sollen individuell zugeschnittene Hilfen in ihrem Lebensfeld in Anspruch nehmen können, um sie zu einer möglichst eigenständigen und selbstverantwortlichen Lebensführung in einem überschaubaren und vertrauten Lebens- und Sozialraum zu befähigen und zu motivieren.

Um den Prozess der Erarbeitung einer Kooperationsvereinbarung zu vereinfachen, haben sich die zuständigen Behörden bewusst dazu entschieden, diese Kooperationsvereinbarung beispielhaft in einem Bezirk abzuschließen und dort erste Erfahrungen zu sammeln. Diese Erfahrungen sollen dann zügig auch auf die anderen Bezirke übertragen werden.

4.8.2. Entwicklung leitliniengestützter Kooperation im Bezirk Harburg

Da im Bezirk Harburg formelle und informelle Kooperationsstrukturen schon seit Jahren sehr stark ausgeprägt sind, wird zunächst der Abschluss einer regionalen, für Hamburg beispielgebenden Vereinbarungs-gestützten Kooperation im Bezirk Harburg möglichst im 1. Halbjahr 2019 angestrebt. Ausgehend von der dort bestehenden, umfassenden, differenzierten und vernetzten Struktur der Angebote zur Versorgung psychisch kranker bzw. seelisch behinderter oder von einer seelischen Behinderung bedrohter Menschen (s. Exkurs „Kooperation und Vernetzung im Bezirk Harburg“) ist gemeinsam mit dem Bezirksamt der Entwurf einer Vereinbarung zur leitliniengestützten Kooperation für den Bezirk Harburg vorgelegt worden. Dieser Entwurf wird von einer Arbeitsgruppe weiterentwickelt, an der sich neben den zuständigen Fachbehörden und dem Bezirksamt Träger und Einrichtungen der (sozial-)psychiatrischen Versorgung im Bezirk Harburg sowie anlassbezogen niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten, aber auch Justiz und Polizei beteiligen werden.

Exkurs

Kooperation und Vernetzung im Bezirk Harburg

Sektorenübergreifende kooperative Strukturen in der psychosozialen und psychiatrisch/psychotherapeutischen Versorgung von Bürgerinnen und Bürgern mit psychischen Erkrankungen haben im südlichen Hamburg in den letzten 20 Jahren eine Tradition. Die psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG Hamburger Süden) trifft sich monatlich und im Jahre 2001 wurde eine Kooperationsvereinbarung zwischen den damaligen ambulanten und teilstationären Diensten/Einrichtungen und der für den Sektor Harburg zuständigen psychiatrischen Abteilung getroffen, um sich wechselseitig über neue Projekte und Projektvorhaben zu informieren, mit dem Ziel, unproduktive Konkurrenzen zu vermeiden und einer auf

das Bedürfnis der Bevölkerung abgestimmten Versorgungsleistung. Die weitere Ausgestaltung der Kooperationsvereinbarung sollte sich dabei an der Fortentwicklung der regionalen Pflichtversorgung für Hamburg orientieren.

Vor diesem Hintergrund verfolgte der im Jahr 2000 aus der „Behindertenhilfe Harburg“ gegründete Verein „Hafen – Verein für psychosoziale Hilfe Harburg e.V.“ in Abstimmung mit der psychiatrischen Abteilung von Beginn an die Strategie einer stadtteilbezogenen Versorgung. Der Hafen übernahm im Stadtteil Wilhelmsburg von der „Hamburgische Gesellschaft für soziale Psychiatrie (HGSP)“ die Kontakt- und Beratungsstelle LOTSE und baute im Stadtteil Neugraben/Neuwiedenthal die PASSAGE SÜDERELBE und die KAJÜTE aus. Im Kerngebiet Harburg wurde die Kontaktstelle „die BRÜCKE“ der Diakonie durch einen weiteren Treffpunkt, dem ANKER, ergänzt.

Entsprechend dieser stadtteilbezogenen psychosozialen Versorgung hat das Asklepios Klinikum Harburg (AKH) neben der Tagesklinik Harburg und der Tagesklinik für Ältere auf dem Gelände des AKH zunächst in Wilhelmsburg eine stadtteilbezogene Tagesklinik und psychiatrische Institutsambulanz (PIA) mit migrationspezifischer Ausrichtung etabliert. Im Jahr 2015 wurde das „Zentrum für seelische Gesundheit Neugraben“ mit Tagesklinik und PIA in Neugraben in unmittelbarer räumlicher Kontinuität mit dem Treffpunkt der PASSAGE SÜDERELBE eröffnet. Diese stadtteilorientierten Zentren sollen die ambulante psychosoziale und psychiatrische Versorgung im Stadtteil fördern und nach Möglichkeit stationäre Einweisungen verhindern.

Inzwischen sind weitere ambulante Einrichtungen verschiedener Träger entstanden, die sich an der stadtteilbezogenen Versorgung orientieren: u. a. „Treffpunkt Lüneburger Tor“ als gemeinsames Projekt von Vita Curare, Hansebetreuung und dem Betreuungsverein Insel e.V., Treffpunkte am Schwarzenberg des BHH Sozialkontors, des Roten Kreuzes in der Bremer Straße und des Internationalen Bundes in Neugraben und Wilhelmsburg.

Der Margarethenhort bietet ebenso verschiedene sozialräumliche Angebote sowie ambulante Hilfen und stationäre Wohnplätze an.

Im Jahr 2006 wurde der erste Vertrag zwischen dem AKH und dem Fachamt Gesundheit Harburg zur Kooperation in Bezug auf die ärztliche Besetzung des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpD) des Gesundheitsamtes geschlossen. Seit dieser Zeit werden die Ärztinnen und Ärzte des SpD nach Rücksprache mit der Leitung des Gesundheitsamtes von der Klinik gestellt. Dieses Modell hat sich praktisch bewährt, weil sich unter Wahrung der Schweigepflicht das wechselseitige Verständnis und die beidseitige Versorgungsverantwortung in Krisenfällen verbessert haben und schnellere Problemlösungen ermöglicht werden. Außerdem können die bestehenden Kontakte zu Kooperationspartner und anderen Behörden im wechselseitigen Interesse genutzt werden.

In wöchentlich stattfindenden Fallbesprechungen können kliniksintern, aber auch auf Wunsch von externen Einrichtungen, Betreuerinnen und Betreuern, gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern und dem SpD gemeinsame Klientinnen und Klienten besprochen werden. Inzwischen nehmen auch die Familienangehörige und die Betroffenen im Einzelfall an der Besprechung teil, unter der Moderation des Leitenden Arztes. Auch Patientinnen und Patienten mit komplexem Hilfebedarf, die durch den SpD betreut werden bzw. den Einsatz des SpD oft erfordern und gleichzeitig im AKH bekannt sind, werden hier z. B. unter Hinzuziehung der Betreuerin/des Betreuers und/oder des Betroffenen selbst besprochen, um Perspektiven für die weitere Rehabilitation zu entwickeln.

Zwischen den einzelnen Einrichtungen sind inzwischen zahlreiche bi- und trilaterale Kooperationsbeziehungen entstanden; so z. B. im Rahmen der Integrierten Versorgung im ambulanten Bereich. Federführend mit der Technikerkrankenkasse entwickelten ab 2012 drei Vereine, „der Hafen“, „Vita Curare“ und „Hipsy“ die integrierte Versorgung im ambulanten Bereich, das Projekt wird inzwischen vom „Hafen“ allein weitergeführt.

Die Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten, vor allem mit dem „Hausarztnetz Süderelbe“ und den an der ambulanten psychiatrischen Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der psychiatrischen Abteilung fand ihre Institutionalisierung in der „Integrierten Versorgung (IV) Depression“ mit der DAK, die seit 2004 bis heute in unterschiedlicher Form fortbesteht. Aus der IV mit den Hausärztinnen und Hausärzten entstand eine jährlich stattfindende Fortbildungsveranstaltung zu Themen der Psychiatrie und Psychotherapie.

Außerdem bietet die PIA für die Hausärztinnen und Hausärzte bei komplexen psychiatrischen Fällen eine Vorschalt-Clearingfunktion an, so dass ohne wesentliche Wartezeit Patientenbedarfe und Behandlungsindikation geklärt und die geeignete und möglichst ambulante Behandlung eingeleitet wird. Der Ambulantisierung der psychiatrisch/psychotherapeutischen Leistungserbringung entsprechend wurde im Bezirk Harburg das erste nervenärztliche MVZ von den Asklepios Kliniken Hamburg GmbH gegründet. Hieraus ist inzwischen das MVZ Süderelbe mit zwei Nervenärzten und zahlreichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entstanden. Regelmäßig treffen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der PIA am AKH und des MVZ, um komplexe Patientenverläufe abzustimmen und vor allem eine rechtzeitige Überleitung von der PIA in den ambulanten Bereich zu ermöglichen.

Im Jahr 2004 wurde das „Harburger Bündnis gegen Depression e.V.“ gegründet, eines der ersten Depressionsbündnisse in Deutschland nach dem Modellprojekt in Nürnberg/Erlangen. Dieses Bündnis finanziert sich durch Spenden und fördert den Austausch auf informeller Ebene in den Harburger Einrichtungen und Diensten unter Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen. Es wird jeweils ein Halbjahresprogramm mit Info-Veranstaltungen und den Programmen der Einrichtungen und der Selbsthilfe erstellt, ein auf den Bezirk bezogener Führer mit Informationen über Hilfsangebote und Adressen im Hamburger Süden wird großflächig verteilt. In Harburg befand sich auch die erste Geschäftsstelle der „Deutschen Gesellschaft bipolare Störungen (DGBS) e.V.“, einer trialogischen Gesellschaft für bipolar Betroffenen, ihre Angehörigen und Ärzte/Psychotherapeuten. Mit dem psychenet-Projekt gab es eine enge Kooperation, und PEER-Berater wurden schon frühzeitig in der AKH eingestellt, arbeiten jetzt bei fast allen Trägern, um auch hier zwischen dem ambulanten und dem klinischen Sektor eine enge Verbindung herzustellen.

Über den SpD, die Kooperationen im Bündnis gegen Depression und den Versorgungsauftrag der Klinik hat sich in den letzten Jahren eine enge Kooperation mit der Polizei und der Betreuungsstelle sowie dem Betreuungsgericht entwickelt. Mit der Polizei gibt es regelmäßig wechselseitige Schulungen, und mit den Betreuungsrichtern und -richtern findet ein jährliches Treffen statt. Zur beruflichen Integration gibt es eine enge Zusammenarbeit mit dem Integrationsfachdienst, das Modellprojekt „Psygesa“ zur Beratung und Unterstützung von Menschen mit psychischen Störungen im Betrieb wird vom „Harburger Bündnis gegen Depression“ seit seiner Gründung unterstützt.

Über die Auftaktveranstaltung des „Harburger Bündnis gegen Depression e.V.“ im Jahre 2004 entwickelte sich eine Kooperation mit Betriebsärztinnen und -ärzten verschiedener Unternehmen im Süden Hamburgs. Aus der Kooperation entwickelte sich das wegweisende Modell einer „Sprechstunde seelische Gesundheit“ für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Prävention und Frühintervention. Inzwischen gibt es auch in Bezug auf eine optimalere Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer psychischen Erkrankung eine enge Verknüpfung zwischen Klinik und der betrieblichen Wiedereingliederung.

Zusammengefasst hat sich in den letzten 20 Jahren im südlichen Hamburg ein engeres Netz von kooperierenden Strukturen entwickelt, die zwischen den teilnehmenden Organisationen zu einem deutlichen Vertrauensaufbau geführt haben und in zunehmendem Maße auch Betroffene und Angehörige beteiligt. Die intersektoralen Grenzen zwischen einzelnen Einrichtungen und Diensten konnten deutlich reduziert werden, und die Zusammenarbeit ist auf den Gebieten der Prävention, Beratung, Behandlung und Rehabilitation zunehmend von einer gemeinsamen Verantwortungsübernahme im Sinne einer „Value-based Healthcare“ geprägt.

Bezirksamt Harburg – Fachamt Gesundheit

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft

PSAG Hamburger Süden

Die Definition der Zielgruppe dieser für den Bezirk Harburg angestrebten verbindlichen Kooperation wird im weiteren Verfahren von der Arbeitsgruppe präzisiert werden. Grundsätzlich einvernehmlich ist: Zielgruppe der Kooperationsvereinbarung sind alle Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung bzw. drohenden seelischen Behinde-

rung im Erwachsenenalter und gewöhnlichem Aufenthalt im Bezirk einschließlich ihrer Angehörigen, die Hilfebedarf beim Zugang zur Versorgung oder im Rahmen der Behandlung, der Rehabilitation und/oder der Eingliederungshilfe haben. Ziel ist insbesondere die Versorgung der schwer und der chronisch psychisch kranken Menschen mit komplexen Hilfebedarfen. Dabei ist die Zielgruppe nicht nach vorgegebenen Kriterien definiert, sondern kennzeichnet sich durch die jeweilige Problematik des Einzelfalls. Die Zuordnung und Einsteuerung in das Kooperationsverfahren wird somit je nach Situation im Einzelfall vom aktuell geforderten Akteur bestimmt. Personen mit delinquentem Verhalten gehören nur dann zur Zielgruppe, wenn dieses in einem ursächlichen Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung und/oder Störung steht.

Wird im Zusammenhang mit einer psychischen Störung oder psychischen Erkrankung ein komplexer Hilfe- und Unterstützungsbedarf festgestellt, ist dies der Anlass zur Kooperation unterschiedlicher Angebotssysteme. Ausgehend von dem im jeweiligen Einzelfall gegebenen personenbezogenen Hilfebedarf verpflichten sich die Kooperationspartner zu einer fallbezogenen Koordination und multiprofessionellen Zusammenarbeit zur qualifizierten Gewährleistung der in Hinblick auf ein abgestimmtes Behandlungsziel indizierten Hilfen. Hiervon unberührt bleibt die Rechtsträgerschaft der sich an der Kooperation beteiligenden Dienste und Einrichtungen. Insbesondere werden Verträge und Vereinbarungen mit Kosten- bzw. Leistungsträgern weiterhin von den jeweiligen Rechtsträgern geschlossen. Die Versorgung nach SGB V orientiert sich dabei nach einem „Stepped-care-model“, die Versorgung nach SGB IX und SGB XII nach den Vorgaben der Eingliederungshilfe und des Bundesteilhabegesetzes. Die Gesamtplanverfahren nach dem BTHG sind von dieser Vereinbarung unberührt.

Entsprechend erfolgt die Einzelfallsteuerung gemäß den jeweiligen Verfahren der im Einzelfall zuständigen Leistungsträger. Sollte es nicht möglich sein, auf direktem Wege eine in Art und Umfang geeignete Form der Hilfe zu finden, wird eine Fall- oder Clearingkonferenz einberufen.

Für die Durchführung der Fallsteuerung ist der jeweils im Einzelfall zuständige Leistungsträger verantwortlich. Die Einberufung und Durchführung der Fall- bzw. Clearingkonferenz liegt ebenfalls in der Verantwortung des federführenden Leistungsträgers. Besteht noch keine Anbindung an einen Leistungsträger oder einen Leistungserbringer, kann derjenige Akteur zur Fall- bzw. Clearingkonferenz einladen, der Kenntnis von der betroffenen Person hat und für diese einen akuten Hilfe- und Handlungsbedarf erkennt.

Um die mit der Kooperationsvereinbarung angestrebte Verbesserung der Zusammenarbeit erreichen zu können, wird derzeit erarbeitet, welche diesbezüglichen Aufgaben von einer „koordinierenden Geschäftsstelle“ (z. B. Annahme von Meldungen, Dokumentation, Organisation von Fallbesprechungen, Organisation von Telefonkonferenzen etc.) übernommen werden können.

Mit Unterzeichnung der Vereinbarung werden sich die Kooperationspartner verpflichten, zur Erreichung der o. g. Ziele nach den darin konsentierten Grundsätzen und Verabredungen zusammen zu arbeiten und insbesondere im Falle von Krisen und Notfällen der Aufforderung eines beteiligten Kooperationspartners zu koordinierter und kooperativer Hilfeplanung und entsprechender Abstimmung und Gestaltung der Hilfeleistungen verbindlich zu folgen.

In akuten Krisen und Notfällen ist ein anlass- und einzelfallbezogener notwendiger Informationsaustausch zwischen den Kooperationspartnern zu gewährleisten. Dazu etablieren diese ein Kommunikations- und Handlungsmodell (Ampelmodell), um zeitgerecht angemessene, ab-

gestimmte und verbindliche Maßnahmen zu entwickeln. Die Anwendung dieses Handlungsmodells soll für alle Leistungsbereiche unabhängig von ihrer Rechtskreiszugehörigkeit Verbindlichkeit erwirken.

Die Kooperation soll innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren evaluiert werden.

5. Versorgung psychisch erkrankter Minderjähriger

Kinder und Jugendliche brauchen besonders bei Krankheit und in schwierigen Lebenslagen Hilfe. Auffälligkeiten und Störungen des Erlebens und Verhaltens im Kindes- und Jugendalter sind häufig und verursachen erhebliche Beeinträchtigungen für die Betroffenen in Familie, Schule und sozialem Umfeld. Die Schätzungen zum Auftreten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter unterscheiden sich deutlich und weisen im Altersbereich bis 18 Jahre eine Prävalenzrate zwischen 10 und 20 % auf. Diese Zahlen sind Basis für kontroverse Diskussionen über den real gegebenen Bedarf an Hilfen für psychisch auffällige Kinder und Jugendliche. Dies hat u. a. damit zu tun, dass die Differenzierung zwischen krank und verhaltensauffällig, zwischen beratungs-, erziehungs- und behandlungsbedürftig – zumindest partiell – schwierig ist und die Übergänge zwischen entwicklungsbedingten Auffälligkeiten und psychischen Erkrankungen eher fließend sind. Vor diesem Hintergrund erklären sich die fachlichen Kontroversen bei der validen Ermittlung des tatsächlichen Bedarfs an Versorgungsangeboten für (klinisch-)psychiatrisch behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche.¹⁴⁹

Die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher wird wesentlich wahrgenommen durch folgende Leistungsanbieter:

- Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin;
- Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie;
- Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten;
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Tageskliniken und Institutsambulanzen;
- Kliniken bzw. klinische Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Dies wird erweitert und ergänzt durch:

- Leistungen, die vertragsärztliche Praxen im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung¹⁵⁰ erbringen;
- Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) und Frühförderstellen (s. Kap. 5.1.5.2.);
- Jugendpsychiatrische Dienste der Bezirksamter (s. Kap. 5.1.6.);
- den Jugendpsychologischen und -psychiatrischen Dienst (JPPD; s. Kap. 5.1.7.4.).

Teilhabebeeinträchtigte Kinder und Jugendliche mit einer festgestellten drohenden oder manifestierten seelischen Behinderung erhalten bei Bedarf Eingliederungsleistungen nach § 35 a SGB VIII. Zuständige Eingliederungsträger sind hierfür die Fachämter für Jugend- und Familienhilfe in den Hamburger Bezirksamtern.

Geistig und mehrfach behinderte Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen erfahren Hilfemaßnahmen über das SGB XII.

¹⁴⁹ Vgl. GMK (83.), 2012, Bericht AG Psychiatrie der AOLG, Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven, S. 15.

¹⁵⁰ Die Vereinbarung, gültig seit 1. Juli 2009, ermöglicht es niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern, sowie Kinderärzten, Nervenärzten und Psychiatern mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in enger Kooperation mit komplementären Berufen, mindestens in einem Praxisteam aus Heilpädagogen und Sozialarbeitern, interdisziplinär zusammen zu arbeiten.

Die Aufteilung der Zuständigkeiten für junge Menschen mit Behinderungen auf die Sozialhilfe und die Kinder- und Jugendhilfe trägt in manchen Fällen der Entwicklungsdynamik und damit dem Spezifikum der Lebensphase „Kindheit und Jugend“ nicht ausreichend Rechnung. Das kann in der Praxis zu Definitions- und Abgrenzungsproblemen führen.

Es muss daher sichergestellt sein, dass bei Unsicherheiten darüber, ob und ggf. welche Behinderungsart vorliegt, nicht durch das Verweisen an den jeweils anderen Leistungsträger Nachteile für das betroffene Kind oder den Jugendlichen entstehen. Dazu muss zwischen dem Sozialhilfe- und Jugendhilfeträger die generelle Regel gelten, eine ggf. erforderliche Diagnostik und Hilfe jeweils schnellstens einzuleiten und ggf. erst im späteren Verlauf eine endgültige Zuständigkeitsklärung herbeizuführen.

Mit der Perspektive, zukünftig Eingliederungsleistungen für alle von Behinderung bedrohten oder betroffenen Kindern und Jugendlichen aus einer Hand erreichen zu können, unterstützt Hamburg die bundesweite Diskussion um eine inklusive Lösung. Ziel ist hierbei, Eingliederungsleistungen für Kinder und Jugendliche unabhängig von der Behinderungsart durch die Jugendhilfe gewähren zu können.

5.1. Ambulante psychiatrische Versorgung von Minderjährigen

5.1.1. Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Bei den Kindern und Jugendlichen ist oft der erste medizinische Kontakt die Kinderärztin oder der Kinderarzt, der/dem unter dem Aspekt der Früherkennung, Erstintervention und frühestmöglichen Weichenstellung für eine adäquate Diagnostik und ggf. Versorgung im Kinder- und Jugendlichen-Hilfesystem eine bedeutende Rolle zukommt.

Hamburg ist zwar nach den bundesweit geltenden Richtlinien in allen Bereichen der ambulanten medizinischen Versorgung gut ausgestattet und liegt mit 116 niedergelassenen Pädiaterinnen und Pädiatern bei einem Versorgungsgrad von 117 % (Stand: 01.07.2017)¹⁵¹ (s. Kap. 4.1.). Allerdings gilt auch für die Kinderärztinnen und -ärzte, dass diese nicht gleichmäßig über das Stadtgebiet verteilt sind. In mehreren Stadtteilen auch mit relativ ungünstiger Sozialstruktur sind keine oder zu wenig Kinderärztinnen und -ärzte vorhanden (z. B. in Lurup, Bahrenfeld, Steilshoop, Jenfeld und Neuallermöhe).¹⁵² Zudem haben die in Hamburg steigende Anzahl neugeborener Kinder als auch die quantitativ und qualitativ höheren Anforderungen durch zeitintensive Untersuchungen (U1 bis U9) dazu geführt, „dass die aktuell vorhandenen Behandlungskapazitäten nicht ausreichen, um den wachsenden Bedarf an kinderärztlicher Versorgung zu decken“.¹⁵³ Um diesem wachsenden Bedarf zu entsprechen, hat die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg im Wege der Sonderbedarfszulassung die Einrichtung von vier zusätzlichen Arztsitzen für Kinderärztinnen und -ärzte verteilt auf die Bezirke Hamburg-Nord, Hamburg-Mitte, Harburg und Bergedorf veranlasst. Zunehmende Probleme auch in den übrigen Bezirken, die Kindervorsorgeuntersuchungen im dafür vorgesehenen Zeitrahmen zu absolvieren, sind ein Indikator für weiter bestehenden Bedarf. Die Gesundheitsbehörde wird mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) und den Krankenkassen weitere Lösungsmöglichkeiten beraten.

¹⁵¹ Vgl. KVH, 2017, Versorgungsgrad aller Arztgruppen, Anlage 2.2.

¹⁵² Bürgerschaft der FHH (21. Wahlperiode), 2017, Drucksache 21/11112, Anlage 12.

¹⁵³ Dr. Dirk Heinrich, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg, 10.01.2018, Presseklärung.

5.1.2. Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten

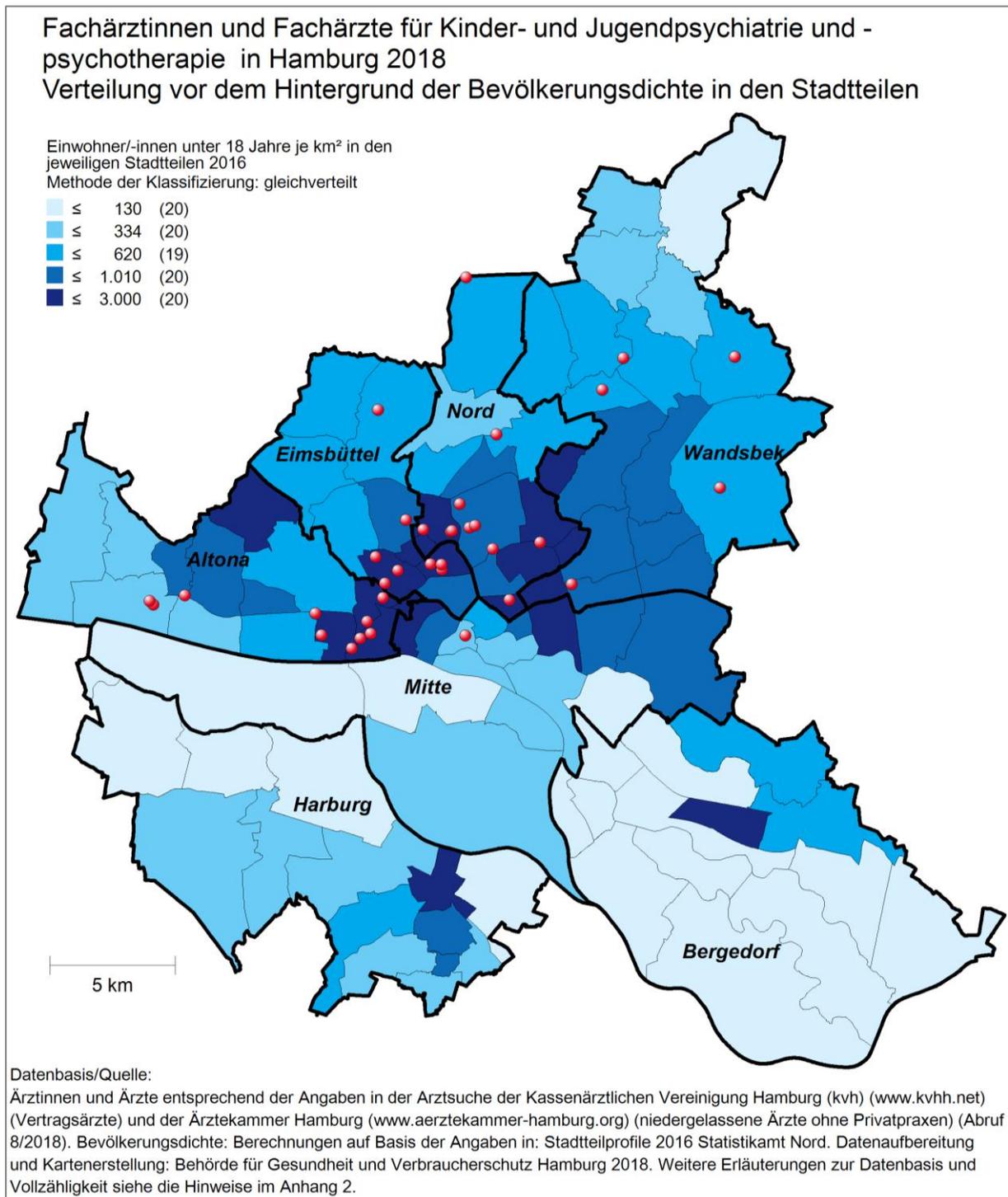
Hamburg verfügt gerade im Vergleich zu den Flächenländern über ein dichtes Netz an niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten (s. Tab. 21). Eine derartige Versorgungsdichte hat im Vergleich nur der Stadtstadt Bremen. In den Flächenländern – und dies betrifft sowohl die alten als auch die neuen Bundesländer – ist die Versorgungsdichte weitaus geringer. Vergleichszahlen liegen für das Jahr 2015 vor. Während in Hamburg eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für 5.900 minderjährige Einwohnerinnen und Einwohner zur Verfügung steht, waren im von der Bevölkerung her etwa gleich großen Flächenland Mecklenburg-Vorpommern zum 31.12.2015 nur 12 Fachärztinnen und -ärzte niedergelassen, was einem Versorgungsgrad von einer/m Ärztin/Arzt pro ca. 19.700 minderjährige Einwohnerinnen und Einwohnern entspricht. In Sachsen-Anhalt haben niedergelassene Fachärztinnen bzw. -ärzte sogar über 43.000 minderjährige Einwohner/innen zu versorgen.

Tab. 20: Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Hamburg	Anzahl der Fachärztinnen/-ärzte (Zählung nach Personen)	Einwohnerinnen/Einwohner unter 18 Jahre pro Fachärztin/- arzt
2005	17	16.001
2010	22	12.398
2015	65	4.498
2017	53	5.784

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister; Angaben jeweils zum 31.12. d. J. Angaben für 2005 und 2010: GBE; Bevölkerung Hamburg nach Melderegister, Berechnungen BGV.

Abb. 28: Verteilung der Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Hamburg – 2018



Nach Angaben der KVH sind im Jahr 2015 von der Berufsgruppe der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater 46.600 Quartalsscheine und im Jahr 2016 43.500 Quartalsscheine abgerechnet worden.

Tab. 21: Gesamtzahl und Versorgungsgrad in Hamburg von niedergelassenen, ärztlichen Fachgruppen, die psychisch kranke Kinder und Jugendliche behandeln¹⁵⁴

Fachgruppe	Gesamtzahl 01.01.2015	Versorgungsgrad 01.01.2015	Gesamtzahl 01.01.2018	Versorgungsgrad 01.01.2018
Kinderärzte	145,75	123,5 %	146,80	117,5 %
Kinder- und Jugendpsychiater	47	279,9 %	48,45	272,6 %
Kinder und Jugendliche betreuende Psychotherapeuten	142,15	151,3 % ¹⁵⁵	139,2	139,2 % ¹⁵⁶

Quelle: KVH¹⁵⁷

Auch bei den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten zeigt sich ein ähnliches Bild. Bei 142 (Stand: 01.01.2015) niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten¹⁵⁸ steht eine Therapeutin bzw. ein Therapeut für ca. 2.000 minderjährige Einwohnerinnen bzw. Einwohner zur Verfügung. Hamburg wird nur von den Stadtstaaten Berlin und Bremen geringfügig übertroffen und liegt bei der Versorgungsdichte weit über dem Bundesdurchschnitt.

Tab. 22: Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten

Hamburg	Anzahl der Fachärztinnen/-ärzte (Zählung nach Personen)	Einwohnerinnen/Einwohner unter 18 Jahre pro Fachärztin/-arzt
2005	k. A.	k. A.
2010	k. A.	k. A.
2015	146	2.003
2017	166	1.847

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister; Angaben jeweils zum 31.12. d. J. Bevölkerung Hamburg nach Melderegister, Berechnungen BGV.

Zum Stichtag 01.01.2018 sind in Hamburg 139,2 Psychotherapeutinnen und -therapeuten registriert, die ausschließlich Kinder- und Jugendliche behandeln, davon 1,7 ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und 137,5 Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten (jeweils Vollzeitäquivalente).

¹⁵⁴ Vertragsärztinnen und -ärzte und -psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten werden entsprechend des Umfangs ihrer Tätigkeit aufgeführt. Zulassungen zählen mit dem Faktor 0,5 oder 1,0. Anstellungen – je nach Wochenstundenzahl – mit dem Faktor 0,25, 0,5, 0,75 oder 1,0. Überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte sind mit dem Faktor 0,7 berücksichtigt.

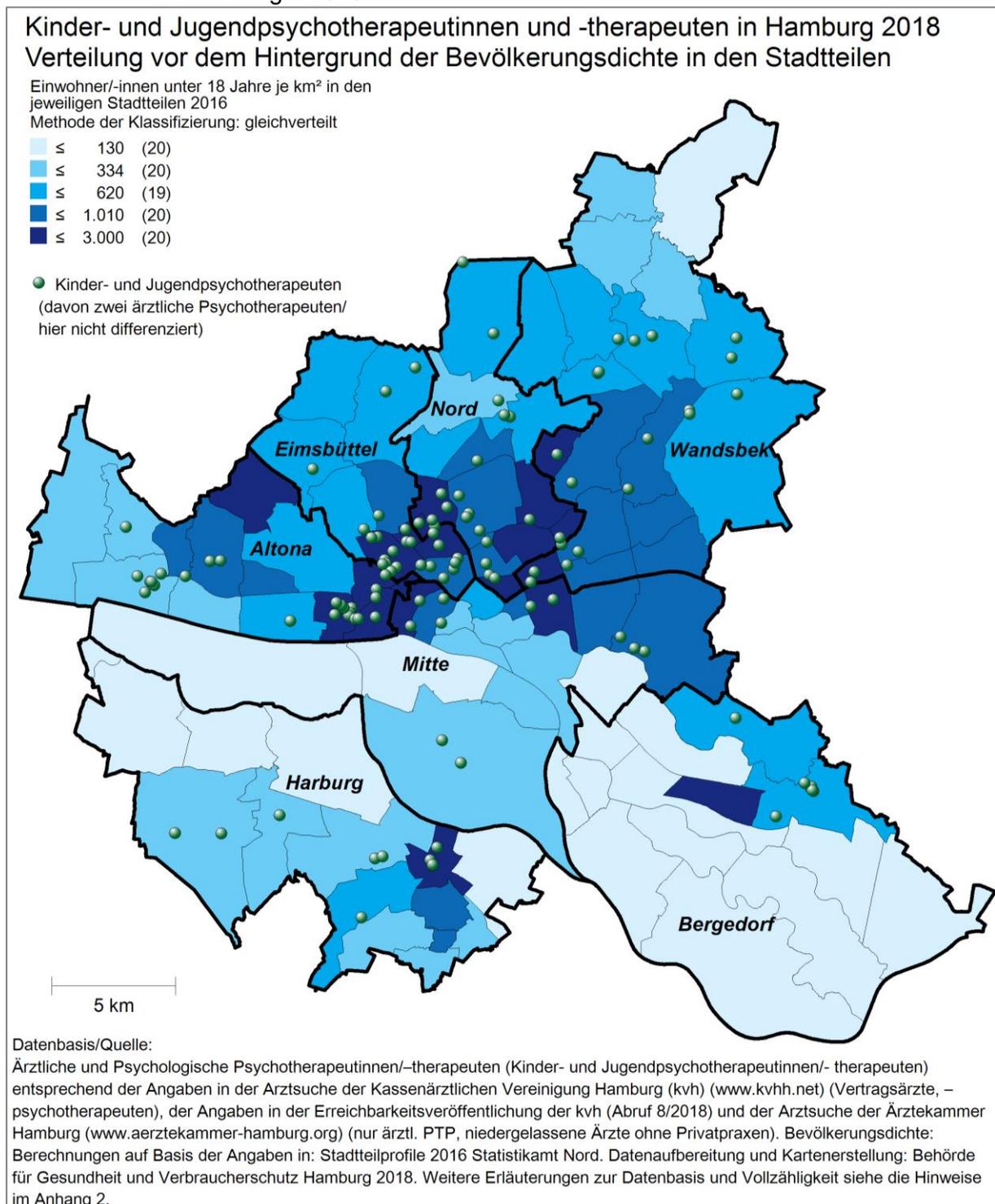
¹⁵⁵ Berechnung BGV auf Basis KVH, 2018, Versorgungsgrad aller Arztgruppen, Anlage 2.2. jeweils bezogen auf die Bevölkerung im Alter unter 18 Jahre.

¹⁵⁶ Berechnung BGV auf Basis KVH, 2018, Versorgungsgrad aller Arztgruppen, Anlage 2.2. jeweils bezogen auf die Bevölkerung im Alter unter 18 Jahre.

¹⁵⁷ Vgl. KVH, 2018, Versorgungsgrad aller Arztgruppen, Anlage 2.2.

¹⁵⁸ Vgl. KVH, 2015, Versorgungsgrad Psychotherapeuten, Anlage 2.4.

Abb. 29: Verteilung der Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten in Hamburg – 2018



Die KVH hat in den letzten Jahren durch Sonderbedarfszulassungen die Situation spürbar verbessert.

5.1.3. Psychiatrische Institutsambulanzen für Kinder und Jugendliche

Die Psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) (s. Kap. 4.1.4.) der Hamburger Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie übernehmen die ambulante Vor- und/oder Nachsorge der Krankenhausbehandlung. In diesen Ambulanzen werden Kinder

und Jugendliche mit in der Regel komplexen Störungen und seelischen Problemen diagnostiziert und behandelt sowie deren Eltern beraten. Gerade in Bezug auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf sind die PIAs unverzichtbarer Bestandteil der ambulanten Versorgung. So halten einzelne Institutsambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie zusätzliche Beratungsangebote wie z. B.

- Psychotraumatologische Sprechstunde;
- Beratungsangebot für Kinder psychisch kranker Eltern in Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie;
- Ambulanz für Schulverweigerer in Kooperation mit Regionalen Bildungs- und Beratungszentren;
- Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern;
- Elternmanagementtraining

vor.

Gegebenenfalls werden weiterreichende therapeutische oder andere Maßnahmen vorbereitet und gebahnt. So wird vor einer geplanten stationären Aufnahme zur kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausbehandlung der Rahmen der Psychiatrischen Institutsambulanzen u. a. zu Motivationsarbeit und Stärkung des Arbeitsbündnisses mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen auch unter Einbeziehung von Familie bzw. sozialem Umfeld genutzt, um bei den Erkrankten die Akzeptanz zur Behandlung zu erhöhen. Im Ergebnis können die Erfolgsaussichten der geplanten stationären Therapie verbessert und Behandlungsabbrüche vermieden werden.

Der Stellenwert der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen in der Versorgung zeigt sich in deren Zunahme von vier im Jahre 2005 auf sieben im Jahr 2015. Psychiatrische Institutsambulanzen mit Versorgungsangeboten für Kinder und Jugendliche finden sich in den Bezirken Altona, Hamburg-Nord, Wandsbek und Harburg.¹⁵⁹ Damit verfügen alle Standorte von Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie an Hamburger Krankenhäusern sowie von deren psychiatrischen Tageskliniken wenigstens über eine PIA. Die Zahl der von den Kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen abgerechneten Quartalsfälle hat sich von 3.602 (13,2 Fälle/1.000 minderjährigen Einwohnerinnen und Einwohner) im Jahr 2005 auf 5.825 Fälle (20,7 Fälle/1.000 minderjährigen Einwohnerinnen und Einwohner) im Jahr 2015¹⁶⁰ erhöht.

Zusammenfassung und Perspektive

Auch im Bereich der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen verfügt Hamburg über ein dichtes Netz ambulanter Behandlungs- und Beratungsmöglichkeiten. Rein statistisch ist Hamburg nach der Bedarfsplanungsrichtlinie auch hier in allen Bereichen überversorgt, wobei auffällt, dass sich die Standorte kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Praxen auf zentrumsnahe bzw. Stadtteile mit gehobener Sozialstruktur konzentrieren (s. Abb. 28 und 29). Lokale Bedarfe gilt es in den kommenden Jahren auszugleichen. Gerade im Bereich der niedergelassenen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hat sich die Lage in den letzten Jahren deutlich gebessert. Standen 1995 noch

¹⁵⁹ Standorte Kinder- und jugendpsychiatrischer Institutsambulanzen in Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (seit 1986); Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift (Rahlstedt seit 1986, Langenhorn seit 2011); Ev. Krankenhaus Alsterdorf (seit 2005); Asklepios Klinikum Harburg (Harburg seit 2006; Osdorf seit 2012); Altonaer Kinderkrankenhaus (seit 2016).

¹⁶⁰ Angaben der Krankenhäuser, Abfrage der BGV vom April/Mai 2016.

33 niedergelassene Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verfügung, so waren es zuletzt 139,2 (Vollzeitäquivalente).

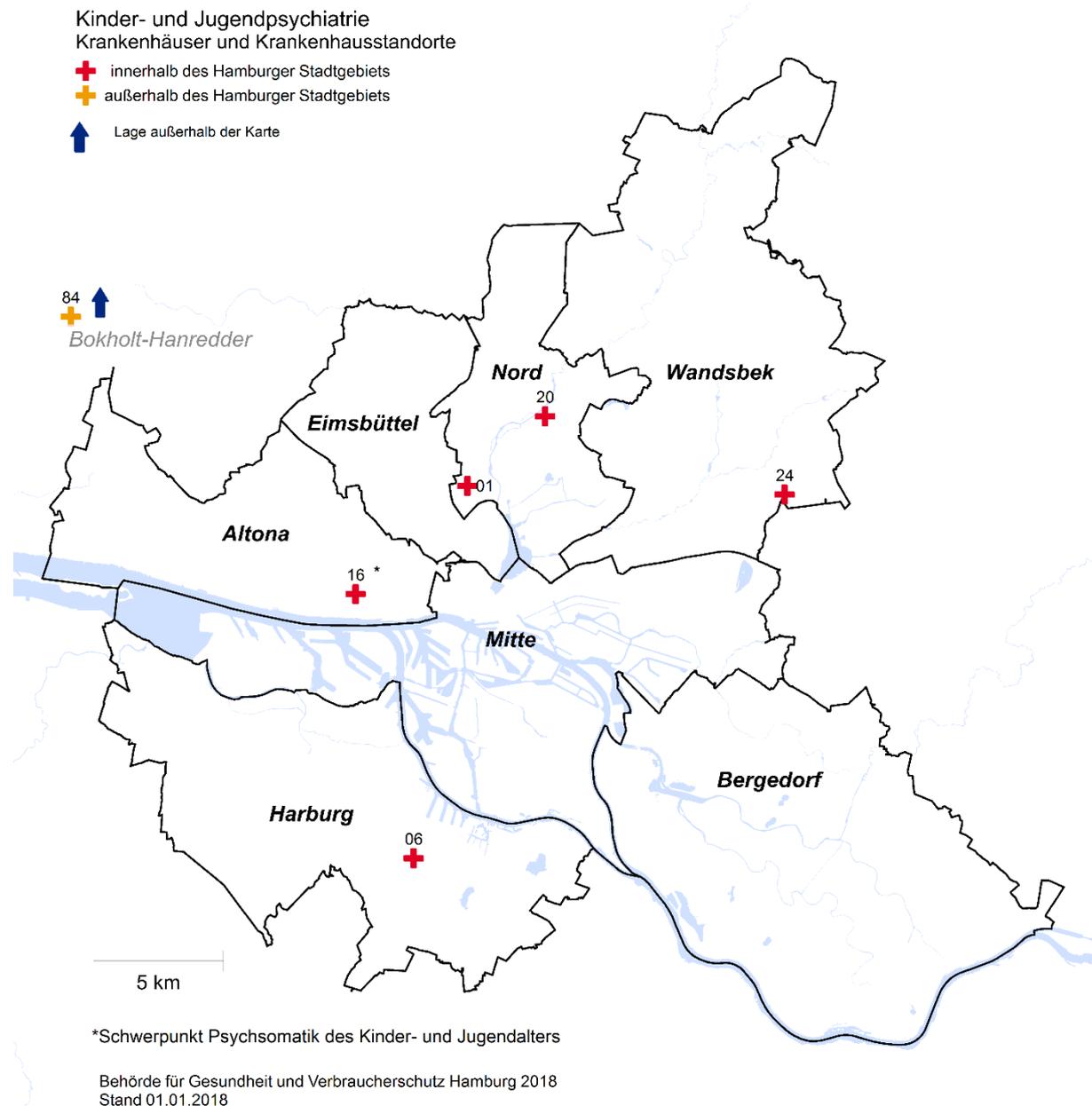
5.2. Klinische Versorgung – Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein medizinisches Fachgebiet, das sich mit der Diagnostik, Therapie und Prävention von psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden befasst. Sie bietet vielfältige ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote zur Erkennung, Behandlung und Vorbeugung von seelischen Krankheiten und Störungen, die die Entwicklungsprozesse eines Kindes oder Jugendlichen gefährden.

Im Hamburger Stadtgebiet gibt es drei Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, welche die regionalisierte Pflichtversorgung übernommen haben (s. Abb. 30). Darüber hinaus verfügt Hamburg im Ev. Krankenhaus Alsterdorf/Werner-Otto-Institut über ein voll- und teilstationäres kinder- und jugendpsychiatrisches Angebot einschließlich teilstationärer Behandlung für die Schwerpunktversorgung von geistig und körperlich behinderten sowie verhaltensauffälligen Kindern ergänzt um ein spezielles Versorgungsangebot einer Eltern(Mutter/Vater)-Kind-Einheit. Zudem weist der Krankenhausplan seit Beginn des Jahres 2016 für das Altonaer Kinderkrankenhaus vollstationäre Kapazitäten im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie mit dem Schwerpunkt Psychosomatik aus, die bis dahin anteilig dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) zugeordnet waren.

Außerhalb Hamburgs gibt es in der Fachklinik Bokholt ein Versorgungsangebot für Jugendliche, die von illegalen Drogen abhängig sind. Für Jugendliche mit problematischem Drogenkonsum (Alkohol, Drogen, Schnüffelstoffe u. a., Medien und Glückspiel) bietet darüber hinaus die Suchttagesklinik für Jugendliche am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) ein entsprechendes Angebot.

Abb. 30: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Kartenübersicht – Krankenhäuser und Krankenhausstandorte in Hamburg – vollstationäre Versorgung



In den Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Hamburger Krankenhäuser werden Patientinnen und Patienten mit allen psychischen Störungsbildern vollstationär, teilstationär oder ambulant behandelt. Bei Unterbringungen von Kindern oder Jugendlichen, die sich in akuten Krisen befinden, erfolgt nach dem HmbPsychKG oder dem BGB ebenfalls eine – zumeist zeitlich eng befristete – vollstationäre Aufnahme.

Im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Notfall- und Pflichtversorgung sind das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, das Katholische Kinderkrankenhaus Wilhelmstift und das Asklepios Klinikum Harburg jeweils für die Versorgung einer bestimmten Region/eines Sektors zuständig. Seit dem Jahr 2001 ist die klinische kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Hamburg regional sektoriert. In diesen Krankenhäusern erfolgt auch die Unterbringung von Kindern oder Jugendlichen, die sich in akuten Krisen befinden, nach dem HmbPsychKG oder dem BGB im Rahmen einer – zumeist zeitlich eng befristeten – vollstationären Aufnahme.

Abb. 31: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Kartenübersicht – Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung – vollstationäre Versorgung



Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg 2018
Stand 01.01.2018, unverändert seit März 2008

Mit Eröffnung der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Asklepios Klinikum Harburg im Jahr 2007 sind diesen drei kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen jeweils ein Stadtgebiet zugeordnet worden, aus dem die Kinder und Jugendlichen bzw. Patientinnen und Patienten mit entsprechendem Wohnort im Bedarfsfall, bei akuten Notfällen oder in Fällen zwangsweiser Unterbringung, aufzunehmen sind. Mit der „Vereinbarung zur Notfallversorgung und Krisenintervention in Hamburg“ vom 01.09.2001 haben sich die genannten Krankenhäuser wie folgt verpflichtet:

- Jede kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung ist grundsätzlich für ihren Sektor primärer Ansprechpartner und aufnahmeverpflichtet, auch für Unterbringungen nach HmbPsychKG und dem BGB, sofern die Voraussetzungen insbesondere gemäß §§ 11, 12, 39 SGB V vorliegen.
- Auch in Fällen, in denen akut keine vollstationären Kapazitäten zur Verfügung stehen, hat sich die für die Sektorversorgung zuständige Abteilung im Sinne des Case-Managements um die Akutversorgung zu kümmern.
- Sollte dennoch eine vorübergehende Unterbringung von Jugendlichen in der Allgemeinpsychiatrie erforderlich sein, sagt die zuständige kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung umgehend eine konsiliarische Beratung und eine möglichst zeitnahe Übernahme der oder des Jugendlichen zu.

Die sektorisierte Zusammenarbeit sowohl der Krankenhäuser untereinander als auch die Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit regionalem Pflichtversorgungsauftrag mit außerklinischen Einrichtungen insbesondere der Jugendhilfe hat sich seitdem vielfach bewährt.

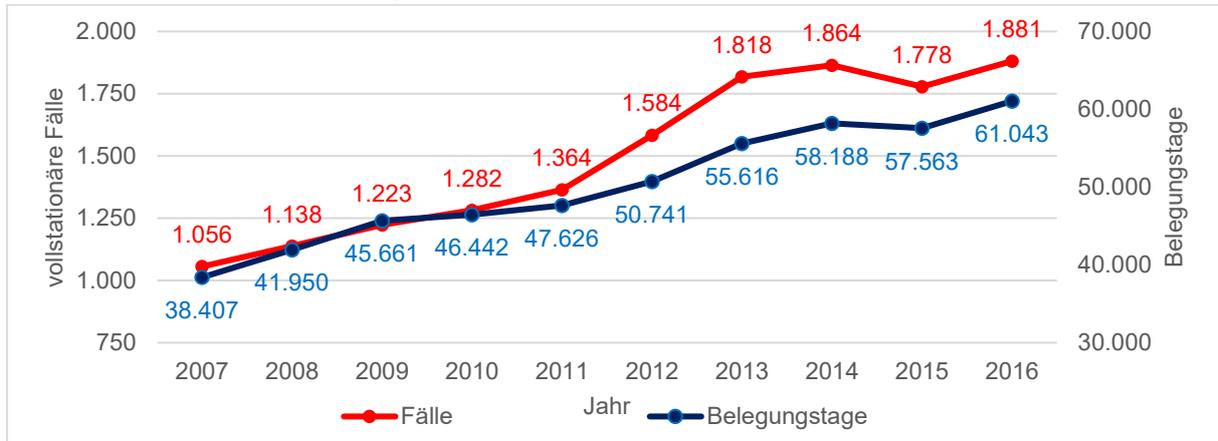
Es ist Standard voll- und teilstationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Krankenhausbehandlung, bereits frühzeitig und intensiv während des Klinikaufenthaltes mit den Eltern, den Kindern und Jugendlichen und den beteiligten Institutionen die medizinische, therapeutische, pädagogische und schulische Anschlussversorgung zu klären. dazu gehört auch ggf. die Kontaktaufnahme zu Regionalen Bildungs- und Beratungszentren (ReBBZ), zum Beratungszentrum Berufliche Schulen (BZBS) des Hamburger Instituts für Berufliche Bildung oder den Jugendämtern (ASD). Kein Kind bzw. Jugendlicher soll entlassen werden, ohne dass eine Anschlussbehandlung und ggf. ein Lebensort in einer Einrichtung zur Verfügung steht. Dies ist nur durch eine enge, verbindliche Kooperation der Kliniken mit den bezirklichen Fachämtern Jugend- und Familienhilfe und weiteren im jeweiligen Einzelfall notwendigen Akteuren zu erreichen (s. a. Kap. 5.2.). Ebenso gehört die Kooperation mit Schulen zum Standard der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Hamburger Krankenhäuser (s. a. Kap. 5.1.8.).

Die Freie und Hansestadt Hamburg hat in den Jahren 2010-2017 mit drei die teilstationäre und in zwei die vollstationäre Versorgung betreffenden Fördermaßnahmen die bauliche und strukturelle Weiterentwicklung der im Krankenhausplan ausgewiesenen Krankenhäuser im Bereich des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Mitteln aus der Krankenhausinvestitionsförderung in Höhe von gut 29 Mio. Euro unterstützt; davon sind für den Neubau der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift Fördermittel in Höhe von 23,3 Mio. Euro vorgesehen. Im Jahr 2018 wurden dem Asklepios Klinikum Harburg Mittel in Höhe von knapp 800.000,- Euro für die „Interimsmaßnahme Mutter-Kind Einrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie“ sowie die Planung eines Neubaus für dieses spezialisierte Versorgungsangebot (s. a. S. 120) bewilligt.

Vollstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung

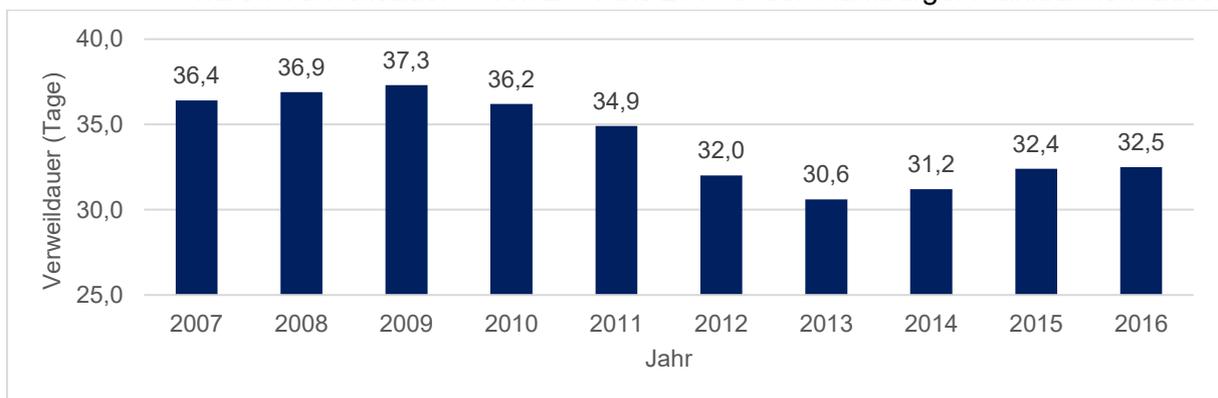
In den vergangenen fünf Jahren sind Nachfrage, Leistungen und in der Folge die Kapazitäten der vollstationären Versorgung im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hamburg gestiegen.

Abb. 32: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Entwicklung der vollstationären Fälle und Belegungstage von 2007 bis 2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern



Quelle: Angaben der Krankenhäuser und Krankenhausträger gemäß § 15 HmbKHG (Datenauswertung BGV)

Abb. 33: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Entwicklung der vollstationären Verweildauer¹⁶¹ von 2007 bis 2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern

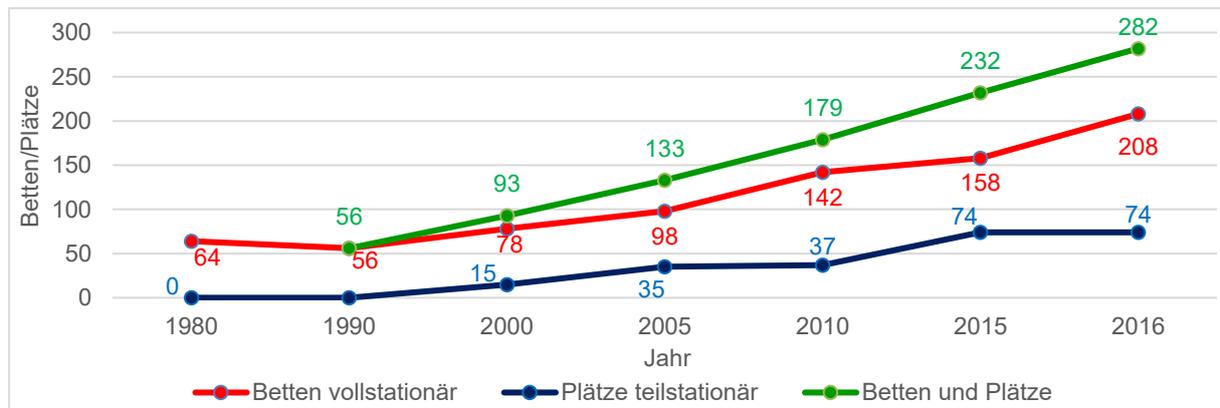


Quelle: Angaben der Krankenhäuser und Krankenhausträger gemäß § 15 HmbKHG (Datenauswertung BGV)

Die Kapazität der im Krankenhausplan der Freien und Hansestadt Hamburg mit Versorgungsauftrag im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgewiesenen Krankenhäuser stieg von insgesamt 142 Betten im Jahr 2010 auf 217 Betten im Jahr 2018.

¹⁶¹ Die vollstationäre Verweildauer bezieht sich auf eine 7-Tage-Woche (Montag-Sonntag).

Abb. 34: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Entwicklung der voll- und teilstationären Kapazitäten von 1980 bis 2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern



Quelle: BGV (Betten und Plätze zum 31.12. der angegebenen Jahre)

Auf die Krankenhäuser mit regionalem Pflichtversorgungsauftrag entfielen davon 112 Betten im Jahr 2010 und 164 Betten im Jahr 2016. Die Auslastung nahm deutlich zu von 90 % im Jahr 2010 auf 100 % im Jahr 2015, um in Folge von Kapazitätserweiterungen im Jahr 2016 auf 80 % zurückzugehen.

Auffällig ist der über die Jahre 2010 bis 2015 zu verzeichnende Anstieg um 55 % der Fälle in den Krankenhäusern mit Pflichtversorgungsauftrag bei einem gleichzeitigen Rückgang der Verweildauer dort um 20 %. Dies ist auch Ausdruck einer Enttabuisierung der Psychiatrie und damit einer größeren Bereitschaft bei Sorgeberechtigten und Jugendhilfe, in akuten Krisen die Notaufnahme und Hilfen der klinischen Kinder- und Jugendpsychiatrie in Anspruch zu nehmen. Aufgrund solcher Akutbehandlungen hat sich der Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer kurzen vollstationären Verweildauer von bis zu sieben Tagen in den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser mit Pflichtversorgungsauftrag spürbar erhöht.

Ein Schwerpunkt der Krankenhausplanung zur Weiterentwicklung der Versorgung ist die Einrichtung von Eltern-Kind-Einheiten an gemeinsamen Klinikstandorten der Allgemeinpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Entsprechend sieht der Krankenhausplan 2020 der Freien und Hansestadt Hamburg vor, die Kapazitäten der 2010 im Rahmen eines Modellprojekts vom Ev. Krankenhaus Alsterdorf gestarteten gemeinsamen Behandlung von psychisch kranken Kindern und ihren ebenfalls erkrankten Müttern oder Vätern auf insgesamt 20 vollstationäre Betten¹⁶² zu erweitern. Der Neubau für diese Eltern-Kind-Klinik konnte Anfang des Jahres 2018 seiner Bestimmung übergeben werden. Des Weiteren sieht der Krankenhausplan 2020 vor, die vollstationären Kapazitäten der Fachgebiete in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Allgemeinpsychiatrie am Asklepios Klinikum Harburg (AKH) um jeweils 10 Betten für den Aufbau einer Eltern-Kind-Einheit zu erweitern. Dieser Versorgungsauftrag soll in einem in der Planung befindlichen Neubau abschließend umgesetzt werden. Um möglichst kurzfristig mit dem Versorgungsangebot starten zu können, beabsichtigt das AKH, den Betrieb zunächst in einem dafür herzurichtenden Bestandsgebäude übergangsweise mit zunächst 6 vollstationären Eltern-Kind-Behandlungsplätzen aufzunehmen.

¹⁶² Der Krankenhausplan 2020 weist für das Ev. Krankenhaus Alsterdorf dazu jeweils 10 Betten in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie aus.

Zudem ist die Adoleszentenversorgung (Übergang ins Erwachsenenalter) von der Fachwelt in den letzten Jahren als zunehmende Herausforderung identifiziert worden. Dies gilt für die somatische Versorgung, insbesondere aber für die psychiatrische Versorgung. Psychische Erkrankungen in der Adoleszenz sind durch charakteristische Probleme der Altersgruppe und der Versorgungsangebote geprägt.¹⁶³ Die Adoleszenz ist häufig die Lebensphase, in der sich psychiatrische Phänomene des Erwachsenenalters erstmals manifestieren. Darüber hinaus stellt sie auch eine Phase des Übergangs zwischen den Versorgungssystemen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und dem der Psychiatrie dar¹⁶⁴. Entsprechend sieht der Krankenhausplan 2020 der Freien und Hansestadt Hamburg vor, für einzelne ausgewählte Standorte zur Versorgung von Patientinnen und Patienten im Alter zwischen 16 und 25 Jahren gemeinsame Konzepte von Allgemeinpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie zu entwickeln und umzusetzen.

Der Grad der klinischen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung hat sich vom Jahr 2010 zum Jahr 2015 in Hamburg leicht positiv entwickelt. Die Bettenmessziffer liegt bei 0,52 bzw. 0,54, d. h. es wurden im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2010 0,52 bzw. im Jahr 2015 0,54 Betten pro 1.000 minderjährigen Einwohner vorgehalten. Mit Inkrafttreten des Krankenhausplans 2020 ist die Bettenmessziffer auf 0,69 angehoben worden.¹⁶⁵

Die Zahl der im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie aus der vollstationären Krankenhausbehandlung in Krankenhäusern auf Hamburger Stadtgebiet entlassenen Fälle ist von 652 Fällen im Jahr 2005 auf 1.492 Fälle im Jahr 2015, das entspricht einer Steigerung von rund 129 %, gestiegen¹⁶⁶. Im gesamten Bundesgebiet ist die Zahl der aus der vollstationären Krankenhausbehandlung in diesem Fachgebiet entlassenen Fälle im gleichen Zeitraum dagegen nur um 45 % gestiegen¹⁶⁷.

Die in den Jahren 2005, 2010 und 2015 in den Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Hamburger Krankenhäuser am häufigsten dokumentierten Diagnosen gemäß ICD 10 sind die „Depressive Episode“ (F32) sowie und die „Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen“ und die „Emotionale Störung des Kindesalters“ (F92, F93). Damit sind diese drei Diagnosen über den Betrachtungszeitraum hinweg die am häufigsten im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie vollstationär versorgten Diagnosen, gefolgt von „Reaktionen auf schwere Belastungsstörungen“ (F43), „Spezifischen Persönlichkeitsstörungen (ICD 10: F60) und „Störungen des Sozialverhaltens“ (F91).

¹⁶³ Vgl. UKE, 2018, Flyer – Der Adoleszentenbereich.

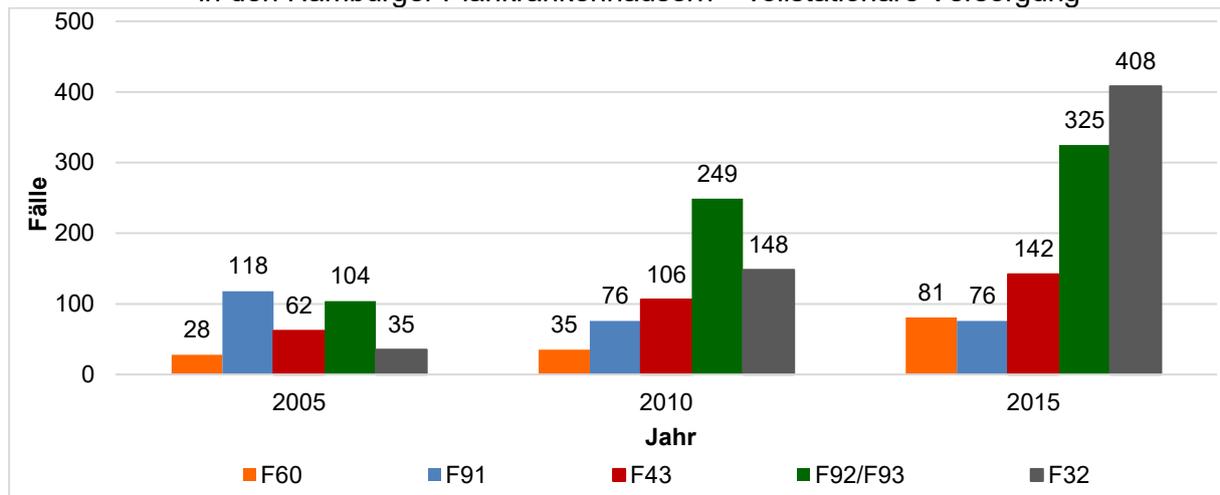
¹⁶⁴ Vgl. Plener, P. L.; et al., 2015, Die stationäre psychiatrische Versorgung Adoleszenter in Deutschland.

¹⁶⁵ Vgl. FHH – Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2015, Krankenhausplan 2020.

¹⁶⁶ Krankenhausdiagnosestatistik nach KHStatV (Diagnosestatistik der BGV).

¹⁶⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt, 2017, Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern; Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

Abb. 35: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Häufigste Diagnosen in den Hamburger Plankrankenhäusern – vollstationäre Versorgung



Quelle: Angaben der Krankenhäuser und Krankenhausträger gemäß § 15 HmbKHG (Datenauswertung BGV)

Auffällig sind die hohen Steigerungsraten bei depressiven Erkrankungen und bei den Störungen des Sozialverhaltens bzw. der Emotionen. So hat sich im Zeitraum von 2005 bis 2015 die in den Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Hamburger Krankenhäuser dokumentierte Anzahl der ICD 10-Diagnose F32 verzehnfacht, die der ICD 10-Diagnosen F91-F93 annähernd verdoppelt.¹⁶⁸ Die ICD 10-Diagnosen F32 sowie F91-F93 machen im Jahr 2015 einen Anteil von knapp 54 % aller im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hamburger Krankenhäusern aufgezeichneten Diagnosen aus.¹⁶⁹ Damit hat sich in Hamburg die Verteilung der in der vollstationären klinischen Kinder- und Jugendpsychiatrie dokumentierten Diagnosen im Zeitraum 2005 bis 2015 umgekehrt. Während Störungen des Sozialverhaltens im Jahr 2005 noch ein knappes Fünftel der Diagnosen ausmachten und depressive Erkrankungen einen Anteil von 5,4 % an der Gesamtzahl aller im Fachgebiet vollstationär dokumentierten Diagnosen stellten, machen die Depressionen im Jahr 2015 fast ein Drittel aller Diagnosen aus, wobei nur noch 5,1 % der Diagnosen „Störungen des Sozialverhaltens“ lauten.

Teilstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung

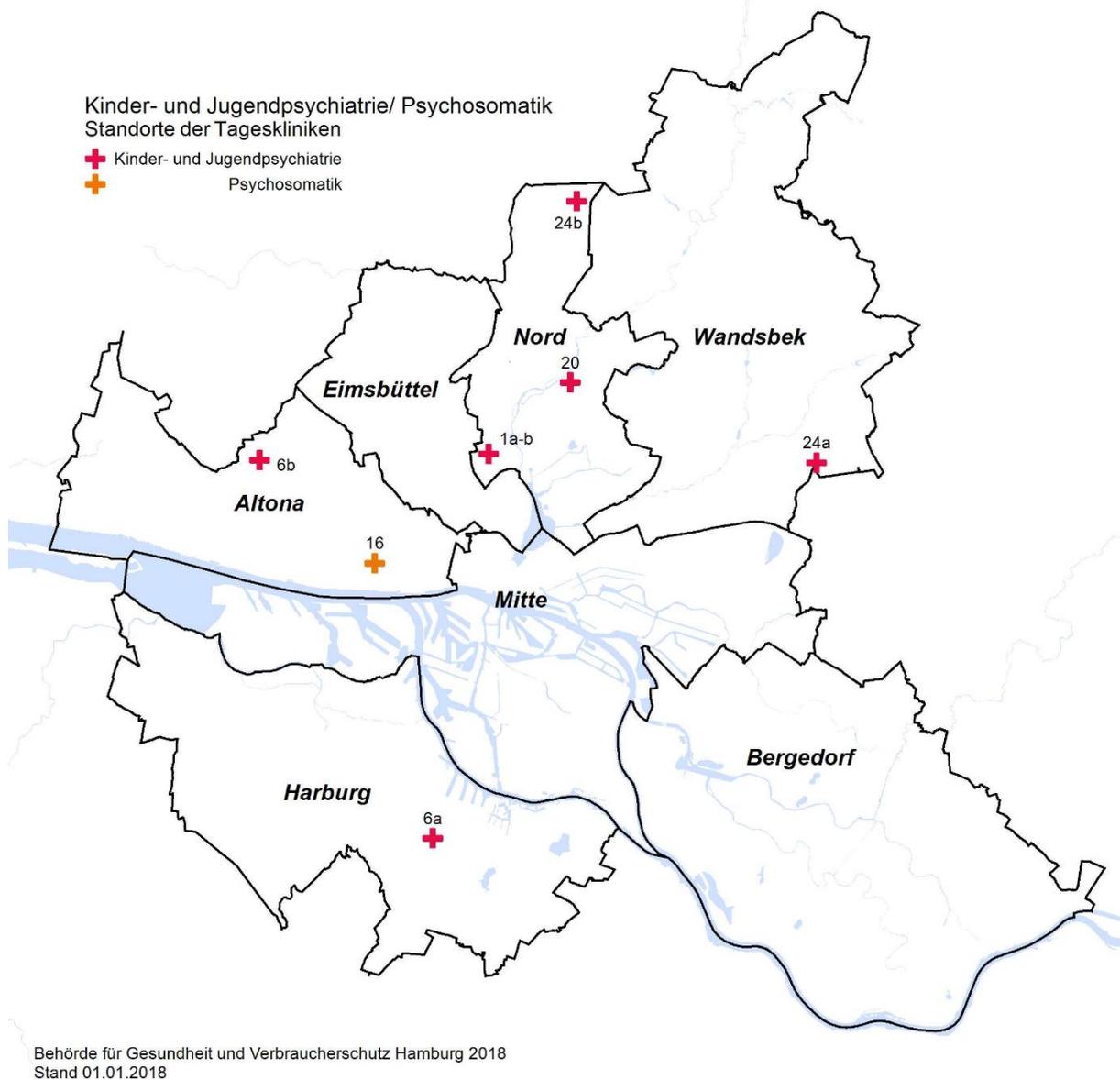
In der Tagesklinik werden Patientinnen und Patienten behandelt, bei denen aufgrund der Schwere ihrer psychischen Störungen eine ambulante Therapie nicht mehr ausreicht, eine vollstationäre Behandlung aber vermieden werden kann. Behandelt werden können in der Regel alle kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbilder, wenn eine hinreichende Mitarbeit der Patientinnen und Patienten und ihrer Familie gegeben ist und keine akute Suizidgefährdung besteht.

Im Jahr 2015 bieten in Hamburg vier Krankenhäuser in sieben Tageskliniken an sechs Standorten ein teilstationäres Versorgungsangebot mit insgesamt 74 Behandlungsplätzen im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie an.

¹⁶⁸ Krankenhausdiagnosestatistik nach KHStatV (Diagnosestatistik der BGV)

¹⁶⁹ Krankenhausdiagnosestatistik nach KHStatV (Diagnosestatistik der BGV)

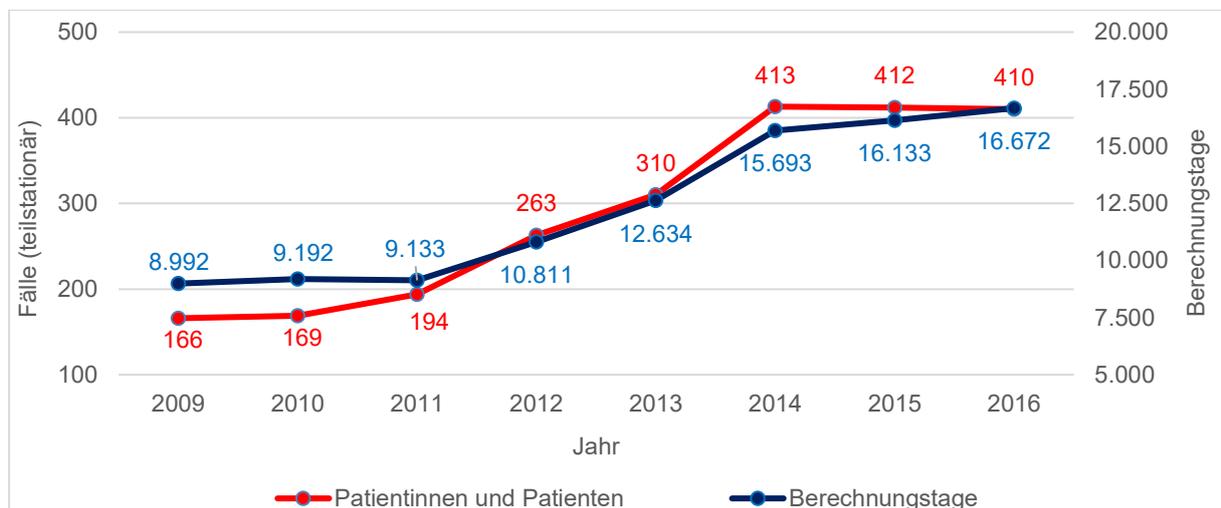
Abb. 36: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Kartenübersicht – Krankenhäuser und Krankenhausstandorte in Hamburg – teilstationäre Versorgung



Damit haben sich die teilstationären Kapazitäten seit dem Jahr 2010 (37 Behandlungsplätzen in drei Tageskliniken) mehr als verdoppelt. Dem in den zurückliegenden Jahren zunehmenden Bedarfen für die Versorgung psychisch auffälliger und psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ist somit sowohl durch eine Regionalisierung als auch durch eine Spezialisierung des teilstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots entsprochen worden. So sind die im Jahr 2010 an den drei Standorten der Krankenhäuser mit sektoralem Pflichtversorgungsauftrag in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Asklepios Klinikum Harburg) bestehenden Tageskliniken in den Jahren 2011 und 2013 um zwei regionalisierte Angebote (Langenhorn, 12 Plätze; Osdorf, 10 Plätze) erweitert worden. Ein zusätzliches wohnortnahe teilstationäres Angebot mit 8 Behandlungsplätzen bietet seit dem Jahr 2013 die kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik des Ev. Krankenhauses Alsterdorf, welches u. a. einen besonderen Schwerpunkt in der Versorgung behinderter Menschen hat. Zudem bietet das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf seit 2011 mit der Suchttagesklinik für Jugendliche ein teilstationäres Behandlungsangebot für minderjährige Patientinnen und Patienten mit Suchtstörungen und komorbiden psychischen Störungen.

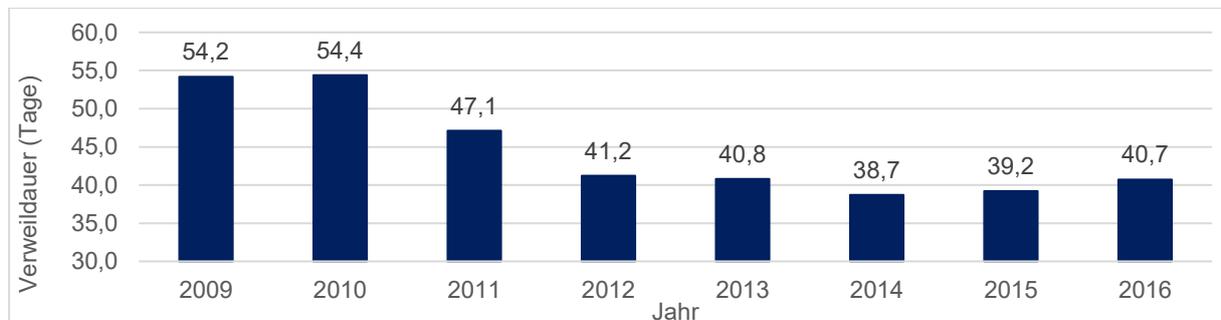
Eine weitere Tagesklinik für Adoleszenten in Kooperation mit der Allgemeinpsychiatrie befindet sich am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf im Aufbau. In den vergangenen fünf Jahren sind Nachfrage, Leistungen und in der Folge die Kapazitäten der teilstationären Versorgung im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hamburg gestiegen.

Abb. 37: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Entwicklung der teilstationären Fälle und Berechnungstage von 2009 bis 2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern



Quelle: Angaben der Krankenhäuser und Krankenhausträger gemäß § 15 HmbKHG (Datenauswertung BGV)

Abb. 38: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Entwicklung der teilstationären Verweildauer¹⁷⁰ von 2009 bis 2016 in den Hamburger Plankrankenhäusern



Quelle: Angaben der Krankenhäuser und Krankenhausträger gemäß § 15 HmbKHG (Datenauswertung BGV)

Die hohe Auslastung der kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken von 97,0 % im Jahr 2010 konnte angebotsbedingt auf rund 86 % im Jahr 2015 (2016: ca. 89 %) normalisiert werden. Damit ist der Versorgungsgrad im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie im Zeitraum von 2010 bis 2015 durch die zusätzlich im Krankenhausplan ausgewiesenen teilstationären Kapazitäten erhöht worden. So stieg die Bettenmessziffer im Bereich der teilstationären Behandlungsplätze von 0,13 im Jahr 2010 auf 0,25 im Jahr 2015 (2016: 0,25).

¹⁷⁰ Die teilstationäre Verweildauer bezieht sich auf eine 5-Tage-Woche (Montag-Freitag).

Zusammenfassung und Perspektive

Drei größere klinische Abteilungen nehmen sektorisiert die klinische Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher wahr, zwei weitere Abteilungen decken spezielle Bedarfe ab. Damit ist Hamburg auch im klinischen Bereich gut versorgt. Quantitativ ist das Angebot in den letzten Jahren deutlich erweitert worden als Folge der auch bundesweit zu beobachtenden zunehmenden Inanspruchnahme. Als Grund hierfür wird zum einen die sicherlich erfreuliche Enttabuisierung gerade kinder- und jugendpsychiatrischer Angebote genannt. Damit werden eine frühere Diagnostik und Behandlungen ermöglicht, gerade auch bei bisher unbehandelten Kindern und Jugendlichen. Ob es zu einer wirklichen Zunahme psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter gekommen ist, ist unter Fachleuten strittig. Noch mehr als im Erwachsenenalter ist andererseits Vorsicht geboten vor einer zu frühen Psychiatrisierung von Kindern und Jugendlichen. Einer derartigen ‚Psychiatrisierung‘ der Gesellschaft ist entgegenzuwirken. Um den dazu erforderlichen gesellschaftlichen Dialog anzustoßen, wird die zuständige Behörde im 2. Halbjahr 2019 eine Veranstaltung durchführen.

Für den kritischen Übergang vom Jugendlichen zum Erwachsenen, der Adoleszenz, gilt es kooperative Modelle zwischen den Fachgebieten Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie zu entwickeln. Die begonnene enge Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe gilt es fortzuführen und zu stabilisieren (s. a. Kap. 5.2.).

5.3. Ambulante Eingliederungshilfen für Kinder und Jugendliche

5.3.1. Heilpädagogische Leistung

Heilpädagogische Leistungen gemäß § 56 SGB XII sollen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind, so frühzeitig und schnell wie möglich eine drohende Behinderung abwenden oder den fortschreitenden Verlauf der Behinderung verlangsamen. Kindern soll die Teilhabe in der Gemeinschaft ermöglicht werden und sie sollen soweit wie möglich unabhängig von Pflege gestellt werden. Nach Vollendung des dritten Lebensjahres wird die heilpädagogische Förderung auch in Integrationsgruppen oder durch Frühförderstellen in Regelgruppen mit einer Sonderausstattung für Einzelintegration in einer Kindertagesstätte gewährt. Die Sorgeberechtigten entscheiden über die Form der Frühförderung.

5.3.2. Interdisziplinäre Frühförderung

Durch die Komplexleistung Frühförderung (§ 53 ff SGB XII, SGB VIII, KibeG sowie § 26 SGB IX) im System der Hilfen für behinderte und von Behinderung bedrohten Kindern und deren Familien sollen möglichst frühzeitig Auffälligkeiten in der Entwicklung von Kindern bzw. eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung erkannt oder die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen ausgeglichen oder gemildert werden. Die Leistung beginnt mit der Feststellung einer Entwicklungsauffälligkeit und endet in der Regel mit dem Schuleintritt.

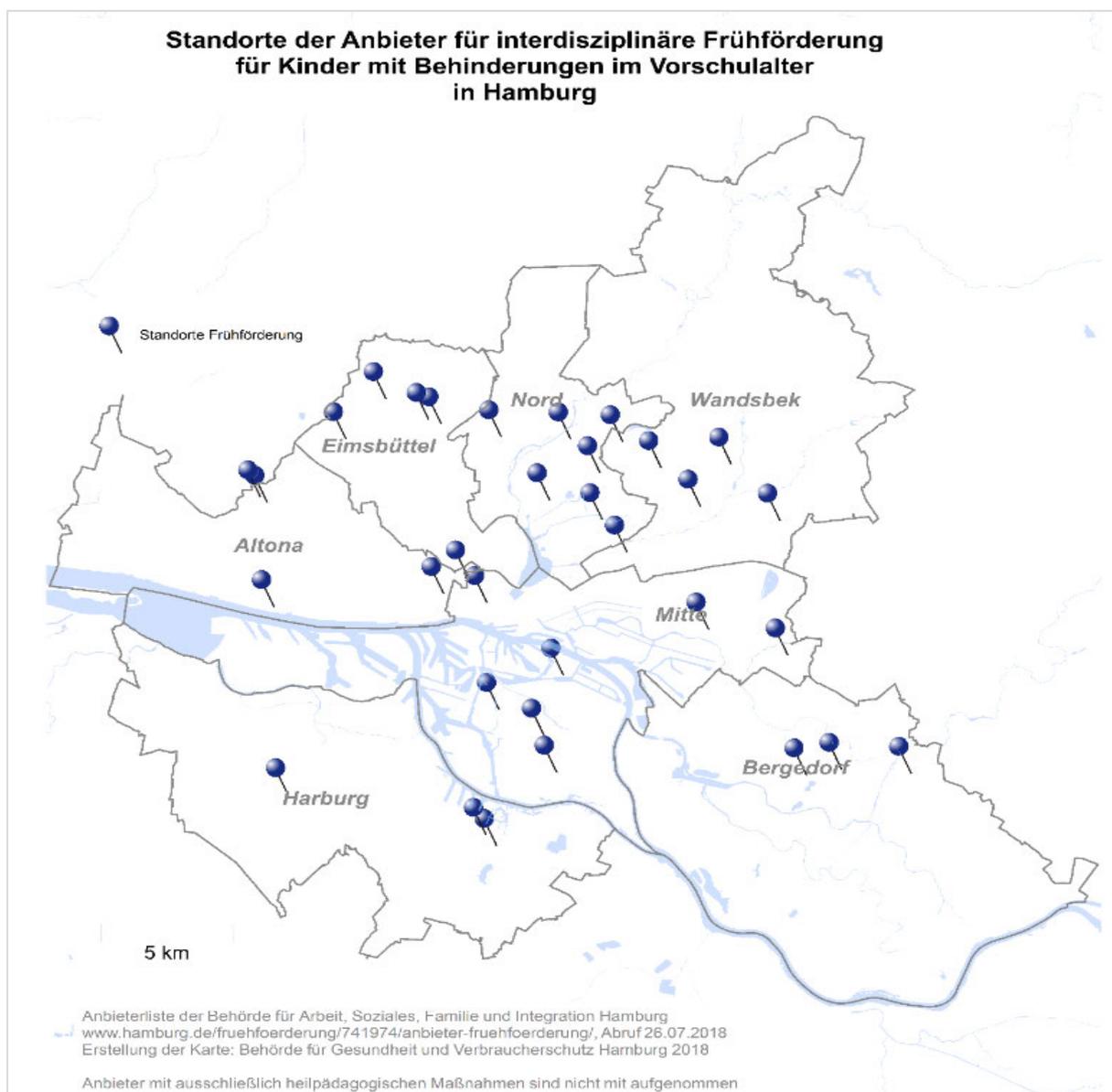
Zur Frühförderung gehören neben der Früherkennung verschiedene Leistungen und Hilfen. Bei der interdisziplinären Frühförderung werden die Heilpädagogik, ärztliche und medizinisch-therapeutische Leistungen sowie psychosoziale Leistungen aufeinander abgestimmt und als Komplexleistung durch Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF) und in besonderen Fällen durch Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) erbracht.

5.3.2.1. Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF)

Interdisziplinäre Frühförderstellen werden immer dann tätig, wenn sowohl medizinisch-therapeutische als auch heilpädagogische Maßnahmen für das Kind unter Einbindung der Eltern notwendig sind, um die Therapie- und Förderziele zu erreichen. Dabei können die Maßnahmen gleichzeitig, nacheinander oder mit unterschiedlicher, gegebenenfalls auch wechselnder Intensität erfolgen.

Der Anteil von medizinisch therapeutischen und heilpädagogischen Fördereinheiten ist in etwa gleich groß. Die Leistungen der Interdisziplinären Frühförderung werden komplett mit dem Sozialhilfeträger Hamburg abgerechnet. Mit den Rehabilitationsträgern der gesetzlichen Krankenversicherung wird im Rahmen einer Verwaltungsvereinbarung eine Kostenteilung vereinbart und nach den aktuellen Leistungsanteilen ggf. angepasst.

Abb. 39: Interdisziplinäre Frühförderung: Kartenübersicht der Standorte der Hamburger Anbieter



In Hamburg bieten 14 Träger an 33 Standorten Interdisziplinäre Frühförderung an.¹⁷¹ Dazu gehört auch das Sozialpädiatrische Zentrum Werner-Otto-Institut. Im Jahr 2015 wurden in Hamburger Frühförderstellen durchschnittlich 410 Kinder monatlich gefördert.

5.3.2.2. Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)

Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V stehen unter fachärztlicher Leitung eines Kinder- und Jugendmediziners; die Behandlung ist auf diejenigen Minderjährigen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von anderen geeigneten Ärztinnen/Ärzten oder in anderen geeigneten Frühförderstellen (s. Kap. 5.1.5.2.1.) behandelt werden können.

Wenn die Eltern in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und eine entsprechende Verordnung oder Überweisung der Kinderärztin bzw. des Kinderarztes vorliegt, haben diese Kinder einen Anspruch auf medizinisch-therapeutische Leistungen und ggf. auf die Versorgung durch ein Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ).

Die Sozialpädiatrischen Zentren sollen mit den Ärzten und Frühförderstellen eng zusammenarbeiten. Von ihnen werden, anders als in Frühförderstellen, Kinder und Jugendliche jeden Alters behandelt. Aufgabenschwerpunkte der fachübergreifenden Arbeitsweise ist die Untersuchung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit neuropädiatrischen Krankheiten, komplexen Entwicklungsstörungen (z. B. Sprachentwicklungsstörungen, umschriebene Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen, etc.) und Störungen im sozialen und familiären Umfeld. Es werden neben psychoedukativen Beratungen auch psychotherapeutische Hilfen in Form von Einzel-, Gruppen-, Familientherapien und Elterntrainings angeboten.

In Hamburg gibt es drei Sozialpädiatrische Zentren, die die Kriterien für eine sozialpädiatrische Behandlung nach § 119 SGB V erfüllen, das Werner-Otto-Institut¹⁷² und das Zentrum für Kindesentwicklung¹⁷³ und das Institut für Neuro- und Sozialpädiatrie Hamburg Ost¹⁷⁴. Die Wartezeiten für die Erstvorstellung betragen zehn Tage bis vier Wochen (Stand: 31.12.2017).

5.3.3. Hilfen für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung

Kinder und Jugendliche mit einer Autismus-Spektrum-Störung können im Sinne der individuellen Teilhabeziele eine besondere Förderung durch das Autismus-Institut bekommen. Die Fallzahlen sind von durchschnittlich 133 Bewilligungen pro Monat in 2014 und 2015 um knapp 15 % auf durchschnittlich 156 Bewilligungen in 2016 gestiegen. Auffallend ist dabei insbesondere die Zunahme der Bewilligungen für jüngere Kinder im Alter von 3-7 Jahren sowie für Jungerwachsene im Alter von 18-29 Jahren.

Gerade bei Kindern bzw. Jugendlichen mit Autismus ist eine Abgrenzung von seelischer und geistiger Behinderung und damit die leistungsrechtliche Zuordnung im Einzelfall schwierig. Eine am Betroffenen orientierte Zusammenarbeit der Leistungsträger (s. Kap. 5) ist daher in diesen Fällen unabdingbar.

Mit Vollendung des 21. Lebensjahres werden Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII in Hamburg immer in den Bereich des SGB XII übernommen.

¹⁷¹ FHH – Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, 2018, Anbieterliste Frühförderung.

¹⁷² Werner-Otto-Institut – Sozialpädiatrisches Zentrum Hamburg.

¹⁷³ Zentrum für Kindesentwicklung, Dr. Flehmig GmbH – Sozialpädiatrisches Zentrum.

¹⁷⁴ Kindesentwicklung im Institut für Neuro- und Sozialpädiatrie Hamburg Ost.

5.4. Jugendpsychiatrische Dienste in den Bezirken

Die Jugendpsychiatrischen Dienste (JpD) der bezirklichen Gesundheitsämter bieten bei Problemen mit Kindern und Jugendlichen, insbesondere bei Entwicklungs- oder Verhaltensauffälligkeiten, seelischen Problemen, psychischen und psychosomatischen Störungen und drohenden und manifesten geistigen, seelischen und mehrfachen Behinderungen wohnortnah Rat und Unterstützung für Eltern und Bezugspersonen von Säuglingen, Klein- und Schulkindern und von Jugendlichen an. Die Dienste sind multiprofessionell mit Ärztinnen und Ärzten, Diplom-Psychologinnen und -Psychologen, Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie Verwaltungskräften besetzt. Die Dienste sind zuständig für Kinder und Jugendliche von null bis 18 Jahren, gelegentlich auch für Jungerwachsene, wenn diese den Diensten schon länger bekannt sind.

Alle sieben Hamburger Bezirksämter verfügen innerhalb der Fachämter Gesundheit über einen Jugendpsychiatrischen Dienst. Allerdings verfügen diese Dienste teilweise nur über einen sehr kleinen Personalkörper (s. Tab. 23).

Tab. 23: Stellen in den Jugendpsychiatrischen Diensten der Bezirksämter – Anzahl (Vollzeitäquivalente), Stichtag 31.07.2017

Bezirk-samt	Ärztin-nen/Ärzte	Dipl. Psychologin-nen/Dipl. Psycholo-gen	Sozialpädagoginnen/Sozi-alpädagogen; Sozialarbei-terinnen/Sozialarbeiter	Verwal-tungs-angestellte
Hamburg-Mitte	1,95	1,75	0	0
Altona	1,00	1,0	0,92	1,00
Eimsbüttel	1,00	1,65	0	1,00
Hamburg-Nord	1,50	1,96	1,50	1,00
Wandsbek	2,13	0	3,00	1,00
Bergedorf	1,37	0	0,87	1,00
Harburg	1,00	1,0	1,38	0
Gesamt	9,95	7,36	7,67	5,00

Quelle: Ressourcensteuerung der Bezirksämter; Drs. 21/11786.

Wie auch bei den SpDs ist die Nachbesetzung der akademischen Stellen oftmals mit längeren Vakanzzeiten verbunden. So waren mit Stand 31.12.2017 in den Bezirksämtern 3,04 Arztstellen und 0,75 Psychologenstellen vakant.

Zur Entwicklung der Fallzahlen liegen auf Grund der Umstellung auf die einheitliche Software keine verlässlichen Zahlen vor. Anders als bei den SpDs liegen hier ausschließlich die SNH Kennzahlen vor. Auf die Problematik der Bewertung dieses Anstiegs der Fallzahlen wurde bereits hingewiesen (s. Kap. 4.1.8.).

Tab. 24: SNH Kennzahlen der Bezirke

	2015	2016	2017
Betreute Fälle bei Hilfen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen (ausgenommen Körperbehinderungen) sowie deren Angehörige	4.576	4.630	5.207

Quelle: Ressourcensteuerung der Bezirksämter

In der Freien und Hansestadt Hamburg hat der JpD als amtsärztlicher Dienst die Befugnis, für die Fachämter Jugend- und Familienhilfe gutachterliche Stellungnahmen zur Zuordnung behinderter Kinder und Jugendlicher zum Personenkreis des § 35 a SGB VIII (seelische Behinderung) oder des § 53 SGB XII (geistige Behinderung) und ggf. die notwendigen Stellungnahmen für Teilhabeleistungen zu erstellen (s. a. Kap. 5.1.7.1.). Der JPD berät Eltern zu diesen Hilfen und anderen Fördermöglichkeiten und unterstützt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sozialer Einrichtungen und Dienste, wie z. B. Schulen, Kindertagesstätten, Allgemeiner Sozialer Dienst in Fachfragen.

Ein wichtiger Teil der Arbeit des JpD liegt darin, im Rahmen der Amtshilfe für andere Dienststellen gutachterliche Stellungnahmen, z. B. fachliche Stellungnahmen zu Anträgen auf Maßnahmen nach dem SGB VIII (Jugendhilfe), anzufertigen und dafür die Entwicklung und/oder psychische Gesundheit eines Kindes oder Jugendlichen fachlich einzuschätzen.

Psychotherapeutische und/oder psychosoziale Beratungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und/oder psychischen Störungen, deren Angehörige und Betreuungspersonen finden vorwiegend im Kontext der Begutachtungen oder im Zusammenhang mit akuten psychischen Krisen mit Abklärung der Notwendigkeit einer geschlossenen Unterbringung nach dem Hamburgischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) statt.

Sowohl in der Beratung als auch in der gutachterlichen Tätigkeit bestehen eine Vielzahl von Schnittstellen zu anderen Fachämtern, (z. B. Jugendamt, Grundsicherungsamt, Amt für Eingliederungshilfe), Bildungseinrichtungen (Kindertagesstätten, Schulen), niedergelassenen Fachärzten, Kliniken und psychosozialen Beratungsstellen. Die Zusammenarbeit in komplexen Begutachtungs- und Beratungsprozessen setzt ein hohes Maß an Kooperation und Koordination voraus. Kooperationsvereinbarungen zu verschiedenen Aspekten der Zusammenarbeit, wie z. B. die Regelung der Kommunikationswege und Fallverantwortungen, erscheinen deshalb sinnvoll.

In der Regel geht mit Erreichen der Volljährigkeit die Zuständigkeit an den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD) über. Ausgenommen sind Kinder und Jugendliche, bei denen vom allgemeinen sozialen Dienst stationäre Maßnahmen der Jugendhilfe nach § 33 SGB VIII (Betreuung in Pflegefamilie), § 34 SGB VIII (Heimaufnahme) oder § 35 SGB VIII (intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung) verfügt worden sind. Für diese ist hamburgweit der Jugendpsychologische und -psychiatrische Dienst (JPPD) im Bezirksamt Hamburg-Nord zuständig.

Zu den hoheitlichen Aufgaben der Jugendpsychiatrischen Dienste gehört bei akuter Fremd- und/oder Eigengefährdung auch die Entscheidung über die Notwendigkeit einer geschlossenen Unterbringung für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche nach dem Hamburgischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) (s. Kap. 5.1.7.4.).

Zusammenfassung und Perspektive

Die JPDs sind ein wichtiger Baustein in dem Gesamtangebot für Kinder und Jugendliche in Hamburg. Die einzelnen Dienststellen sind teilweise sehr klein und daher anfällig bei Personalausfällen. Auf die Schwierigkeiten für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Personal zu gewinnen, wurde bereits hingewiesen (s. Kap. 4.1.8.). Um die Aufgaben der JPD zukünftig noch besser wahrnehmen zu können, ist von Bezirken und der für das Gesundheitswesen zuständigen Fachbehörde in Zusammenarbeit zu prüfen, ob und wie durch Maßnahmen der Organisationsentwicklung die Nähe zu den übrigen Angeboten für Kinder und Jugendliche (Mütterberatung, Schuleingangsuntersuchungen) synergetisch genutzt werden könnte, um ein alle Aspekte körperlicher und seelischer Gesundheit berücksichtigendes Angebot bedarfsgerecht zu gestalten. Alternativ wäre zu prüfen, ob mittels einer organisatorischen Annäherung von SpD und JpD innerhalb der Bezirksämter die qualifizierte Wahrnehmung der fachlich differenzierten Aufgaben beider Dienste unterstützt und verbessert werden kann.

Darüber hinaus sollen auch die Verfahren der JpD vereinheitlicht werden. Wie bei den SpD sollen hierzu in enger Abstimmung zwischen der Fachbehörde und den Bezirksämtern unter Einbeziehung anderer relevanter Partner, insbesondere der Jugendämter wesentliche Aufgaben in Form von SOP festgelegt werden. Zur Umsetzung sind bis Ende 2019 ausgewählte Aufgaben festzulegen und ein Zeitplan vorzulegen.

Zur Erarbeitung von SOP bzw. Qualitätsmanagementkriterien sowie zur Überprüfung des Personalbestands der JpD soll die Arbeitsgruppe zur Prüfung der Aufgabenerfüllung der bezirklichen SpD (vgl. hierzu Kap. 4.1.8, „Zusammenfassung und Perspektiven“) mit einer Ressource hinterlegt werden.

Eine schriftlich fixierte Kooperationsvereinbarung existiert bisher nur an der Schnittstelle Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. Bei der Überarbeitung der Kooperationsvereinbarung wird geprüft werden, inwieweit andere Bereiche einbezogen werden können (s. Kap. 5.2.).

5.5. Kinder- und Jugendhilfe

Entsprechend dem achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe) hat jeder junge Mensch ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.

Die Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht.

Jugendhilfe soll zur Verwirklichung dieses Rechts insbesondere

- junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,
- Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen,
- Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen und
- dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.

Zu den Leistungsbereichen der Jugendhilfe gehören neben

- der Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit und dem erzieherischen Kinder- und Jugendschutz

- der Förderung der Erziehung in der Familie und
- der Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Kindertagespflege

auch die Planung und Gewährung individueller Hilfen für Familien sowie die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche.

Das SGB VIII beschreibt auch vorläufige Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen, die den Jugendämtern im Rahmen ihres Schutzauftrages zur Abwendung von kindeswohlgefährdenden Situationen zur Verfügung stehen.

5.5.1. Fachämter für Jugend- und Familienhilfe/Allgemeine Soziale Dienste

Die Aufgaben der Jugendhilfe fallen in Hamburg in die Zuständigkeit der bezirklichen Fachämter Jugend- und Familienhilfe. Der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) als Basisdienst des Fachamtes Jugend- und Familienhilfe ist Ansprechpartner für Eltern, Sorgeberechtigte und betroffene Kinder oder Jugendliche. Er berät und vermittelt bei Bedarf in Unterstützungsangebote im Stadtteil. Hierbei ist das Handeln des ASD sozialräumlich ausgerichtet. Diese Sozialraumorientierung bezieht sich sowohl auf die Arbeit im Einzelfall als auch auf die Netzwerkarbeit im Sozialraum und die Verortung des ASD im jeweiligen Zuständigkeitsbereich.

Gleichzeitig basiert die Unterstützung durch den ASD auf der Erkenntnis, dass Hilfen dann wirksam und nachhaltig sind, wenn sie den Menschen ermöglichen, selbstwirksam zu handeln und dabei auf die Unterstützung des persönlichen sozialen Umfelds zurückzugreifen. Dabei sollen den Familien die Möglichkeiten erschlossen werden, Regeleinrichtungen wie z. B. Kindertageseinrichtungen nutzen zu können und darüber hinaus Einrichtungen des Sozialraums, Angebote von Vereinen und Verbänden, Kirchengemeinden, Bildungseinrichtungen in Anspruch zu nehmen (s. a. Kap. 5.1.7.7.).

Wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist, prüft der ASD ob eine Hilfe zur Erziehung für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist. Ob ein Anspruch auf Hilfe besteht und in welcher Form eine Hilfe gewährt wird, ermittelt der ASD im Einzelfall gemeinsam mit den Sorgeberechtigten und dem betroffenen Kind oder Jugendlichen nach den Maßgaben fachlicher Standards zur Hilfeplanung. Hierbei bezieht er auch weitere im Einzelfall notwendige Akteure aus Schule, Gesundheitshilfe sowie gegebenenfalls andere Leistungsträger ein. Die Fachämter Jugend- und Familienhilfe in Hamburg sind auch Eingliederungshilfeträger für Kinder- und Jugendliche mit einer (drohenden) seelischen Behinderung. Hierbei plant der ASD gemeinsam mit den Betroffenen und beteiligten Stellen der Gesundheitshilfe (s. Kap. 5.1.6.) entsprechend der Regelungen des § 35 a SGB VIII und den einschlägigen Regelungen des Bundesteilhabegesetzes (SGB IX).

Werden dem ASD gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so schätzt es im Rahmen seines Schutzauftrages das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte ein. Soweit ein wirksamer Schutz des Kindes oder Jugendlichen hierdurch nicht in Frage gestellt wird, bezieht der ASD die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder den Jugendlichen in die Gefährdungseinschätzung ein. Soweit es nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist, verschafft sich der ASD einen unmittelbaren Eindruck von dem Kind und von seiner persönlichen Umgebung. Erscheint zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so bietet er den Erziehungsberechtigten diese an.

Hält der ASD das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen. Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.

5.5.2. Familieninterventionsteam (FIT)

In diesem Zusammenhang kommt dem seit Januar 2003 als überbezirklich tätiges Jugendamt organisatorisch der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI) zugeordneten Familieninterventionsteam (FIT) eine gesonderte Zuständigkeit für Kinder und Jugendliche zu, bei denen eine unmittelbare Kindeswohlgefährdung durch

- wiederholte, häufige Tatvorwürfe
- Tatvorwürfe wegen schwerer Straftaten
- Tatvorwürfe wegen Sexualdelikten

vorliegt. Das FIT wird tätig, sobald eine Meldung über einen Tatvorwurf von der Polizei eingeht. Es bewertet die Meldungen umgehend und überprüft, ob eine unmittelbare Kindeswohlgefährdung besteht. Es wird unverzüglich selbst tätig, wenn es aufgrund dieser Recherche eine unmittelbare Kindeswohlgefährdung im Zusammenhang mit Tatvorwürfen gegen Minderjährige feststellt. Hier wird über die Klärung der Lebenssituation des Kindes/Jugendlichen in den Lebensfeldern Schule, Familie, Freizeit, Freunde, Ressourcen und Interessen entschieden, welche Jugend- und Erziehungshilfen individuell angewendet werden. Der Hilfekanon umfasst die Hilfen von §§ 28, 29, 30, 31, 34, 35 und 35 a SGB VIII.

Im FIT sind sozialpädagogische Fachkräfte und Psychologinnen und Psychologen tätig, deren Aufgabe es ist, in allen Einzelfällen eine spezielle Diagnostik durchzuführen. Dies gilt insbesondere für gewaltbereite und psychisch belastete Minderjährige.

5.5.3. Kinder und Jugendnotdienst (KJND)

Der Kinder- und Jugendnotdienst (KJND) des Landesbetriebes Erziehung und Beratung (LEB) ist außerhalb der Dienstzeiten der Fachämter für Jugend- und Familienhilfe, nachts am Wochenende und an Feiertagen für die Aufgaben der Jugendhilfe zuständig. Insbesondere in Fällen von Vernachlässigung, Kindesmisshandlung und sexueller Gewalt bietet er betroffenen Minderjährigen und ihren Erziehungsberechtigten Beratung und Unterstützung an und schützt Kinder und Jugendliche in akuten Gefährdungssituation durch eine Inobhutnahme und einer Unterbringung an einem geschützten Ort. Am nächsten Werktag informiert der KJND das zuständige Fachamt für Jugend- und Familienhilfe um eine weitere Hilfeplanung zu ermöglichen. Mit seinem Fachdienst Flüchtlinge ist der KJND in Hamburg zentral für die Erstversorgung von Unbegleiteten minderjährigen Ausländern (UMA) zuständig. Zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen ist hier eine beispielhafte Kooperation zwischen den an der regionalen Pflichtversorgung teilnehmenden Hamburger Krankenhäusern mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendhilfepsychiatrie (s. Kap. 5.1.4.) und dem Landesbetrieb Erziehung und Beratung (LEB) entstanden. Seit Januar 2016 sucht das Fachpersonal der kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken im Rahmen dieser Kooperation regelmäßig die Flüchtlingseinrichtungen für Minderjährige auf, um dort das pädagogische Personal zu beraten und ggf. Behandlungsbedarfe der Klientinnen und Klienten festzustellen und die demnach erforderlichen Behandlungen einzuleiten.

Auf Grund der positiven Erfahrungen haben die Kooperationspartner ihre Zusammenarbeit auf alle Einrichtungen des LEB ausgeweitet, so dass jetzt alle jungen Menschen in stationären Hilfen des Trägers von dieser verbindlichen Kooperation profitieren können.

5.5.4. Jugendpsychologischer/Jugendpsychiatrischer Dienst (JPPD)

Der JPPD ist ein überregional zuständiger Fachdienst. Er unterstützt und berät die Jugendämter (ASD/FIT) in psychologischen und psychiatrischen Fragen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die in Einrichtungen und Familien im Rahmen von stationären Hilfen zur Erziehung leben bis zur Vollendung deren 21. Lebensjahres. Dieses betrifft außerfamiliäre Hilfen im trügereigenen Wohnraum (§ 30 SGB VIII), Pflegefamilien (§ 33 SGB VIII), Wohngruppen (§ 34 SGB VIII), intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§ 35 SGB VIII), Hilfe für junge Volljährige (§ 41 SGB VIII) sowie Hilfen für Eltern mit Kind (§ 19 SGB VIII).

Anfragen an den JPPD erfolgen in der Regel durch die Allgemeinen Sozialen Dienste (ASD/FIT). Zu den Aufgaben des JPPD zählen:

- Einzelfallberatung des ASD/FIT
- jugendpsychologische und -psychiatrische Diagnostik
- Gutachterliche Stellungnahmen gemäß § 35 a SGB VIII, auch in Verbindung mit § 41 SGB VIII (Hilfe für junge Volljährige)
- Gutachterliche Stellungnahmen für den ASD
- Begutachtungen im Rahmen von Zwangseinweisungen Minderjähriger gem. § 12 HmbPsychKG für Einrichtungen des Landesbetriebs Erziehung und Beratung (LEB)
- Vorhaltung eines Krisendienstes für Kinder und Jugendliche, für die der JPPD bereits einbezogen worden ist
 - Fachliche Unterstützung des ASD in familiengerichtlichen Verfahren
 - psychologische-psychiatrische Beratung für Kinder und Jugendliche und deren soziales Umfeld
 - Beratung der Adoptionsvermittlungsstelle Hamburg in ärztlichen und psychologischen Fragen im Rahmen des Adoptionsvermittlungsgesetzes (AdVermiG)

Tab. 25: Anzahl der Fallanfragen an den JPPD

Jahr	Fallanfragen
2005	606
2010	654
2015	656

Quelle: JPPD 2017

Im JPPD arbeiten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen. Sie arbeiten intensiv mit den Beteiligten im sozialen Netzwerk der jungen Menschen zusammen. Bei Bedarf suchen sie die Kinder/Jugendlichen an ihrem Lebensort auf. Der Jugendpsychologische/-psychiatrische Dienst steht während der regulären Dienstzeiten auch für telefonische Erstberatung zur Verfügung.

5.5.5. Träger von Hilfen zur Erziehung (HzE)

Partner der bezirklichen Fachämter Jugend- und Familienhilfe bei der Umsetzung der Hilfeplanung sind ca. 180 Träger von Hilfen zur Erziehung, die ihren Sitz in Hamburg haben. Das Angebot der Träger umfasst ambulante Hilfen, wie insbesondere Betreuungshelfer und Sozi-

alpädagogische Familienhilfe, sowie außerfamiliäre Hilfen in Wohngruppen und Wohngemeinschaften unterschiedlicher pädagogisch-konzeptioneller Ausrichtung und intensive pädagogische Einzelbetreuung.

Neben den Hilfen zur Erziehung leisten die Träger auch Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII für seelisch behindert junge Menschen in ambulanter und stationärer Form. Im Rahmen stationärer Hilfen gibt es hierbei auch spezialisierte Angebote zum Beispiel zur Nachsorge nach klinisch-stationärer Behandlung in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie, für junge Menschen mit Essstörungen und anderen psychiatrischen Störungsbildern.

In der pädagogischen Arbeit ergeben sich für die Träger und Einrichtungen neben einer engen Zusammenarbeit mit dem fallführenden Bezirksamt insbesondere Schnittstellen zu den kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen der Krankenhäuser aber auch zu niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern sowie zu den Jugendpsychiatrischen Diensten. Zahlreiche Hamburger Jugendhilfeträger verfügen über Kooperationsvereinbarungen mit den Kliniken und können im Einzelfall auf klar definierte Verfahren und Zuständigkeitsregelungen zurückgreifen.

Darüber hinaus arbeiten freie Träger der Jugendhilfe mit der „Koordinierungsstelle individuelle Unterbringung“ des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes zusammen. Diese seit 2014 arbeitende Stelle entwickelt in Kooperation mit freien Trägern individuelle Betreuungssettings in besonders schwierigen Einzelfällen.

Die verbesserte Kooperation zwischen den Systemen der Jugendhilfe, Schule und Gesundheit soll die Haltefähigkeit der Einrichtungen im Einzelfall verbessern, um den jungen Menschen ihr Lebensumfeld zu erhalten und erneute Bindungsabbrüche zu vermeiden.

5.5.6. Institutionelle Erziehungs- und Familienberatungsstellen

Erziehungs- und Familienberatungsstellen leisten Unterstützung bei der Erziehung und Bewältigung familiärer Probleme. Neben einem präventiven Leistungsangebot beraten die Einrichtungen individuell und sind niedrigschwellig ohne Beteiligung des Allgemeinen Sozialen Dienstes im Jugendamt zu erreichen (§§ 16 und 28 SGB VIII in Zusammenhang mit § 17 und § 18 SGB VIII sowie i. V. m. § 27 und § 36 Abs. 1 und 2 sowie § 36 a Abs. 2 SGB VIII und § 8 Abs. 2 und 3 SGB VIII). Erziehungsberatung reicht dabei von Erziehungsfragen und -schwierigkeiten von Eltern bis hin zu Schulproblemen, Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsdefiziten oder -störungen sowie damit zusammenhängenden psychosomatischen Beschwerden eines Kindes oder Jugendlichen. In belastenden Lebenssituationen oder besonderen Lebenskrisen etwa bei Beziehungsproblemen zwischen Eltern und Kindern, Paarproblemen, Trennung und Scheidung wird geholfen. Im Vordergrund steht die Entwicklung des Kindes in der Familie zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit. Nicht selten sind Eltern aufgrund von psychischen Belastungen und Störungen (s. a. Kap. 3.2.; Kap. 5.1.3. und Kap. 5.1.7.8.) in ihrer Erziehungsfähigkeit beeinträchtigt.

Therapeutische und pädagogische Leistungen sind integraler Bestandteil des Angebotes. Psychotherapeutische Interventionen einer Erziehungs- und Familienberatungsstelle richten sich auf die Wiederherstellung der Erziehungskompetenz. Jede Beratungsstelle ist mit einem multiprofessionellen Kernteam ausgestattet. Es besteht aus festangestellten Fachkräften verschiedener Fachrichtungen mit psychologischer, sozialpädagogischer und pädagogisch-therapeutischer Qualifikation und ist geschult in verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren. Orientiert an der konkreten Bedarfslage des Einzelfalles als auch einzelfallübergreifend wird mit anderen psychosozialen Einrichtungen und Diensten, der Jugendhilfe (Kitas, Elternschulen,

ASD andere Beratungsstellen), der Schule oder des Gesundheitswesens kooperiert. Liegt kein erzieherischer Bedarf vor, verweisen die Beratungsstellen in das jeweilige Hilfesystem.

In Hamburg bieten 20 Erziehungsberatungsstellen, davon elf Beratungsstellen (mit zwei Außenstellen) in kommunaler und neun Beratungsstellen (mit zwei Außenstellen) in freier Trägerschaft niedrigschwellige Erziehungs- und Familienberatung im Rahmen der Jugendhilfe an. Mit dem Rahmenkonzept „Erziehungsberatung in Hamburg durch öffentliche und freie Träger der Jugendhilfe“ wurden Mindeststandards im Leistungsangebot gesetzt.

5.5.7. Sozialräumliche Angebote der Jugend- und Familienhilfe

Hamburg hat mit den sozialräumlichen Angeboten der Jugend- und Familienhilfe (SAJF) niedrigschwellige Anlaufstellen in sozial belasteten Stadtteilen geschaffen. Von der Beratung rund um Schwangerschaft und Geburt, Fragen der Erziehung und Partnerschaft, über Kita- und Schulbesuch bis hin zum Übergang in den Beruf und eigenständige Lebensführung gibt es vielfältige Unterstützungsangebote und offene Treffpunkte.

Die Angebote sind für alle hilfesuchenden Familien leicht zugänglich und ohne Anträge, Verwaltungsverfahren und Aktenführung nutzbar gestaltet. Insbesondere Familien in belastenden Lebenssituationen sollen frühzeitig, flexibel und an ihren Bedarfen orientiert Unterstützung in Wohnortnähe erhalten. Ein besonderes Angebot sind die Familienratsbüros in allen Hamburger Bezirken. Sie unterstützen Familien in schwierigen Situationen dabei, ihre eigenen Netzwerke und Ressourcen zu aktivieren und mit ihnen nach Lösungen zu suchen.

Zu den Zielgruppen sozialräumlicher Angebote der Jugend- und Familienhilfe können auch Familien mit psychisch erkrankten Kindern oder Elternteilen gehören. Knapp die Hälfte der 360 Angebote richtet sich auch an die Zielgruppe junger Menschen oder Elternteile mit psychischen Belastungen. Im Jahr 2016 waren bei jedem fünften individuell unterstützten Kind oder jungen Menschen psychische Probleme ein Thema. Die sozialräumlichen Angebote sind im Stadtteil gut vernetzt und bieten alltagspraktische Entlastung sowie verlässliche Orte für Begegnungen und Kontakte. Indem sie Zugänge zu den im Stadtteil vorhandenen oder auch spezialisierten Hilfesystemen herstellen, fördern sie die Integration von Familien in belastenden Lebenslagen und beugen Isolation vor.

5.5.8. Frühe Hilfen

Mit den Frühen Hilfen wird das Ziel verfolgt, Familien mit Unterstützungsbedarf möglichst frühzeitig zu erreichen und präventiv zu wirken. Angestoßen durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen und im Rahmen des Landeskonzpts „Guter Start für Hamburgs Kinder“ wurden die Frühen Hilfen in Hamburg systematisch ausgebaut und die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssystem und Jugendhilfe auf den Weg gebracht. Ein wichtiges Element der Frühen Hilfen in Hamburg ist die Abklärung eines möglichen psychosozialen Unterstützungsbedarfs von Familien in den Hamburger Geburtskliniken und bei Bedarf die Überleitung zu weiterführenden Hilfeangeboten, insbesondere zu den regionalen Familienteams. Die mit Gesundheitsfachkräften und Sozialpädagoginnen interdisziplinär zusammengesetzten Familienteams übernehmen intensive Begleitung und Unterstützung von Schwangeren und Familien (mit Kindern von null bis drei Jahren), die einen besonderen Unterstützungsbedarf haben und fungieren darüber hinaus als Anlaufstelle und Zugang zu weiteren wohnortnahen Unterstützungsangeboten (Lotsenfunktion). Dabei spielt auch die Unterstützung von Eltern mit psychischen Erkrankungen eine zunehmend wichtige Rolle.

5.6. Schule: Inklusive Bildung und sonderpädagogischer Förderbedarf

Die Leitidee der inklusiven Schule ist das gemeinsame Lernen aller Kinder und Jugendlichen unabhängig von ihrer Herkunft, ihren Ausgangsbedingungen und Lernmöglichkeiten.¹⁷⁵ Die Umsetzung der inklusiven Bildung auf der Grundlage der UN-Behindertenrechtskonvention sieht, wie in § 12 HmbSG verankert, eine ganzheitliche Leistungserbringung zur Sicherstellung von Teilhabe und fairen Bildungschancen vor. Dazu gehören für einzelne Kinder und Jugendliche Therapieangebote unterschiedlicher Art (Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie und Psychotherapie) durch therapeutische Fachkräfte auf ärztliche Verordnung, die während des Ganztages in den allgemeinen Schulen realisiert werden können.¹⁷⁶ Mit dieser Zielsetzung hat Hamburg der 91. GMK einen Beschluss vorgelegt, mittels dessen die Länder über das Bundesgesundheitsministerium auf eine Anpassung der Heilmittel-Richtlinie beim Gemeinsamen Bundesausschuss hinwirken wollen, durch welche auch Kindern ohne schwere Behinderungen der Zugang zu einer logopädischen, physiotherapeutischen oder ergotherapeutischen Therapie in Ganztags-Schulen und Horteinrichtungen ermöglicht wird¹⁷⁷.

Kinder und Jugendliche mit sonderpädagogischem Förderbedarf haben Anspruch auf eine ihren besonderen Bedarfen entsprechende qualifizierte Bildung, Beratung und Unterstützung. Sonderpädagogische Bildung basiert auf der allgemeinen Pädagogik und versteht sich als deren Ergänzung. Ziele sind die volle Entfaltung der Persönlichkeit, ein selbstbestimmtes Leben und eine aktive gesellschaftliche Teilhabe des Kindes/Jugendlichen mit einer Behinderung. Aufgabe sonderpädagogischer Bildung ist die Förderung in sensorischen, motorischen, kognitiven, sprachlich-kommunikativen, emotionalen und sozialen Entwicklungsbereichen und die Vermittlung spezieller Kompetenzen im Kontext eines Lebens mit Behinderung in den Schwerpunkten Lernen, Sprache, emotionale und soziale Entwicklung, geistige Entwicklung, körperliche und motorische Entwicklung, Sehen, Hören und Kommunikation, Autismus und Krankheit.¹⁷⁸

5.6.1. Integriertes Förderkonzept

Die Konzeption der schulischen inklusiven Bildung in Hamburg¹⁷⁹ setzt den Rahmen für die Einführung eines Integrierten Förderkonzepts für alle Hamburger Schulen. Das Integrierte Förderkonzept hat das Ziel, alle auf einzelne Schülerinnen und Schüler gerichteten Fördermaßnahmen zu koordinieren, aufeinander abzustimmen und dabei die Leitideen der inklusiven Schule sowie des gemeinsamen Lernens aller Kinder und Jugendlichen unabhängig von ihrer Herkunft, ihren Ausgangsbedingungen und Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten zu verwirklichen.

Individualisierter Unterricht fördert alle Kinder und Jugendlichen entsprechend ihren Ausgangslagen in ihrer Persönlichkeits- und Kompetenzentwicklung. Für spezifische Unterstützungsbedarfe stellt die Schulbehörde Förderressourcen zweckgebunden zur Verfügung. Die schulische Förderung wird im Bedarfsfall durch außerschulische Förder- und Therapie- sowie Jugendhilfeangebote ergänzt.

Um alle zur Verfügung stehenden Ressourcen zielgenau, flexibel und angemessen den jeweiligen Schülergruppen zur Verfügung zu stellen, bedarf es der Koordinierung, die einerseits

¹⁷⁵ FHH – Behörde für Schule und Berufsbildung, 2017, Integriertes Förderkonzept, S. 4.

¹⁷⁶ FHH – Behörde für Schule und Berufsbildung, 2014, Therapie und Schule, S. 1.

¹⁷⁷ GMK (91.), 2018, Beschluss zu TOP 10.11.

¹⁷⁸ FHH – Behörde für Schule und Berufsbildung, 2013, Sonderpädagogische Bildung, Beratung und Unterstützung. Grundlagen und Hinweise, S. 4 und 6.

¹⁷⁹ Vgl. Bürgerschaft der FHH (20. Wahlperiode), 2012, Drucksache. 20/3641.

Synergieeffekte ermöglicht und andererseits verhindert, dass einzelne Schülerinnen und Schüler durch nicht abgestimmte Förderung überlastet und verwirrt werden.

Hierbei kommt dem integrierten Förderkonzept eine steuernde Rolle zu. Es bietet für alle an Schule beteiligten Gruppen eine transparente Grundlage für die kooperative Förderplanung und klärt Verantwortlichkeiten.

Die steigende Zahl an Schülerinnen und Schülern mit herausfordernden Verhaltensweisen an den inklusiv arbeitenden Schulen erfordert Kompetenzerweiterung bei allen pädagogischen Fachkräften im Umgang mit dieser Schülergruppe sowie die Entwicklung schulischer Konzepte, die sich als hilfreich für diese Schülergruppe erweisen einschließlich eines individuell angepassten Nachteilsausgleichs.

Das Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung (LI) bietet seit dem Jahr 2014 grundlegende Qualifizierung und im Zusammenwirken mit den Regionalen Bildungs- und Beratungszentren (ReBBZ) koordinierte Fortbildungen und gesicherte Vernetzungsstrukturen für die an den Schulen tätigen Förderkoordinatorinnen und Förderkoordinatoren¹⁸⁰. Erfahrungen mit Praxisbegleitgruppen für Sprachlernberatungen haben gezeigt, dass sich ein regelhafter fachlicher Austausch positiv auf deren Arbeit und Weiterqualifizierung ausgewirkt hat. Die Behörde für Schule und Berufsbildung nutzt die Möglichkeit, über die Praxisbegleitgruppen gezielte Steuerungsimpulse zu bestimmten Unterstützungsbedarfen und Aufgabenschwerpunkten zu setzen.

Außerdem werden den Schulen Arbeitshilfen zur inklusiven Bildung zur Verfügung gestellt. Neben Einleitungstext und Erläuterung der rechtlichen Rahmenbedingungen bieten diese¹⁸¹ fachliche Orientierung.

Zu allen Arbeitsschwerpunkten können bei Bedarf Vertiefungsangebote von den Schulen angefordert werden. Diese Konzepte enthalten eine Vielzahl an Hinweisen zum Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit herausfordernden Verhaltensweisen, Nachteilsausgleichen bei psychischen Erkrankungen u. v. m.¹⁸²

5.6.2. Regionale Bildungs- und Beratungszentren

Die Regionalen Bildungs- und Beratungszentren (ReBBZ)¹⁸³ sind für die zusammengeführten Förderschwerpunkte Lernen, Sprache sowie emotionale und soziale Entwicklung zuständig und aus der Zusammenführung von Förderschulen, Sprachheilschulen und den Regionalen Beratungs- und Unterstützungsstellen (REBUS) entstanden. Die Kernaufgaben der ReBBZ sind

- pädagogische Beratung, Krisenintervention, Mediation, Gewaltprävention, Absentismus (bis 2013 Aufgabenbereich der REBUS),
- sonderpädagogische Beratung und Unterstützung,
- dauerhafte Bildung und Erziehung von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf LSE auf Wunsch der Eltern,
- temporäre Bildung und Erziehung von Schülerinnen und Schülern mit hohem Unterstützungsbedarf aufgrund ihres Verhaltens in enger Kooperation mit der Jugendhilfe und

¹⁸⁰ Bürgerschaft der FHH (20. Wahlperiode), 2012, Drucksache 20/3641, Ziffer 4.6.

¹⁸¹ Vgl. Hamburg.de

¹⁸² FHH – Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, 2018, Rahmenvereinbarung – Regionale Kooperation zwischen Schulen und Jugendhilfe.

¹⁸³ Bürgerschaft der FHH (20. Wahlperiode), 2012, Drucksache 20/3641, Ziffer 4.6.

- Schnittstellenangebote zu Autismus, besonderer Begabung, Fluchterfahrungen und Traumatisierung.

Die ReBBZ werden seit 2012 fortlaufend weiterentwickelt und den aktuellen Anforderungen der inklusiven Bildung angepasst. Zudem stellen die ReBBZ seit dem Schuljahr 2013/14 den Bedarf an Schulbegleitung bei Schülerinnen und Schülern mit erheblichen Betreuungs- und Unterstützungsbedarfen aufgrund einer komplexen psychosozialen Beeinträchtigung fest. Eine gesonderte Beantragung auf der Grundlage des § 35 a SGB VIII ist damit nicht mehr erforderlich.

Schülerinnen und Schüler mit sich selbst und andere herausfordernden Verhaltensweisen und/oder psychischen Erkrankungen sowie ihre Angehörigen finden über die ReBBZ eine Anlaufstelle für Unterstützungsangebote in einem streng vertraulichen Rahmen.

Das Angebot der 13 ReBBZ wird durch drei überregionale Bildungszentren (Bildungszentrum Hören und Kommunikation/Elbschule; Bildungszentrum für Blinde und Sehbehinderte/Borgweg sowie das Bildungs- und Beratungszentrum Pädagogik bei Krankheit mit der Beratungsstelle Autismus) ergänzt. Letzteres hat sich in dem genannten Zeitraum aus der Struktur des ehemaligen Haus- und Krankenhausunterrichts heraus weiterentwickelt¹⁸⁴.

Im Rahmen eines umfassenden Monitoring-Verfahrens hat die Hamburger Schulbehörde eine Arbeitsgruppe initiiert, die seit dem Schuljahr 2013/14 alle staatlichen Schulen besucht und auf ihrem inklusiven Weg begleitet. Beispielgebende Integrierte Förderkonzepte werden in einem Datentool erfasst und für alle anderen Schulen zur Verfügung gestellt¹⁸⁵.

In der Handreichung Therapie und Inklusive Schule werden die Kooperationsformate beschrieben, die psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern beispielsweise eine in den schulischen Ganztage integrierte Psychotherapie auf ärztliche Verordnung ermöglichen¹⁸⁶.

Psychische Auffälligkeiten gehen oft mit individuellen, sozialen und familiären Problemen oder herausforderndem Verhalten einher. Im Jahr 2013 haben die Behörde für Schule und Berufsbildung, die Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration und die Bezirksämter eine gemeinsame Rahmenvereinbarung zum Aufbau regionaler Kooperationen zwischen Schule und Jugendhilfe für die Bildung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit besonders herausforderndem Verhalten abgeschlossen. Ihr Ziel ist es, Chancengerechtigkeit für alle Kinder und Jugendlichen, insbesondere auch aus Risikofamilien zu fördern, sie im Regelschulsystem zu unterstützen und ihnen auf diese Weise schulischen Erfolg und eine aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. In den auf der Basis dieser Rahmenvereinbarung eingerichteten Kooperationsprojekten stehen ca. 450 Plätze zur Verfügung. Je nach individueller Problemlage der Schülerinnen und Schüler arbeiten Schulen, ReBBZ und Jugendhilfe mit verschiedenen Fachdisziplinen und der Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammen, um eine bestmögliche Förderung und Unterstützung zu realisieren.

¹⁸⁴ Vgl. FHH – Behörde für Schule und Berufsbildung, 2015, Flyer – ReBBZ.

¹⁸⁵ Vgl. FHH – Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung, 2016, Inklusive Bildung.

¹⁸⁶ Vgl. FHH – Behörde für Schule und Berufsbildung, 2014, Therapie und Schule.

5.6.3. Angebotsspektrum/Aufgaben

Schülerinnen und Schüler mit auffallend herausforderndem Verhalten, welches seine Ursache auch in einer psychischen Erkrankung haben kann, erfüllen gegebenenfalls die Voraussetzungen sonderpädagogischen Förderbedarfs im Bereich der emotionalen und sozialen Entwicklung nach § 12 HmbSG. Dieses wird bei Bedarf in einem standardisierten zweistufigen Verfahren während der Grundschulzeit erfasst.

In den Jahrgangsstufen 1 und 2 – in Ausnahmefällen – ab Jahrgangsstufe 5 in Stadtteilschulen führt die allgemeine Schule die Überprüfung einschließlich der Entscheidung über einen sonderpädagogischen Förderbedarf im Bereich der emotionalen und sozialen Entwicklung eigenverantwortlich durch, wobei sie die ReBBZ-Fachkräfte beratend hinzuziehen kann.

In den Jahrgangsstufen 3 und 4 erfolgt eine Diagnostik in regionaler Kooperation (DirK) durch die allgemeine Schule und das zuständige ReBBZ gemeinsam, in welche die bestehenden Förderpläne eingebracht werden. In einer gemeinsamen Förderkonferenz wird ggfs. mit externen Fachkräften die Bedarfslage analysiert und eine Einschätzung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs festgehalten. Für eine Teilgruppe erstellt das ReBBZ einen Diagnosebogen, der dem sonderpädagogischen Gutachten gemäß § 12 Absatz 3 HmbSG entspricht. Die Entscheidung erfolgt durch das zuständige ReBBZ.

Im Fall des Vorliegens eines sonderpädagogischen Förderbedarfs gehen die im multiprofessionellen Team der Schule bzw. aus der gemeinsamen Diagnostik von Schule und ReBBZ abgeleiteten Förderziele und Maßnahmen in einen Förderplan ein. Der Förderplan wird jährlich fortgeschrieben, in diesem Kontext werden Förderziele und Maßnahmen wie beispielsweise ein Nachteilsausgleich evaluiert und der aktuellen Situation entsprechend angepasst. Förderpläne können als Basis für die multiprofessionelle Arbeit auch für Schülerinnen und Schüler mit pädagogischem Förderbedarf genutzt werden.

5.6.4. Berufliche Bildung – Arbeitsassistenz in der Ausbildungsvorbereitung und in der dualen Ausbildung

Die dualisierte Ausbildungsvorbereitung an den berufsbildenden Schulen hat das Ziel, den Übergang in Ausbildung, Arbeit und weiter qualifizierende Maßnahmen zu ermöglichen. In die Ausbildungsvorbereitung werden grundsätzlich alle noch schulpflichtigen Schülerinnen und Schüler nach Klasse 10 der allgemeinbildenden Schulen unabhängig von einer Beeinträchtigung aufgenommen. Beim Übergang von Schülerinnen und Schülern aus der allgemeinbildenden Schule mit festgestelltem sonderpädagogischem Förderbedarf in die Ausbildungsvorbereitung wird geprüft, ob weiter besonderer Unterstützungsbedarf vorliegt. Auf Antrag können Schülerinnen und Schüler eine Arbeitsassistenz zur individuellen Unterstützung erhalten. Um die neu zugewanderten Schülerinnen und Schüler in der Ausbildungsvorbereitung für Migrantinnen und Migranten auch mit der Leistung Arbeitsassistenz unterstützen zu können, wird im Rahmen des ESF-Projektes AvM d&i (Laufzeit 2017-2020) ein mehrdimensionales Diagnostik- und Screeningverfahren entwickelt. Das HIBB implementiert und sichert zudem die Leistung Arbeitsassistenz in allen Bildungsgängen der Ausbildung. Die Auswertung des ESF-Projektes dual&inklusiv (Laufzeit 2014 bis 2017) hat gezeigt, dass Arbeitsassistenz eine wirksame individuelle Unterstützung für Schülerinnen und Schüler mit besonderen Unterstützungsbedarfen in den Bildungsgängen der berufsbildenden Schulen ist. Die Leistung Arbeitsassistenz sichert die erfolgreiche Teilnahme am Lernort Betrieb und die Verzahnung von betrieblichem und schulischem Lernen in der dualisierten Ausbildungsvorbereitung. Sie unterstützt die Schülerinnen und Schüler bei Bedarf in der Kontaktaufnahme zu weiteren internen und externen Be-

ratungs- und Unterstützungsangeboten. Während oder spätestens am Ende des Bildungsganges begleitet sie die Schülerinnen und Schüler in enger Kooperation mit der Jugendberufsagentur und der Reha-Abteilung der Agentur in der Gestaltung von individuell passenden Übergängen in Ausbildung, Arbeit oder anderen weiterqualifizierenden Anschlussmaßnahmen.

5.7. Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und anderen Leistungserbringern

Vielleicht noch mehr als bei der Versorgung erwachsener psychisch Kranker erfordert die Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen die Kooperation und Vernetzung der verschiedensten Anbieter und Systeme. Die klinische Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Jugend- und Eingliederungshilfe und das System Schule seien beispielhaft genannt. Die Zahl von Kindern und Jugendlichen mit „komplexem Hilfebedarf“ steigt. Die Komplexität des Hilfebedarfes besteht darin, dass parallel mindestens zwei, in der Regel mehr, Hilfesysteme beteiligt sind (z. B. Schule, Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, etc.). Diese Maßnahmen können nur dann zum Erfolg führen, wenn sie inhaltlich aufeinander abgestimmt sind.¹⁸⁷

Vor diesem Hintergrund ist eine gelingende Kooperation zwischen den unterschiedlichen Handlungsfeldern eine zentrale Voraussetzung: Insbesondere zwischen Jugend- und Gesundheitshilfe braucht es verbindliche Absprachen und Verfahren, damit die erforderliche Unterstützung bei den Kindern und Jugendlichen ankommt. Handlungsleitend für die Fachkräfte dürfen hierbei weniger Systemlogiken sein – vielmehr muss ein starker Fokus auf die Bedarfe des jeweiligen Einzelfalls gelegt werden. So muss der junge Mensch stets im Mittelpunkt aller Bemühungen stehen und sein individueller Unterstützungsbedarf als „roter Faden“ für alle beteiligten Fachkräfte verstanden werden. Hierfür ist es erforderlich, dass die beteiligten Fachkräfte die Sichtweisen und Vorstellungen der beteiligten Kinder und Jugendlichen, sowie ihrer Eltern einbeziehen und zur weiteren Hilfestellung und den damit verbundenen Kooperationsanforderungen reflektieren.

Damit dies gelingen kann und zur Herstellung von mehr Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit insbesondere zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe wurde 2008 die Hamburger Kooperationskonferenz eingerichtet. In deren Leitfaden¹⁸⁸ ist der Umfang der Zusammenarbeit festgelegt und zwischen den Akteuren verabredet. In diesem Rahmen haben seitdem zahlreiche gemeinsame Veranstaltungen, zuletzt der Fachtag zur psychosozialen Situation von unbegleiteten minderjährig geflohenen Kindern und jungen Menschen stattgefunden. In diesem Rahmen wurden zu ausgewählten Themen Stolpersteine und Gelingensbedingungen diskutiert und damit die Kooperationsbezüge stetig vertieft.

Gegenwärtig wird die Arbeit und die Zusammensetzung der Akteure der Hamburger Kooperationskonferenz neu ausgehandelt. Ziel ist es, sowohl eine hamburgweite Zusammenarbeit zu schaffen, sowie die bezirkliche Ebene und damit vor allem die sozialräumlichen Belange zu stärken. Jedes Bezirksamt wird daher ein Gremium zur Kooperation und Zusammenarbeit ein-

¹⁸⁷ GMK (90.), 2017, Bericht der AG Psychiatrie der AOLG, Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven, S. 20.

¹⁸⁸ Vgl. FHH – Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, 2007, Ein Klima der Kooperation fördern – Hamburger Handlungsleitfaden für eine gelingende Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

setzen oder bereits bestehende Kooperationsstrukturen hierfür anpassen. Die Zusammensetzung der Akteure wird um die Regionalen Bildungs- und Beratungszentren (ReBBZ) erweitert und weitere Akteure werden, wenn dies notwendig ist, einbezogen.

Als eine Art Dach wird die Hamburger Kooperationskonferenz die bezirkliche Arbeit begleiten. Sie wird übergeordnete Themen der Kooperation bearbeiten, Anregungen zur Fortbildung geben, Fachtage ausrichten sowie den gemeinsamen fachlichen Dialog sichern. Die Hamburger Kooperationskonferenz hat ihren Teilnehmerkreis erweitert; der o. g. Leitfaden befindet sich in der Überarbeitung. Zudem hat sie sich eine Geschäftsordnung gegeben.

Mitglieder der Kooperationskonferenz sind nunmehr:

- Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration – Amt für Familie, Amt für Soziales und Integration,
- Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz,
- Behörde für Schule und Berufsbildung,
- die kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilung Hamburger Krankenhäuser,
- Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater,
- Kinder und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten,
- die Koordinierungsstelle Individuelle Unterbringung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Hamburg,
- Kinder- und Jugendnotdienst (KJND),
- die Bezirksämter.

Die Zusammenarbeit von Elternhaus und Schule wird als eine Erziehungspartnerschaft verstanden. Hier liegt die entscheidende Schnittstelle für ein konstruktives Miteinander im Interesse einer erfolgreichen Beschulung des Kindes.

Wichtig ist die Kooperation mit außerschulischen Partnern bei Übergängen, der Vorbereitung beruflicher Teilhabe sowie bei der Einbeziehung von externen Diensten sowie Kosten- und Leistungsträgern. Die Angebote berücksichtigen stets den Erhalt und – wenn möglich – die Erweiterung von Lebens- und Sozialräumen für Kinder/Jugendliche mit sonderpädagogischem Förderbedarf.¹⁸⁹

Zusammenfassung und Perspektive

Die gemeinsame Verantwortung von Kinder- und Jugendhilfe sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie für die Versorgung von besonders belasteten Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderungen wird noch besser gelingen, wenn zukünftig verstärkt leistungsartenübergreifend verbindlich kooperiert und erforderliche Ressourcen gebündelt werden. Hierzu werden neben definierten Verfahren für das Handeln der Fachkräfte u. a. zu Übergängen aus dem einen in das andere System ebenso stationäre Einrichtungen zählen, die multiprofessionell ausgerichtet sind.

6. Maßregelvollzug

Die Maßregeln der Besserung und Sicherung sind im Abschnitt VI des Strafgesetzbuches (StGB) bundeseinheitlich geregelt (§§ 61-72 StGB). Die gesetzliche Aufgabe des Maßregelvollzugs ist die „Besserung und Sicherung“. Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB hat sich gem. § 136 StVollzG nach ärztlichen Gesichtspunkten zu

¹⁸⁹ FHH – Behörde für Schule und Berufsbildung, 2013, Sonderpädagogische Bildung, Beratung und Unterstützung. Grundlagen und Hinweise, S. 7.

richten. Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB hat gem. § 137 StVollzG das Ziel, die Person von ihrem Hang zu heilen und die zugrundeliegende Fehlhaltung zu beheben.

Dem Freiheitsentzug schuldunfähiger (§ 20 StGB) bzw. schuldverminderter (§ 21 StGB) psychisch kranker und suchtkranker Straftäterinnen und Straftäter liegt nach der Konzeption unserer Rechtsordnung nicht der Gedanke des Strafens zugrunde, sondern er erfährt seine Legitimation durch die Abwendung einer Gefahr für die Allgemeinheit und das Erfordernis, die psychisch kranken und suchtkranken Straftäterinnen und Straftäter zu bessern. Die Unterscheidung zwischen verminderter Schuldfähigkeit und Schuldunfähigkeit ist insofern von Bedeutung, da nur bei verminderter Schuldfähigkeit zusätzlich zur Maßregel eine zeitlich befristete Freiheitsstrafe verhängt werden kann. Der Maßregelvollzug ist gleichermaßen durch den Auftrag bestimmt, sowohl eine qualitativ hochwertige Therapie für die Patientinnen und Patienten als auch in dem erforderlichen Maße die Sicherheit der Allgemeinheit zu gewährleisten. Diesem Spannungsfeld zwischen dem Therapieanspruch der Patientinnen und Patienten und dem Sicherheitsbedürfnis der Gesellschaft muss sich der Maßregelvollzug immer wieder stellen.

Die Durchführung des Maßregelvollzugs ist durch Landesgesetze geregelt. Für Hamburg gilt das Gesetz über den Vollzug von Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt (Hamburgisches Maßregelvollzugsgesetz – HmbMVollzG) vom 7. September 2007 (zuletzt geändert 17. Dezember 2018). Das Maßregelvollzugsgesetz regelt alle wesentlichen Belange der Durchführung des Vollzuges, insbesondere die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten und der Einrichtung, daneben die Wahrung des Datenschutzes und die Modalitäten der Lockerung, Beurlaubung und Entlassung von Patientinnen und Patienten aus dem Maßregelvollzug.

6.1. Maßregelvollzugseinrichtung in Hamburg

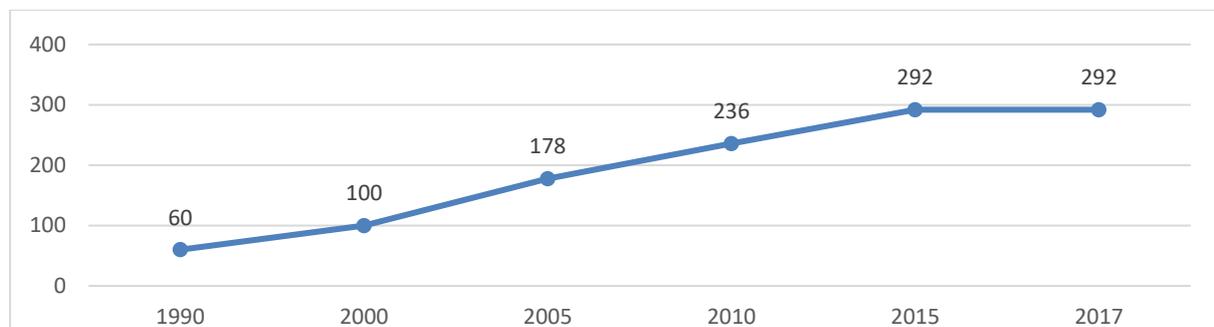
Die Vollstreckung von Maßregeln nach den §§ 63, 64 StGB erfolgt in Hamburg in der Abteilung für Forensische Psychiatrie der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll. Als Träger der Maßregelvollzugseinrichtung in der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll ist die Asklepios Kliniken Hamburg GmbH mit der hoheitlichen Aufgabe beliehen. Die Voraussetzungen der Beleihung eines privaten Trägers mit dem Vollzug freiheitsentziehender Maßregeln sind durch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 18.01.2012 näher beschrieben. Eine der Voraussetzungen ist eine enge staatliche Fach- und Rechtsaufsicht, die in Hamburg von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) wahrgenommen wird. Es obliegt der aufsichtführenden Fachbehörde, die strukturellen und finanziellen Voraussetzungen für eine optimale Durchführung des Maßregelvollzuges zu schaffen. Es müssen daher sowohl geeignete therapeutische Rahmenbedingungen geschaffen, wie auch die bestmögliche Sicherheit der Bevölkerung vor psychisch kranken Straftäterinnen und Straftäter gewährleistet werden. Die operative Umsetzung des Vollzugs erfolgt durch die Maßregelvollzugseinrichtung in der Asklepios Klinik Nord und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die ärztliche Leitung der Einrichtung entscheidet aufgrund ihrer besonderen fachlichen Qualifikation über Ablauf und Maßnahmen der im Einzelfall notwendigen Therapie der im Maßregelvollzug untergebrachten Patientinnen und Patienten.

Insgesamt stehen in der Hamburger Maßregelvollzugseinrichtung 292 stationäre Behandlungsplätze auf 18 Stationen in den Häusern 2, 8, 10, 11, 14 und 18 am Standort der Asklepios

Klinik Nord/Ochsenzoll zur Verfügung. Das Behandlungskonzept der Maßregelvollzugseinrichtung umfasst den gesamten Bereich von der Akutaufnahme bis zur offenen Rehabilitationsstation.

Die Belegungsentwicklung seit 1990 ist von einer stetigen Steigerung der Belegungszahlen auch in Hamburg, wie im gesamten Bundesgebiet, geprägt.

Abb. 40: Kapazität des Maßregelvollzugs in Hamburg von 1990-2017 (Plätze)



Quelle: GMK Berichte 2002 – 2017

Neben den Patientinnen und Patienten, die zu einer Maßregel nach §§ 63, 64 StGB verurteilt wurden, befinden sich auch Patientinnen und Patienten auf anderen Rechtsgrundlagen in der Einrichtung (z. B. einstweilige Unterbringung nach § 126 a Strafprozessordnung (StPO), die Unterbringung des Beschuldigten zur Vorbereitung eines Gutachtens nach § 81 StPO), für welche die BGV nicht kostenpflichtig ist. Die Maßregelvollzugseinrichtung steht auch als Psychiatrisches Krankenhaus für Hamburger Untersuchungshäftlinge und Strafgefangene, bei stationärer psychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit, zur Verfügung.

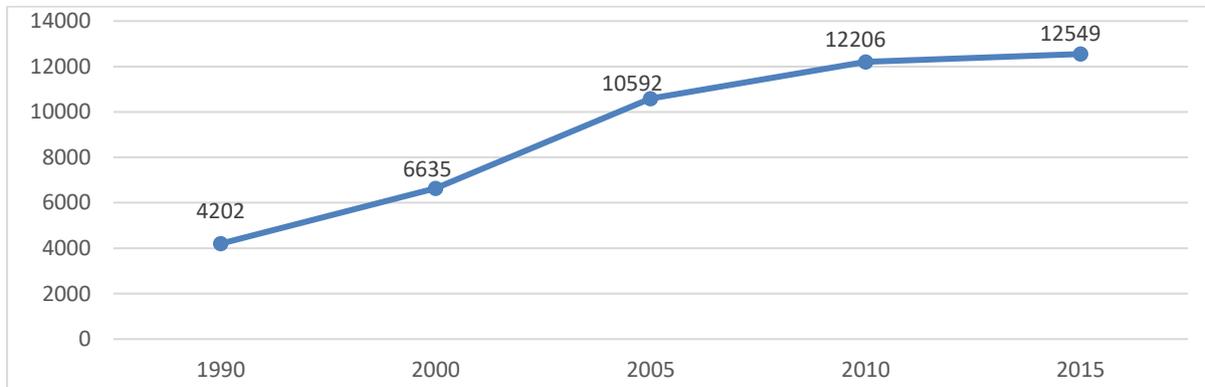
In Hamburg steht den Patientinnen und Patienten eine qualitativ und quantitativ sehr gut ausgestattete Maßregelvollzugseinrichtung mit allen Möglichkeiten der Therapien zur Verfügung. So ist die Maßregelvollzugseinrichtung in Hamburg eine der wenigen in Deutschland, welche bei entsprechender Indikation auch eine Substitutionstherapie regelhaft anbietet. Auch sind in Hamburg nur wenige intramurale Zwischenfälle und Lockerungsmisbräuche zu verzeichnen.

Nach einem ungebrochenen Anstieg der Unterbringungen seit 1990 haben sich die Zahlen nun in Hamburg, wie in der gesamten Bundesrepublik, auf hohem Niveau stabilisiert. Die besonderen Schwierigkeiten einer validen Planung der für den Maßregelvollzug vorzuhaltenden Bettenkapazitäten sind hinreichend bekannt, hierzu führt der GMK-Bericht 2017 aus:

- Die Abhängigkeit des Platzbedarfs von der strafrichterlichen Spruchpraxis, die ihrerseits nicht beeinflussbar und prognostizierbar ist.
- Die Abhängigkeit von dem richterlichen Spruchkörper (Strafvollstreckungskammer), der über die Aussetzung der Maßregel zur Bewährung bzw. über die Erledigung der Maßregel bis 2014 restriktiver entschieden hat.
- Die Abhängigkeit von der Entwicklung der fachlich gewünschten Integration von nicht mehr sicherungsbedürftigen Maßregelvollzugspatienten und -patientinnen in das vorhandene allgemeinspsychiatrische sowie komplementäre Versorgungssystem.
- Die Abhängigkeit von der Qualität der der Unterbringungsentscheidung zugrundeliegenden forensisch-psychiatrischen Gutachten.
- Die Folgen der Entwicklung der allgemeinspsychiatrischen Versorgung.

Seit 1990 ist auch in Gesamtdeutschland die Anzahl der im Maßregelvollzug Untergebrachten kontinuierlich gestiegen. Dies zeigt sich in eine Steigerung der Kapazitäten von ca. 4.200 Plätzen im Jahr 1990 bis auf über 12.500 Plätze im Jahr 2015.

Abb. 41: Kapazitäten des Maßregelvollzugs BRD von 1990-2015 – stationäre Behandlungsplätze



Quelle: GMK Berichte 2002 – 2017

Der Anstieg der Belegungszahlen im Maßregelvollzug geht nicht allein auf eine Steigerung der Unterbringungsanordnungen gemäß §§ 63, 64 StGB zurück, sondern hat mit einem erheblichen Anstieg der Verweildauern zu tun. Der GMK-Bericht 2017 befasst sich in einem Kapitel „Zusammenhang Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie“ ausführlich auf den S. 45-64 mit dieser Thematik und beleuchtet die Gründe für längere Verweildauern.

6.2. Forensisch-psychiatrische Nachsorge

Die Maßregelvollzugseinrichtung soll nach gesetzlichem Auftrag bei in Aussicht stehender Entlassung der untergebrachten Person dabei helfen, für die Zeit nach der Entlassung Arbeit und persönlichen Beistand zu finden. Sie soll ihr außerdem eine geeignete Unterkunft vermitteln. Zu diesem Zweck arbeitet die Vollzugseinrichtung insbesondere mit Sozialleistungsträgern, Trägern der freien Wohlfahrtspflege, der für die Gewährung nachgehender Hilfen für psychisch Kranke zuständigen Behörde, der Führungsaufsichtsstelle und der Bewährungshilfe zusammen.

Eine zentrale Funktion in der rehabilitativ ausgerichteten Behandlungskonzeption stellt die Forensische Ambulanz dar. Seit Februar 2004 wird durch die Abteilung für Forensische Psychiatrie der Asklepios Klinik Nord/Ochsenzoll ein ambulantes Angebot mit derzeit ca. 150 Plätzen vorgehalten. Mit dem „Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht“ vom 13.04.2007 hat die psychiatrische, psycho- und sozialtherapeutische Nachsorge für Maßregelvollzugspatienten und Haftentlassene einen rechtlichen Rahmen erhalten. Danach kann die gerichtlich angeordnete forensische Nachsorge durch eine forensische Ambulanz erfolgen. Damit hat der Gesetzgeber eine rechtliche Grundlage für die qualifizierte forensische Nachsorge geschaffen, welche im Anschluss an die Unterbringung im Maßregelvollzug wesentlich zu einem positiven Bewährungsverlauf beiträgt. Da nicht für alle Patientinnen und Patienten nach dem Ende der Führungsaufsicht bei weiter bestehendem Risikoprofil ein adäquater Anschluss an das allgemeine psychiatrische Versorgungssystem erreicht werden kann, besteht die Möglichkeit einer postforensischen ambulanten Versorgung.

Seit Mitte des Jahres 2007 werden auch aus den Hamburger Justizvollzugsanstalten entlassene Personen in der forensischen Ambulanz im Rahmen der Führungsaufsicht betreut. Auf der Grundlage einer Leistungsvereinbarung mit der Justizbehörde, welche Kostenträger für die forensische Nachsorge ehemaliger Strafgefangener ist, können bis zu 30 Haftentlassene ambulant betreut werden.

Zudem bietet die Präventionsambulanz des Instituts für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf aus der Haft entlassenen Sexualstraftätern mit Behandlungsaufgabe im Rahmen der Führungsaufsicht sowie für solche mit Bewährungsaufgaben ein Nachsorgeangebot. Hier sind derzeit ca. 60 Patienten in Behandlung. Es wird vom Institut außerdem eine Telefonsprechstunde für Menschen mit laufenden Strafverfahren angeboten.

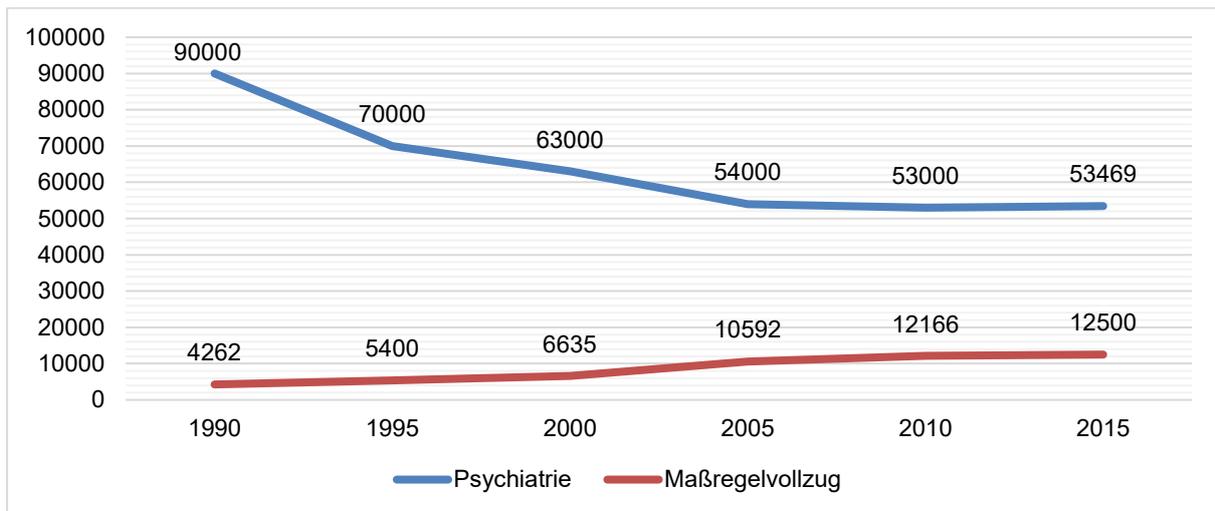
Um eine Forensifizierung psychisch Kranker zu vermeiden, kann die besondere Expertise der Nachsorgeambulanz der Asklepios Klinik Nord/Ochsenzoll auch für Personen genutzt werden, bei denen krankheitsbedingt das Risiko gegeben ist, eine Gewalttat zu begehen. Das Team aus forensisch erfahrenen Fachärztinnen, Fachärzten, Psychologinnen, Psychologen, Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen, Pflegekräften und medizinischen Fachangestellten kümmert sich somit auch um sogenannte präforensische Patientinnen und Patienten.

Mit den außerklinischen Einrichtungen besteht sowohl im Verlauf der Entlassungsvorbereitung als auch in der Nachsorge ehemaliger Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzugs im Rahmen der Eingliederungshilfe eine enge Kooperation. Die höheren Aufwendungen in diesem Zusammenhang, z. B. die Kontrolle der Auflagen im Rahmen der Führungsaufsicht, werden den Einrichtungen zusätzlich durch die für den Maßregelvollzug zuständige Behörde vergütet.

6.3. Vernetzung Allgemeinpsychiatrie – Forensische Psychiatrie

Die Herausforderungen und Erwartungen, die sowohl an den Maßregelvollzug als auch an die Allgemeinpsychiatrie gerichtet werden, sind nur gemeinsam zu erfüllen. Dennoch ist das Verhältnis zwischen den Fachdisziplinen der Allgemeinpsychiatrie und des Maßregelvollzuges mancherorts von Skepsis und Distanz geprägt. Adäquate Behandlungsmöglichkeiten für den Personenkreis mit erhöhtem Risikoprofil für die Begehung von Gewalttaten werden auch von einigen an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten nur noch in der Forensik gesehen. Die Verkürzung der Verweildauer in der Akutklinik ist sicher nur eine der Ursachen dafür. Auch die Haltung, dass Freiwilligkeit, also das eigeninitiierte Nachsuchen um Hilfe durch die betroffene Person, oftmals Voraussetzung für die Gewährung von Hilfe ist, könnte hier eine Rolle spielen. Die nicht oder nur verhalten geführte Debatte um das Doppelmandat der Psychiatrie, nämlich in Teilbereichen auch Bestandteil von Staat und Ordnungsrecht zu sein, fördert das Auseinanderdriften von Allgemeinpsychiatrie und Forensik. Da diese Menschen verschiedene Hilfesysteme (ambulante Fachärztliche Versorgung, Allgemeinpsychiatrische Kliniken, Einrichtungen und Angebote der ambulanten Sozialpsychiatrie etc.) „durchwandern“, müssen stationäre und ambulante Angebote der Allgemeinpsychiatrie und Maßregelvollzug eng zusammenarbeiten und ihre Hilfsangebote aufeinander abstimmen. Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten haben in fast allen Fällen eine psychiatrische Vorgeschichte, d. h. sie befinden sich vor und nach dem Aufenthalt in der Forensik im allgemeinpsychiatrischen Versorgungssystem. Diese Patientinnen und Patienten haben häufig wenig bis keine Krankheitseinsicht, keine Compliance und stehen dem Hilfesystem ablehnend gegenüber.

Abb. 42: Kapazitäten Psychiatrie und Maßregelvollzug im Bundesgebiet von 1990-2015



Quelle: GMK Berichte 2002 - 2017

Ähnlich stellt sich die Situation in Hamburg dar. Auch wenn es der Maßregelvollzugseinrichtung immer wieder gelingt, auch schwierige Patientinnen und Patienten im Bereich der Eingliederungshilfe zu platzieren, was auch der guten Arbeit der forensischen Nachsorge zu verdanken ist, so zeigt sich doch insgesamt ein Mangel an hochstrukturierten Plätzen in Hamburg. Die Folge ist, dass Patientinnen und Patienten in großer Zahl in entsprechende Einrichtungen außerhalb Hamburgs untergebracht werden müssen. Hamburg wird daher das Angebot an hochstrukturierten Plätzen in der Eingliederungshilfe ausbauen (s. Kap. 4.5.3.).

6.4. Maßregelvollzugsbehandlung bei Minderjährigen

Minderjährige in Maßregelvollzugseinrichtungen sind bundesweit eine Seltenheit. Seit 2003 besteht der Arbeitskreis für den Jugendmaßregelvollzug. Ihm angeschlossen sind alle Kliniken mit einem speziellen Behandlungsangebot im deutschsprachigen Raum (Bundesrepublik Deutschland, Schweiz und Österreich). Eine Auswertung dieses Arbeitskreises für das Jahr 2015 ergab 197 jugendliche und heranwachsende Patientinnen und Patienten, welche gemäß §§ 63, 64 StGB in Jugendmaßregelvollzugseinrichtungen untergebracht waren, wobei es sich mit 95 % hauptsächlich um männliche Jugendliche handelte.

Für Jugendliche wird, wie für alle anderen Patientinnen und Patienten, nach den Vorgaben des HmbMVollzG eine individuelle Behandlungsplanung erstellt. Besondere Herausforderungen in diesem Zusammenhang sind die häufigen schulischen Defizite sowie erhebliche Sozialisationsdefizite. Spezifische Angebote, wie z. B. Sozial-Kompetenz-Gruppen, stehen für die Jugendlichen ebenso zur Verfügung wie schulische Angebote. Dabei ist zu berücksichtigen, dass häufig krankheitsbedingt nur ein individuelles Bildungsangebot von angepasster, auch ggfs. kurzer, Zeitdauer möglich ist. Sofern notwendig, werden zur Behandlung Kinder- und Jugendpsychiater/innen hinzugezogen. Auch für junge Erwachsene hält der Maßregelvollzug sehr individuelle Angebote vor, da hier oftmals ähnliche Probleme der Nachreifung und von sozialstörendem Verhalten bei der Behandlung im Vordergrund stehen.

In den Jahren 2016-2017 kam es zu einem ungewöhnlichen Anstieg an einstweiligen Unterbringungen gemäß § 126 a StPO. Eine Unterbringung gemäß § 63 oder § 64 StGB wurde in der Regel im Rahmen der Hauptverhandlung nicht ausgesprochen.

Dies war Anlass für die Mitglieder der Lenkungsgruppe¹⁹⁰ des Senatskonzepts „Handeln gegen Jugendgewalt“ sich mit der Thematik zu befassen und zu prüfen, ob bei einer Unterbringung von Jugendlichen und Heranwachsenden in der Hamburger Maßregelvollzugseinrichtung die

- UN-Kinderrechtskonvention Standards zum Maßregelvollzug¹⁹¹ und
- die therapeutischen Mindestanforderungen

umgesetzt werden.

Anfang des Jahres 2018 hatte sich die Situation wieder normalisiert: Im Hamburger Maßregelvollzug waren keine Minderjährigen mehr untergebracht. Im Ergebnis wurde entschieden, dass keine Notwendigkeit besteht, Spezialangebote für Minderjährige in der Forensik vorzuhalten, weil das Konzept für den Maßregelvollzug in Hamburg der UN-Kinderrechtskonvention entspricht und sowohl die Unterbringung nach § 64 StGB als auch nach § 126 a StPO durch die Formulierung „wenn es dem Wohl des Kindes dient“ rechtlich abgesichert ist.

Zusammenfassung und Perspektiven

Die Maßregelvollzugseinrichtung in Hamburg ist qualitativ und quantitativ sehr gut ausgestattet und damit in der Lage, die Patientinnen und Patienten nach Alter, Entwicklungsstand, Krankheitsbild und Funktionsniveau zu behandeln. Die Beleihung eines privaten Trägers hat sich nach Auffassung der zuständigen Behörde nicht negativ auf die Durchführung des Maßregelvollzugs in Hamburg ausgewirkt. Es besteht eine sehr vertrauensvolle Zusammenarbeit auch in der Weiterentwicklung der bestehenden Konzepte. Die Handlungsvorschläge dieses Psychiatrieberichts sollen auch dazu dienen, einer zunehmenden Forensifizierung, wie leider in den letzten Jahrzehnten geschehen, vorzubeugen.

7. Allgemeine Grundsätze und Leitlinien

7.1. Relevanz und Problemstellung

Die Lebenssituation der meisten schwer und chronisch erkrankten Menschen hat sich insgesamt verbessert. Dennoch können die Prinzipien der Bedarfsorientierung, Gemeindenähe, Gleichstellung, Koordination, Kooperation und Kontinuität als nur teilweise erfüllt angesehen werden. 40 Jahre nach der Psychiatriereform erweisen sich „die gemeindeintegrierten Unterstützungs- und Behandlungssysteme gerade für Menschen mit schweren psychischen Störungen und komplexen Hilfebedarfen immer noch nicht ausreichend tragfähig“¹⁹². Dies liegt einmal darin, dass die Umsetzung einer diesen Kriterien entsprechenden Versorgung auf fragmentierte und auch gegenläufige finanzielle und rechtliche Steuerungsmechanismen und Rahmenbedingungen stößt. Im Ergebnis führt dies zu einer mangelnden Personenorientierung und fehlender Kontinuität in der Versorgung und Unterstützung psychisch kranker Menschen. Auch wenn die Mehrzahl der psychisch Kranken in einem erheblich offeneren und flexibleren Ver-

¹⁹⁰ Mitglieder der Lenkungsgruppe sind Staatsräte und Amtsleitungen der folgenden Behörden: Senatskanzlei, Finanzbehörde, Behörde für Schule und Berufsbildung, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Behörde für Inneres und Sport, Justizbehörde und Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration als federführende Behörde.

¹⁹¹ Vgl. Der Nervenarzt (88), 2017, Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB – Interdisziplinäre Task-Force der DGPPN.

¹⁹² Vgl. Steinhart, I.; Wienberg, G., 2015, Mindeststandards für Behandlung und Teilhabe. Plädoyer für ein funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung schwer psychisch kranker Menschen.

sorgungssystem behandelt werden kann: Gerade für Patientinnen und Patienten mit komplexen Hilfebedarfen oder gar Deliktgefährdung scheint das Haltevermögen der gemeinde- und sozialpsychiatrischen Angebote innerhalb des reformierten Versorgungssystems nicht immer ausreichend. Die deutliche Zunahme der Patientinnen und Patienten im hochgesicherten Maßregelvollzug, von denen mehr als 50 % die Diagnose „Schizophrenie“ aufweisen, ist ein Indiz für diese These. Im Jahr 1990 machten die Betten bundesweit im Maßregelvollzug noch 5 % der psychiatrischen Betten insgesamt aus; 2015 lag ihr Anteil im Maßregelvollzug mit rund 12.500 Betten schon bei 23 %.

Die seit dem Erscheinen des letzten Hamburger Psychiatrieberichts in Hamburg oder andernorts eingesetzten Instrumente zur Überwindung der Fragmentierung des Angebotssystems¹⁹³ entfalteten offenbar nicht die erhoffte Nachhaltigkeit. So wird die Weiterentwicklung und Optimierung der in Hamburg gut ausgebauten, umfassenden und ausdifferenzierten Strukturen und Angebote im Hilfesystem der psychiatrischen Versorgung kaum durch „Mehr vom Gleichen“ zu erreichen sein. Vielmehr tragen auf diese Weise zusätzlich geschaffene Schnittstellen das Risiko in sich, Trägern und Leistungsanbietern den Anreiz zu liefern, sich die „genehmen“ Fälle auszusuchen.

Primäres Ziel muss daher sein, zunächst die Funktionalität bestehender Versorgungsstrukturen und -angebote zu fördern und zu verbessern. Entscheidende Merkmale dafür sind gemeinsames, verbindliches und multiprofessionelles Wirken in einer definierten Region. Nach überwiegender Auffassung sowohl der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen und der professionellen Helfer können durch eine funktionale Gestaltung von Schnittstellen bzw. Übergängen zwischen den Hilfen Erreichbarkeit, Zugang und Personenorientierung verbessert, Fragmentierungen im Angebotssystem gelöst und die Kontinuität in der Unterstützung gefördert werden.

Damit rücken Funktionalität und bedarfsgerechte Optimierung des innerhalb bestehender Normen weit entwickelten psychiatrischen Versorgungssystems in den Vordergrund der Betrachtung. Um bei komplexen Bedarfslagen das fallbezogene Zusammenwirken der unterschiedlichen Akteure der psychiatrischen Versorgung verbessern und eine Überforderung einzelner Akteure in unterschiedlichen Hilfesystemen vermeiden bzw. überwinden zu können, ist deren engere und verbindliche Kooperation und Koordination auf Ebene der Bezirke zu etablieren.

Besonderer Hilfebedarf psychisch kranker Menschen begründet sich wesentlich durch Chronizität, Komorbidität (Sucht) und Schweregrad der Erkrankung sowie damit einhergehende psychosoziale Funktionsverluste.

Hamburg verfügt über ein – gerade auch im Bundesvergleich – sowohl quantitativ als auch qualitativ umfassendes und ausdifferenziertes System (kinder- und jugend-)psychiatrischer, sozialpsychiatrischer und psychosozialer Hilfen. An den Schnittstellen und Übergängen dieses umfassenden Hilfesystems können die Beziehungs- und Behandlungskontinuität beeinträchtigt sein oder manchmal gar verlorengehen.

Als Optimierungspotentiale dieses Hilfesystems konnten identifiziert werden:

- Erreichbarkeit und Zugang
- Personenorientierung
- Fragmentierung des Angebotssystems
- Fehlende Kontinuität in der Unterstützung

¹⁹³ Vgl. Steinhart, I.; Wienberg, G., 2015, Mindeststandards für Behandlung und Teilhabe. Plädoyer für ein funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung schwer psychisch kranker Menschen.

Damit kommt der personenzentrierten und bedarfsbezogen funktionalen Gestaltung dieser Schnittstellen bzw. Übergänge, z. B. durch gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kliniken, psychiatrische Institutsambulanzen, Sozialpsychiatrische Dienste etc. besondere Bedeutung zu. Bei den in der Regel komplexen Anforderungen bei der Behandlung chronisch und schwer Kranker zeigt sich der einzelne auf sich allein gestellte Akteur in der Versorgung nicht selten überfordert.

Parallelstrukturen und neue Schnittstellen, die zwangsläufig durch den Aufbau neuer Angebote und Einrichtungen entstehen und so Transparenz, Erreichbarkeit sowie Vernetzung weiter erschweren, sind nicht zielführend. Vielmehr sind bestehende Strukturen, z. B. im Bereich der Sozialpsychiatrischen Dienste, des Psychiatrischen Notdienstes oder der Ambulanten Sozialpsychiatrie (ASP), so auszugestalten, dass diese den Anforderungen zur Versorgung von Menschen mit besonderem bzw. komplexem Hilfebedarf gerecht werden können.

Vor einer Änderung von Strukturen und Normen bzw. Einrichtung zusätzlicher Angebote ist mit Blick auf das Ziel einer wirksamen personenbezogenen Hilfe das funktionale Zusammenwirken aller Akteure in einer definierten Region sicherzustellen und zu optimieren.

7.2. Leitlinien

Unter Beachtung der o. g. Grundsätze stehen folgende Leitgedanken im Fokus zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in Hamburg:

- **Würde und Selbstbestimmung**
Selbstbestimmung, Menschenwürde, Teilhabe und gleichberechtigtes Miteinander bestimmen Haltung und Aufgabenwahrnehmung der Psychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie achten die Vielfalt menschlichen Seins und ermöglichen allen Betroffenen einen Zugang zu Hilfe. Zugänge, Hilfen und Maßnahmen orientieren sich an den Ressourcen der Betroffenen und fördern diese (UN-Behindertenrechtskonvention).
- **Partizipation und Empowerment**
Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung wirken gleichberechtigt und selbstbestimmt an Entscheidungen in ihren Angelegenheiten mit. Betroffene, Angehörige und Professionelle pflegen den Dialog. Selbsthilfe und Engagement Betroffener, von psychiatriee erfahrenen Personen und ihren Angehörigen werden gefördert.
- **Transparent, Gemeinsam, Einheitlich**
Strukturen und Angebote zur Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. seelischer Behinderung sind sowohl für Nutzerinnen und Nutzer als auch professionelle Akteure übersichtlich zu gestalten. Der Zugang zu Hilfen ist nach Möglichkeit niedrigschwellig für alle Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.
- **Psychiatrie und Sozialraum**
Als Teil der Daseinsvorsorge steht das psychiatrische Versorgungssystem im Dialog mit allen Teilen des Gemeinwesens. Gleichsam toleriert das Gemeinwesen die sich aus der Vielfalt menschlicher Verhaltensweisen ergebenden Herausforderungen innerhalb des rechtlichen Rahmens. Nicht jede Auffälligkeit im Alltag ist dem psychiatrischen Hilfesystem zu überantworten.

- Wohnortnahe Versorgung

Die Gemeinde ist der zentrale Bezugspunkt psychiatrischen Handelns. Ziel ist, eine unabhängige Lebensführung und Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben im Sozialraum zu ermöglichen. Dazu sind die Strukturen der psychiatrischen Versorgung möglichst wohnortnah zu gestalten.
- Prävention und Frühintervention

Zur Vermeidung von Erkrankung bzw. Chronifizierung und ihren Auswirkungen auf Lebensführung und soziale Teilhabe sind Früherkennung und Frühintervention auch bezüglich des Zusammenwirkens von psychischen und suchtbefragten Störungen zu fördern.
- Arbeit und Beschäftigung

Psychisch erkrankte Menschen bedürfen frühzeitig präventiver Unterstützung, um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Es bedarf maßgeschneiderter Instrumente, um erwerbslose Menschen mit psychischen Erkrankungen oder seelischen Behinderungen wieder in Arbeit zu begleiten.
- Bedarfsbezogene Behandlungs- und Betreuungsorganisation

Schwer bzw. chronisch psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen benötigen kooperative, flexible und mobile Hilfen. Fragmentierte Strukturen und Angebote sind zu rechtskreis-, sektor- und professionsübergreifend zusammenwirkenden Hilfen weiterzuentwickeln.
- Personenzentrierte Versorgung und Finanzierung

Psychiatrische Versorgung hat sich in Therapie und Dauer flexibel am Bedarf des Patienten bzw. der Patientin zu orientieren. Entsprechend soll der künftige Maßstab zur Finanzierung psychiatrischer Versorgungsleistungen durch Bedarf und Intensität im Einzelfall und nicht durch den Ort der Leistungserbringung bestimmt sein.
- Kooperatives Zusammenwirken

Die an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten streben eine regionalisierte Versorgung in verbindlichen Kooperationsstrukturen an. Zur bedarfsgerechten Versorgung insbesondere von schwer bzw. chronisch psychisch kranken Menschen mit hochstrukturierten und komplexen Hilfebedarfen auch in geschütztem Setting werden Angebote der Regelversorgung in allen Bereichen weiter entwickelt und verbessert.
- Fallverantwortung und Fallmanagement

Zu optimaler Versorgung gerade bei komplexem Bedarf müssen die Funktion der Koordinierung und Fragen des Fallmanagements und der Fallverantwortung geklärt und verbindlich geregelt werden. Hier ist die Erstellung von Leitlinien für eine bedarfsgerecht an Diversität und Vielfalt orientierte Versorgung anzustreben.
- Hilfe und Kontrolle als Spannungsfeld

Für jede Intervention gilt: Sie darf nicht schaden und muss Würde, Unversehrtheit und Selbstbestimmung der Patientin oder des Patienten achten. Die Anwendung von

Zwang ist ethisch nur vertretbar, wenn nach ärztlichem Ermessen alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Maßnahmen der Zwangsbehandlung dürfen als letztes Mittel nur dann eingesetzt werden, wenn sie im Hinblick auf das Behandlungsziel Erfolg versprechen und für den Betroffenen nicht mit Belastungen verbunden sind, die außer Verhältnis zu dem erwartbaren Nutzen stehen. Zum Schutz der Grundrechte des Untergebrachten sind zudem besondere verfahrensmäßige Sicherungen geboten.

8. Maßnahmen und Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung

In den bisherigen Kapiteln ist in differenzierter Form das Versorgungssystem für psychisch Kranke in Hamburg dargelegt worden. Aus der Analyse des Beschriebenen und der dargelegten Leitsätze ergeben sich die im Folgenden beschriebenen Maßnahmen und Handlungsempfehlungen, die die zuständigen Behörden umsetzen bzw. anregen werden.

8.1 Gesellschaftlicher und leistungsrechtlicher Rahmen

- Psychiatrie und Psychotherapie achten die Vielfalt menschlichen Seins und ermöglichen allen Betroffenen einen Zugang zu Hilfe. Strukturen und Leistungen der psychiatrischen Versorgung sind an den Bedürfnissen der betroffenen Personen und ihrer Angehörigen partizipativ und sozialraumorientiert so zu gestalten, dass jegliche Anwendung von Zwang nach Möglichkeit ausgeschlossen werden kann.
- Wir wollen einer ‚Psychiatisierung‘ unserer Gesellschaft entgegenwirken. Um den dazu erforderlichen gesellschaftlichen Dialog anzustoßen wird die zuständige Behörde im 2. Halbjahr 2019 eine Veranstaltung durchführen.
- Zur Weiterentwicklung geschlechtsspezifischer Ansätze wird empfohlen, dass sich sowohl psychiatrische Kliniken als auch Hilfestrukturen außerhalb des Krankenhauses für psychisch kranke Menschen mit geschlechtsspezifischen Fragen und Ansätzen auseinandersetzen und eine stärker geschlechterdifferenzierende Orientierung in ihren Angeboten berücksichtigen. Ein entsprechender Leitfaden wird von der zuständigen Behörde erarbeitet werden.
- Der Senat wird sich auf Bundesebene weiterhin dafür einsetzen, dass das Vergütungssystem der psychiatrischen Versorgung so umgestaltet wird, dass nicht der Ort der Leistungserbringung ausschlaggebend für die Finanzierung einer Leistung ist, sondern der individuelle Bedarf eines psychisch Kranken. An den laufenden Diskussionen zur Umgestaltung der Finanzierungssystematik im SGB V wird sich Hamburg weiterhin aktiv beteiligen.

8.2 Prävention

Die Prävention psychischer Erkrankungen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, soll gestärkt werden.

- Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Hamburger Landesrahmenvereinbarung zum Präventionsgesetz wird in den kommenden Jahren ein handlungsleitender Schwerpunkt bei der Förderung psychosozialer Gesundheit gesetzt.

- In mehreren Hamburger Stadtteilen werden im Rahmen der Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung (Koba) bedarfsbezogenen Mikroprojekte für verschiedene Bevölkerungsgruppen (Stressabbau, Entspannungskurse, etc.) zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit angeboten.
- Das Programm ‚Schatzsuche‘, ein Eltern-Programm für Kindertagesstätten, von der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) entwickelt, wird fortgesetzt. Dadurch werden die Resilienz und das seelische Wohlbefinden gefördert.

8.3 Arbeit und Beschäftigung

Bei den neuen Möglichkeiten, die das BTHG zur Sicherung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bietet, will Hamburg weiterhin Vorreiter sein.

- Menschen mit seelischer Behinderung, die im Rahmen der Eingliederungshilfe Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen, sollen neben den Angeboten der WfbM weitere Wahlmöglichkeiten im Rahmen des Budgets für Arbeit und anderer Leistungsanbieter erhalten.
- Übergänge auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sollen weiter gefördert werden.
- Im Rahmen der Modellprojekte „rehapro“ gem. § 11 SGB IX sollen innovative Leistungen und Maßnahmen erprobt werden. Menschen mit gesundheitlichen Problemen, insbesondere psychisch Erkrankte, sollen – unabhängig von Art und Umfang ihres Hilfebedarfs und der Frage nach dem zuständigen Leistungsträger – an einem zentralen Ort rechtskreisübergreifend und niedrigschwellig Zugang zu individuellen, bedarfsorientierten Beratungen und Leistungen erhalten. Das Konzept sieht die Zusammenarbeit von Jobcenter team.arbeit.hamburg, der Agentur für Arbeit Hamburg, der BASFI, den Deutschen Rentenversicherungen Nord und Bund sowie ausgewählten Krankenkassen „wie aus einer Hand“ in einem neutralen Setting vor. Hamburg befindet sich hier derzeit im Antragsverfahren für ein solches „Haus der Gesundheit“ (Arbeitstitel).
- Menschen mit seelischer Behinderung, die derzeit die Anforderungen einer WfbM noch nicht erfüllen, sollen stärker an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben herangeführt werden.

8.4 Versorgung verbessern

Wir wollen, dass psychisch Kranke, soweit als möglich ambulant in ihrem gewohnten sozialen Umfeld behandelt und betreut werden.

- Klinische Versorgung
 - ↳ Der Bereich der klinischen Versorgung von psychisch erkrankten Menschen hat sich in der Freien und Hansestadt Hamburg in den letzten beiden Jahrzehnten weiter gemäß den Zielsetzungen der Psychiatrie-Enquête entwickelt. Aktuell wird kein Bedarf gesehen, das stationäre Angebot zu erhöhen. Die Kapazitäten werden im Rahmen der Krankenhausplanung regelhaft überprüft.
 - ↳ Der Krankenhausplan 2020 der Freien und Hansestadt Hamburg sieht vor, für einzelne ausgewählte Standorte zur Versorgung von Patientinnen und Patienten im

Alter zwischen 16 und 25 Jahren gemeinsame Konzepte von Allgemeinpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie zu entwickeln und umzusetzen. Die zuständige Behörde wird diesen Prozess eng begleiten.

- ↪ Die starke Ausweitung des Angebots psychiatrischer Tageskliniken im Verlauf der vergangenen zehn Jahre hat zu keiner erkennbaren strukturellen Verbesserung der psychiatrischen Versorgung geführt. Aus Sicht der für die Krankenhausplanung zuständigen Fachbehörde bedarf es dringend mehr Flexibilität und Durchlässigkeit in der klinischen Leistungserbringung. Sie wird erneut auf Kostenträger und Leistungsträger zugehen, mit dem Ziel, dass entsprechende Modelle in Hamburg erprobt werden können.
- ↪ Mittelfristig erscheint es aus fachlichen Gründen nicht sinnvoll, die klinischen Versorgungsangebote der Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatischen Medizin getrennt zu planen. Mit der Fortschreibung des Krankenhausplans soll daher geprüft werden, ob eine gemeinsame planerische Betrachtung beider Fachgebiete zielführend ist.
- ↪ Die zuständige Behörde wird mit den Beteiligten beraten, wie die mit dem Psych-VVG neu eingeführte Leistung der Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung umgesetzt und erprobt werden kann, um mehr Menschen in ihrem vertrauten Lebensumfeld klinisch-stationär versorgen zu können.
- Vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung/Innovative Versorgungsmodelle
 - ↪ Inwieweit die 2017 in Kraft getretene Psychotherapie-Richtlinie und die Terminservicestellen zu einer Entlastung der Versorgungssituation führen werden, bleibt abzuwarten. Die zuständige Behörde wird im engen Dialog mit den Kostenträgern und der KVH die Situation beobachten.
 - ↪ Der im SGB V festgeschriebene Anspruch auf Soziotherapieleistungen wird weder in Hamburg noch bundesweit durch Verordnungen entsprechender Leistungen umgesetzt. Die zuständigen Behörden werden den Dialog mit Kostenträgern und potentiellen Anbietern suchen mit dem Ziel, dass Betroffene den Anspruch in Hamburg umsetzen können.
 - ↪ Die zuständige Behörde unterstützt das aus Mitteln des Innovationsfonds vom Bund geförderte Projekt „RECOVER – Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schweregradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen“.
- Wir wollen insbesondere die Versorgungssituation schwer und chronisch psychisch Kranker verbessern.
 - ↪ In Hamburg wird ab 2019 ein telefonischer Krisendienst eingerichtet werden, der außerhalb der regulären Dienstzeiten für Beratung und Vermittlung zur Verfügung steht. Der hamburgweite Dienst soll als Angebot des Öffentlichen Gesundheitsdienstes an das Fachamt Gesundheit im Bezirk Altona angebunden werden. Nach drei Jahren sollen die vorliegenden Inanspruchnahmedaten ausgewertet und evaluiert werden. (s. Exkurs, Kap. 4.1.10.)

- ↪ Es gibt in Hamburg einen Bedarf an hochstrukturierten Plätzen in Eingliederungshilfe und Pflege für schwer und chronisch psychisch kranke Menschen, in denen auch Personen mit Unterbringungsbeschluss nach § 1906 und § 1631 BGB aufgenommen werden können. Dieser Bedarf wird auch durch die 2018 entstehenden zusätzlichen Plätze in der Einrichtung Sachsenwaldau und der geplanten Plätze des Rauhen Hauses nicht dauerhaft gedeckt sein. Die zuständigen Behörden werden daher auf weitere potentielle Träger zugehen, um dezentrale Einheiten in weiteren Einrichtungen zu erschließen. Bei den zu prüfenden Konzepten wird die Durchlässigkeit hin zu ambulanten Angeboten der Eingliederungshilfe ebenso ein wesentliches Kriterium sein, wie die enge Kooperation mit den medizinischen Versorgungsangeboten. Die zusätzlichen Plätze werden grundsätzlich auch für ehemalige Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzugs zur Verfügung stehen.
 - ↪ Die Rolle der gesetzlichen Betreuung in der Versorgung schwer psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen mit komplexen Hilfebedarfen soll durch Verbesserung der Zusammenarbeit der Betreuerinnen und Betreuer mit den Akteuren der psychiatrischen Versorgung gestärkt werden. Mittels zielgruppenbezogener Qualifizierung von Betreuungsvereinen können Erreichbarkeit von Betreuerinnen und Betreuern verbessert und Verbindlichkeit in der personenbezogenen Zusammenarbeit erhöht werden. Voraussetzung dazu ist eine zielgruppenbezogene Optimierung der Rahmenbedingungen (Qualifizierung, Personalausstattung, Vergütung) in der gesetzlichen Betreuung. In diesem Sinne wird sich Hamburg in die im Sommer 2018 durch das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) eröffneten Beratungen einbringen. Ziel des Prozesses ist, durch Änderungen im Betreuungsrecht die Qualität der rechtlichen Betreuung zu verbessern und die Selbstbestimmung der Betreuten zu stärken. Um den damit verbundenen künftigen Anforderungen genügen zu können, sollen in diesem Zusammenhang auch Möglichkeiten zur Anpassung der Vergütung von Berufsbetreuerinnen und -betreuern geprüft werden. Ergebnisse und Vorschläge aus den interdisziplinären Beratungen will das BMJV bis Herbst 2019 vorlegen.
 - ↪ Die Zugangswege in die Regelangebote der psychiatrischen Versorgung sollen für psychisch kranke wohnungs- oder obdachlose Menschen einfacher gestaltet bzw. verbessert werden. Konzepte zu einer geeigneten Verzahnung von Angeboten der Wohnungslosenhilfe und Angeboten der psychiatrischen Versorgung sollen entwickelt und umgesetzt werden. Zur Förderung der Akzeptanz psychiatrischer Hilfen bei wohnungs- und obdachlosen Menschen ist die fachliche Qualifizierung der zielgruppenbezogenen tätigen Berufsgruppen zur wirksamen Kooperation und Vermittlung in bedarfsgerechte Hilfen ebenso anzustreben wie die Qualifizierung der Mitarbeitenden im Regelsystem der psychiatrischen Versorgung, um den besonderen Bedingungen insbesondere obdachloser Menschen gerecht zu werden.
 - ↪ Zwischen den Schutz- und Beratungseinrichtungen für von (häuslicher) Gewalt betroffene bzw. bedrohte Frauen und den Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie sollen konkrete Kooperationskonzepte entwickelt werden.
- Wir wollen den Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken.

- ↪ Die derzeit nicht besetzten und/oder nicht besetzbaren Stellen in den Sozial- und Jugendpsychiatrischen Diensten sind nachzubeseetzen. Dabei sind ggf. auch andere, in der Qualifikation vergleichbare Berufsgruppen bei der Nachbesetzung einzubeziehen.
- ↪ Nach Etablierung und Validierung der neuen Software der Fachämter Gesundheit in den Bezirken wird es erforderlich sein, die Leistungsdaten der Dienste auszuwerten.
- ↪ Um den zukünftigen Herausforderungen gerecht zu werden und den SpD in Hamburg für die Zukunft zu rüsten, muss gewährleistet sein, dass in allen Diensten nach gleichen Standards qualitätsgesichert gearbeitet wird. Hierzu erarbeiten die für die Fachaufsicht zuständige Fachbehörde und SpDs in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe unter Beteiligung der Bezirksaufsichtsbehörde Qualitätsstandards, nach denen die Verfahren in den Bezirken vereinheitlicht werden können. In enger Abstimmung zwischen der Fachbehörde und den Bezirksämtern sollen wesentliche Aufgaben in Form von SOP festgelegt werden, die dann ggf. über eine Fachanweisung verankert werden sollten. Zur Umsetzung sind bis Ende 2019 ausgewählte Aufgaben festzulegen und ein Zeitplan vorzulegen.
- ↪ Die JpD sind ein wichtiger Baustein in dem Gesamtangebot für Kinder und Jugendliche in Hamburg. Die einzelnen Dienststellen sind klein und daher anfällig bei Personalausfällen.
- ↪ Um die Aufgaben der JpD zukünftig noch besser wahrnehmen zu können, ist von Bezirken und der für das Gesundheitswesen zuständigen Fachbehörde in Zusammenarbeit zu prüfen, ob und wie durch Maßnahmen der Organisationsentwicklung die Nähe zu den übrigen Angeboten für Kinder und Jugendliche (Mütterberatung, Schuleingangsuntersuchungen) Synergien genutzt werden könnte, um ein alle Aspekte körperlicher und seelischer Gesundheit berücksichtigendes Angebot bedarfsgerecht zu gestalten. Alternativ wäre zu prüfen, ob mittels einer organisatorischen Annäherung von SpD und JpD innerhalb der Bezirksämter die qualifizierte Wahrnehmung der fachlich differenzierten Aufgaben beider Dienste unterstützt und verbessert werden kann.
- ↪ Darüber hinaus sollen auch die Verfahren in den JpD vereinheitlicht werden. Wie bei den SpD sollen hierzu in enger Abstimmung zwischen der Fachbehörde und den Bezirksämtern unter Einbeziehung anderer relevanter Partner, insbesondere der Jugendämter, wesentliche Aufgaben in Form von SOP festgelegt werden. Zur Umsetzung sind bis Ende 2019 ausgewählte Aufgaben festzulegen und ein Zeitplan vorzulegen.

- Integration in die Versorgung
 - ↪ Auf Ersuchen der Hamburgischen Bürgerschaft¹⁹⁴ wird der Senat die Bewilligung von Mitteln in Höhe von bis zu 250.000,- Euro für die Vorhaltung eines Dolmetscherpools zur Vermittlung, Vergütung, Supervision und Qualifizierung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern für die psychotherapeutischen Behandlungen von psychisch kranken geflüchteten Menschen für den Zeitraum 01.01.2019 bis 30.06.2020 fortschreiben. Inanspruchnahme und Erfolg dieses bundesweit bislang einmaligen Angebots werden entsprechend auszuwerten sein.
 - ↪ Das koordinierende Zentrum für die Beratung und Behandlung von Folteropfern und traumatisierten Flüchtlingen soll 2019 seine Arbeit aufnehmen.

8.5 Vernetzung

Wir wollen die Vernetzung bestehender Systeme optimieren

a) in der Versorgung Erwachsener:

- Klinische und außerklinische Leistungsanbieter sowie betroffene Behörden sollen regionale (bezirksbezogene) verbindliche Kooperationsvereinbarungen schließen, um psychisch kranken und seelisch behinderten bzw. von einer seelischen Behinderung bedrohten Menschen insbesondere mit komplexen Hilfebedarfen im Bezirk wohnortnah die erforderliche Hilfe zu gewähren bzw. qualifiziert in diese vermitteln zu können. Die regionalen Kooperationspartner verpflichten sich damit, nach konsentierten leitliniengestützten Grundsätzen und Verabredungen zusammen zu arbeiten und insbesondere im Falle von Krisen und Notfällen der Aufforderung eines beteiligten Kooperationspartners zu koordinierter und kooperativer Hilfeplanung und entsprechender Abstimmung und Gestaltung der Hilfeleistungen verbindlich zu folgen.
- In einem ersten Schritt soll modellhaft eine solche Kooperationsvereinbarung im Bezirk Harburg abgeschlossen und erprobt werden. Mit der Erarbeitung und Konsentierung der Vereinbarung ist eine Arbeitsgruppe von Vertreterinnen und Vertretern der zuständigen Fachbehörden, des Bezirksamtes Harburg sowie der Träger und Einrichtungen der (sozial-)psychiatrischen Versorgung im Bezirk Harburg bis Ende des 1. Halbjahres 2019 beauftragt, an der sich anlassbezogen niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten, aber auch Justiz und Polizei beteiligen werden. Es ist beabsichtigt, die Implementation mittels Finanzierung einer koordinierende Geschäftsstelle zur Förderung der leitliniengestützten Kooperation zur personenorientierten Versorgung schwer und chronisch psychisch kranker Menschen zu unterstützen.

b) in der Versorgung Kinder und Jugendlicher:

- Zur Betreuung Jugendlicher im Grenzbereich zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie planen die zuständigen Behörden gegenwärtig gemeinsam mit einem Träger eine geeignete Einrichtung.

¹⁹⁴ Vgl. Bürgerschaft der FHH (21. Wahlperiode), 2018, Drucksache 21/14468.

- Eine schriftlich fixierte Kooperationsvereinbarung existiert bisher nur an der Schnittstelle Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. Im Rahmen der Überarbeitung des Hamburger Handlungsleitfadens für eine gelingende Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie wird das wichtige Handlungsfeld Schule stärker in die Kooperation einbezogen.
- Akutpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Eingliederungshilfe, namentlich die (insbesondere ambulante) Sozialpsychiatrie sollen stärker verzahnt werden. Dabei sind die Vorschriften des Bundesteilhabegesetzes zur trägerübergreifenden Teilhabepflicht und Leistungserbringung „wie aus einer Hand“ zu nutzen.

9. Literaturverzeichnis

abitato Managementgesellschaft seelische Gesundheit gGmbH: URL: <http://www.abitato.de/>

Ärzte Zeitung (10.05.2013): Psychotherapie. Verstopfen leichte Fälle die Wartezimmer?. Springer Medizin. Berlin. URL: https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/versorgungsforschung/article/838562/psychotherapie-verstopfen-leichte-faelle-wartezimmer.html [Zugriff am: 23.07.2018].

Baumgardt, J. (Ref.); Mayer, G. (Ref.); Nauerth, M.; Wiese, A.; Röh, D. (2017). Mehr Licht, bitte! Erkenntnisse über die ambulante Sozialpsychiatrie aus forschender Perspektive. Vortrag im Rahmen der BAESCAP-Abschlussstagung am 08. Dezember 2017 an der Evangelischen Hochschule für Soziale Arbeit & Diakonie Rauhes Haus Hamburg.

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Januar 2017, UN-Behindertenrechtskonvention. URL: http://behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?blob=publication-File&v=2 [Zugriff am: 24.07.2018].

Berufliches Trainingszentrum Hamburg GmbH, Weidestraße 118C, 22083 Hamburg. (<https://btz-hamburg.de>).

Berufsbildungswerk Hamburg GmbH, Reichsbahnstraße 53 + 55, 22525 Hamburg (<https://www bbw-hamburg.de>).

Berufsförderungswerk Hamburg GmbH, August-Krogmann-Straße 52, 22159 Hamburg (<https://www.bfw-hamburg.de>).

Berufsverband der Soziotherapeuten e. V. (2018): Soziotherapeuten. URL: <http://wp.soziotherapie.eu/soziotherapeuten/hamburg/>

Berufsverband der Soziotherapeuten e. V. (2018): Soziotherapie. Rechtliche Grundlagen. URL: <http://wp.soziotherapie.eu/soziotherapie/rechtl-grundlagen/>

Bundesministerium für Gesundheit (2015): Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie vom 22.01.2015. In: Bundesanzeiger (BAnz AT) vom 14.04.2015, B5. Berlin. URL: https://www.bundesanzeiger.de/ebanzwww/wexsservlet?session.sessionid=c92c64244fed77d69ff71b988ebfa8f2&page.navid=detailsearchlisttodetailsearchdetail&fts_search_list.selected=849a70db9b7f14e9&fts_search_list.destHistoryId=63582 [Zugriff am: 20.07.2018]

Bundesministerium für Gesundheit (2015): Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderung der Anlagen. In: Bundesanzeiger B3 vom 16. Dezember 2015. URL: https://www.bundesanzeiger.de/ebanzwww/wexsservlet?page.navid=official_starttoofficial_view_publication&session.sessionid=3ae4aacab5f2d2a7261b7580088aec7d&fts_search_list.selected=0b8e629a29867072&fts_search_list.destHistoryId=31560&fundstelle=BAnz AT 16.12.2015 B3 [Zugriff am: 20.07.2018].

Bundesministerium für Gesundheit (2017): Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) nach der Strukturreform vom 24. November 2016. Im: Bundesanzeiger (BAnz AT) B3 vom 15.02.2017. URL: https://www.bundesanzeiger.de/e-banzwww/wexsservlet?session.sessionid=ecb65dedbddf75013351fef8cbfc0683&page.navid=detailsearchlisttodetailsearchdetail&fts_search_list.selected=4297e094e39f2184&fts_search_list.destHistoryId=67210 [Zugriff am: 20.07.2018].

Bundesministerium für Gesundheit (2017): Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderung in § 4 – Verweis auf Anlage 1. Im: Bundesanzeiger vom 31. Mai 2017 B2. URL: https://www.bundesanzeiger.de/e-banzwww/wexsservlet?page.navid=official_starttoofficial_view_publication&session.sessionid=3ae4aacab5f2d2a7261b7580088aec7d&fts_search_list.selected=dfa07b46f988e8be&&fts_search_list.destHistoryId=32866&fundstelle=BAnz_AT_31.05.2017_B2 [Zugriff am: 20.07.2018].

Bundesministerium für Gesundheit (12.07.2017): Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse 2016. URL: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2016.pdf [Zugriff am: 23.07.2018].

Bundesministerium für Gesundheit – Referentenentwurf (2018): Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 23.07.2018. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/T/TSVG_RefE.pdf [Zugriff am: 30.08.2018].

Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Hauptstudie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. URL: <https://www.bmfsfj.de/blob/84328/0c83aab6e685eeddc01712109bcb02b0/langfassungstudie-frauen-teil-eins-data.pdf> [Zugriff am 20.07.2018].

Bundespsychotherapeutenkammer (2013): Studie zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. „Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung“. Berlin. URL: https://www.bptk.de/uploads/media/20140128_BPtK-Studie_zur_Arbeits-und_Erwerbsunfaehigkeit_2013_1.pdf [Zugriff am: 20.07.2018].

Bundespsychotherapeutenkammer (2018): „Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie – Wartezeiten 2018“, Berlin. URL: https://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/Wartezeiten_2018/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf [Zugriff am: 31.05.2018].

Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (20. Wahlperiode): Drucksache 20/3641 (27.03.2012). Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Inklusive Bildung an Hamburgs Schulen. URL: <https://www.buergerschaft-hh.de/ParlDok/dokument/36199/inklusive-bildung-an-hamburgs-schulen.pdf> [Zugriff am: 20.07.2018].

Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (20. Wahlperiode): Drucksache 20/7964 (14.05.2013). Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über den Vollzug von Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt (Hamburgisches Maßregelvollzugsgesetz – HmbMVollzG), des Hamburgischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) und des Hamburgischen Gesetzes zur Ausführung des Betreuungsgesetzes (HmbAGBtG). URL: https://www.buergerschaft-hh.de/parl-dok/dokument/40881/entwurf_eines_gesetzes_zur_aenderung_des_gesetzes_ueber_den_vollzug_von_massregeln_der_besserung_und_sicherung_in_einem_psychiatrischen_krankenhaus_od.pdf [Zugriff am: 23.07.2018].

Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (20. Wahlperiode): Drucksache 20/10994 (25.02.2014). Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Konzept zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und Mädchen, Menschenhandel und Gewalt in der Pflege und Stellungnahme des Senats zu den Ersuchen der Bürgerschaft vom 23. Mai 2012 „Landesaktionsplan zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen“, „Gewalt gegen Frauen systematisch bekämpfen, Opfer von Gewalt optional schützen, gezielten Opferschutz betreiben“ (Drucksache 20/4147 und Drucksache 20/4232, Ziffern 2, 6) vom 12. Juni 2013 „EU-Richtlinie zur Verhütung und Bekämpfung von Menschenhandel umsetzen“; (Drucksache 20/8202) vom 23. Oktober 2013 „Verweildauer von Frauen in Frauenhäusern verkürzen“. URL: https://www.spd-fraktion-hamburg.de/fileadmin/pdfbibliothek/Abgeordnetenseiten/Bekeris/20-10994_Landesaktionsplan_Gewalt_gegen_Frauen.pdf [Zugriff am: 17.10.2018].

Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (21. Wahlperiode): Drucksache 21/2905 (19.01.2016). Gesamtkonzept zur besseren Versorgung von anerkannt vordringlich Wohnungsuchenden mit Wohnraum, zugleich Stellungnahme des Senats zu dem Ersuchen der Bürgerschaft vom 11. Juni 2015 „Sofortprogramm zur Versorgung von vordringlich Wohnungsuchenden“. URL: <https://www.buergerschaft-hh.de/ParlDok/dokument/51198/gesamtkonzept-zur-besseren-versorgung-von-anerkannt-vordringlich-wohnungsuchenden-mit-wohnraum-zugleich-stellungnahme-des-senats-zu-dem-ersuchen.pdf> [Zugriff am: 06.09.2018].

Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (21. Wahlperiode): Anlage 12. Soll-Ist-Vergleich – Gesamtversorgungsgrade nach Arztgruppen und KVen 2016. In: Drucksache 21/11112 Große Anfrage vom 24.11.2017 und Antwort des Senats. URL: <https://www.buergerschaft-hh.de/ParlDok/dokument/60080/entwicklung-verteilung-und-inanspruchnahme-der-ambulanten-%C3%A4rztlichen-versorgung-und-der-vertrags-%C3%A4rztlichen-bedarfsplanung-in-hamburg.pdf> [Zugriff am: 23.07.2018].

Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (21. Wahlperiode): Drucksache 21/10281 (05.09.2017). Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Wir in Hamburg! Teilhabe, Interkulturelle Öffnung und Zusammenhalt – Hamburger Integrationskonzept 2017. URL: https://www.buergerschaft-hh.de/parldok/dokument/59201/wir_in_hamburg_teilhabe_interkulturelle_oeffnung_und_zusammenhalt_hamburger_integrationskonzept_2017_zugleich_stellungnahme_des_senats_zu_den_ersuchen.pdf [Zugriff am: 23.07.2018].

Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (21. Wahlperiode): Drucksache 21/14468 (25.09.2018). Antrag der Abgeordneten Ksenija Bekeris, Kazim Abaci, Hendrikje Blandow-Schlegel, Uwe Giffei, Danial Ilkhanipour, Regina-Elisabeth Jäck, Annkathrin Kammeyer, Doris Müller, Wolfgang Rose, Jens-Peter Schwieger (SPD) und Fraktion und der

Abgeordneten Mareike Engels, Christiane Blömeke, Phyliss Demirel, René Gögge, Anna Galina, Antje Möller, Farid Müller (GRÜNE) und Fraktion zu Drs. 21/14342 Betr.: Fortschreibung des Haushaltsplans 2018 für gewachsene Bedarfe und erfolgreiche Integrationsarbeit nutzen. URL: https://www.farid-mueller.de/wp-content/uploads/fortschreibung_des_haushaltsplans_2018_fuer_gewachsene_bedarfe_und_erfolgreiche_integrationsarbeit_nutzen.pdf [Zugriff am: 17.10.2018].

Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (21. Wahlperiode): Drucksache 21/14328 (12.09.2019). Antrag der Abgeordneten Mareike Engels, Christiane Blömeke, Antje Möller, Ulrike Sparr, Dr. Carola Timm (GRÜNE) und Fraktion und der Abgeordneten Ksenija Bekeris, Hendrikje Blandow-Schlegel, Kazim Abaci, Uwe Giffei, Danial Ilkhanipour, Regina-Elisabeth Jäck, Annkathrin Kammeyer, Doris Müller, Wolfgang Rose, Jens-Peter Schwieger (SPD) und Fraktion Betr.: Sprechstunden für psychisch erkrankte Obdachlose und Wohnungssicherung bei klinischer Behandlung. URL: http://www.buergerschaft-hh.de/parl-dok/dokument/63746/sprechstunden_fuer_psychisch_erkrankte_obdachlose_und_wohnungssicherung_bei_klinischer_behandlung.pdf [Zugriff am: 17.10.2018].

DAK-Gesundheit (2018): DAK-Gesundheitsreport 2018. URL: <https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-2018-1970840.pdf> [Zugriff am: 16.10.2018].

Deutscher Bundestag (17. Wahlperiode), Drucksache 17/10712. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Dr. Ilja Seifert, Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 17/10576 – Zwangsbehandlungen in Deutschland. URL: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/17/107/1710712.pdf> [Zugriff am: 16.10.2018].

Deutscher Bundestag (18. Wahlperiode): Drucksache 18/10827. Schriftliche Fragen mit den in der Woche vom 09. Januar 2017 eingegangenen Antworten der Bundesregierung. URL: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/108/1810827.pdf> [Zugriff am: 16.10.2018].

Deutscher Bundestag (2008): Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil II Nr. 35, S. 1419f. Bonn, 2008. URL: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%5B@attr_id%27bgbl208s1419.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl208s1419.pdf%27%5D_1532074483298 [Zugriff am: 20.07.2018].

Deutscher Bundestag (2015): Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) vom 1. Dezember 2015. In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil 1 Nr. 48, S. 2114-2118. Bonn 2015. URL: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27I_2015_48_inhalts-verz%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s2114.pdf%27%5D_1532074303736 [Zugriff am: 20.07.2018].

Deutscher Bundestag (7. Wahlperiode): Drucksache 7/4200. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen

Versorgung der Bevölkerung. Bonn 1975. URL: <http://dipbt.bundes-tag.de/doc/btd/07/042/0704200.pdf> [Zugriff am: 20.07.2018].

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (2018): S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ Langversion – Fassung vom 01.07.2018. Im: AWMF-Register Nr. 038-022. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-07.pdf [Zugriff am: 24.08.2018].

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (2017): Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB – Interdisziplinäre Task-Force der DGPPN. Erste Vorlage der DGPPN noch in fachlicher Diskussion. Im: Der Nervenarzt – Sonderheft 1/2017, Springer Medizin Verlag. URL: https://bflk.de/sites/default/files/doku/dgppn_2017_standards_fur_die_behandlung_im_massregelvollzug_nach_ssss_63.pdf [Zugriff am: 06.09.2018].

Die Techniker (2018): Gesundheitsreport. Fit und fertig? Erwerbsbiografien in Deutschland. URL: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/984896/Datei/89388/TK-Gesundheitsreport-2018.pdf> [Zugriff am: 16.10.2018].

Dingoyan, D., Schulz, H., Kluge, U., Penka, S., Vardar, A., von Wolff, A., ... & Mösko, M. (2017). Lifetime prevalence of mental disorders among first and second generation individuals with Turkish migration backgrounds in Germany. *BMC Psychiatry*, 17(1), 177.

Dreißing, H.; Habermeyer, E.(Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. 6. Auflage. 2015. Urban & Fischer Verlag (Elsevier).

Elgeti, H.; Erven, S. (2017): Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland. Auswertungsbericht zur bundesweiten Umfrage zur Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste. Stand 01.11.2017. URL: <https://www.sozialpsychiatrische-dienste.de/kernaufgaben-leistungsstandards-personalbedarf/>

Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council configuration (EPSCO) vom 06.06.2011: 309. Sitzung des Rates.

EU-Konferenz „Gemeinsam für psychische Gesundheit und Wohlbefinden“ (2008): Europäischer Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden. URL: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_de.pdf [Zugriff am: 24.01.2018].

Europäische Kommission, Generaldirektion Gesundheit & Verbraucherschutz (2005): Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Brüssel KOM(2005)484. URL: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf [Zugriff am: 20.07.2018].

EX-IN Bremen, Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie: EU-Pilotprojekt. (EX)perienced (IN)vovement 2005-2007. URL: <http://www.ex-in.info/virthos.php?/EU-Projekte/EX-IN>

Freie und Hansestadt Hamburg - Amt für Arbeitsschutz (2018): Arbeitsschutz in Hamburg. URL: <http://www.hamburg.de/arbeitsschutz>

Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (2018): Anbieterliste Frühförderung. URL: <http://www.hamburg.de/fruehfoerderung/741974/anbieter-fruehfoerderung/>

Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (2018): Rahmenvereinbarung. Regionale Kooperation zwischen Schule und Jugendhilfe. URL: <http://www.hamburg.de/infos-fuer-fachkraefte/3752888/rahmenvereinbarung-schule-jugendhilfe/>

Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2018). Zwischenfortschreibung 2017 des Krankenhausplans 2020 der Freien und Hansestadt Hamburg. URL: <https://www.hamburg.de/contentblob/10663602/1416e8e597d9363618923686746bd84f/data/krankenhausplan2020-zwischenfortschreibung-broschuere.pdf> [Zugriff am 23.07.2018].

Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2016): Krankenhausplan 2020 der Freien und Hansestadt Hamburg. URL: <https://www.hamburg.de/contentblob/4659138/801fc86b22508ccb2024996c7c0ce5ea/data/krankenhausplan2020-broschuere.pdf> [Zugriff am: 17.10.2018].

Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2009): Hamburgisches Gesetz zur Förderung der Wohn- und Betreuungsqualität älterer, behinderter und auf Betreuung angewiesener Menschen (Hamburgisches Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz - HmbWBG) vom 15. Dezember 2009. Verkündet als Artikel 1 des Gesetzes zur Umsetzung der Föderalismusreform im Heimrecht vom 15. Dezember 2009, HmbGVBl. URL: <http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahU-KEWjBk9iUpq3cAhVRbFAKHdFxAmsQFggxMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.dbfk-unternehmer.de%2Fdownload%2Fcategory%2F214-hamburg%3Fdownload%3D86%3Ahamburgisches-gesetz-zur-foerderung-der-wohn-und-betreuungsqualitaet-aelterer-behinderter-und-auf-betreuung-angewiesener-menschen-hamburgisches-wohn-und-betreuungsqualitaetsgesetz-hmbwbq&usq=AOvVaw2XEgrcQbxIDv8MqZg6PYQo> [Zugriff am: 20.07.2018].

Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2014): Flyer - Wo suizidgefährdete Menschen in Hamburg Hilfe finden. Stand 09/2014. URL: <http://www.hamburg.de/contentblob/2916908/bc2f5501e38ebf971cb2ffbead92e469/data/download-suizidfaltblatt.pdf> [Zugriff am: 20.07.2018].

Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2014): „Suchthilfebericht 2013“. URL: <http://www.hamburg.de/veroeffentlichungen-drogen-sucht/4247054/suchthilfebericht/> [Zugriff am 18.07.2018].

Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2014): Demografie-Konzept Hamburg 2030: Mehr. Älter. Vielfältiger. URL: <http://www.hamburg.de/contentblob/4282416/65ab8620b51fc3a5d970b5a3e232b71d/data/download-demografiekonzept-hamburg2030.pdf> [Zugriff am 18.07.2018].

Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2015): Gesundheitsberichterstattung Hamburg. Sterblichkeit aufgrund von Suiziden in Hamburg. Statistik 2015. URL: <http://www.hamburg.de/indikatoren/122436/start-dia-3-88/> [Zugriff am: 10.01.2018].

Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Schule und Berufsbildung (2013): Sonderpädagogische Bildung, Beratung und Unterstützung. Grundlagen und Hinweise. URL: <http://www.hamburg.de/contentblob/4271270/b100840d9dfb17c7c369cde1b9e21800/data/hr-sopaed-bi-be-unt-dl.pdf> [Zugriff am: 23.07.2018].

Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Schule und Berufsbildung (2014): Therapie und Schule. In: Inklusive Bildung und sonderpädagogische Förderung. Handreichung. 6. Baustein. URL: <http://www.hamburg.de/contentblob/4254342/43ca35361f26b6694ebe56d8f7fea457/data/therapie-dl1.pdf> [Zugriff am: 20.07.2018].

Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Schule und Berufsbildung (2015): Flyer - Regionale Bildungs- und Beratungszentren. URL: <http://www.hamburg.de/contentblob/4483636/e5207f31a112f2dccc923bec6ad3a447/data/flyer03-15.pdf> [Zugriff am: 20.07.2018].

Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Schule und Berufsbildung (Hrsg.): Krisenordner. Handlungsleitfaden für Hamburger Schulen. Aktualisierte Auflage 2017. URL: <http://www.hamburg.de/contentblob/4079908/e78d90f897826cd152980d8b95f48909/data/pdf-krisenordner.pdf> [Zugriff am: 20.07.2018].

Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Schule und Berufsbildung (2017): Integriertes Förderkonzept. In: Inklusive Bildung und sonderpädagogische Förderung. Handreichung. 4. Baustein. Überarbeitete Ausgabe, März 2017 URL: <http://www.hamburg.de/contentblob/4353876/675554db1cd759e3080e6f58658816bb/data/foerderkonzept.pdf> [Zugriff am: 20.07.2018].

Freie und Hansestadt Hamburg – Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (2007): Ein Klima der Kooperation fördern. Hamburger Handlungsleitfaden für eine gelingende Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse der Arbeitsgruppe Jugendhilfe Kinder- und Jugendpsychiatrie 2006-2007. URL: <https://www.hamburg.de/contentblob/117770/51bf074e7b224b7cdc24a4e4cc7a217f/data/handlungsleitfaden.pdf> [Zugriff am 29.08.2018].

Freie und Hansestadt Hamburg - Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung (2016): Inklusive Bildung. Heterogenität und Vielfalt in Schule und Unterricht. URL: http://blogs.hamburg.schulcommsy.de/276082_4226292/ [Zugriff am: 20.07.2018].

Freie und Hansestadt Hamburg (1995): Psychiatriebericht der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2017): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 58 (S. 1 399) vom 17. April 2009 in Kraft getreten am 18. April 2009, zuletzt geändert durch Beschluss vom 16. Juni 2016 in der Fassung vom 24. November 2016 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.02.2017 B2) in Kraft getreten am 16.02.2017; URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/20/>, [Zugriff am: 05.10.2018].

Gemeinsamer Bundesausschuss (2017): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 20. Dezember 2012 zuletzt geändert am 15. Dezember 2016 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 31.05.2017 B2 vom 31. Mai 2017 in Kraft getreten am 1. Juni 2017. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1408/BPL-RL_2016-12-15_iK-2017-06-01.pdf [Zugriff am: 23.07.2018].

Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 20. Dezember 2012 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 31.12.2012 B7 vom 31. Dezember 2012 in Kraft getreten am 1. Januar 2013 zuletzt geändert am 15. Februar 2018 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 11.05.2018 B3 vom 11. Mai 2018 in Kraft getreten am 12. Mai 2018 URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1624/BPL-RL_2018-02-15_iK-2018-05-12.pdf [Zugriff am: 17.10.2018].

Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Gemeinsam getragen von RKI und Destatis URL: http://www.gbe-bund.de/gbe10/pkg_isgbe5.prc_isgbe?p_uid=gast&p_aid=0&p_sprache=D [Zugriff am: 23.07.2018].

Gesundheitsministerkonferenz (80. GMK) - Bericht der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2007): „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“. URL: https://www.gmkonline.de/beschluesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage1_Psychiatrie-Bericht.pdf [Zugriff am: 20.07.2018].

Gesundheitsministerkonferenz (83. GMK) - Beschluss zu Top 10.1 (2010): Ambulante Psychotherapie nach § 37a SGB V; Optimierung der Umsetzung in den Ländern. URL: www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=83_10.01&jahr=2010 [Zugriff am: 23.07.2018].

Gesundheitsministerkonferenz (90. GMK) - Anlage zu TOP 10.2 (2017): Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland Bestandsaufnahme und Perspektiven. Bericht der AG Psychiatrie der AOLG mit den Schwerpunktthemen „Inklusion – Auftrag und Umsetzung, Dialog und Selbsthilfe“.

Gesundheitsministerkonferenz (90. GMK) - Bericht der AG Psychiatrie der AOLG (2017): „Inklusion – Auftrag und Umsetzung, Dialog und Selbsthilfe“ und „Zusammenhang Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie“.

Gesundheitsministerkonferenz (90. GMK) - Beschluss 22.06.2017: Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven.

Gesundheitsministerkonferenz (91.GMK) - Vorlage zu TOP 10.11 (2018): Therapie in Schulen.

GKV-Spitzenverband (2013): Vorschläge der gesetzlichen Krankenkassen. Positionspapier beschlossen vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 27. November 2013. Berlin. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_GKV-SV_Ambulante_Psychotherapie.pdf [Zugriff am: 23.07.2018].

GKV-Spitzenverband (2017): Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach §§ 39, 115 d SGB V. Zu den Vereinbarungen nach § 115 d Abs. 2 und 3 SGB V. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/psychiatrie/stationsaequiv_psych_behandlung/st_aequ_beh.jsp [Zugriff am: 23. 07.2018].

GKV-Spitzenverband (2017): Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach §115 d Abs. 2 SGB V vom 01.08.2017. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/2017_08_01_KH_Vereinbarung_StaeB_115_d_Abs_2_SGB_V_Unterschriftenfassung.pdf [Zugriff am: 23. 07.2018].

GKV-Spitzenverband (Hrsg.): Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie.

Hamburg.de (2018): Politik & Verwaltung. Senat. Senatsthemen. Inklusion. URL: www.hamburg.de/inklusion-schule [Zugriff am: 20.07.2018].

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.: Projekt Landungsbrücke. URL: <http://hag-landungsbruecke.de/> [Zugriff am: 20.07.2018].

Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt (HmbGVBl.) Nr. 42 vom 11. Oktober 2013: Gesetz zur Änderung des Hamburgischen Maßregelvollzugsgesetzes, des Hamburgischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten und des Hamburgischen Gesetzes zur Ausführung des Betreuungsgesetzes. URL: <https://www.luewu.de/gvbl/2013/42.pdf> [Zugriff am: 23.07.2018].

Heinrich, Dr. Dirk, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg, zitiert nach Presseerklärung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg vom 10.01.2018: KV Hamburg will kinderärztliche Versorgung ausbauen. URL: <http://www.kvhh.net/kvhh/pages/index/p/121/178>

Irre menschlich Hamburg e.V. (2018): Projekte an Schulen. URL: <http://www.irremenschlich.de/projekte/schulen> [Zugriff am: 20.07.2018].

Jacobi F., Höfler M., Strehle J., et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: Der Nervenarzt 85:77-87. URL: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00115-013-3961-y.pdf> [Zugriff am: 20.10.2018].

Jacobi F., Höfler M., Strehle J., et al. (2016): Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: Der Nervenarzt 87:88-90. URL: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00115-015-4458-7.pdf> [Zugriff am: 20.10.2018].

Jugendinformationszentrum JIZ: Projekt – Der Hamburger Jugendserver – in Kooperation mit der Hochschule für Angewandte Wissenschaft Hamburg. Service. URL: <http://www.jugendserver-hamburg.de> [Zugriff am: 20.07.2018].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018): Aktuell – Praxisnachrichten. Künftig dürfen auch Psychotherapeuten verordnen. Onlineartikel vom 16.03.2017. URL: www.kbv.de/html/1150_27652.php [Zugriff am 20.07.2018].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Stand: 31.12.2017. URL: http://www.kbv.de/media/sp/2017_12_31_BAR_Statistik.pdf [Zugriff am: 04.10.2018].

Kassenärztliche Bundesvereinigung: Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie. Details der Änderungen ab 1. April 2017 für Erwachsene. URL: http://kbv.de/media/sp/Psychotherapie_RL_Uebersicht.pdf [Zugriff am: 20.07.2018].

Kassenärztliche Vereinigung Bayern (2017): Schreiben der KVB. Strukturreform Psychotherapie – Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie und -Vereinbarung. URL: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Serviceschreiben/2017/KVB-RS-170306-Neufassung-Psychotherapie-Richtlinie-Vereinbarung.pdf> [Zugriff am: 20.07.2018].

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (2015): Versorgungsbericht 2015 – Ambulante Versorgung in Hamburg. URL: www.kvhh.net/kvhh/pages/index/p/925 [Zugriff am: 20.07.2018].

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (2015): Versorgungsgrad aller Arztgruppen Hamburg. Anlage 2.2. Stand 01.01.2015. URL: <http://www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2013/07/598/20150810anlage2.2versorgungsgradhamburg01.01.2015inkl.vakanzen.pdf> [Zugriff am: 04.12.2017].

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (2015): Versorgungsgrad Psychotherapeuten Hamburg. Anlage 2.4. Stand 01.01.2015. URL: <http://www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2013/07/598/20150709anlage2.4versorgungsgradpthamburg01.01.2015ohnevakanz.pdf> [Zugriff am: 04.12.2017].

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (2017): Versorgungsgrad aller Arztgruppen Hamburg. Anlage 2.2. Stand 01.07.2017. URL: http://www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2013/07/598/20171220anlage2.2versorgungsgradhamburg01.07.2017_2.pdf [Zugriff am: 04.12.2017].

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (2017): Versorgungsgrad Psychotherapeuten Hamburg. Anlage 2.4. Stand 01.07.2017. URL: <http://www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2013/07/598/20170126anlage2.4versorgungsgradpvhamburg01.01.2017inkl.vakanz.pdf> [Zugriff am: 04.12.2017].

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (2018): Ärzte und Psychotherapeuten - Die neue Psychiatrierichtlinie. URL: <http://www.kvhh.net/kvhh/pages/index/p/1130> [Zugriff am: 20.07.2018].

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (2018): Die KVH-Arztsuche – Unser Service für Sie. URL: www.kvhh.net/kvhh/arztsuche/index/p/274/0/suche/facharzt (bei *Fachgebiet*: „Psychiatrie und Psychotherapie“ und bei *Genehmigungspfl. Leistungen*: „Soziotherapie Verordnung“ eingeben).

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (2018): Versorgungsgrad aller Arztgruppen Hamburg. Anlage 2.2. Stand 01.01.2018. URL: <http://www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2013/07/598/20180509anlage2.2versorgungsgradhamburg01.01.2018.pdf> [Zugriff am: 04.10.2018].

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (2018): Versorgungsgrad Psychotherapeuten Hamburg. Anlage 2.4. Stand 01.01.2018. URL: <http://www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2013/07/598/20180509anlage2.4versorgungsgradpvhamburg01.01.2018.pdf> [Zugriff am: 04.10.2018].

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (2013): Bedarfsplan für den Planungsbereich Hamburg, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemäß § 99 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 12 der Zulassungsverordnung für Ärzte zum 01.07.2013. URL: <http://www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2013/07/598/bedarfsplanendfassung2013.pdf> [Zugriff am: 20.07.2018].

Kindesentwicklung im Institut für Neuro- und Sozialpädiatrie Hamburg Ost (2018): Sozialpädiatrisches Zentrum. <http://sozialpaediatric-hamburg.de/> [Zugriff am: 20.07.2018].

Koalitionsvertrag über die Zusammenarbeit in der 21. Legislaturperiode der Hamburgischen Bürgerschaft zwischen der SPD, Landesorganisation Hamburg und Bündnis 90/Die Grünen, Landesverband Hamburg vom 14.04.2015: „Zusammen schaffen wir das moderne Hamburg.“ URL: <http://www.hamburg.de/content-blob/4479010/0e0dc965584486bf76aa1a974471f843/data/download-koalitionsvertrag-2015.pdf;jsessionid=5F51AEDB22B1558CEA3DD32ADDB9C172.liveWorker2> [Zugriff am 10.07.2018].

Koch, E. (2000): Die aktuelle Lage von Minoritäten im psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem Deutschlands. In: Koch E., Schepker R., Taneli, S. (Hrsg.): Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft – deutsch-türkische Perspektiven. Freiburg: Lambertus, 2000.

Melchinger, H. (2008): Ambulante psychiatrische Versorgung: Umsteuerungen dringend geboten. In: Deutsches Ärzteblatt (2008), 105(46): A-2457. URL: <https://www.aerzteblatt.de/tref-fer?mode=s&wo=17&typ=16&aid=62331&s=2008&s=melchinger> [Zugriff am: 23.07.2018].

Mezuk, B., Rock, A., Lohman; M., Choi M (2014): Suicide in long-term care facilities: a systematic review. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 29 (12) 1198–1211. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4232590/pdf/nihms-598639.pdf> [Zugriff am: 20.07.2018].

Möske, M., Härter, M. & Bermejo, I. (2018). Epidemiologie psychischer Störungen bei Migranten, Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. In: W. Machleidt, U. Kluge, M. Sieberer, A. Heinz (Hrsg.), Migration und psychische Gesundheit. Urban & Fischer, 229 - 238

Plener; P. L.; Groschwitz, R. C.; Franke, C.; et al. (2015): Die stationäre psychiatrische Versorgung Adolezenter in Deutschland. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie (2015), 63, S. 181-186. Hogrefe. URL: <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1024/1661-4747/a000238> [Zugriff am 20.07.2018].

psychenet - Hamburger Netz psychische Gesundheit. URL: <https://www.psychenet.de/de/ueber-uns/das-projekt-psychenet.html> [Zugriff am: 23.07.2018].

Psychotherapeutenkammer Hamburg (Presse-Information 07.09.2017): Psychotherapeutenkammer Hamburg fordert: Schluss mit langen Wartezeiten – grundlegende Reform der Bedarfsplanung nötig!. URL: http://www2.ptk-hamburg.de/uploads/pm_2017_09_07_schluss_mit_langen_wartezeiten_grundlegende_reform_der_bedarfsplanung.pdf?PHPSESSID=a879f02ddb2c2cb21d25f3642cd03530 [Zugriff am: 23.07.2018].

Rebscher, H. (Hrsg.), DAK-Gesundheit (2016): Gesundheitsreport 2016. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunkt: Gender und Gesundheit. Hamburg. URL: <https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-2016---warum-frauen-und-maenner-ander-krank-sind-1782660.pdf> [Zugriff am: 20.07.2018].

Robert Koch-Institut (2014): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009-2012. Berlin, 2014. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Faktenblaetter/KiGGS_W1/kiggs_w1_fb_node.html [Zugriff am: 20.07.2018].

Robert Koch-Institut (Hrsg.) Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012): Daten und Fakten. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Berlin. URL: <https://edoc.rki.de/handle/176904/3237> [Zugriff am: 16.07.2018].

Robert-Koch-Institut (2015): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Gesundheit in Deutschland. Berlin, 2015. URL: <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf> [Zugriff am: 20.07.2018].

S.I.G.N.A.L. – Hilfe für Frauen (2003): Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L. –Interventionsprogramm. Prävalenzstudie unter Patientinnen der

Ersten Hilfe. URL: <http://www.wibig.uni-osnabrueck.de/download/signal-hANDBUCH.pdf> [Zugriff am 20.07.2018]

Schneider, F.; Falkai, P.; Maier, W. (2011): Psychiatrie 2020 plus. Perspektiven, Chancen und Herausforderungen. Berlin/Heidelberg. Springer Verlag.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2016): „Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Hamburger Stadtteilen Ende 2015“. In: „Statistik informiert.“ Nr. I/2016. URL: https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistik_informiert_SPEZIAL/SI_SPEZIAL_I_2016_komplett.pdf [Zugriff am:18.01.2018].

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2016): Statistische Berichte – Bevölkerung in Hamburg am 31.12.2015 – Auszählung aus dem Melderegister. Bevölkerung in Hamburg im Alter 18-65 Jahre.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2017): „Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Hamburger Stadtteilen Ende 2016“. In: „Statistik informiert.“ Nr. V/2017. URL: https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistik_informiert_SPEZIAL/SI_SPEZIAL_V_2017_Korrektur.pdf [Zugriff am: 18.01.2018].

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2018): Hamburger Stadtteil-Profile: Berichtsjahr 2016. URL: http://www.statistik-nord.de/fileadmin/maps/Stadtteil_Profile_2017/atlas.html [Zugriff am: 18.10.2018].

Statistisches Bundesamt (2017): Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2016. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhaus2120621167004.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am: 23.07.2018].

Steinhart, I.; Wienberg, G. (2015): Mindeststandards für Behandlung und Teilhabe. Plädoyer für ein funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung schwer psychisch kranker Menschen. In Sozialpsychiatrische Informationen 4/2015, S. 9.

Techniker Krankenkasse (2013): Thesen zur ambulanten Psychotherapie. URL: http://www2.pk-hb.de/uploads/tk_thesen_zur_psychotherapie.pdf [Zugriff am: 23.07.2018].

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (2018): Flyer – Der Adoleszentenbereich. Die stationäre und tagesklinische Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Zentrum für Psychosoziale Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie. URL: http://www.uke.de/dateien/kliniken/psychiatrie-und-psychotherapie/dokumente/pa1_station_tagesklinik-flyer-2018.pdf [Zugriff am: 23.07.2018].

Vdek – Die Ersatzkassen (2013): Ambulante Psychotherapie. Versorgung verbessern. In: ersatzkasse magazin. 07/08.2013. 93. Jahrgang. URL: <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2013-0708/fokus-ambulante-psychotherapie.html> [Zugriff am: 23.07.2018].

Werner Otto Institut – Sozialpädiatrisches Zentrum Hamburg (2018): Im Verbund der Evangelischen Stiftung Altersdorf. Diagnostik, Beratung und Therapie. URL: <http://www.werner-otto-institut.de/> [Zugriff am: 20.07.2018].

Wittchen, H.U.; Jacobi, F. (2001): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheits-surveys 1998. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 44 (10), S. 993-1000. Springer-Verlag. URL: https://www.researchgate.net/publication/225540168_Die_Versorgungssituation_psychischer_Stoerungen_in_Deutschland [Zugriff am: 23.07.2018].

World Health Organization (1948): “Construction in Basic Documents.” WHO, Geneva.

World Health Organization (2001): “Strengthening mental health promotion. Fact sheet No. 220.” WHO, Geneva. URL: <https://apps.who.int/inf-fs/en/fact220.html> [Zugriff am: 20.07.2018].

World Health Organization (2014): “Basic Documents, Forty-eighth edition, Including amendments adopted up to 31 December 2014.” Geneva. URL: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1> [Zugriff am: 18.07.2018].

Zentrum für Kindesentwicklung (2009): Dr. Flehmig GmbH – Sozialpädiatrisches Zentrum. URL: <http://kindesentwicklung.com/> [Zugriff am: 20.07.2018].

10. Abkürzungsverzeichnis

A. a. O.	Am angeführten Ort	HmbSG	Hamburgische Schulgesetz
Abb.	Abbildung	HWH	Hilfe zur Weiterführung des Haushalts
Abs.	Absatz	HZE	Hilfen zur Erziehung
AGH	Arbeitsgelegenheit	ICD	International Classification of Diseases
AKH	Asklepios Klinikum Harburg	IV	Integrierte Versorgung
AKN	Asklepios Klinikum Nord	IFD	Integrationsfachdienst
Alb KH	Albertinen Krankenhaus	JPPD	Jugendpsychologischer/Jugendpsychiatrischer Dienst
ALG	Arbeitslosengeld	k. A.	keine Angaben
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden	Kap.	Kapitel
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst	Kath.	Katholisch
ASP	Ambulante Sozialpsychiatrie	KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
AWG psych	Ambulante Wohngemeinschaft für seelisch Behinderte	KibeG	Hamburger Kinderbetreuungsgesetz
AWH	Asklepios Westklinikum Hamburg	KIGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.	KJND	Kinder- und Jugendnotdienst
BASFI	Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration	KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayern
BBW	Berufsbildungswerk	KVH	Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
BedPI-RL	Bedarfsplanungs-Richtlinie	LApK	Landesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen Hamburg
BDA	Bethesda Krankenhaus Bergedorf	LI	Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung
BeWo	Betreutes Wohnen	LPE	Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. Hamburg
BFW	Berufsförderungswerk	MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch	PEPP	Entgeltsystem für den Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
BGBI.	Bundesgesetzblatt	PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
BGV	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz	PND	Psychiatrischer Notdienst
BMBF	Bundesministeriums für Bildung und Forschung	PPM	Personenzentrierte Hilfen für psychisch kranke Menschen
BMZ	Bettenmessziffer	PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer	PsIA	Psychosomatische Institutsambulanz
BTHG	Bundesteilhabegesetz	Psych-VVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
BTZ	Berufliches Trainingszentrum	ReBBZ	Regionalen Bildungs- und Beratungszentren
BVB	Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme	RPK	Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke
BvR	Bundesverfassungsrichter/in	S.	Satz
BZBS	Beratungszentrum Berufliche Schulen	s.	siehe
bzw.	beziehungsweise	s. a.	siehe auch
Ca.	Circa	s. o.	siehe oben
d. h.	das heißt	s. S.	siehe Seite
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	SAJF	Sozialräumlichen Angeboten der Jugend- und Familienhilfe
DMP	Disease-Management-Programm	SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
DRG	Diagnosis Related Groups	SGB VIII	Sozialgesetzbuch, Achstes Buch – Kinder- und Jugendhilfe
Drs.	Drucksache	SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung

DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	SGB XII	Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch - Sozialhilfe
Ebd.	Genau an der eben schon erwähnten Stelle	SNH	Strategische Neuausrichtung des Haushaltswesen
EGH	Eingliederungshilfe	SOP	Standard Operating Procedure
EQS	Externe Qualitätssicherung	SpD	Sozialpsychiatrischer Dienst
ESF	Europäischer Sozialfonds	SPZ	Sozialpädiatrische Zentren
et al.	und andere	StGB	Strafgesetzbuch
Etc.	et cetera/und so weiter	StOP	Strafprozessordnung
Ev.	Evangelisch	StVollzG	Strafvollzugsgesetz
Ev. Khs. Alst.	Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf	Tab.	Tabelle
e.V.	eingetragener Verein	TK	Tagesklinik
f.	(der/die/das) Folgende	TSS	Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung
ff.	(die) Folgenden	TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit	u.	Und
FHH	Freie und Hansestadt Hamburg	u. a.	und andere
FIT	Familieninterventionsteam	u. U.	unter Umständen
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss	u. v. m.	und viele mehr
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes	UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
GG	Grundgesetz	UN	Die Vereinten Nationen (United Nations)
ggf.	gegebenenfalls	UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung	usw.	Und so weiter
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes	VD	Verweildauer
GMK	Gesundheitsministerkonferenz	Vgl.	Vergleiche
HAW	Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg	WfbM	Werkstätten für behinderte Menschen
HH	Hamburg	WHO	World Health Organization
HGSP	Hamburgische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie	WISY	Weiterbildungs-Informationssystem
HKG	Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.	z. B.	Zum Beispiel
HmbGVBl	Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt	z. T.	zum Teil
HmbKHG	Hamburgisches Krankenhausgesetz	z. Zt.	zur Zeit
HmbMVollzG	Hamburgisches Maßregelvollzugsgesetz	Zi	Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland
HmbPsychKG	Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten		

11. Anhang

11.1 Erläuterungen zu den Kartendarstellungen

**Vollstationäre Versorgung: Psychiatrie und Psychotherapie (Abb. 8)
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Abb. 30)**

01	Universitätsklinikum HH-Eppendorf	19	Asklepios Westklinikum Hamburg
04	Schön Klinik HH-Eilbek	20	Ev. Krankenhaus Alsterdorf
06	Asklepios Klinikum Harburg	22	Bethesda Krankenhaus Bergedorf
07	Asklepios Klinik Nord – Standort Ochsenzoll	24	Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
07*	Asklepios Klinik Nord – Standort Asklepios Klinik Wandsbek	82	Psychiatrisches Zentrum Rickling
14	Albertinen-Krankenhaus	83	Heinrich Sengelmann Krankenhaus
16	Altonaer Kinderkrankenhaus	84	Fachklinik Bokholt

Tageskliniken Psychiatrie und Psychotherapie (Abb. 15)

Allgemeine Psychiatrie/Gerontopsychiatrie/Suchttherapie		
1a	Universitätsklinikum HH-Eppendorf	Tagesklinik Persönlichkeitsstörungen
1b	Universitätsklinikum HH-Eppendorf	Verhaltenstherapeutische Tagesklinik
1c	Universitätsklinikum HH-Eppendorf	Krisen-Tagesklinik
1d	Universitätsklinikum HH-Eppendorf	Tagesklinik Depressionen
1e	Universitätsklinikum HH-Eppendorf	Tagesklinik für bipolare Störungen
1g	Universitätsklinikum HH-Eppendorf	Tagesklinik Sucht
1h	Universitätsklinikum HH-Eppendorf	Tagesklinik Gerontopsychiatrie
4a	Schön Klinik HH-Eilbek	Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie
4b	Schön Klinik HH-Eilbek	Tagesklinik für Ältere
6a	Asklepios Klinikum Harburg	Tagesklinik Psychotherapie und Sozialpsychiatrie Standort Harburg
6b	Asklepios Klinikum Harburg	Tagesklinik Psychotherapie und Sozialpsychiatrie Standort Neugraben
6c	Asklepios Klinikum Harburg	Tagesklinik Psychotherapie und Sozialpsychiatrie Standort Wilhelmsburg
6d	Asklepios Klinikum Harburg	Tagesklinik für Ältere
7 A	Asklepios Klinik Nord	Tagesklinik Nord (Ochsenzoll)
7b	Asklepios Klinik Nord	Psychiatrisch-psychotherapeutische Tagesklinik Volksdorf
7c	Asklepios Klinik Nord	Gerontopsychiatrische Tagesklinik
7d	Asklepios Klinik Nord	Suchttagesklinik Alstertor
7e	Asklepios Klinik Nord	Tagesklinik Wandsbek für Psychiatrie und Psychotherapie
7f	Asklepios Klinik Nord	Psychiatrische Tagesklinik Steilshoop
7g	Asklepios Klinik Nord	Psychiatrische Tagesklinik Horn
14a	Albertinen-Krankenhaus	Psychiatrische Tagesklinik
14b	Albertinen-Krankenhaus	Tagesklinik Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
19b	Asklepios Westklinikum Hamburg	Psychiatrische Tagesklinik Rissen
19a	Asklepios Westklinikum Hamburg	Psychiatrische Tagesklinik im Fachzentrum Altona
19c	Asklepios Westklinikum Hamburg	Psychiatrische Tagesklinik im Zentrum seelische Gesundheit Osdorf
20	Ev. Krankenhaus Alsterdorf	Psychiatrische Tagesklinik Alsterdorf
22	Bethesda Krankenhaus Bergedorf	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tagesklinik
42	Praxisklinik Mümmelmannsberg	Psychiatrische Tagesklinik
56	Janssen Haus Psych. Tagesklinik	Janssen Haus - Psychiatrische Tagesklinik Hamburg-Mitte
83	Heinrich Sengelmann Krankenhaus	Psychiatrische Tagesklinik des Heinrich Sengelmann Krankenhauses

Tageskliniken Psychosomatik (Abb. 22)

4	Schön Klinik HH-Eilbek	Tagesklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
7	Asklepios Klinik Nord	Psychosomatische Tagesklinik im Rahmen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (ST Heidberg). Neues Angebot, Inbetriebnahme noch offen.
19a	Asklepios Westklinikum Hamburg	Psychosomatische Tagesklinik Rissen
19b	Asklepios Westklinikum Hamburg	Psychosomatische Tagesklinik Ulmenhof
19c	Asklepios Westklinikum Hamburg	TK für Essstörungen, Adipositas und Jungerwachsene
91	Verhaltenstherapie Falkenried MVZ	Verhaltenstherapiezentrum (VT) Falkenried

Tageskliniken Kinder- und Jugendpsychiatrie (Abb. 36)

1a	Universitätsklinikum HH-Eppendorf	Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
1b	Universitätsklinikum HH-Eppendorf	Suchttagesklinik für Jugendliche
6a	Asklepios Klinikum Harburg	Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Harburg
6b	Asklepios Klinikum Harburg	Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Osdorf
20	Ev. Krankenhaus Alsterdorf	Kinder- und Jugendpsychiatrische Tagesklinik
24a	Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift	Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Rahlstedt)
24b	Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift	Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Langenhorn)

11.2 Methodische Hinweise zu den Kartendarstellungen Fachärztinnen/Fachärzte und Psychotherapeut/-innen in Hamburg (Abbildungen 1, 3, 28, 29)

Die in den Karten der Abb. 1 und Abb. 3 sowie Abb. 28 und Abb. 29 dargestellten Fachärztinnen, Fachärzte und Psychotherapeut/-innen (Standorte) wurden aus den über das Internet zugänglichen Angeboten der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) und der Ärztekammer Hamburg zur Arztsuche recherchiert. Ergänzend wurden die von der KVH veröffentlichten Listen zur telefonischen Erreichbarkeit der Psychotherapeut/-innen und Ärztinnen/Ärzte mit einer Genehmigung zur Richtlinien-Therapie zugrunde gelegt. Die dargestellten Arztgruppen und Psychotherapeut/-innen wurden entsprechend der Einteilung nach der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA zugeordnet und gruppiert.

Abb.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeut/-innen	Dazu zählende Fachärztinnen und Fachärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten
1	Nervenärztinnen und Nervenärzte	Fachärztinnen/Fachärzte für Neurologie Psychiatrie und Neurologie Nervenheilkunde Psychiatrie Psychiatrie und Psychotherapie
3	Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Fachärztinnen/Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin Psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte lt. Angabe KVH Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten
28	Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
29	Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten	Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit der Angabe psychotherapeutisch tätige Ärztin/tätiger Arzt Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten

Die Angaben wurden entsprechend der Facharztangaben bzw. Therapeutenangaben in den genannten Datenbanken (Arztsuche) gefiltert und den Gruppen zugeordnet. Für Fachärztinnen/Fachärzte bzw. Psychotherapeut/-innen, die in den Datenbanken mehr als einer Gruppe zugeordnet sind, wurden folgende Zuordnungen vorgenommen:

- Fachärztinnen und Fachärzte aus der Gruppe der Nervenärzte, die in den Ergebnislisten als Psychotherapeutisch tätige Ärztinnen bzw. Ärzte angegeben sind, wurden den Ärztlichen Psychotherapeut/-innen zugeordnet.
- Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten ohne die Bezeichnung Kinder- und Jugendpsychotherapeut/-in, die sowohl in den Ergebnislisten für Erwachsene als auch in den Ergebnislisten für Kinder eingetragen sind, wurden den Erwachsenen zugeordnet (acht Einträge).

- Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit der weiteren Bezeichnung Kinder- und Jugendpsychotherapeut/-in bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeut/-innen, die sowohl in den Ergebnislisten für Erwachsene als auch in den Ergebnislisten für Kinder eingetragen sind, wurden den Kinder- und Jugendpsychotherapeuten zugeordnet (vier Einträge).

Kein Eintrag wurde mehrfach übernommen. Privatpraxen aus den Ergebnislisten der Ärztekammerdatenbank wurden nicht übernommen.

Dargestellt sind die in den Datenbanken angegebenen Standorte (in geographische Koordinaten umgesetzte Adressen) der aufgeführten Personen. Anteilige Arbeitszeiten sind nicht berücksichtigt. Mehrfachangaben an einzelnen Standorten (z.B. Praxisgemeinschaften, Ärztehäuser an einem Standort) sind berücksichtigt, aufgrund der Überlagerung in den Karten jedoch nicht sichtbar. Dargestellt sind Einzelpunkte ohne Mengenklassifizierung.

Da die Aufnahme in die Datenbanken der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) und der Ärztekammer Hamburg und die damit einhergehende Veröffentlichung im Internet nur mit Einverständnis der jeweiligen Ärzte/-innen bzw. Psychotherapeuten/-innen erfolgt, können diese Datenbank keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Die Angaben werden laufend aktualisiert. Der letzte Abruf der BGV zur Recherche der Kartenangaben erfolgte im August 2018.

Zur Validierung der Anzahl der in die Karten aufgenommenen Fachärztinnen und Fachärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten wurde ein Abgleich mit den Angaben der Zahl der von der Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlichten Daten zum 31.12.2017 vorgenommen (Personenzählung).

Abb.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeut/-innen	Anzahl Personen 31.12.2017*	Recherche BGV 8/2018
1	Nervenärztinnen und Nervenärzte	183	180
3	Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Ärztliche PTP	268
		Psychologische PTP	878
28	Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	53	52
29	Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten	Ärztliche PTP	2
		Psychologische PTP	166

*An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten (Zählung nach Personen) am 31.12.2017, Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Als Hintergrundinformation ist in den Karten die Bevölkerungsdichte zum 31.12.2016 auf Basis der Hamburger Stadtteile dargestellt (Basis Melderegisterdaten). Einzelne Stadtteile mit niedriger Bevölkerungszahl sind zusammengefasst. Für die Karten Abb. 28 und Abb. 29 (Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten wurde die Bevölkerungsdichte auf die Gruppe der unter 18jährigen berechnet.¹⁹⁵

¹⁹⁵ Statistisches Amt für HH und SH, 2018, Stadtteilprofile 2016; Berechnung BGV.