GESUNDHEITSKONFERENZ
LANDKREIS LÖRRACH

GEMEINSAM ZUKUNFT GESTALTEN
LANDKREIS
LÖRRACH

Psychisch kranke Menschen im Landkreis Lörrach

- Fokus ambulante Versorgung

Ergebnisse einer orientierenden Datenanalyse und Expertenbefragung

Dr. S. Wagner
Fachbereich Gesundheit

Kommunaler Versorgungsbericht im Auftrag des Kreistags Landkreis Lörrach

10.Februar 2019

Auflage: 50 Exemplare

Titelbild by A. Sipos (Kunsttherapeutin)
designed by F. Wagner

Inhaltsverzeichnis

Einführung 4

1. Prävalenz psychischer Erkrankungen 4
2. Bedeutung psychischer Erkrankungen für die Gesellschaft 5
3. Medizinische Klassifikation psychischer Erkrankungen 6
4. Therapie psychischer Erkrankungen 7
5. Bio-Psycho-Soziale Konzept 9
6. Sektoren der Versorgung 10
   - 6.1. Ambulante Versorgung (Bedarfsplanung) 11
   - 6.2. Voll-/Teilstationäre Versorgung 14
   - 6.3. Außerklinisches Hilfesystem 15

Analyse zur ambulanten psychiatrischen Versorgung 17

Motivation und Vorgehen 17

Teil 1 - Versorgungssituation 19

1. Behandlungsprävalenz im Landkreis Lörrach für Depression 19
2. Ambulante Psychiatrische Versorgung 20
   - 2.1. Ambulante Versorgungstrukturen/ Bedarfsplanung 20
   - *2.2.* Ambulante Leistungsdaten 27
   - 2.2. Zusammenfassung ambulante Versorgungsdaten 35
   - 2.3. Ambulante Versorgungdaten (Vergleich) 37
3. Stationäre psychiatrische Versorgung 39
   - 3.1. Baden-Württemberg 39
   - 3.2. Zentren für Psychiatrie 40
   - 3.3. Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Lörrach 44
   - 3.4. Überblick Patientendiagnosen 45
   - 3.5. Weitere stationäre Einrichtungen in der Region 47
4. Außerklinische Versorgung im Landkreis Lörrach 48
   - 4.3. Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV) 49
   - 4.4. Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi) 49
   - 4.5. Wohnen 52
   - 4.6. Arbeiten/ Tagesstätten 53

Teil 2 - Engpässe 54

1.Befragung 54

1.1.Vorgehen ... 54
1.2. Ergebnisse für den Landkreis Lörrach ... 55
1.3. Zusammenfassung für den Landkreis Lörrach ... 57
2. Engpässe ... 57
2.1. Behandlung, Empfehlung und Umsetzbarkeit ... 57
2.2 Wartezeiten ... 65
2.3. Psychiatrische Versorgung in Notfällen und Krisen ... 68
2.4. Zusammenfassung zu den Engpässen ... 71
Teil 3 – weitere Strategie ... 72
1. Rahmenbedingungen ... 73
1.1. Zentralklinikum 2025 ... 73
1.2. Sozialplanung/ Dezentralisierung MPH ... 76
2. bestehende Empfehlungen ... 79
2.1. Psychiatrie-Enquete 1975 ... 79
2.2. Sachverständigenrat 2018 ... 79
2.3. Landespsychiatrieplan ... 80
2. Themenpool ... 80
3. Themen Abgrenzung ... 84
3.1. Gerontopsychiatrie ... 84
3.2. Sucht ... 84
3.3. Kinder- und Jugendpsychiatrie ... 85
4. Studienansatzpunkte Landkreis Lörrach ... 86
4.1. Telemedizin/ eHealth ... 86
4.2. Beratungsbedarf, Patientenwege ... 87
4.3. Fehlende Leistungen im Landkreis ... 88
4.5. Jobcenter Lörrach ... 90
5. Studienansatz, Kreistagsbeschluss ... 90
5.1. Alternative A: ... 91
5.2. Alternative B: ... 92
5.3. Kreistagsbeschluss zur Studienvergabe ... 92
Abkürzungsverzeichnis ... 94
Literaturverzeichnis ... 95

Einführung

- Psychische Gesundheit ist der Faktor mit dem größten Vorhersagewert für Lebenszufriedenheit.
- Weltweit sind die beiden häufigsten psychischen Erkrankungen Depressionen und Angststörungen - ca. 10% der Weltbevölkerung sind betroffen. Sie treten häufiger im Erwerbsalter auf als danach und sind für einen hohen Anteil an Teilhabeeinschränkung (disability) verantwortlich, verbunden mit hohen ökonomischen Folgekosten.
- Dennoch sind sogar in „reichen" Ländern weniger als 1/3 der Menschen mit psychischen Erkrankungen in Behandlung.

Zitate aus der größten und am längsten laufenden multidisziplinären Langzeitstudie vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW, Layard, 2013), die Werte aus Deutschland, Großbritannien und Australien vergleicht.

1. Prävalenz psychischer Erkrankungen

„Mit Blick auf die Datenlage ist für psychische Störungen in Deutschland eine widersprüchliche Entwicklung zu beobachten:
obwohl Bevölkerungsstudien keine Hinweise für eine Zunahme ergeben, werden sie zunehmend relevanter für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem. 24,8 % der erwachsenen Bevölkerung sind jedes Jahr von einer psychischen Erkrankung betroffen, jeder dritte Deutsche von mindestens einer Störung aus dem psychischen Bereich." (RKI, 2016)

Diese Daten stammen aus der großen deutschlandweiten Erhebung "Studie zur Gesundheit Erwachsener (DEGS1)" des Robert-Koch-Instituts/ DISTATIS. Die Studie, die Daten aus den Jahren 2008 bis 2011 auswertet, gehört damit zu den international aussagekräftigsten Erhebungen. Die inhaltlichen Schwerpunkte der DEGS1 betreffen die Lebensbedingungen, Gesundheitsstatus und -verhalten sowie die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems. Die Daten zur psychischen Gesundheit wurden von der DGPPN veröffentlicht.

„Damit treten psychische Störungen genauso häufig auf wie andere Volkskrankheiten, etwa Bluthochdruck." (DGPPN, 2018)

In Abbildung 1 sind psychischen Erkrankungen nach der Häufigkeit ihres Auftretens bezogen auf die deutsche Bevölkerung innerhalb von 12 Monaten aufgeführt (12-Monats-Prävalenz): am häufigsten sind Angststörungen, alkoholbedingte Störungen und Depressionen.

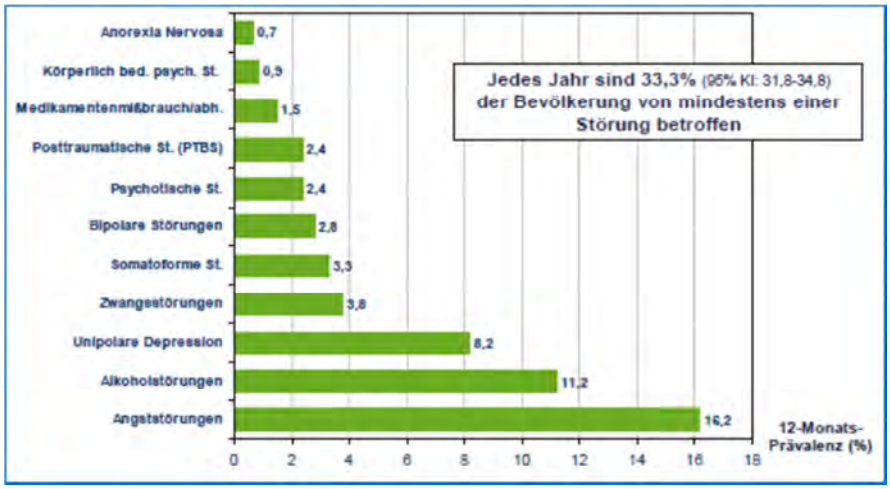


Abbildung 1: Jahresprävalenz psychischer Störungen, Daten der DEGS1, Darstelllung: (Wittchen, 2012).

Von **Angststörungen** sind über 15 % der deutschen Bevölkerung innerhalb eines Jahres betroffen, Frauen deutlich häufiger als Männer. Sie können in schweren Fällen das alltägliche Leben der Betroffenen beeinträchtigen und zur Arbeitsunfähigkeit führen. Zum Beispiel leiden 2 % der Bevölkerung unter einer Panikstörung, bei 3 % liegt eine soziale Phobie vor. Häufig treten solche Störungen gleichzeitig mit Depressionen oder Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit auf.

Von **Depressionen** waren 13 % der Frauen und 6 % der Männer im Alter von 18-64 Jahren im Jahr 2015 in Deutschland betroffen. Dass Depressionen bei Frauen doppelt so häufig diagnostiziert werden wie bei Männern, ist ein international stabiler Befund. Weit mehr Frauen als Männer in Deutschland berichten über starke Belastung durch chronischen Stress (Frauen 14 %, Männer 8 %) oder leiden an einem Burn-Out Syndrom (Frauen 2 %, Männer ein Prozent). Depressive Störungen treten zudem häufig zusammen mit anderen Störungen auf, etwa Angststörungen oder Suchterkrankungen (RKI, 2016).

Die DEGS1-Studie zeigte auch, dass junge und sozial schlechter gestellte Menschen häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen sind: die 12-Monats-Prävalenz betrug bei einem hohen sozioökonomischen Status 22 %, bei einem mittleren 27,6% und bei einem niederen Sozialstatus sogar 37,9% (DGPPN, 2018).

Der Arztreport 2018 (Barmer GEK, 2018) zeigt auf, dass selbst bei den Studierenden, die bislang als weitgehend „gesunde“ Gruppe galten, inzwischen mehr als jeder 6. (17%) von einer psychischen Diagnose betroffen ist. Allein zwischen den Jahren 2005 bis 2016 ist der Anteil der 18-25 jährigen mit psychischen Diagnosen insgesamt um 38% gestiegen, bei Depressionen um 76%.

2. Bedeutung psychischer Erkrankungen für die Gesellschaft

Chronische Stressbelastungen, Traumata und Schlafstörungen können zum Entstehen von psychischen Störungen beitragen. Wenn aufgrund einer psychischen Erkrankung zum Beispiel kognitive Fähigkeiten abnehmen oder der Antrieb vermindert ist, dann kann kurz oder langfristig die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen eingeschränkt sein (DGPPN, 2018).
Psychische Belastungen und Störungen zählen seit 20 Jahren mit steigender Tendenz zu den häufigsten Ursachen krankheitsbedingter Fehlzeiten am Arbeitsplatz. In Abbildung 2 dargestellt sind die Tage von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen. Es werden Daten verschiedener Krankenkassen im Vergleich dargestellt.

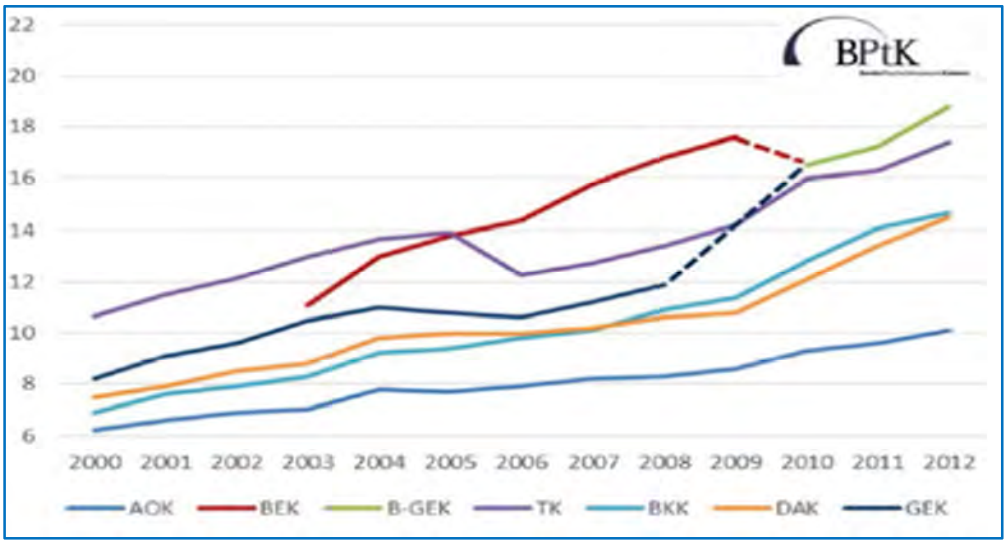


Abbildung 2: Anzahl der Tage von Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen je Krankenkasse, Entwicklung seit 2000, Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer 2013 (BPtK), (Nübling, 2015).

Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen nimmt seit Jahren deutlich zu, je nach Krankenkassenabrechnung von 6 auf 9 oder von 10 auf 18 Tage pro Erkrankungsfall.

Hierbei darf man jedoch nicht vergessen, dass damit nur die Erwerbstätigen beschrieben werden. Studierende, nicht-erwerbstätige Frauen, Arbeitslose und Menschen, die bereits in Frührente sind werden nicht erfasst. Gerade in diesen Gruppen ist aber die Prävalenz psychischer Erkrankungen besonders hoch.

Außerdem zeigen die Daten der DEGS1-Studie, veröffentlicht von RKI und DGPPN:

- Personen mit der Diagnose einer psychischen Störung haben deutlich mehr Ausfalltage als Personen mit anderen Diagnosen und die Dauer der Krankschreibung hat im Vergleich zum Jahr 2000 von 7 auf 14,7 Tage zugenommen (RKI, 2016).
- Die Zahl der Frühberentungen geht insgesamt zurück, aber die Zahl der Frührenten aufgrund von psychischen Störungen steigt an (RKI, 2016).
- Psychische Erkrankungen sind heute mit 43 % der häufigste Grund für Frühverrentung, wovon Frauen überproportional häufig betroffen sind (DGPPN, 2018).
- Ein substantieller Teil von Langzeitarbeitslosen ist psychisch krank. Jeder 2. Betroffene mit einer schweren und chronischen psychischen Erkrankung geht keiner Arbeit nach, wobei geschätzt wird, dass nur 10-20 % in dieser Patientengruppe in den 1. Arbeitsmarkt integriert sind. Von Arbeitslosigkeit sind insbesondere Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis betroffen (DGPPN, 2018).

Nicht zu vernachlässigen sind die Krankheitskosten, wie in Abbildung 3 dargestellt:

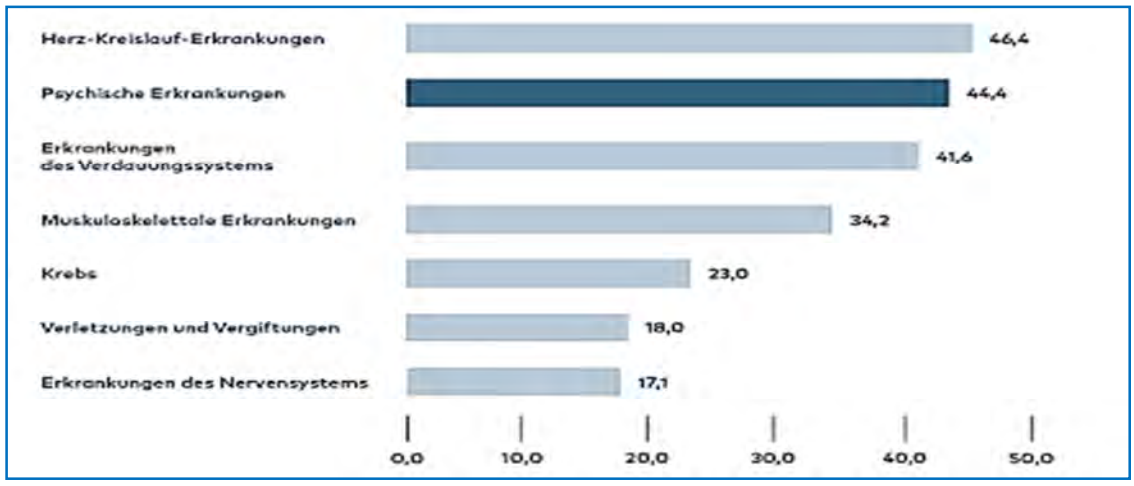


Abbildung 3: Direkte Krankheitskosten in Deutschland in Mrd. €, differenziert nach Krankheitsart; psychische Erkrankungen = 44,4 Mrd.€ (DGPPN, 2018).

Hier stehen psychische Erkrankungen an 2. Stelle mit 44,4 Milliarden € direkte Krankheitskosten pro Jahr in Deutschland, direkt hinter Herz-Kreislauferkrankungen (46,4 Mrd. €).

3. Medizinische Klassifikation psychischer Erkrankungen

Im medizinischen System ist die Einteilung nach Diagnosegruppen üblich. Die Einteilung erfolgt nach ICD-10, das steht für „10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems" der WHO (ICD-10). Im Kapitel V sind Psychische und Verhaltensstörungen inklusive Störungen der psychischen Entwicklung unter den Diagnose F0-F9 aufgeführt:

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

F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7: Intelligenzstörung
F8: Entwicklungsstörungen
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F9: Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

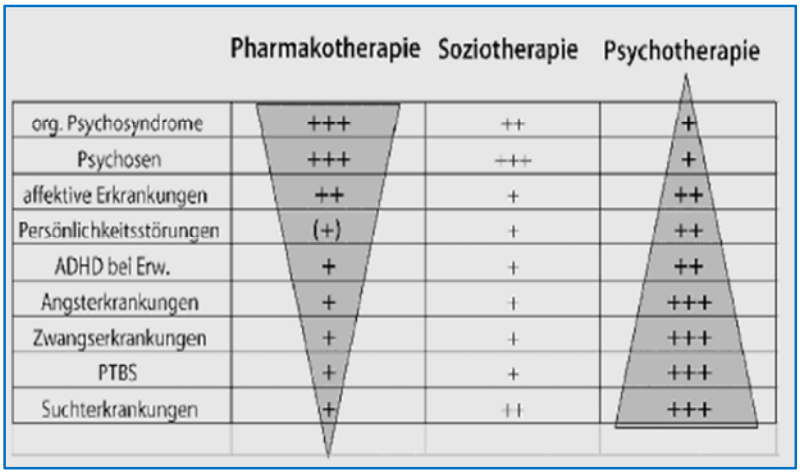
4. Therapie psychischer Erkrankungen

Für viele psychische Erkrankungen aus diesen Kategorien gibt es medizinische Behandlungsleitlinien. **Medizinische Leitlinien** sind systematisch entwickelte Feststellungen, die Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Gesundheitsberufe und Patienten bei ihren Entscheidungen über die angemessene Gesundheitsversorgung unter spezifischen klinischen Umständen unterstützen sollen. Nach dem System der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) werden Leitlinien in vier Entwicklungsstufen von S1 bis S3 entwickelt und klassifiziert, wobei S3 die höchste Qualitätsstufe der Entwicklungsmethodik ist.

- S1: Die Leitlinie wurde von einer Expertengruppe im informellen Konsens erarbeitet.
- S2k: Eine formale Konsensfindung hat stattgefunden.
- S2e: Eine systematische Evidenz-Recherche hat stattgefunden.
- S3: Die Leitlinie hat alle Elemente einer systematischen Entwicklung durchlaufen.

Die methodische Qualität einer S3-Leitlinie ist dementsprechend höher als die einer S2- oder S1-Leitlinie. Für psychische Erkrankungen liegen überwiegend S3-Leitlinien vor, oft auch mit einer Fassung; die für Patienten verständlich sein soll.

Verschiedene Therapiebausteine werden je nach Erkrankung und Verlauf unterschiedlich eingesetzt, oft auch ergänzend nebeneinander. Die nächste Abbildung zeigt den Stellenwert der zentralen Behandlungsverfahren in der Differenzialtherapie der wichtigsten psychiatrischen Erkrankungen:



+++ vorrangige Bedeutung
++ sehr wichtig jedoch meist im Verbund mit andere Therapiebausteinen
+ bei einem Teil der Patienten indiziert

Abbildung 4: Stellenwert verschiedener Behandlungsverfahren, (E. Schramm, 2001)

Pharmakotherapie

Ein wichtiger Baustein in der Therapie psychischer Erkrankungen sind heutzutage Medikamente, so genannte Psychopharmaka.

Psychopharmaka gehören mittlerweile zu den am häufigsten verordneten Medikamenten. Sie werden nicht nur von Psychiatern und Nervenärzten, sondern von Ärzten aller Fachrichtungen eingesetzt. Unverzichtbar sind Psychopharmaka insbesondere bei der Behandlung schwerer psychischer Störungen wie Schizophrenie oder Bipolarer (manisch-depressiver) Erkrankungen oder schwerer depressiver Störungen.

Auch bei der Therapie starker Angst- und Zwangsstörungen kommt ihnen eine wichtige Rolle zu. Viele Erkrankungen werden durch die auf die Psyche wirkenden Medikamente erst behandelbar, indem sie u.a. eine Basis für eine psychotherapeutische Behandlung und weitere Behandlungen (wie z.B. Soziotherapie) schaffen. Oft wird nur durch den Einsatz von modernen Psychopharmaka eine ambulante Behandlung der Patienten möglich – mit dem Ziel, dass diese sich schneller wieder in Gesellschaft und Beruf einfinden können.

Wie alle Medikamente haben auch Psychopharmaka Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln. Dies macht deutlich, warum ein sachgemäßer Einsatz der Substanzen unter strenger ärztlicher Kontrolle notwendig ist. Nicht nur muss bei jedem Patienten der persönliche Nutzen gegenüber den Nebenwirkungen eines Wirkstoffs abgewogen werden. Entscheidend ist vielmehr gerade bei psychischen Erkrankungen, dass die medikamentöse Therapie in der Regel lediglich Teil eines Gesamt-Behandlungsplans ist, der auch psychotherapeutische und weitere therapeutische Schritte beinhaltet. Und wie für die Psychotherapie gilt auch hier, dass eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient die Basis der Behandlung bilden muss. (P.Falkai)

Psychotherapie

Die Ausübung von Psychotherapie ist in Deutschland gesetzlich geregelt und darf nur von Ärzten mit entsprechender Zusatzqualifikation, von „Psychologischen Psychotherapeuten“ (d.h. Psychologen mit psychotherapeutischer Ausbildung und Approbation) sowie von Heilpraktikern mit psychotherapeutischer Ausbildung ausgeübt werden.

Wesentliche gesetzliche Regelungen:

1998 Psychotherapeutengesetz (PsychThG)
Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

2009 Psychotherapie-Richtlinie.
Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie

2015 GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (2015):
Auftrag an den G-BA Psychotherapeutenrichtlinie zu überarbeiten

2017 Psychotherapie-Richtlinie, PTRL: „Strukturreform der ambulanten Psychotherapie“
(Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie, 2017)

Neuerungen zur Durchführung von Psychotherapie (2017):

- Vor Beginn einer Richtlinientherapie müssen mindestens 2 probatorische Sitzungen durchgeführt werden (Erstgespräch)
- Kurzzeittherapie: 2 × 12 Stunden mit jeweils einem Antrag
- **Neue Leistung: Akutbehandlung,** Einzeltherapie mindesten 25 min, bis zu 24 Mal (gesamt = 600 min.)
- **Neue Pflichtleistung: Sprechstunde,** mindestens 100 min./ Woche (voller Versorgungsauftrag)
- **Therapieindikationen**: ambulante Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen auch ohne Suchtmittelmittelfreiheit
- **telefonische Erreichbarkeit geregelt**: mind. 200 min./Woche (voller Versorgungsauftrag)
- **Terminservicestellen** auch für Erstgespräche/ Akutbehandlung bei Psychotherapeuten
- **Ausstellung folgender Verordnungen (neu für psychologische Psychotherapeuten):** Krankenhausbehandlung, Krankenbeförderung, Soziotherapie, Medizinische Rehabilitation.

Die Grundlagen für diese Leistungen sind gesetzliche Regelungen des SGB V (Reha auch SGB IX). Es gelten die Grundsätze: - „ambulant vor stationär“, „Reha vor Rente“, „Reha vor Pflege“. Verordnungen unterliegen grundsätzlich dem Wirtschaftlichkeitsgebot: ausreichend, zweckmäßig, notwendig, wirtschaftlich (§12 SGB V). Krankenkassen können im Einzelfall Prüfanträge stellen (Regelungen entsprechend ärztlichen Verordnungen).

Soziotherapie

Soziotherapie ist eine definierte ambulante Versorgungsleistung für Patienten mit schweren psychischen Störungen. Für eine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen gemäß §37a SGB V (zuzahlungspflichtig) sind eine fachärztliche/ psychotherapeutische Verordnung und eine Genehmigung der zuständigen Krankenkasse erforderlich. Sie wurde mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV Gesundheitsreformgesetz) im Jahr 2000 eingeführt, nach dem Vorbild des Modellprojektes „ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“. In dem Projekt konnte gezeigt werden, dass Soziotherapie ein praktikables und wirksames Instrument zur Rezidivprophylaxe ist und den Ausgaben für Soziotherapie erhebliche Einsparungen bei stationären Behandlungskosten gegenüberstehen.

Eines der Ziele der Soziotherapie ist es, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen verstärkt ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen können. Außerdem soll durch ambulant-medizinische Hilfen in der vertrauten häuslichen Umgebung eine Einweisung in ein Krankenhaus vermieden oder aber eine stationäre Behandlung verkürzt werden. Soziotherapie wird von einem Facharzt oder Psychotherapeuten verordnet und vom Sozialpsychiatrischen Dienst angeboten. Ein Betreuungsplan wird gemeinsam entwickelt vom Facharzt, dem Betroffenen und einem Mitarbeiter des zuständigen sozialpsychiatrischen Dienstes und bei der Krankenkasse eingereicht: maximal können je Krankheitsfall 120 Stunden in 3 Jahren in Anspruch genommen werden.(Text des flyers zur Soziotherapie im Landkreis Lörrach)

Der Evaluationsbericht des Gemeinsamen Bundesausschusses (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2008) zeigt verschiedene Probleme in der Umsetzung der Soziotherapie auf:

- Die Leistung der Soziotherapie ist im Bereich der hausärztlichen Versorgung nicht bekannt
- Soziotherapeuten stehen nicht in bedarfsgerechte Menge zur Verfügung
- Verordner (Fachärzte, Psychotherapeuten) stehen nicht in bedarfsgerechter Menge zur Verfügung
- die Indikationen der Richtlinie (GKV Gesetz)erfassen nicht alle schwer psychisch Kranken im Sinne des Gesetzes
- anstatt der Sozialtherapie werden andere Leistung erbracht oder verordnet

Dieser Evaluationsbericht wurde für die Neufassung des Gesetzes 2015 berücksichtigt - nicht alle Umsetzungsproblematiken konnten ausgeräumt werden.

Insbesondere die Punkte der fehlenden Verordner (zu wenig Psychiater/ Psychotherapeuten) und zu wenig Leistungserbringer, also fortgebildete Soziotherapeuten treffen für den Landkreis Lörrach zu. Vermutlich kennen auch nur wenige Hausärzte die Möglichkeit von fünf Probesitzungen.

5. Bio-Psycho-Soziale Konzept

Das Bio-Psycho-Soziale Konzept beschreibt als idealtypische Modellvorstellung von Gesundheit und Krankheit biologische (anatomisch-physiologisch-neurologische), psychische und soziale Aspekte nicht nur additiv. Vielmehr handelt es sich um ein Modell der Wechselbeziehungen zwischen Körper und Geist im sozialen Kontext. Diagnostik und Therapie sollten "simultan" auf jeder der drei Dimensionen zugleich durchgeführt werden. In Abbildung 5 sind den Bausteinen des konzepts verschiedene berufsgruppen zugeordnet:

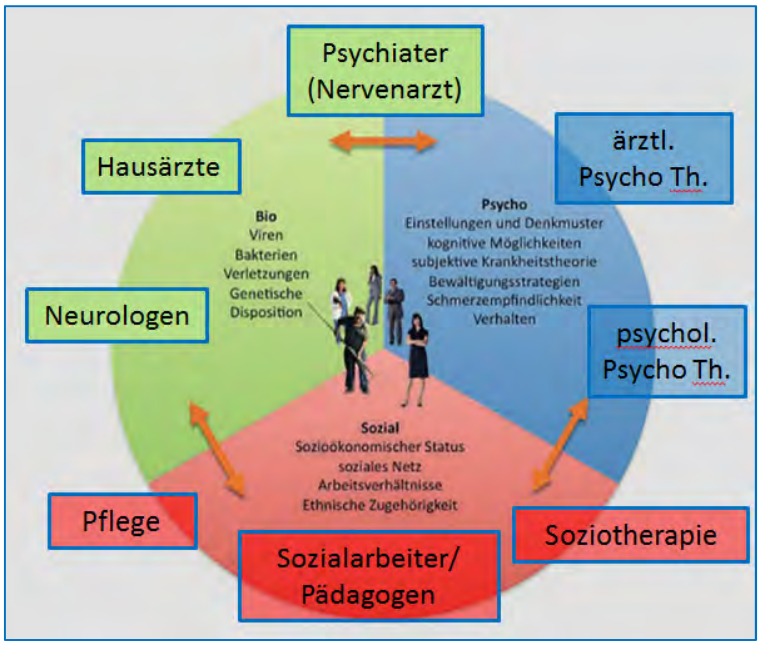


Abbildung 5: Bio-Psycho-Soziales-Konzept und verschiedene Berufsgruppen in der Versorgung psychisch kranker Menschen, Bildnachweis (Fröhlich & A. Rousselot, 2013)

„Eine moderne, dem aktuellen Stand der Forschung entsprechende psychiatrische Versorgung ist nicht mehr durch den einzeln arbeitenden Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder den psychologischen Psychotherapeuten zu leisten. Wie im stationären Bereich sollte auch ein gemeindepsychiatrisches Team Krankenpflegepersonal, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie umfassen. Dass nichtakademisches Personal insbesondere im Rahmen einer verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Psychiatrie in der Lage ist, unter Supervision und kostengünstig ko-therapeutisch zu arbeiten, konnte in zahlreichen Untersuchungen unter Beweis gestellt werden.“ (Dtsch Arztebl, 1996)

Für psychisch kranke Menschen gibt es in Deutschland ein umfassendes, differenziertes Versorgungsangebot. Verschiedene Berufsgruppen arbeiten idealerweise Hand in Hand:

- Hausärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin)
- Facharzt (FA) für Psychiatrie und Psychotherapie
- FA für psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- FA für Nervenheilkunde, FA für Neurologie
- FA (z.B. Internist) mit psychotherapeutischer Zusatzweiterbildung
- Psychologische Psychotherapeuten
- Sozialarbeiter/Pädagogen, Soziotherapeuten
- Psychiatrische Krankenpfleger

6. Sektoren der Versorgung

Das umfassende und differenzierte Versorgungsangebot ist durch das sektorale Versorgungssystem auch hoch komplex und fragmentiert. Das Hilfesystem besteht aus einem komplexen Zusammenspiel ambulanter, teilstationärer, stationärer und komplementärer Angebote.

Die verschiedenen Sektoren ruhen auf verschiedenen Rechtsgrundlagen und werden dementsprechend von unterschiedlichen Kostenträgern finanziert, wie in der Abbildung 6 dargestellt.

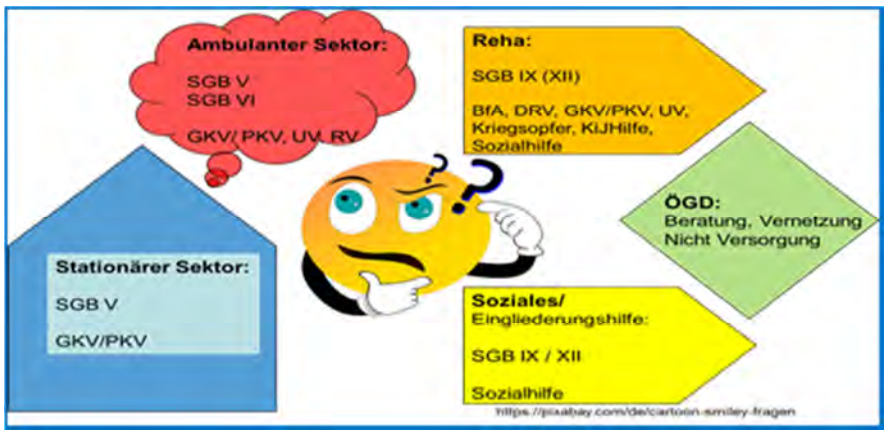


Abbildung 6: Fragmentiertes Versorgungssystem in Deutschland, eigene Darstellung nach (SVR, 2018)

Die DGPPN (DGPPN Standpunkte, 2018) tritt stark für eine Kooperation und Vernetzung ein:

- Das umfassende, aber auch hochfragmentierte deutsche Versorgungssystem ist nicht nur von hilfesuchenden Menschen, sondern auch von den dort professionell Tätigen kaum noch zu überschauen und deshalb schwierig zu navigieren, was sich gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erheblich nachteilig auswirkt.
  Ein schweregradgestuftes regionales Versorgungsnetz, welches verbindliche Regeln zur Koordination und Steuerung der Hilfsangebote einerseits und der Patientenwege andererseits umfasst, kann den individuellen Hilfebedarf passgenau abdecken.
- Der Gesetzgeber wird aufgerufen, zur Überwindung von Sektorengrenzen und Partialinteressen Anreize für eine verpflichtende sektorenübergreifende Vernetzung der Leistungserbringer zu schaffen.

Abbildung 7: Krankenhausbereich, vertragsärztlicher (ambulanter) Bereich und außerklinischer psychosozialer Bereich, Darstellung: (DGPPN, 2018)

Die bestehenden Versorgungslücken im deutschen System werden vielfach nicht mit einem Mangel an Angeboten, sondern u.a. mit ihrer mangelhaften Koordination, ihrer regional höchst unterschiedlichen Verteilung und einem drastisch gestiegenen Bedarf erklärt. (DGPPN, 2018)

6.1. Ambulante Versorgung (Bedarfsplanung)

Die flächendeckende, wohnortnahe vertragsärztliche Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten und Fehlversorgung zu vermeiden ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen auf Länderebene (KV BW) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Die Bedarfsplanung ist ein wesentliches Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung (http://www.kbv.de/).

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) hat nach Maßgabe der vom G-BA erlassenen Bedarfsplanungsrichtlinie im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen den Bedarfsplan über den Stand der vertragsärztlichen Versorgung aufgestellt und schreibt diesen fort. (https://www.kvbawue.de/)

Seit 2013 werden Planungsbereiche je nach Spezialisierung der Ärzte definiert (Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie durch den G-BA zum 01.01. 2013):

- die Planungsbereiche bei Hausärzten sind kleinräumiger als die Landkreisgrenze gefasst; im Landkreis Lörrach sind es 3 Mittelbereiche (Lörrach/ Weil, Schopfheim, Rheinfelden)
- der Bedarf an Nervenärzten wird auf Größe des Landkreises berechnet
- Kinder- und Jugendpsychiater gelten als spezialisierte Fachärzte und werden für das gesamte Gebiet „Hochrhein" geplant, das auch die Landkreise Waldshut und Bodenseekreis erfasst

Für niederlassungswillige Ärzte und Psychotherapeuten ist von Bedeutung, ob der für sie in Frage kommende Planungsbereich „offen" oder „gesperrt" ist. Relevant hierfür ist der Versorgungsgrad einer Fachgruppe in einer Planungsregion (grundsätzlich wird ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent gesperrt). Ärzte und Psychotherapeuten, die sich in einem offenen Planungsgebiet niederlassen möchten, müssen nicht auf eine freiwerdende Praxis warten, um eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zu erhalten. Sie können sowohl eine neue Praxis gründen als auch eine alte Praxis übernehmen oder problemlos in eine Gemeinschaftspraxis einsteigen. In einem gesperrten Planungsbereich können sich Ärzte und Psychotherapeuten grundsätzlich nur dann neu niederlassen oder anstellen lassen, wenn ein anderer Arzt oder Psychotherapeut seine Zulassung zurückgibt und damit ein „Sitz" in der Fachgruppe frei wird. (http://www.kbv.de/) Können Arztsitze in gesperrten Gebieten nicht nachbesetzt werden, werden sie bei der weiteren Bedarfsplanung nicht mehr berücksichtigt, „ sie verfallen".

Im Landkreis Lörrach konnte z.B. in Rheinfelden ein plötzlich freiwerdender Nervenarztsitz nicht nachbesetzt werden. Da der Landkreis für Nervenärzte gesperrt ist, muss jetzt ein Sonderbedarf beim Landesausschuss beantragt werden, sollte sich ein Psychiater oder Neurologe zusätzlich irgendwo im Landkreis niederlassen wollen.

Kritische Anmerkungen zur Bedarfsplanung:

- Die Bedarfsplanung fasst Neurologen und Psychiater zu „Nervenärzten" zusammen, obwohl es inzwischen zwei verschiedene Facharztausbildungen sind mit jeweils verschiedenen Behandlungsangeboten und Patientenklientel.
- Der Berechnung zugrunde gelegt werden Verhältniszahlen:
  - Diese stammen aus dem Jahr 1999 (Stichtag 01.08.1999).
  - Die Verhältniszahlen für Nervenärzte und Psychotherapeuten unterscheiden zwischen Stadt und Land, ohne dass es dafür eine epidemiologische Grundlage gibt.
  - Eine stärkere Zunahme der Inanspruchnahme (Entstigmatisierung, Regionalisierung) und stärkere Veränderung der Rahmenbedingungen bleiben unberücksichtigt.
  - 1999 bestehende Über-/Unterversorgungen (Stadt-/Land) werden als Sollwerte für weitere Planungen festgelegt.
- Die Bedarfsplanung wurde eingeführt, um steigende Arztniederlassungszahlen zu begrenzen. Inzwischen haben wir in allen Fachbereichen einen Arztmangel.
- Die Bedarfsplanung wird jährlich angepasst; die Auswirkung von lokalen Faktoren (z.B. demografische Entwicklung, soziale Faktoren, Erkrankungshäufigkeiten) bleibt jedoch sehr eingeschränkt.
- Letztlich ist die Verhältniszahl und die Prozentfestlegung von Über-/Unterversorgung eine willkürliche Definition, die dem Bedarf an ausreichender ambulanter Versorgung immer weniger entspricht.

Das GKV-VStG (Juli 2015) sieht eine wesentliche Bedarfsplanung-Reform bis Januar 2017 vor, die noch nicht erfolgt ist (eine Veröffentlichung ist angekündigt).

„Äußerst problematisch finde ich die Versorgungsberechnung der kassenärztlichen Vereinigung. Diese entspricht nicht dem „gefühlten Bedarf". Dr. Th. Unterbrink, Klinik für Psychosomatik/PT, LK Lö

6.1.1 Ambulante ärztliche Versorgung

Der Planungsbereich für Fachärzte „Nervenheilkunde“ ist der gesamte Landkreis Lörrach. Unter Fachärzten für Nervenheilkunde („Nervenärzte“) werden sehr verschiedene Fachärzte zusammengefasst:

- Fachärzte für Neurologie: versorgen Patienten mit Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems
  (z.B. Schlaganfall, Multiple Sklerose, Kopfschmerzen, Anfallsleiden, Lähmungen)
- Fachärzte für Nervenheilkunde (Facharzt-Bezeichnung bis 1992)
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (mit Anteil Psychotherapie >30%)
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (mit Anteil Psychotherapie <=30 %)

Durch die Zusammenfassung in Nervenärzte ist es nicht möglich Aussagen allein zur ambulanten fachärztlichen Versorgung von psychiatrischen Patienten im Landkreis Lörrach zu machen.

Daneben versorgen auch Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie (eigenständiger Facharzt seit 1992) und andere Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung Psychotherapie psychiatrische Patienten, Ärztliche Psychotherapeuten (Studium der Medizin) werden in der Bedarfsplanung mit den psychologischen Psychotherapeuten (Studium der Psychologie) zusammen erfasst.

6.1.2. Ambulante Psychotherapie

Nach den Bedarfsplanungs-Richtlinien gehören zur Fachgruppe der Psychotherapeuten die Ärztlichen Psychotherapeuten (äPT), die Psychologischen Psychotherapeuten (psPT) und die Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (KJ PT). Nach den Vorgaben SGB V §101 ist eine separate Quote für äPT in Höhe von 25% und für die KJ PT in Höhe von 20% des „rechnerischen Solls“ für die Psychotherapie insgesamt festgesetzt. Im Falle einer Unterschreitung dieser Mindestquote (wie im Landkreis Lörrach für äPT) besteht eine Niederlassungsmöglichkeit bis zum Erreichen der vorgegebenen Mindestquote auch wenn der Planungsbereich für die Fachgruppe insgesamt gesperrt ist.

Anerkannten Psychotherapieverfahren liegt ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung zugrunde, und ihre spezifischen Behandlungsmethoden sind in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt. Folgende Behandlungsformen sind anerkannte Psychotherapieverfahren (PT):

Psychoanalytisch begründete Verfahren (§16 PTRL 2017)

(1) Diese Verfahren stellen Formen einer ätiologisch orientierten Psychotherapie dar, welche die unbewusste Psychodynamik neurotischer Störungen mit psychischer oder somatischer Symptomatik zum Gegenstand der Behandlung machen. Zur Sicherung ihrer psychodynamischen Wirksamkeit sind bei diesen Verfahren übende und suggestive Interventionen auch als Kombinationsbehandlung grundsätzlich ausgeschlossen.

(2) Als psychoanalytisch begründete Psychotherapieverfahren gelten im Rahmen dieser Richtlinie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie.

Verhaltenstherapie (§17 PTRL 2017)

(1) Die Verhaltenstherapie als Krankenbehandlung umfasst Therapieverfahren, die vorwiegend auf der Basis der Lern- und Sozialpsychologie entwickelt worden sind. Unter den Begriff „Verhalten" fallen dabei beobachtbare Verhaltensweisen sowie kognitive, emotionale, motivationale und physiologische Vorgänge. Verhaltenstherapie im Sinne dieser Richtlinie erfordert die Analyse der ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen des Krankheitsgeschehens (Verhaltensanalyse). Sie entwickelt ein entsprechendes Störungsmodell und eine übergeordnete Behandlungsstrategie, aus der heraus die Anwendung spezifischer Interventionen zur Erreichung definierter Therapieziele erfolgt.

6.2. Voll-/Teilstationäre Versorgung

Auch die stationäre Versorgung hat verschiedene Schwerpunkte:

- Psychiatrie
- Psychotherapie
- Psychosomatik

Insgesamt wurden 2016 in Deutschland über 1 Million Fälle voll- und teilstationär verzeichnet, wie die folgende Tabelle aufzeigt:

	Fachkliniken und Kliniken an Allgemein-krankenhäusern	Bettenanzahl stationär	Plätze teilstationär	Fallzahl vollstationär	Fallzahl teilstationär
Psychiatrie und Psycho-therapie	409	55.976	14.571	823.182	145.574
Psychotherapeutische Medizin / Psychosomatik	253	10.857	1.820	84.600	17.852
Insgesamt	**662**	**66.833**	**16.391**	**907.782**	**163.426**

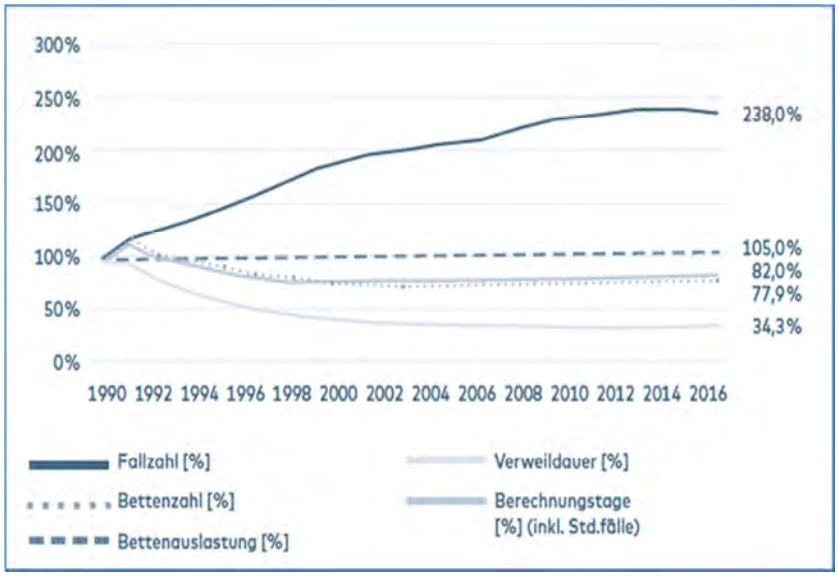
Tabelle 1: Das psychiatrische Versorgungssystem: Grunddaten psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser in Deutschland (DGPPN, 2018)

Die häufigsten stationären Behandlungsdiagnosen deutschlandweit sind:

- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1: 35,4%)
- Affektive Störungen (F3: 23,7%)

Es folgen neurotische, belastungs-und somatoforme Störungen (13,4%) und Schizophrenie/ wahnhafte Störungen (11%). (DGPPN, 2018)

Die Entwicklung der Fallzahlen von 1990 bis 2016, die Bettenauslastung und die Verweildauer in der stationären Psychiatrie in Deutschland sind in Abbildung 8 dargestellt.



Seit 1990 haben sich die Fallzahlen (durchgezogene Linie) in der stationären Psychiatrie mehr als verdoppelt (Zuwachs auf 238%), während die Bettenzahl (auf 77,9%) und die Verweildauer (auf 34,3%) deutlich abgenommen haben.

Abbildung 8: Entwicklung der Leistungsdaten in der stationären Psychiatrie (1990=100%), (DGPPN, 2018)

Psychosomatik

Psychosomatische Medizin ist spezialisiert auf die Diagnostik und Behandlung von Krankheiten, die im Zusammenspiel von Körper, Seele und sozialen Faktoren entstehen oder aufrechterhalten werden. Dies sind zum Beispiel:

- Erkrankungen, die als Folge von Stress oder Belastungen entstehen oder schlimmer werden
- Psychische, häufig stressassoziierte Erkrankungen, die sich primär in körperlichen Symptomen zeigen (beispielsweise Panikanfälle, Fibromyalgiesyndrom und Tinnitus)
- Psychische Erkrankungen, die mit körperlichen Symptomen einhergehen, wie beispielsweise generalisierte Angststörung, Panikstörung oder viele Arten der Depression
- Körperliche Erkrankungen, die in der Folge zu belastenden Ängsten oder Depression führen, zum Beispiel Krebs oder Herz-Kreislauferkrankungen
- Essstörungen wie Anorexie, Bulimie oder wiederholte Essanfälle
- Chronische Schmerzen, die sich durch Stress oder eine gedrückte Stimmung verschlechtern (Berufsverband Psychosomatische Medizin)

6.3. Außerklinisches Hilfesystem

Das außerklinische ambulante Hilfe- und Versorgungssystem umfasst alle Einrichtungen und Angebote, die von der Prävention bis zur Nachsorge und langfristigen Begleitung reichen und nicht direkt diagnostische und therapeutische Maßnahmen und Angebote von ärztlichen und psychologischen Therapeutinnen bzw. Therapeuten darstellen:

- Selbsthilfegruppen, Kontaktstellen, Beratungsstellen IBB (nach PsychKHG)
- Gemeindepsychiatrische Zentren
- Pflegedienste für psychisch kranke Menschen
- sozialpsychiatrische Dienste
- Einrichtungen der Suchthilfe
- Hometreatment (Modellvorhaben), Stationsäquivalente Behandlung (stäB)
- Unterstützte Wohnformen
- Krisen- und Notfalldienste

Die Bereiche des Betreuten Wohnens und der Teilhabe am Arbeitsleben sind wichtige Aktionsfelder, um Menschen mit psychischen Störungen einen Verbleib in der Mitte unserer Gesellschaft zu sichern oder eine Rückkehr zu erleichtern. Es liegt auf der Hand, dass eine enge Zusammenarbeit mit ambulanten und stationären therapeutischen Einrichtungen notwendig ist. Das außerklinische ambulante Hilfe- und Versorgungsangebot ist ein wesentlicher Baustein im Gesamthilfe- und Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Störungen. Text aus Landespsychiatrieplan (Ministerium für Soziales und Integration, 2018)

Eingliederungshilfe

Menschen mit einer nicht nur vorübergehenden geistigen, körperlichen oder psychischen Behinderung haben Anspruch auf Eingliederungshilfe nach dem SGB XII, wenn ihre Fähigkeit zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben durch die Behinderung wesentlich eingeschränkt ist. Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden erbracht, um die Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und behinderten Menschen so die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu eröffnen. Es gilt auch hier der Grundsatz der Nachrangigkeit, das heißt dass Sozialhilfe nur geleistet werden kann, wenn die betroffene Person sich nicht selbst helfen kann oder die notwendige Unterstützung nicht durch vorrangige Dritte (z. B. Angehörige oder Sozialversicherungsträger) erlangen kann.

Der Begriff der seelischen Behinderung bezeichnet eine langfristige seelische Störung als Folge von psychischen oder körperlichen Krankheiten. Menschen mit wesentlicher seelischer Behinderung, die

Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII durch den Landkreis als zuständigen Sozialhilfeträger erhalten, sind die Zielgruppe der Planung für den Teilhabeplan 2A des Fachbereichs Soziales, Landkreis Lörrach (Dezember 2013).

Die Eingliederungshilfe ist finanziell die mit Abstand wichtigste Leistungsart der Sozialhilfe: im Jahr 2014 wurden hierfür bundesweit 15 Milliarden € netto aufgewendet, über die Hälfte der gesamten Sozialhilfeausgaben (Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag, 2016).

Mit dem geplanten Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (BTHG, Bundesteilhabegesetz) soll die Eingliederungshilfe aus dem Rechtskreis der Sozialhilfe (Existenzsicherung) herausgelöst werden. Künftig sollen die Leistungen der Eingliederungshilfe im SGB IX gebündelt und die Berechtigten mit einem deutlich geringeren Eigenbetrag an den Leistungen der Eingliederungshilfe beteiligt werden.

Das Eingliederungshilferecht im Rahmen der neu geregelten SGB IX (Teil II) tritt zum 1. Januar 2020 in Kraft mit veränderten Einkommens- und Vermögensanrechnungen. Teil I fasst das für alle Rehabilitationsträger geltende Recht der Rehabilitation und Teilhabe zusammen. Teil III enthält das Schwerbehindertenrecht. Ab 01.01.2023 ist die Neudefinition des leistungsberechtigten Personenkreises in der Eingliederungshilfe geplant (§99 SGB IX).

Analyse zur ambulanten psychiatrischen Versorgung

Motivation und Vorgehen

Eines der strategischen Ziele des Kreistags lautet: „Der Landkreis fördert eine bedarfsgerechte und moderne ambulante und stationäre medizinische Versorgung und Pflege im urbanen und ländlichen Raum“. Dieses Ziel beinhaltet somit auch die Versorgung von psychisch kranken Menschen.
Mit der Planung eines Zentralklinikums, dem Ausbau der stationären Psychiatrie sowie der angestrebten Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung (siehe Ziele Landespsychiatrieplan: „ambulant vor stationär“ und „gemeindenah“) gewinnt das Thema für den Landkreis Lörrach zudem an Bedeutung.

Die Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz Landkreis Lörrach wurde durch den Kreistag (Kreistagsbeschluss vom 18.10.2017) mit der Durchführung einer „Analyse zur psychiatrischen Versorgungssituation“ betraut.

Diese „Sondierung“ wurde im Jahr 2018 durchgeführt und besteht aus folgenden drei Teilen:

Teil 1:

„Wie ist die aktuelle Versorgungslage psychisch Kranker im Landkreis Lörrach?“

Versorgungsstrukturen im Landkreis Lörrach wurden analysiert: schwerpunktmäßig für die ambulante psychiatrisch/ psychotherapeutische Versorgung aber auch für die voll-/ teilstationäre Versorgung und für die außerklinischen Hilfen.

Für die ambulante Versorgung werden die landkreisspezifischen Zahlen der Bedarfsplanung diskutiert und im Verhältnis zu anderen Stadt-/ Landkreisen dargestellt.

Zusätzliche Versorgungsdaten wurden bei der KV BW angefragt.

- Zum einen wurden spezifische Versorgungskennzahlen erbeten, die nicht aus der allgemeinen Bedarfsplanung hervorgehen: Verteilung von Neurologen und Psychiater innerhalb der Gruppe Nervenärzte, Verteilung und Entwicklung der Behandlungsmethoden bei Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten (Verhaltenstherapie, analytische Therapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), Verteilung der vollen und halben Versorgungsaufträge.
- Neben den Zahlen zur Quantität der Versorger wurden Leistungskennzahlen und therapeutische Kennzahlen abgefragt mit dem Hintergrund:
  Was leistet das aktuelle Versorgungssystem im Landkreis Lörrach im Vergleich zu Baden-Württemberg/ Deutschland?
  Welche Patienten können wie versorgt werden?
  Welche Patienten werden schlecht oder gar nicht versorgt?
  Können Entwicklungstendenzen in der ambulanten Versorgung erkannt werden?

Die Psychiatrieversorger haben ihre Daten ebenfalls zur Verfügung gestellt:

- Voll-/ teilstationäre psychiatrische Versorgung (Zentrum für Psychiatrie Emmendingen, Tagesklinik und Ambulanz in Lörrach, Klinik für Psychiatrie Schopfheim)
- Abteilung für Psychosomatik an den Kliniken des Landkreises Lörrach
- Niedergelassene Psychiater
- Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi: Diakonie und Caritas), KVJS, Fachbereich Soziales
- Krankenkassen

Teil 2:

„Welche Engpässe gibt es bei der Versorgung psychisch Kranker im Landkreis Lörrach?“

Diese Frage wurde Vertretern aus den obigen Bereichen in Einzelgesprächen gestellt. Außerdem wurden folgende Gremien eingebunden und befragt:

- Arbeitsgruppe „ Medizinische Versorgung“ der Kommunalen Gesundheitskonferenz
- Psychiatrie Arbeitskreis
- Gemeindepsychiatrischer Verbund / Netzwerkkoordinator
- Psychotherapeuten-Treffen

Außerdem wurde das fehlende Versorgungsangebot im Landkreis Lörrach abgefragt.

Die zu Tage getretenen Problemfelder Wartezeiten, Behandlungsrate und Krisenintervention werden in diesem Abschnitt dargestellt und im Spiegel bundesweiter Daten diskutiert. Daten zur Annahme und Vermittlungsrate der neu eingerichteten Terminservicestellen wurden bei der KVBW abgefragt.

Teil 3:

„Wie kann die Versorgung psychisch Kranker im Landkreis Lörrach verbessert werden?“

Nach der erfolgten Analyse der ambulanten Versorgungssituation für psychisch kranke Menschen, wird das weitere Vorgehen zu einer Umsetzungsstrategie dargestellt.

Zwei wesentliche Sektoren verändern sich derzeit:

- Mit dem geplanten Zentralklinikum (Realisierung bis 2025) werden zusätzliche stationäre Versorgungsmöglichkeiten im „Zentrum für seelische Gesundheit“ aufgebaut.
- Das bislang an einem Standort konzentrierte stationäre Wohnen wird dezentralisiert.

Der Landespsychiatrieplan (Ministerium für Soziales und Integration, 2018) sowie die Empfehlungen des Sachverständigenrates (SVR, 2018) können den Rahmen für die Weiterentwicklung aufzeigen.

Mit den oben genannten Gremien wurden verschiedene Lösungsansätze entwickelt und diskutiert, die in diesem Abschnitt dargestellt werden.

Aus Sicht des Kreistags Lörrach wird eine weiterführende Machbarkeitsstudie benötigt, welche Strategien und Umsetzungsempfehlungen zur Verbesserungen der ambulanten medizinisch-therapeutischen Versorgung psychisch Kranker (Zugang zu Psychiatern und Richtlinienpsychotherapie) erarbeiten und einleiten soll.

Die Machbarkeitsstudie wird sowohl von Kreistagsmitteln als auch durch eine Projektfinanzierung vom Ministerium für Soziale und Integration finanziert.

Land fördert Studie im Kreis/ Versorgung psychisch Kranker.

Das baden-württembergische Sozialministerium fördert sechs Projekte der Stadt- und Landkreise für eine bessere sektorenübergreifende medizinische Versorgung. Davon profitiert auch der Landkreis Lörrach als "Modellregion für eine verbesserte gemeindenahe ambulante Versorgung psychisch Kranker" mit 47100 Euro. Der Lörracher Landtagsabgeordnete Josha Frey (Grüne) gratuliert dem Landkreis Lörrach in einer Pressemitteilung zu diesem Zuschuss: "Damit jede Bürgerin und jeder Bürger zum richtigen Zeitpunkt die bestmögliche medizinische Versorgung erhält, braucht es neue Ansätze zur Vernetzung der verschiedenen Versorgungssysteme." Frey, der auch Mitglied des Sozialausschusses ist, schreibt weiter: "Psychische Erkrankungen sind in unserer Gesellschaft häufig noch ein Tabuthema. Deswegen ist es umso wichtiger, psychisch kranke Menschen medizinisch und auch gesellschaftlich bestmöglich zu unterstützen. Hier geht der Landkreis Lörrach mit gutem Beispiel voran." Badische Zeitung 18.12.2018

Teil 1 - Versorgungssituation

„Wie ist die aktuelle Versorgungslage psychisch Kranker im Landkreis Lörrach?“

1. Behandlungsprävalenz im Landkreis Lörrach für Depression

Von der AOK wurden uns die folgenden Daten für den Landkreis Lörrach zur Verfügung gestellt. Dargestellt sind nur diejenigen AOK-Versicherten aus der Hochrhein-Bodenseeregion, die ambulant oder stationär bereits in Therapie sind, so dass Leistungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet wurden. Dargestellt ist also die Zunahme der Behandlungs-Prävalenz, nicht die Erkrankungsprävalenz. Gut sind die Vergleichsmöglichkeiten zu Baden-Württemberg und den Nachbarlandkreisen:

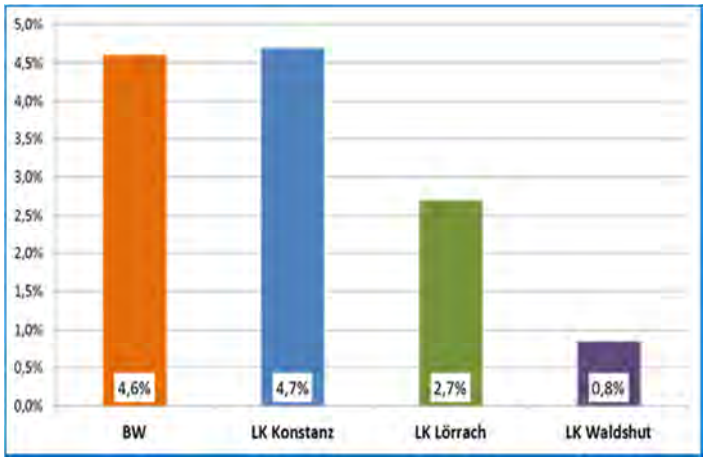


Abbildung 9: Zuwachs (in %) der Behandlungsprävalenz Depression von AOK-Versicherten 2012 zu 2016 (altersstandardisiert), Baden-Württemberg und Landkreise der Bodensee-Hochrheinregion im Vergleich

	2012	2016	Mittlerer Zuwachs % 2012-2016 (BW)
Männer	**1.531**	**1.971**	**4,0 (5,9)**
Frauen	**3.883**	**4.425**	**2,3 (4,2)**

Tabelle 2: absolute Zahlen Behandlungsprävalenz Depression für den LK Lörrach, Männer und Frauen

Folgende Aussagen lassen sich aus der Grafik ablesen:

- Die Anzahl der AOK-Patienten in Baden-Württemberg mit einer Depression, die sich behandeln lassen, steigt von 2012 bis 2016 um 4,6%.
  Die Prävalenz psychischer Erkrankungen allgemein und der Depressionen im Speziellen (Bundesdaten) bleibt dagegen ungefähr konstant (siehe Seite 4).
- Der Landkreis Konstanz mit einer Nervenarzt-Versorgung von 305% und einer PT-Versorgung von 171% erreicht den Mittelwert von BW. Im Landkreis Lörrach (und noch extremer im Landkreis WHT) kann die Steigerungsraten in der Behandlung für Depressionen wie im Landesdurchschnitt in keiner Weise erreicht werden.
- Es kann postuliert werden, dass der Behandlungsprävalenz im Landkreis Lörrach in gleichem Masse gestiegen wäre wie in gesamt Baden-Württemberg – wenn genügend Ressourcen (Psychiater/ Psychotherapeuten) vorhanden wären.
- Die Behandlungsprävalenz bei Männern steigt deutlicher an als bei Frauen. Bislang wird von einer deutlichen Untertherapie insgesamt und insbesondere bei Männern ausgegangen.
- Nicht erstaunlich ist, dass Frauen über die Altersgruppen hinweg deutlich häufiger in Behandlung sind als Männer entsprechend einer deutlich höheren Erkrankungsprävalenz.

2. Ambulante Psychiatrische Versorgung

2.1. Ambulante Versorgungstrukturen/ Bedarfsplanung

Der Landkreis Lörrach ist laut Bedarfsplanung sowohl für Nervenärzte als auch für Psychotherapeuten überversorgt (rot):

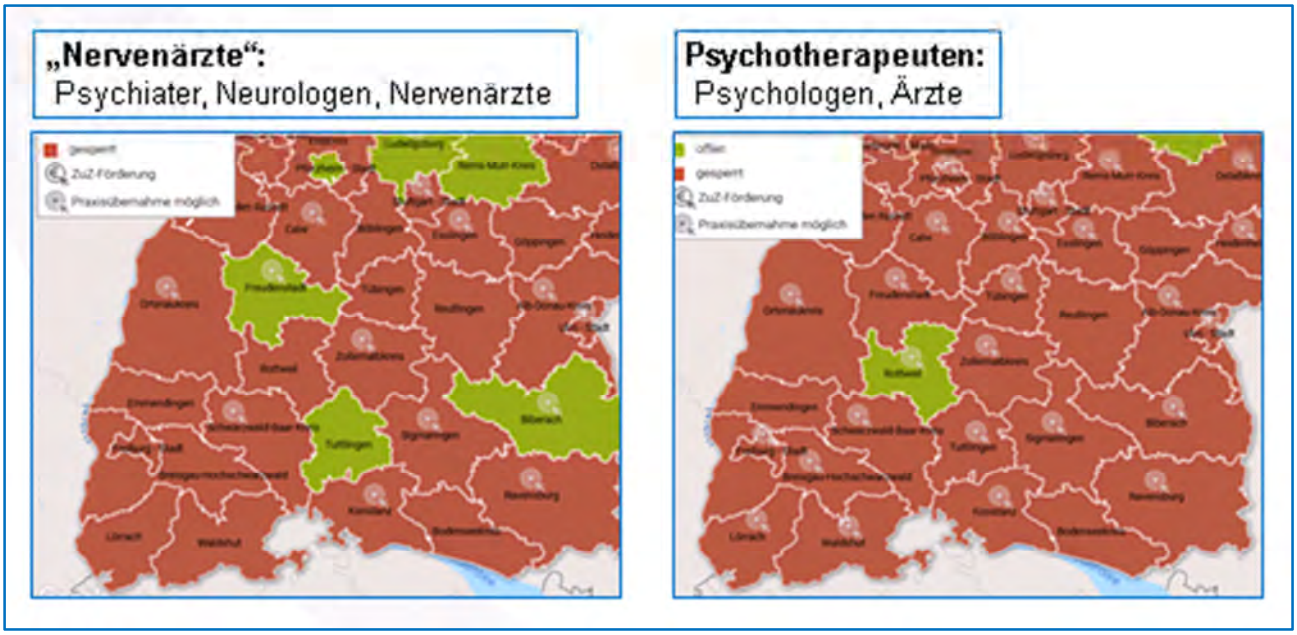


Abbildung 10: Bedarfsplanung für Baden-Württemberg; links für Nervenärzte, rechts für Psychotherapeuten (psychologische und ärztliche) – der Landkreis Lörrach ist überversorgt (rot). Eine Niederlassung ist als ärztlicher Psychotherapeut allerdings möglich (Zielscheibe mit Pfeil). Stand 24.10. 2018, KV BW (https://www.kvbawue.de/)

2.1.1. Nervenärzte im Landkreis Lörrach

Zur Berechnung der Prozentzahlen in der Bedarfsplanung (Versorgungsgrad) werden landkreisspezifische und berufsgruppen-spezifische Verhältniszahlen im Planungsbereich zugrunde gelegt. Diese angepasste Verhältniszahl beträgt im Landkreis Lörrach

30.491 Einwohner je Nervenarzt

für die Versorgung von neurologischen und psychiatrischen Patienten. In Städten (z.B.: Karlsruhe, Mannheim, Heidelberg, Pforzheim, Ulm, Heilbronn, Stuttgart, Freiburg) beträgt die Zahl dagegen:

13.000 Einwohner je Nervenarzt.

Die Bedarfsplanung postuliert, dass in Städten der Anteil psychisch Kranker höher ist als in eigen- oder mitversorgten Gebieten und daher mehr Nervenärzte und Psychotherapeuten notwendig sind. Das bedeutet, dass sich in den Städten 2-3-mal so viele Nervenärzte/ Einwohner niederlassen können, ohne dass diese als „ überversorgt“ gelten.

Bezogen auf die angepasste Verhältniszahl von 1 Nervenarzt pro 30.491 Einwohner, beträgt der Versorgungsgrad ohne ermächtigte Ärzte und Einrichtungen für den Landkreis Lörrach **142,5 %**. Damit ist der Landkreis Lörrach deutlich überversorgt, es können sich keine Nervenärzte niederlassen.

100-110 % gilt als normale Versorgung (Zielversorgung), ab 110 % wird der Planungsbereiche für die Niederlassung gesperrt.

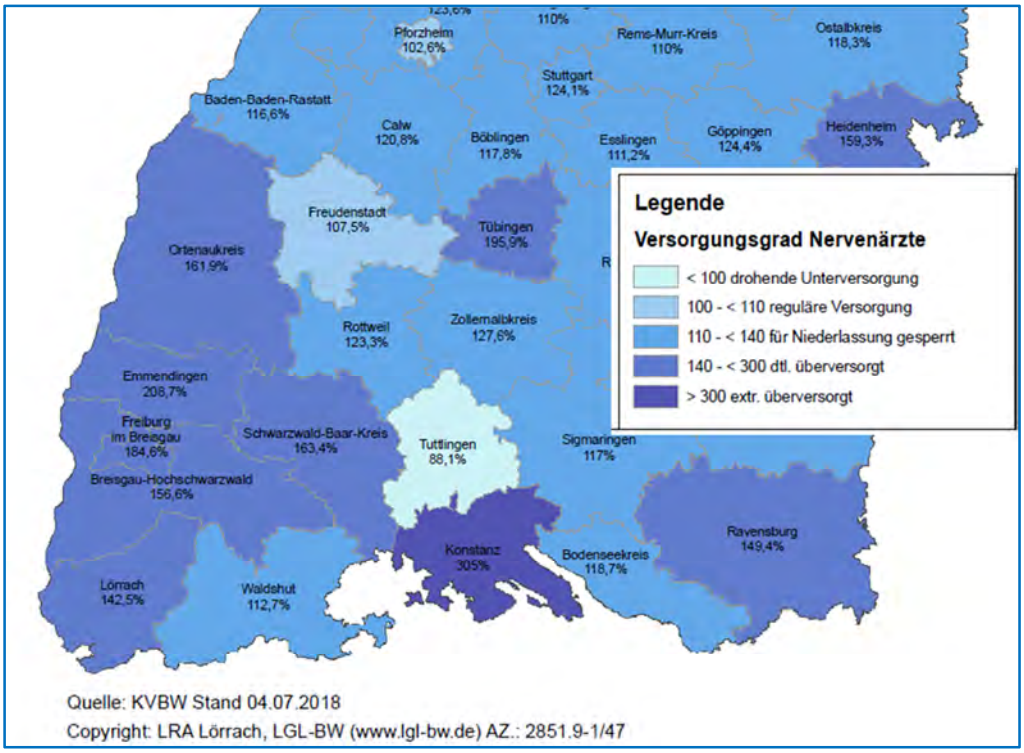


Abbildung 11: Versorgungsgrad für Nervenärzte: Fachärzte für Psychiatrie, Neurologie, Nervenärzte, Zahlen der KV BW, Stand 04.07.2018 (s. große Karte im Anhang)

Bezieht man die absoluten Zahlen (10,65 Versorgungsaufträge, von der KV BW auf 11 aufgerundet) auf die Einwohnerzahl (227.939) so ergeben sich **0,47 Nervenärzte pro 10.000 Einwohner** (Stand 07/2018).

Zum Vergleich: Freiburg Stadt hat 1,33 Nervenärzte/ 10.000 Einwohner.

Um zwischen den einzelnen Fachärzten innerhalb der Gruppe „Nervenärzte“ differenzieren zu können, haben wir Daten bei der KV BW angefragt. Mit Stand vom 13.08.2018 meldet uns die KV BW, dass die 15 Ärzte dieser Gruppe im Landkreis Lörrach sich wie folgt aufteilen:

	I. Quartal 2013 *(Anzahl)*	**I. Quartal 2018** *(Anzahl)*
Fachärzte für Neurologie	1	**5**
Fachärzte für Nervenheilkunde	6	**4**
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (PT > 30%)	1	**1**
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (PT <= 30%)	3	**5**
Versorgungsaufträge gesamt	11	**11**

Tabelle 3: Fachgruppen der “Nervenärzte” im Landkreis Lörrach (Daten der KV BW, Stand 13.08.2018)

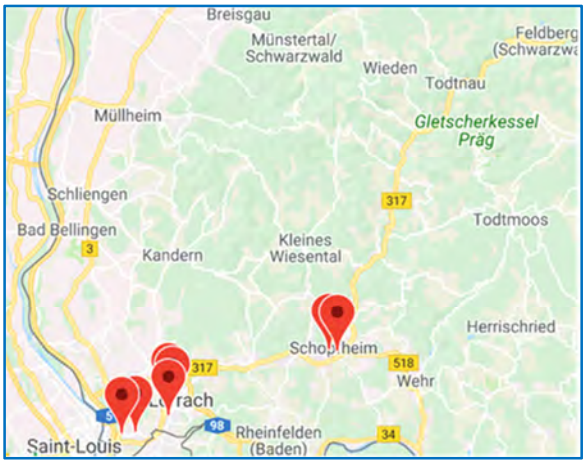
Folgende Tendenzen sind ablesbar:

- Die Anzahl der Fachärzte für Nervenheilkunde ist in den letzten 5 Jahren rückläufig ist, da die Ärzte das Ruhestandsalter erreichen und keine neuen Fachärzte mit dieser Bezeichnung nachrücken können (Änderung der Facharztbezeichnung).
- Dafür hat sich die Anzahl der Fachärzte für Neurologie sehr stark erhöht (von 1 auf 5).

- Die Anzahl der Fachärzte für Psychiatrie mit einem geringen Anteil an Psychotherapie (PT<=30%) stieg von 3 auf 5.
- Unverändert gibt es einen einzigen Psychiater, der hauptsächlich psychotherapeutisch arbeitet (PT >30%).

Die Summe der ärztlichen Versorgungsaufträge ist seit 2013 mit 11 Versorgungsaufträgen („Sitzen“) stabil, verteilt sich inzwischen jedoch nicht mehr auf 11, sondern auf 15 Köpfe, da nicht jeder Arzt zu 100 % arbeitet.

Auf der Homepage der KV Baden-Württemberg (KV BW, Abfrage vom 08.05.2018) finden sich 10 Arzteinträge bei der Facharztsuche „Psychiatrie/ Psychotherapie (PT) für den Landkreis Lörrach“ (nicht psychologische Psychotherapeuten). Lediglich in den Städten Weil am Rhein, Lörrach und Schopfheim sind Psychiater niedergelassen (siehe Karte).



Becker	Dr. med.	Facharzt für Psychiatrie und PT
Bisser	Dr. med.	Facharzt Nervenheilkunde Zusatzbezeichnung: Psychoanalyse, PT
Brandt	Dr. med.	Facharzt für Psychiatrie und PT
Dannegger	Dr. med.	Facharzt für Psychiatrie Zusatzbezeichnung: Psychotherapie
Dorfmüller-Küchlin	Dr. med.	Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Geth	Dr. med.	Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Glocker	Prof. Dr. med.	Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Loch		Facharzt für Psychiatrie und PT Zusatzbezeichnung: Suchttherapie/-medizin
Schmid-Burgk	Dr. med.	Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Tscheulin		Facharzt für Psychiatrie und PT

Abbildung 12: Homepage KV BW, Arztsuche „Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie“, „Landkreis Lörrach“ ergibt 10 Namen an 7 Standorten (https://www.arztsuche-bw.de/, Abfrage vom 22.01.2019)

Aus persönlichen Gesprächen wird deutlich, dass von den aufgeführten 10 Namen nur vier Ärzte allgemein-psychiatrische Patienten in Vollzeit behandeln.

Mehrere Fachärzte für Psychiatrie sind gleichzeitig auch Fachärzte für Neurologie und behandeln teilweise oder ausschließlich neurologische Patienten.

2.1.2. Psychotherapeuten im Landkreis Lörrach

Die angepasste Verhältniszahl beträgt für den Landkreis Lörrach:

6.042 Einwohner je Psychotherapeut.

In Freiburg sind doppelt so viele Psychotherapeuten pro Einwohnerzahl vorgesehen, die Verhältniszahl beträgt:

3.000 Einwohner je Psychotherapeut.

Es sind 43,35 Versorgungsaufträge („Sitze“) für Psychotherapeuten vergeben (ohne ermächtigte Ärzte und Einrichtungen). Davon sind aber nur 5,85 ärztliche Psychotherapeuten.

Es können sich im Landkreis Lörrach noch weitere 3,7 Ärzte als Psychotherapeuten niederlassen. Erst dann wird die Quote von 25% ärztliche Psychotherapeuten/ Gesamtzahl erreicht, obwohl der Gesamtversorgungsgrad bei 114,9 % in der Überversorgung liegt und damit der Planungsbereich „gesperrt“ ist.

Die folgenden Karten von Baden-Württemberg (Abbildung 13) und Deutschland (Abbildung 14) zeigen die regionale psychiatrische Versorgungsdichte:

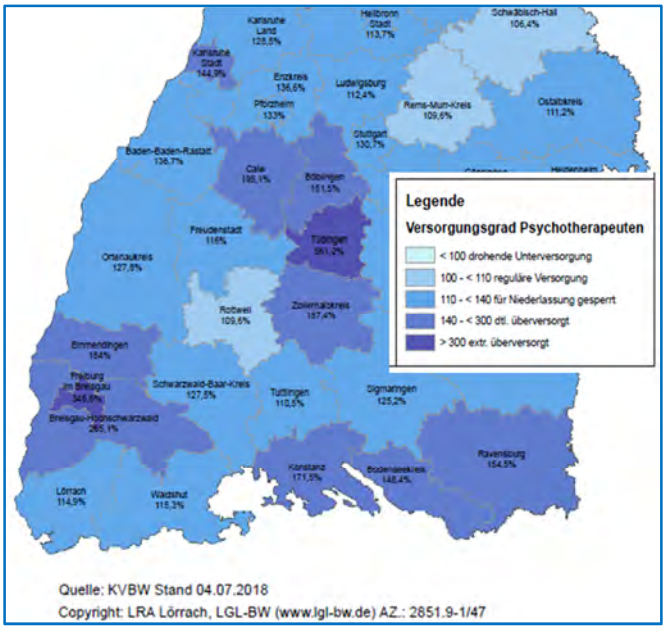


Abbildung 13: Baden-Württemberg Versorgungsgrad für Psychotherapeuten 114,9%, Daten der KV BW, 2018

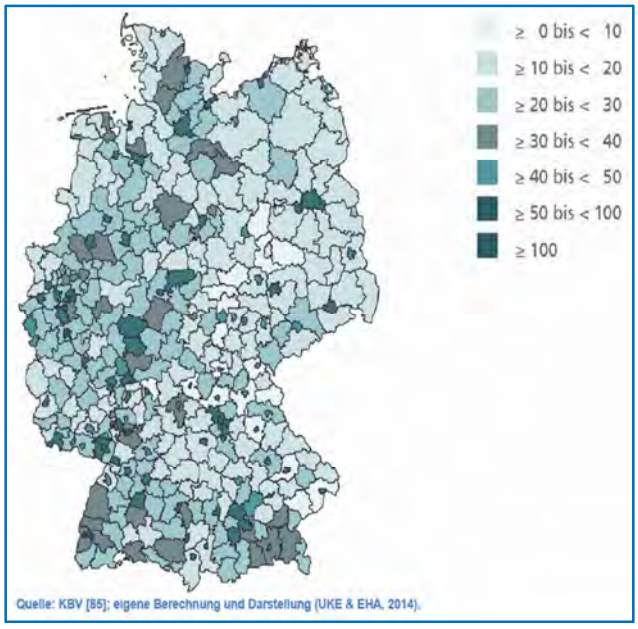


Abbildung 14: regionale Verteilung der psychiatrischen Facharzt- und Psychotherapeutendichte, 2011 (Bertelsmann Stiftung, 2014)

Im Vergleich zur deutschlandweiten Versorgung mit psychiatrischen Fachärzten und Psychotherapeuten liegt der Landkreis Lörrach im Mittelfeld.
Für Südbaden muss man allerdings feststellen, dass die nördlichen Nachbarlandkreise deutlich besser mit Psychotherapeuten versorgt sind, der Landkreis Waldshut ähnlich wie Lörrach.

Berechnet man wieder die absolute Anzahl der Versorgungsaufträge Psychotherapie (43,35, abgerundet von der KVBW auf 43) auf die Einwohnerzahl, so zeigt sich:
1,9 Psychotherapeuten/10.000 Einwohner sind als Psychotherapeutendichte eher wenig in Baden-Württemberg (Stand 07/2018).
Freiburg Stadt hat zum Vergleich 11,62 Psychotherapeuten/10.000 Einwohner und damit die höchste Dichte in ganz Baden-Württemberg.

Im Landkreis Lörrach gibt es laut Homepage der KVBW (Arztsuche, Stand 07/2018) 84 niedergelassene Psychotherapeuten:

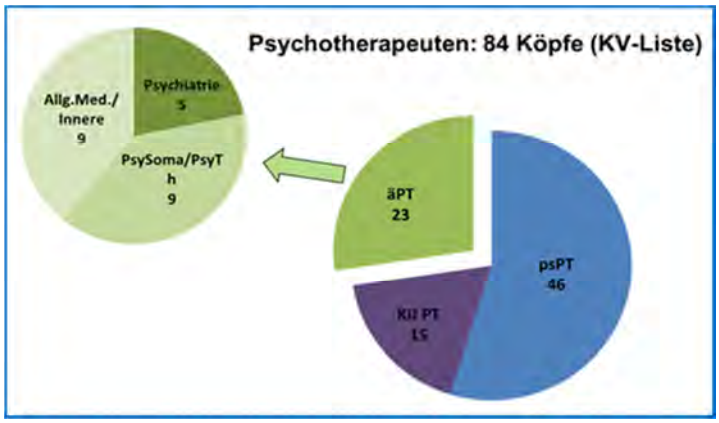


Abbildung 15: 84 Psychotherapeuten, Abfrage der Arztsuche (Homepage KVBW, 2018).

Verschiedene berufliche Hintergründe:

- Medizinstudium (**grün**) mit anschließender unterschiedlicher Facharzt-Weiterbildung (kleine grüne Torte)
- Psychologie-Studium (**blau**)
- Spezialisierung auf Kinder/Jugendliche (**lila**)

- 46 psychologische Psychotherapeuten
- 15 Kinder und Jugendpsychotherapeuten
- 23 ärztliche Psychotherapeuten.

Die ärztlichen Psychotherapeuten setzen sich aus den Berufsgruppen Facharzt für Psychiatrie (5), Facharzt für Psychosomatik/ Psychotherapie (9) und Facharzt für Allgemeinmedizin/Innere mit Zusatzqualifikation Psychotherapie (9) zusammen. Aus diesen Daten lässt sich nicht ableiten, ob oder in welchem Umfang der Facharzt Psychotherapie anbietet.

Der Landkreis ist erst seit 2018 für weitere Niederlassungen bei Psychotherapeuten gesperrt. Noch 2017 waren 0,5 Sitze unbesetzt. Derzeit (2019) können sich nur ärztliche Psychotherapeuten zusätzlich niederlassen (25%Quote) oder volle Versorgungsaufträge werden in 2 halbe Sitze geteilt.

Nicht nur sind im Landkreis Lörrach deutlich weniger Psychotherapeuten als in den Städten. Die Niedergelassenen sind auch deutlich älter, wie man in der folgenden Baden-Württembergkarte sieht:

41% der psychologischen Psychotherapeuten im Landkreis Lörrach sind älter als 60 Jahre!

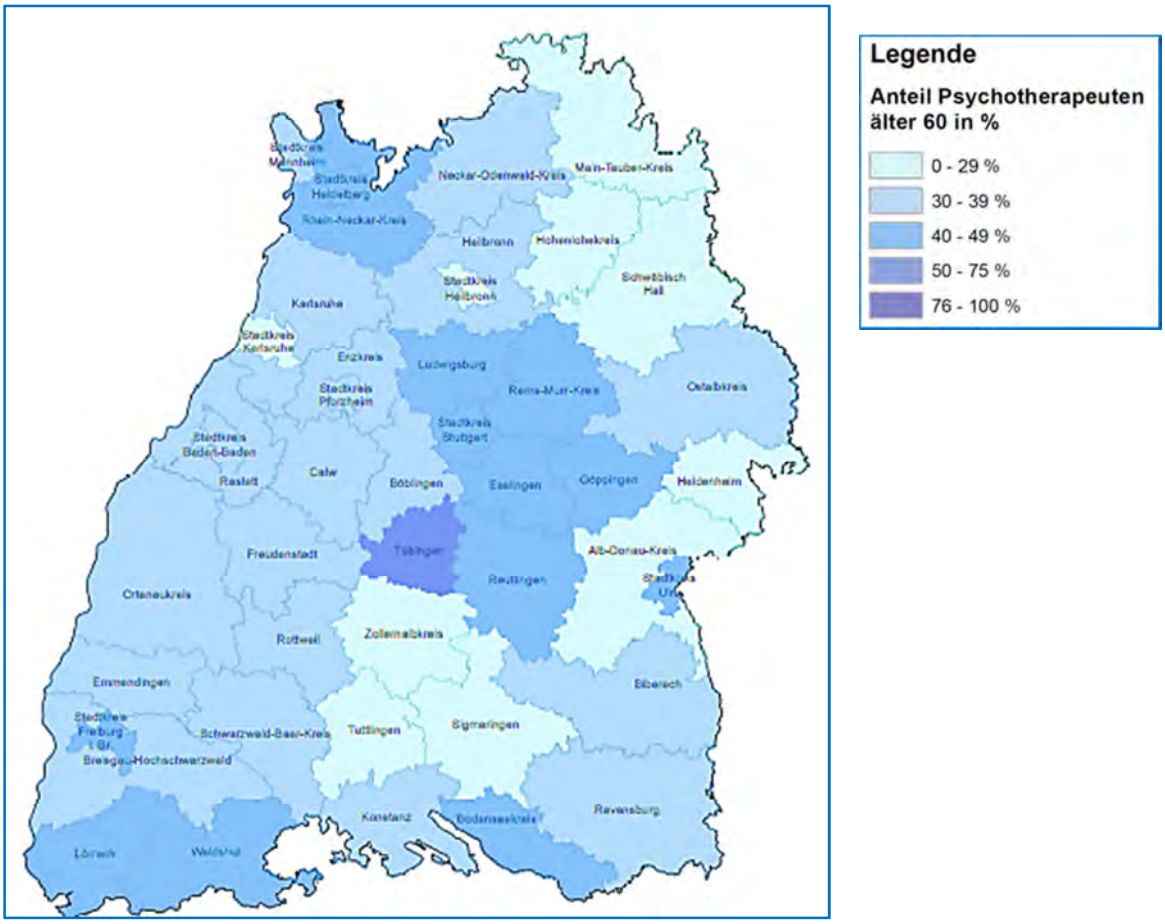


Abbildung 16: Anteil Psychotherapeuten 60 Jahre und älter (Daten KV BW)

2.1.3. Tendenz Teilzeit

In der folgenden Grafik ist die Anzahl der Versorgungsaufträge („Sitze“) und der Ärzte/ Therapeuten („Köpfe“) im Verlauf vom 1.Quartal 2013 bis zum 1.Quartal 2018 sowohl für Nervenärzte als auch für psychologische Psychotherapeuten aufgezeigt:

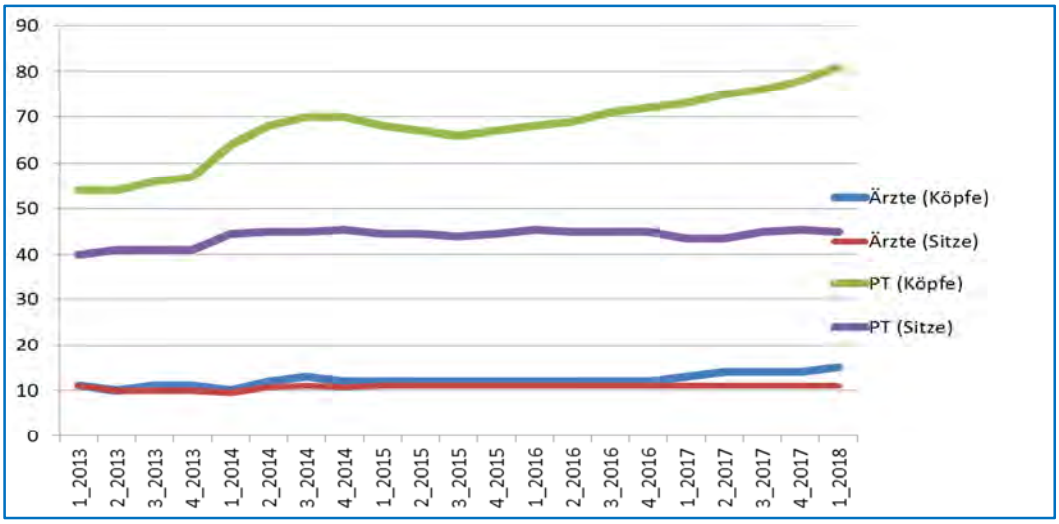


Abbildung 17: Entwicklung der Versorgung durch Nervenärzte und Psychotherapeuten 2013-2108, jeweils Anzahl der Versorgungsaufträge („Sitze“) und Versorger („Köpfe“) im Landkreis Lörrach (angefragte Daten der KV BW, Stand 13.08.2018)

- Bei den Psychotherapeuten fällt in den letzten Jahren (insbesondere seit 2016) die zunehmende Arbeit in Anstellung und in Teilzeit auf. Die Änderungen der PTRL mit erstmals vorgeschriebenen Erreichbarkeiten und Sprechstundenzeiten wurden 2016 angekündigt und traten 2017 in Kraft.
- Verteilten sich 2013 die 40 Versorgungsaufträge Psychotherapie (Abbildung: lila Linie) noch auf 53 Köpfe (Abbildung: grüne Linie), so sind es 2018 45 Versorgungsaufträge auf 66 Köpfe; ein Zuwachs von 12,5 % mehr Sitzen bei 24,5% mehr Psychotherapeuten.
- Innerhalb von 2 Jahren (I/2016-I/2018) sind 10 Psychotherapeuten hinzugekommen.
- 2018 arbeiten mehr Psychotherapeuten in Teilzeit (n=42, 64 %) als in Vollzeit (n=24).
- Im Vergleich dazu fällt auf, dass bei den Nervenärzten die Anzahl der Versorgungsaufträge konstant bei 11(rote Linie) bleibt, sich inzwischen (2018) aber auf 15 Köpfe (blaue Linie) statt auf 11 Köpfe (2013) verteilt: ein Zuwachs von 36% Ärzten.
- Auch hier arbeitet inzwischen die Hälfte der Ärzte in Teilzeit (n=8, 53%), während noch 7 Ärzte in Vollzeit arbeiten.

„Es ist unbedingt darauf hinzuweisen, dass zum Beispiel bei der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung einerseits die niedergelassenen Kollegen ihre Sitze in letzter Zeit, durch Aufteilung bzw. Halbierung die Anzahl deutlich erhöht haben. Andererseits haben immer noch die meisten Praxen lange Wartezeiten und kündigen dies bereits am Telefon an, was bedürftige Patienten sowohl bei uns in der Psychosomatik, noch mehr aber offensichtlich in der Psychiatrie abschreckt, so dass es vielen psychotherapiebedürftigen Patienten nicht gelingt, aushaltend standhaft nach ambulanter Psychotherapie zu suchen und hier ein großer Bedarf an ambulanter Psychotherapie ungedeckt bleibt.“
(Dr. Th. Unterbrink, Leitung Abteilung Psychosomatik)

2.1.4. Hausärzte

Der Hausarzt bildet meist die erste Anlaufstelle für den Patienten und fungiert als Lotse und „Gatekeeper“, indem er den Behandlungsverlauf steuert und den Zugang zur weiteren fachärztlichen (sekundären) Versorgung (zumeist) initiiert und kontrolliert. Dementsprechend sieht der Hausarzt auch eine hinsichtlich der Beschwerden unselektierte Patientenklientel, während der Facharzt oder Psychotherapeut (zum großen Teil) eine vorselektierte Klientel behandelt.

Die Bedarfszahlen weisen den Landkreis als gut versorgt mit Hausärzten aus - besser als viele andere Gebiete in Deutschland:

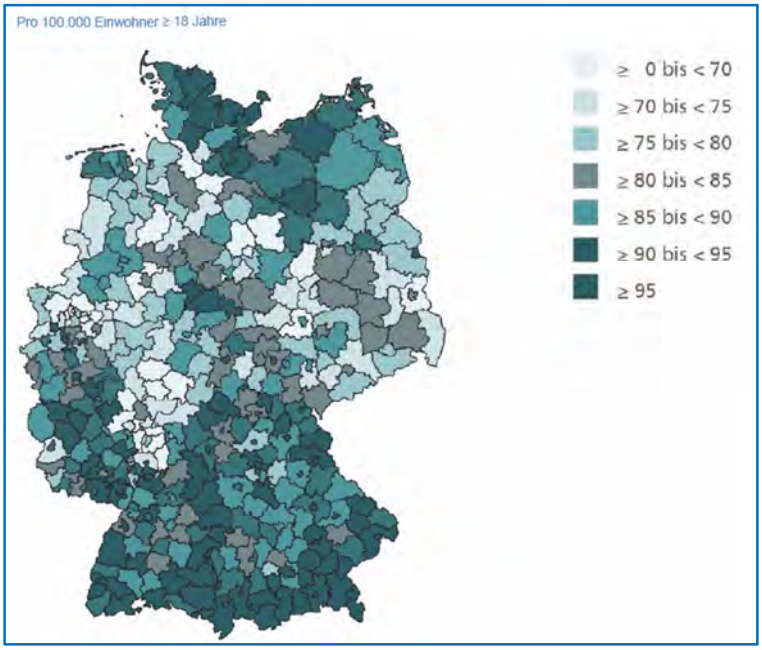


Abbildung 18: Regionale Verteilung der Hausarzt-Dichte, Daten KBV 2011, Darstellung (Bertelsmann Stiftung, 2014)

Am Beispiel der Depression wird deutlich, dass der Hausarzt eine zentrale Rolle spielt. „Der größte Anteil der Depressionsdiagnosen (59%) wurde ausschließlich von einem Hausarzt gestellt." (Bertelsmann Stiftung, 2014)

Die Versorgung mit Hausärzten ist im Landkreis Lörrach aber durchaus kritisch, wie der Abschlussbericht „Hausärztliche Versorgung im Landkreis Lörrach" von 2018 zeigt. Eine schriftliche Befragung aller 149 Hausärzte im Landkreis Lörrach ergab bei einer Beteiligung von 72% Folgendes:

- Gute Versorgungszahlen nach den offiziellen Bedarfsberechnungen kaschieren kleinräumige Versorgungsengpässe – insbesondere im mittleren Wiesental.
- Die Hausärzte sind durchschnittlich älter als in vielen anderen Landkreisen in Baden-Württemberg: 32 Hausärzte (von 127 Hausärzten, die auf die Befragung geantwortet haben) wollen in den nächsten 5 Jahren ihre Praxis abgeben.
- Nur 27% der Hausärzte im Landkreis Lörrach denken, dass für die Behandlung der Patienten ausreichend Zeit zur Verfügung steht (bundesweit: 41%).

Die Chance eine psychische Erkrankung richtig zu erkennen steigt jedoch mit der Zeit, die für den Patienten aufgebracht werden kann:
In kurzen Konsultationen wurde nur ein Drittel der psychischen Störungen erkannt, in mittellangen zwei Drittel und in langen Konsultationen wurden 86% korrekt diagnostiziert. (Kruse, 2004)

*Seit 1. Januar 2009 erhält grundsätzlich jeder Arzt pro Quartal ein **Regelleistungsvolumen** (RLV) nach den Vorgaben des Honorarverteilungsmaßstabes und des Honorarvertrages.

Aber das Grundproblem ist:
das Regelleistungsvolumen* ist für die Psychiatrie ein ungeeignetes Verfahren. Bei schwer psychisch kranken Menschen eine 3-Monats-Pauschale zu bezahlen, verhindert eine sachgemäße Therapie.
E. Dannegger, niedergel. Psychiater im LK Lö

2.2. Ambulante Leistungsdaten

In der Diskussion um Versorgungskapazitäten ist es wichtig, sich anzuschauen, welche Berufsgruppe welchen Anteil an der Leistungserbringung hat.

Pro Quartal werden bundesweit durchschnittlich 1,8 Millionen gesetzlich Versicherte bei Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie/ Nervenärzten behandelt und 1,1 Millionen bei ärztlichen/psychologischen Psychotherapeuten.

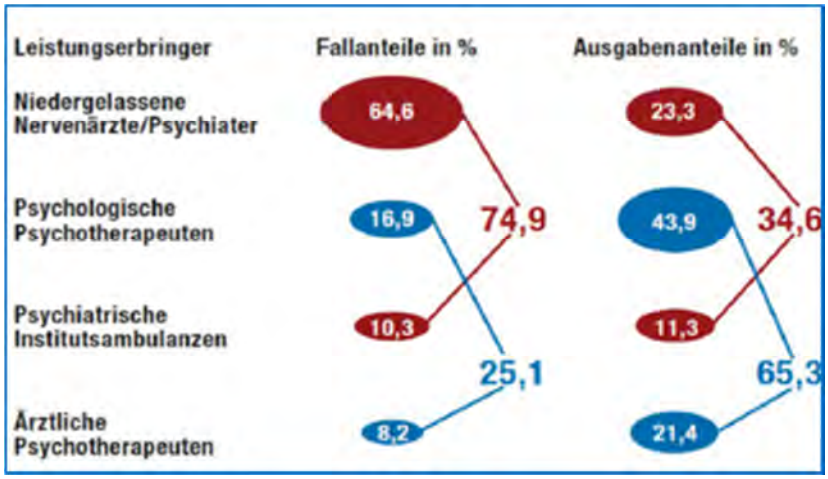
Hinzu kommen die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA), welche im Jahr 2014 etwa 2 Millionen Behandlungsfälle verzeichneten.

Die Leistungserbringung wird durch die Abrechnung von erbrachten Leistungen gesetzlich Versicherter pro Quartal bei der KV dokumentiert **(Scheinzahl)**. Bei den Zahlen handelt es sich also um Fälle, nicht um Patientenzahlen, da ein Patient jedes Quartal als Fall zählt (also vier/ Jahr bei regelmäßigen Konsultationen). Dabei haben ärztliche Leistungen beziehungsweise abrechnungsfähige Kosten eine in der regionalen Euro-Gebührenordnung (EuroGO) dokumentierte Bewertung in Euro **(Leistungsbedarf)**.

Fachärzte für Nervenheilkunde sowie für Psychiatrie und Psychotherapie haben in der Regel kurze Patientenkontakte über einen langen Zeitraum und einen hohen Durchlauf an Patienten. Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten erbringen primär lange Therapieeinheiten (50 Minuten) und niedrige Fallzahlen, Daten der KBV von IV/2015 (DGPPN, 2018)für Deutschland:

- Nervenärzte: 886 Fälle /Quartal (im LK Lörrach 887)
- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie: 482 Fälle/Quartal (LK Lörrach 512)
- Ärztliche Psychotherapeuten: 53 Fälle/Quartal
- Nicht-ärztliche Psychotherapeuten: 46 Fälle/Quartal

Für Bayern gibt es eine Gegenüberstellung der Fallanteile und Ausgabenanteile für ambulante psychiatrische Leistungen je Leistungserbringer aus dem Jahr 2006 ((Melchinger, 2008). Fachärzte für Psychiatrie, niedergelassen oder in psychiatrischen Institutsambulanzen angestellt, tragen ¾ des Fallanteils bei 1/3 der Ausgaben.



rot=psychiatrische/ PIA Leistungen mit Ausgabenanteil (%)

blau=psychotherapeutische Leistungen mit Ausgabenanteil (%)

Abbildung 19: Vergleich der unterschiedlichen Leistungserbringer mit Fallzahlen und Ausgabenanteilen, Daten aus Bayern 2006 (Melchinger, 2008), grafische Darstellung: (Nübling, 2015)

Die häufigsten Behandlungsdiagnosen (Definition siehe Seite 6) für ambulante Richtlinien-Psychotherapie sind:

- F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (82%)
- F3: Affektive Störungen (70%)

Deutlich geringere Bedeutung haben in der ambulanten Psychotherapie organische und substanzbedingte Störungen (F0, F1: 13%), Persönlichkeits-/Verhaltensstörungen (F6: 17%) und Verhaltensauffälligkeiten (F5:12%). (DPGGN-Dossier)

Der Kranke braucht sowohl eine medikamentöse Therapie mit regelmäßiger Anpassung und Begleitung durch einen Psychiater, als auch eine zeitintensive therapeutische Begleitung über einen längeren Zeitraum bei einem Psychotherapeuten, eine soziale Unterstützung, um Teilhabe zu gewährleisten, stationäre und teilstationäre Angebote, schnellzugängliche Angebote in Krisensituationen und an Wochenenden, Unterstützung bei Wohnen und Arbeiten und vieles mehr. Die Leistungen der Einzelnen lassen sich nicht direkt in Zahlen vergleichen.

„In der psychiatrischen Fachwelt besteht weitgehend Übereinstimmung darin, dass die gegenwärtige ambulante Versorgung unter fachlichem wie unter ökonomischem Blickwinkel in weiten Bereichen als unzureichend und nur begrenzt effektiv zu werten ist.
Anders ausgedrückt:
Gegenwärtig hängt es weniger vom Schweregrad der Erkrankung beziehungsweise von den individuellen Behandlungserfordernissen als vielmehr vom Zufall oder von örtlichen Gegebenheiten ab, ob ein psychisch Kranker überhaupt, in welchem Krankheitsstadium und von welchem Facharzt behandelt wird.

Der Behandlungsbedarf von psychisch Kranken stellt sich auf einem breiten Kontinuum dar. Der finanzierte Umfang der Behandlung ist aber in diskrete Gruppen eingeteilt: Dem Psychiater und Nervenarzt steht für die Behandlung ungefähr eine halbe Stunde Behandlungszeit pro Quartal zur Verfügung, den PIAs (Psychiatrischen Institutsambulanzen) etwa vier Stunden, ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten zehn Stunden und mehr.“ (Lübbe, 2008)

2.2.1. Nervenärzte im Landkreis Lörrach

Die Leistungsdaten in den folgenden Abschnitten erhielten von der KV BW auf Anfrage (Stand 13.08.2018).

Nervenärzte im Landkreis Lörrach insgesamt, also Neurologen und Psychiater gemeinsam, versorgen knapp 10.000 Patienten im Quartal. Darunter fallen kurze Termine mit Medikamenten-/ Verlaufskontrolle als auch längere (Gesprächs-)Termine bei Erstvorstellung oder Krisenintervention. Neurologen versorgen diagnosebedingt mehr Patienten als Psychiater und rechnen mehr Leistungen ab.

Arbeitet ein Psychiater überwiegend psychotherapeutisch mit längeren Gesprächssitzungen, behandelt er deutlich weniger Patienten/ Quartal, ähnlich wie psychologische/ ärztliche Psychotherapeuten. Er verbringt mehr Zeit pro Patient und sieht diesen mit regelmäßigen Abständen mit einem therapeutischen Ansatz: Therapiezeiten und -dauer sind festgelegt, Verlängerungen müssen beantragt werden. Der Medizinische Dienst prüft die Abrechnungen.

Daher erstaunt es nicht, dass 11 Nervenärzte mehr als 3-mal so viele Fälle (Scheine) behandeln wie 45 Psychotherapeuten zusammen:

- 11 Versorgungsaufträge (VA) Nervenärzte rechnen pro Quartal knapp 10.000 Scheine ab (888 Scheine/ VA Nervenarzt)
- 45 Psychotherapeuten dagegen nur 2.305 Scheine (51 Scheine/ VA Psychotherapeut).

		I / 2013	I / 2018	Zuwachs
Nervenärzte	**Scheine**	9.010	9.763	8,4 %
	Sitze	11	11	0
	Personen	11	15	36%
Davon Psychiater	**Scheine**	2.918	3.074	5,3 %
	Sitze		6,0	
Psychotherapeuten	**Scheine**	1.904	2.305	21 %
	Sitze	40	45	12,5 %
	Personen	53	66	24,5 %

Tabelle 4: Entwicklung der Versorgungs- und Leistungsdaten 2013-2018: Versorgungsaufträge („Sitze"), Anzahl Ärzte/ Psychotherapeuten („Köpfe"), abgerechnete Leistung pro Quartal („Scheine"), (KV BW, 13.08.2018)

Das zeigt aber auch, dass die Niederlassung eines zusätzlichen Psychiaters eine deutlich größere Auswirkung auf die Versorgungsquantität psychisch Kranker zeigen würde als die Niederlassung eines zusätzlichen Psychotherapeuten. Beide werden gleichermaßen gebraucht.

Die Entwicklung über die letzten fünf Jahre hat für den Landkreis Lörrach nur eine leichte Steigerung der Scheinzahlen bei den Nervenärzten (+8%) gezeigt. Es gab auch keine Anpassung bei den Anzahl der Versorgungsaufträge der Nervenärzte (n=11) und nur wenig Zuwachs bei den „Köpfen" (von 11 auf 15). Eine Interpretation wäre, dass Nervenärzte an ihrer Leistungsgrenze arbeiten: auch zwei Ärzte in Teilzeit, die einen Versorgungsauftrag abdecken, können nicht mehr Leistung erbringen als einer in Vollzeit.

Dagegen sieht man bei der psychotherapeutischen Versorgung eine deutliche Steigerung der abgerechneten Leistung (+20%) parallel zu einer Steigerung der Versorgungsaufträge von 40 auf 45 und einer deutlichen Zunahme der Anzahl der Psychotherapeuten von 53 auf 66 (+24,5%).

Bereits 2017 (im Rahmen des Hausärzteberichtes) wurden Leistungsdaten für den Landkreis Lörrach bei der KVBW angefragt:

Der durchschnittliche Leistungsbedarf/ Quartal (GKV) im Zeitraum 3/2016-1/2017 betrug:

- bei Fachärzten für Psychiatrie mit einem hohen Psychotherapieanteil (>30 %) 94.300 €
- für Fachärzte für Psychiatrie mit einem geringen Psychotherapieanteils 169.400 €.
- Im Vergleich dazu betrug der durchschnittliche Leistungsbedarf bei Hausärzten im gleichen Zeitraum 134.000 €.

Die abgerechnete durchschnittliche Scheinzahl/ Quartal (GKV) betrug:

- bei Fachärzten für Psychiatrie mit Psychotherapie >30% 544
- bei Fachärzten für Psychiatrie (PT < 30%) 1.743 Scheine
- Im Vergleich dazu betrug die durchschnittliche Scheinzahl bei Hausärzten im gleichen Zeitraum 2.050 pro Quartal.

Patientenklientel

Wir wollten gerne das Diagnosespektrum von Neurologen, Psychiatern und Psychotherapeuten miteinander vergleichen, um zu zeigen, bei welcher Berufsgruppe der Versorgungsschwerpunkt von schwer psychisch kranken Patienten im Landkreis Lörrach liegt.

Folgende Daten haben wir für den Landkreis Lörrach dazu erhalten:

	I. Quartal/ 2013	I. Quartal/ 2018
Abgerechnete Scheine der Psychiater (n= 6,0 Versorgungsaufträge)	2.918	3.074
davon mit psychiatrischer Diagnose	2.877	2.965

Tabelle 5: angefragten Daten der KV BW (Stand 13.08.2018)

- 6,0 Versorgungsaufträge Psychiatrie versorgen ca. 3.000 psychiatrische Patienten pro Quartal
- Psychiater haben also ca. 500 Fälle/Quartal/Psychiater (Gruppe der Nervenärzte zusammen mit Neurologen: 888 Fälle/Quartal).
- Keine Angaben über Diagnosegruppen.
- Für Neurologen und Psychotherapeuten haben wir keine Daten zu der Fragestellung erhalten.

Psychiater versorgen auch 3% minderjährige Patienten, bei einer sehr schlechten Versorgungslage für psychisch kranke Kinder und Jugendliche im Landkreis Lörrach:
Versorgungsgrad für Kinder- und Jugendpsychiater in der Region Hochrhein-Bodensee beträgt 79,6% mit 2,5 Niederlassungsmöglichkeiten bis zur Sperrgrenze (Stand 07/2018).

Vergleich zur durchschnittlichen Leistungserbringung in Baden-Württemberg

In den Quartalen 3/2016 bis 1/2017 lag der durchschnittliche Leistungsbedarf im Landkreis Lörrach 10,6% über der Fachgruppe Baden-Württemberg, die durchschnittliche Scheinzahl im Landkreis Lörrach 1,5 % unter der Fachgruppe.

Leider liegen uns nur für den Landkreis Lörrach die Anzahl der Versorgungsaufträge Psychiatrie (n=6) vor, nicht für Baden-Württemberg. Daher wird für einen Vergleich die Fallzahl mit psychiatrischen Diagnosen pro Quartal auf die Gesamtgruppe der Nervenärzte bezogen (Psychiater und Neurologen, n=11), was die deutlich geringere Scheinzahl in der Abbildung 20 (n= 278) erklärt im Vergleich zu Tabelle 5 (n=500).

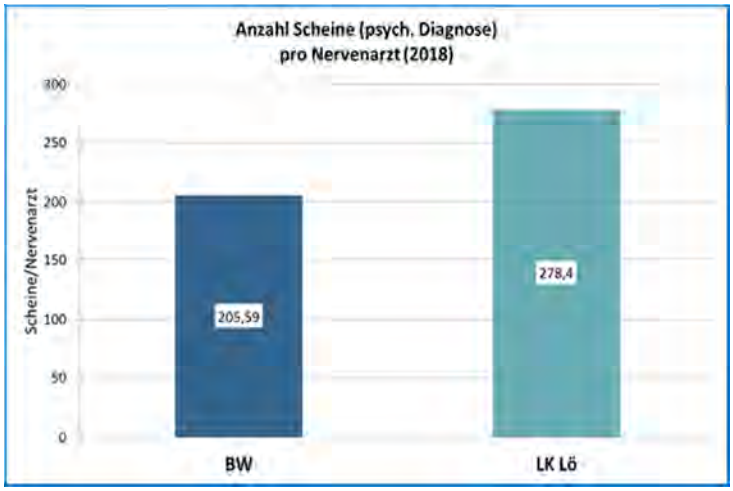


Abbildung 20: Anzahl Scheine/Quartal mit psychiatrischer Diagnose pro Nervenarzt, Vergleich BW und LK Lö
(1. Quartal 2018, angefragte Daten der KVBW, 13.08.2018)

- im Schnitt rechnet in BW jeder Nervenarzt 205,59 Scheine/Quartal mit einer psychiatrischen Diagnose ab
- im Landkreis Lörrach sind es sogar 278,4 Scheine

Im Landkreis Lörrach rechnen die Nervenärzte 8,8 % mehr Scheine mit psychiatrischen Diagnosen ab als im Landesdurchschnitt.

Es ist nicht anzunehmen, dass es mehr Patienten im Landkreis Lörrach gibt oder diese intensiver betreut werden. Die Patienten verteilen sich aber auf deutlich weniger Nervenärzte als im Landesschnitt, so dass jeder Nervenarzt mehr psychiatrische Patienten versorgen muss.

Um die Entwicklung 2013 gegenüber 2018 zu betrachten, beziehen wir die abgerechnete Scheinzahl mit psychiatrischen Diagnosen (I. Quartal 2018) auf die jeweilige Einwohnerzahl von Baden-Württemberg und Landkreis Lörrach:

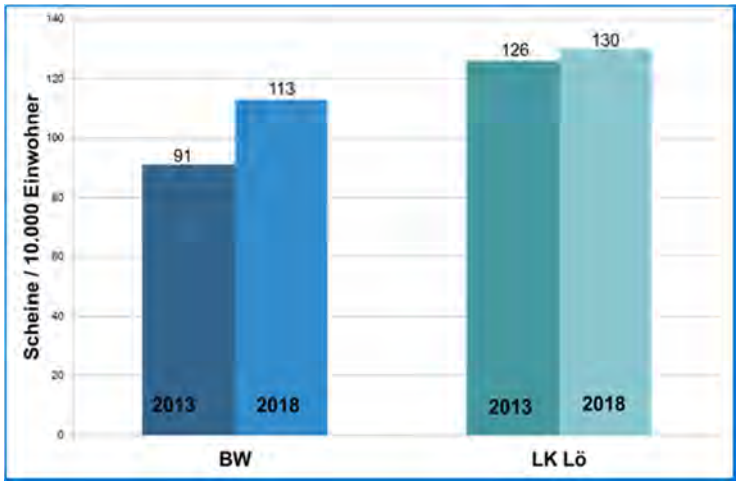


Abbildung 21: Anzahl Scheine mit psychiatrischer Diagnose (bei Nervenärzten) pro 10.000 Einwohner in BW und im LK Lörrach

- In Baden-Württemberg stieg der „Bedarf“ von 2013 auf 2018 **um 25%** an (von 91 auf 113 Scheine/Quartal)
- Im Landkreis Lörrach war der Bedarf schon 2013 deutlich höher (126 Scheine/Quartal).
- In den letzten 5 Jahren konnte die Scheinzahl nur noch **um 3%** gesteigert werden.

Einer steigenden Nachfrage/ Therapiebedarf kann im Landkreis Lörrach nicht mehr nachgekommen werden, da die Kapazitäten bereits ausgelastet sind.

2.1.2. Psychotherapeuten im Landkreis Lörrach

Behandlungsformen

Niedergelassene Psychotherapeuten bieten entweder psychoanalytisch begründete Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie) oder/ und Verhaltenstherapie an.

Drei wesentliche Veränderungen sind durch die PTRL zu berücksichtigen:

- Feste Regeln für telefonische Erreichbarkeit und fester Sprechstundenanteil
- Einführung eines orientierenden Erstgesprächs (kurzfristig) vor Therapieeinleitung
- Erhöhung der Anzahl der Versorgungsaufträge und Abgabe von halben Sitzen (s.o.)

In den letzten Jahren hat im Landkreis Lörrach darüber hinaus ein kompletter Wandel im Behandlungsspektrum stattgefunden:

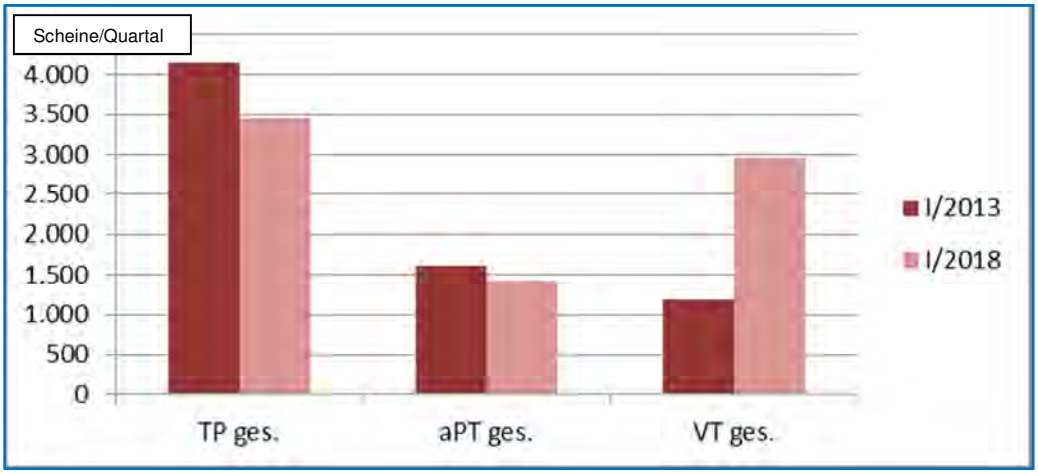


Abbildung 22: Anteil der Behandlungsformen der Psychotherapie nach abgerechneten Scheinen pro Quartal in den Jahren 2013 und 2018. (KV BW, 13.08.2018)

abgerechnete Scheine/ Quartal	I/2013	I/2018	Veränderungen zu 2013 (in%)
Tiefenpsychologische Verfahren	4.153	3.448	- 17
Analytische Psychotherapie	1.612	1.427	- 11
Verhaltenstherapie	**1.181**	**2.959**	**+ 251**

Tabelle 6: Zugehörige absolute Zahlen - Abgerechnete Scheine pro Quartal nach Behandlungsform, 2013 und 2018 im Vergleich

- Im 1. Quartal 2018 wurden im Vergleich mit 5 Jahren zuvor deutlich weniger Leistungen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie abgerechnet (-17%)
- Es wurden auch weniger analytische Psychotherapie (-11%) abgerechnet
- Die Leistungen in der Verhaltenstherapie haben sich mehr als verdoppelt!
  (Kurzzeit-VT von 776 in 2013 auf 1472in 2018, Langzeit-VT von 358 in 2013 auf 1369 in 2018)
- Insgesamt konnten 2018 628 Fälle mehr psychotherapeutisch behandelt werden als noch 2013.
- Tiefenpsychologischen Verfahren bleiben die am häufigsten abgerechneten Leistungen, inzwischen jedoch dicht gefolgt von Verhaltenstherapie.
- Die Zahl der Kurzzeit-PT hat um 7,4% zugenommen (2013: 3239, 2018: 3480).
- Die Zahl der Langzeittherapien hat um 16% zugenommen (2013: 3619, 2018: 4200).

Zu erklären ist diese Verschiebung von tiefenpsychologischen Verfahren hin zu Verhaltenstherapie durch den Wechsel bei Psychotherapeuten: Abgabe von halben Sitzen an zumeist jüngere Kollegen, die vermehrt verhaltenstherapeutische Ausbildungen haben.

Um zu sehen, ob sich dieser Trend auch landesweit vollzogen hat, wurden wie bei den Nervenärzten, die von Psychotherapeuten abgerechneten Quartalsscheine auf je 10.000 Einwohner bezogen und mit den Scheinzahlen von Baden-Württemberg verglichen:

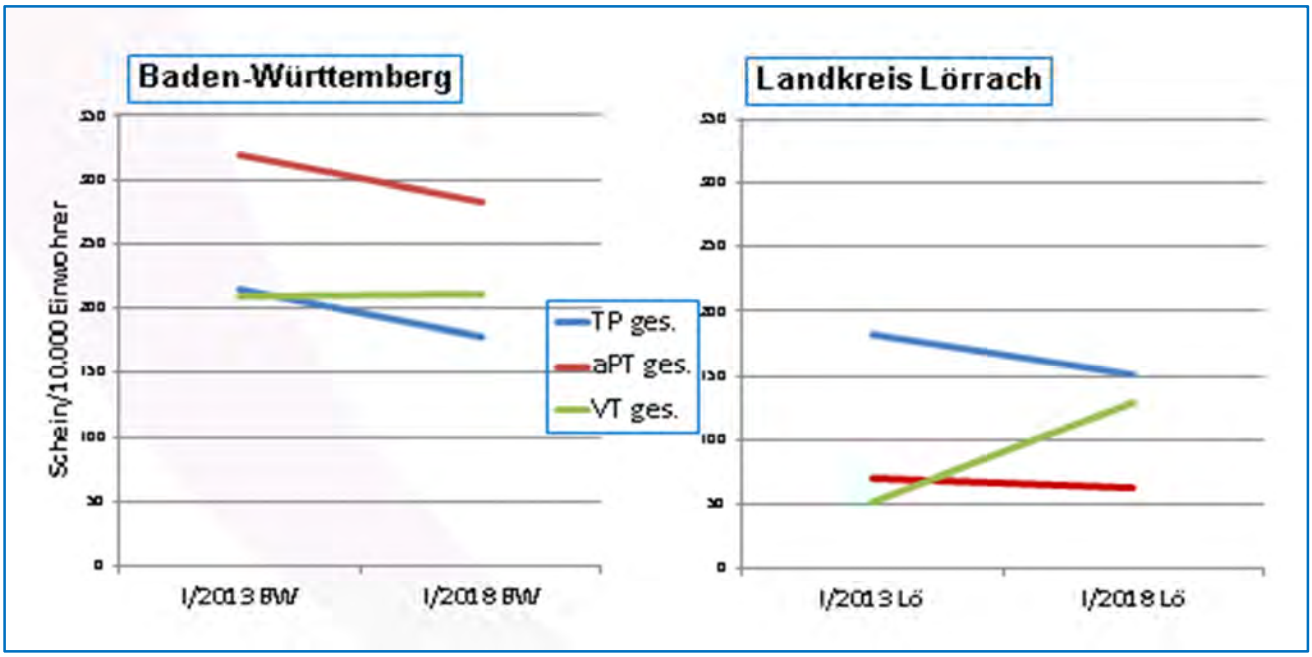


Abbildung 23: Vergleich der Entwicklung der verschiedenen Behandlungsformen der Psychotherapie im Jahr 2013 und 2018 als „Einwohner pro Schein –Verhältnis“: Tiefenpsychologische Psychotherapie (TP), analytische Psychotherapie (a PT), Verhaltenstherapie (VT)

- Im Vergleich zu BW werden im Landkreis Lörrach insgesamt nur halb so viel psychotherapeutische Verfahren pro Einwohner als Kassenleistung abgerechnet wie im Landesschnitt (Lö 344 Scheine zu BW 671 Scheine /10.000 Einwohner).
- Leistungen der analytischen Psychotherapie (aPT, rote Linie) und der tiefenpsychologischen Verfahren (TP, blaue Linie) wurden in BW und im Landkreis Lörrach 2018 weniger als in 2013 abgerechnet, die Tendenz ist auf Länderebene stärker als auf Landkreisebene
- Bei Verhaltenstherapie (VT, grüne Linie) ist im Landkreis Lörrach ein deutlicher Leistungsanstieg zu sehen von 52 auf 130 Scheine/10.000 Einwohner, während der Landesschnitt von 2013 bis 2018 gleichbleibt.
- Die Leistungen im Landkreis Lörrach liegen auch bei Verhaltenstherapie weiterhin deutlich unter dem Landesschnitt: 130 Scheine/10.000 Einwohner in Lörrach, 210 Scheine/Einwohner in Baden-Württemberg (62%).

Da sich die Leistungen der Verhaltenstherapie in den letzten Jahren so extrem verändert haben, schauen wir uns die Aufteilung an:

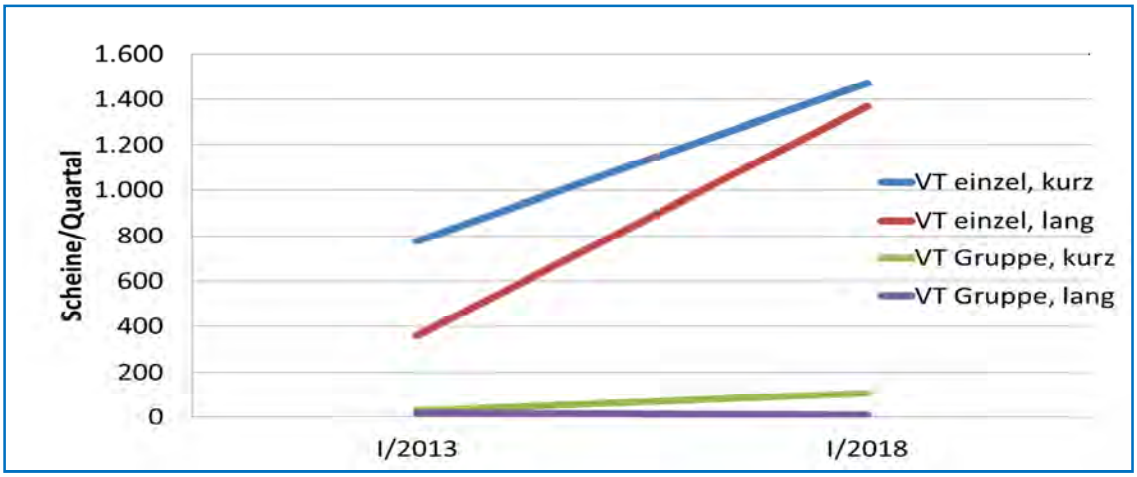


Abbildung 24: Entwicklung der Scheinzahl von 2013 auf 2018 bei Verhaltenstherapie im Landkreis Lörrach (angefragte Daten KV BW, Stand 13.08.2018)

Bei der Einzelbehandlung Verhaltenstherapie hat sich die Scheinzahl

- bei der Kurzzeittherapie fast verdoppelt (von 776 Scheinen im Quartal I/2013 auf 1.472 Scheine I/2018), 90% Anstieg
- bei der Langzeittherapie fast vervierfacht (von 358 in I/2013 auf 1.369 Scheine in I/2018).

Erfreulich ist auch die Zunahme der Kurzzeittherapie in kleinen Gruppen von 28 auf 107 Scheine: Durch Gruppenangebote können mehr Patienten in Therapie kommen bei begrenzten therapeutischen Ressourcen.

Mit der neuen Psychotherapierichtlinie (PTRL, 2017) wurden zwei neue Leistungen eingeführt: ein Sprechstundenangebot als Pflichtleistung und die Akuttherapie als „Kann-Leistung“.

Die Scheinanzahl im 1. Quartal 2018 ist in der Abbildung 25 im Vergleich zu Baden-Württemberg (pro 10.000 Einwohner dargestellt.

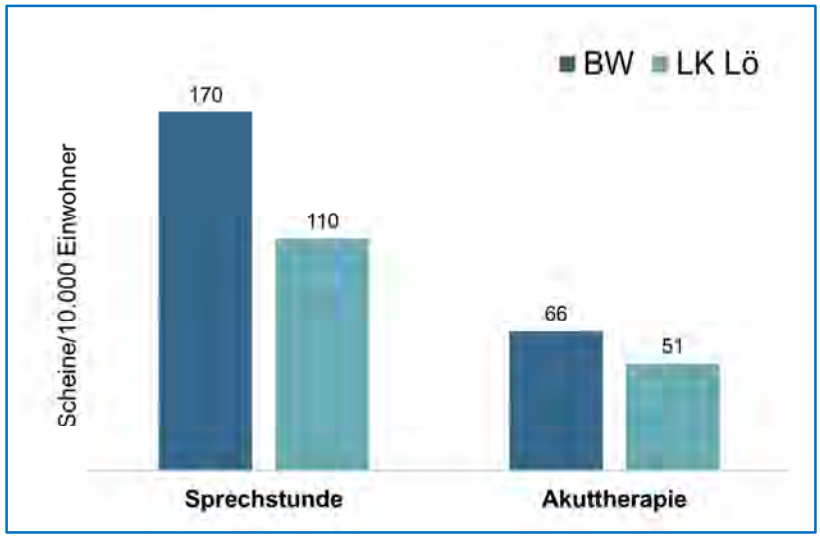


Abbildung 25: abgerechnete Scheine/10.00 Einwohner für Sprechstunde und Akuttherapie, Landkreis Lörrach und Baden-Württemberg, Daten der KV, Quartal I/2018

Beide Leistungen werden im Landkreis Lörrach (hellblaue Säule) noch deutlich weniger als im Landesdurchschnitt (dunkelblaue Säule) abgerechnet (I. Quartal 2018):

- Die Sprechstunde wird im LK Lörrach im Schnitt nur 1 Mal pro 90 Einwohnern abgerechnet (66 Scheine/10.000 Einwohner).
- Im Landesmittel wird die Sprechstunde bei einem von knapp 60 Einwohnern abgerechnet (170 Scheine/10.000 Einwohner).
- Die Akuttherapie wird im LK Lörrach nur einmal pro 200 Einwohner abgerechnet (51/10.000 Einwohner)
- Im Landesmittel dagegen einmal pro 150 Einwohner (110/10.000 Einwohner).

2.2. Zusammenfassung ambulante Versorgungsdaten Landkreis Lörrach

Nervenärzte

- Der Landkreis ist für Nervenärzte gesperrt (Versorgungsgrad 142%).
- Mit 0,5 Nervenärzten/10.000 Einwohner ist die Dichte eine der niedrigsten in Baden-Württemberg (knapp ein Drittel im Vergleich zu Freiburg Stadt)
- Unter den 11 Versorgungsaufträgen (VA) für Nervenärzte sind 6 VA für Psychiater.
- Der Anteil von niedergelassenen Neurologen in der Gruppe der Nervenärzte steigt stärker als der Anteil Psychiater.
- 50% der Fachärzte für Nervenheilkunde arbeiten in Teilzeit.
- Nicht alle Fachärzte für Psychiatrie behandeln überwiegend oder ausschließlich allgemeinpsychiatrische Patienten.
- Der Landkreis Lörrach erreicht eine deutlich geringere Zunahme bei der Behandlungsprävalenz (+2,7%) als der Landesdurchschnitt (+4,8%) von 2012 auf 2016.
- 11 Nervenärzte (VA) zusammen behandeln knapp 10.000 Fälle(9.763 Scheine)
  6,0 Psychiater behandeln 3.000 Fälle.
- Von den Nervenärzten im Landkreis Lörrach werden deutlich mehr Leistungen für Patienten mit psychiatrischen Diagnosen erbracht als von Nervenärzten im Landesdurchschnitt.
- Nervenärzte behandeln im Landkreis Lörrach mehr Patienten/Einwohner als im Landesschnitt.
- Die Anzahl der Versorgungsaufträge Psychiatrie/ Psychosomatik ist seit 2013 nicht gestiegen.

Psychotherapeuten

- Der Landkreis ist seit 2018 für Psychotherapeuten gesperrt.
- Mit 1,8 Psychotherapeuten/ 10.000 Einwohner ist der Landkreis Lörrach schlechter versorgt als die meisten anderen Landkreise; er hat nur ein Sechstel der Psychotherapeuten-Dichte von Freiburg Stadt.
- 2018 gibt es im Vergleich zu 2013 12,5% mehr Psychotherapie-Sitze und 24,5% mehr Psychotherapeuten („Köpfe“)
- 64% der Psychotherapeuten arbeiten in Teilzeit.
- 43 Psychotherapeuten (Versorgungsaufträge) zusammen behandeln gut 2.000 Fälle
  (2.305 Scheine)
- Im Landkreis Lörrach wird von Psychotherapeuten nur die Hälfte an Leistungen erbracht wie im Landesdurchschnitt.
- Die Zahl der behandelten Patienten ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen, erreicht aber auch 2018 nicht den Landesschnitt:
  2018 werden 822 Patienten/ Quartal mehr behandelt als 2013.
- Insbesondere wird 2018 deutlich mehr Verhaltenstherapie als 2013 durchgeführt (+250%), aber dennoch werden auch hier nur 62% des Landesschnitts erreicht.
- Es wurden 2018 doppelt so viele Patienten/ Quartal in Verhaltenstherapie-Gruppen behandelt (2013: 69; 2018: 154)
- Neu wurde abgerechnet (PTRL):
  2.510 psychotherapeutische Sprechstunden im 1. Quartal 2018
  1.152 psychotherapeutische Akutbehandlungen im 1. Quartal 2018

Nicht erfasst wurden die Leistungen, die privat abgerechnet oder im Kostenerstattungsverfahren erbracht wurden. Die Daten wurden angefragt, aber noch nicht erhalten.

Im Folgenden ist die geografische Verteilung der ambulanten Versorger von psychisch kranken Menschen dargestellt: Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Psychosomatik oder Psychotherapie und psychologische Psychotherapeuten. Zusätzlich sind auch kinder- und Jugendpsychotherapeuten eingetragen.

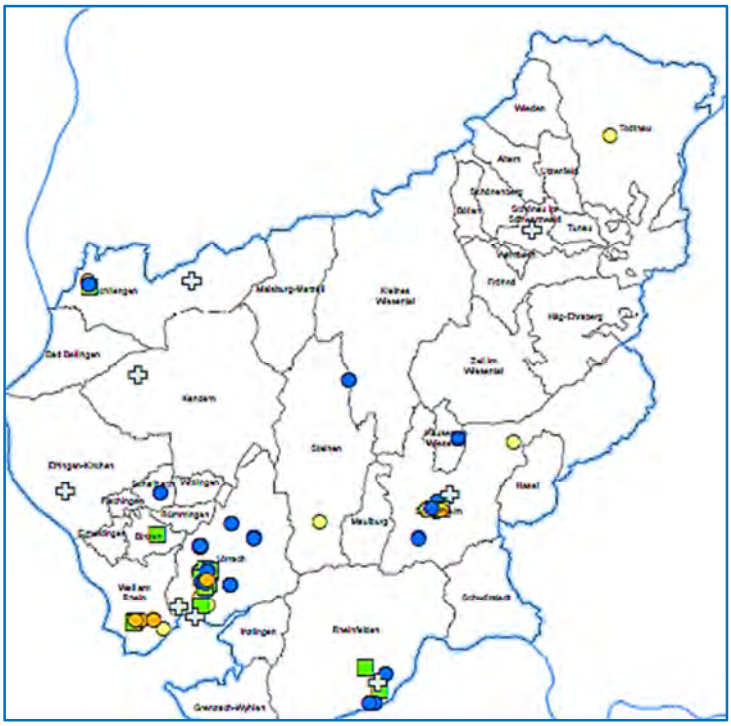


Abbildung 26: Verteilung der ambulanten Versorgung psychisch Kranker im Landkreis Lörrach mit folgenden Berufsgruppen

- Fachärzte für Psychiatrie (orange Kreise) gibt es nur in Weil, Lörrach und Schopfheim
- Psychologische PT (blaue Kreise) gibt e deutlich mehr,aber nicht im oberen Wiesetal
- Ärztliche PT (gelbe Kreise) gibt es wenig, aber auch in Todtnau
- Fachärzte Psychosomatik/ Internisten mit Zusatz (Kreuz) gibt es ebenfalls wenige

Außerdem sind Kinder- und Jugendtherapeuten eingetragen (grünes Feld).

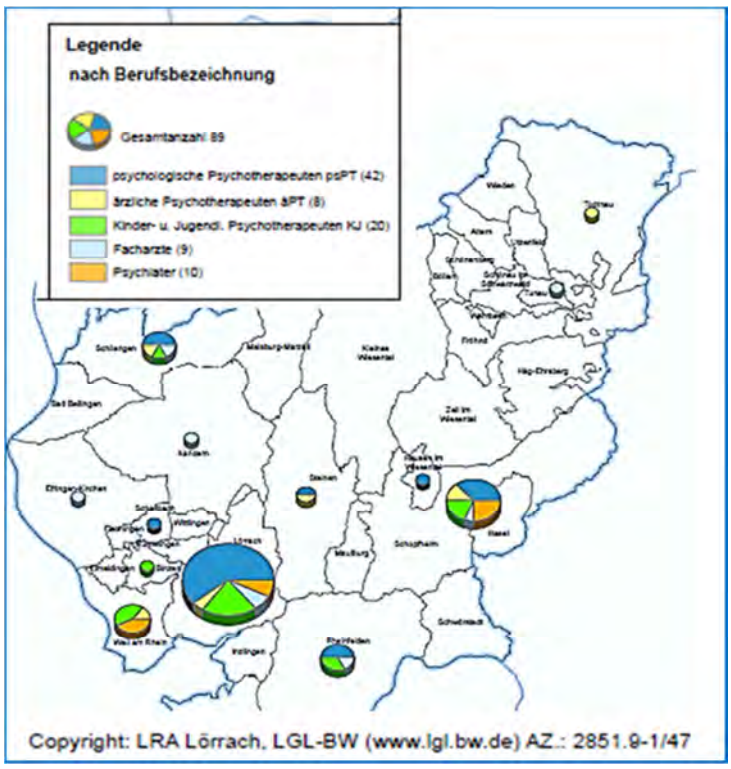


Abbildung 27: Anteilsmäßige Aufteilung der Berufsgruppen

Die Tortendiagramme geben die Aufteilung für den jeweiligen Standort an, insbesondere in den Städten:

Es überwiegen an allen Standorten psychologische Psychotherapeuten (psy.PT).

In Weil sind keine psy. PT niedergelassen.

Anteilsmäßig sind Psychiater in Schopfheim und Weil gut vertreten, in Rheinfeldern gar nicht (mehr).

2.3. Ambulante Versorgungdaten (Vergleich)

Vergleich Freiburg/Stadt

Vergleicht man die Verteilung von Psychotherapeuten in Baden-Württemberg, so fällt auf, dass städtische Gebiete deutlich mehr Psychotherapeuten pro Einwohner haben. Der Landkreis Lörrach hat 227.939 Einwohner (Berechnungsgrundlage KVBW 2018), Freiburg Stadt 227.972, also sehr ähnlich.

- in Freiburg sind 264,9 Versorgungsaufträge für Psychotherapeuten vergeben
- im Landkreis Lörrach nur 43,35.

Das sind mehr als 6 Mal so viele Psychotherapeuten-Sitze in Freiburg-Stadt!

Für den Bezirk Freiburg stellt die KV zwar eine Überversorgung von 181,3 Sitzen oberhalb der Sperrgrenze fest, jedoch werden diese Sitze nicht eingezogen (Bestandschutz).

	Einwohner	Psycho-therapeuten	Oberhalb Sperrgrenze	Angepasste Verhältniszahl
LK Lörrach	227.939	**43,35**	1,9	6.042
Freiburg	227.972	**264,90**	181,3	3.000

x 6,1

Tabelle 7: Psychotherapeuten-Versorgung im Landkreis Lörrach und in Freiburg (Stadt) (KV BW, 13.08.2018)

In Freiburg gibt es auch 3-mal so viele Nervenärzte:
30 auf 227.972 Einwohner, also 1 Nervenarzt pro knapp 8.000 Einwohner (Versorgungsgrad 184,6%)

Vergleich Deutschland

5.877 Nervenärzte (optimistisch gerechnet sind die Hälfte Fachärzte Psychiatrie)
6.121 ärztliche Psychotherapeuten
25.297 psychologische Psychotherapeuten

„Während die Zahl der vertragsärztlich tätigen Nervenärzte in den vergangenen zehn Jahren leicht anstieg (5%), nahm die Zahl der Ärztlichen Psychotherapeuten um ca. 30% und die der Psychologischen Psychotherapeuten um 54% zu. Ein Drittel der Ärztlichen und 40% der Psychologischen Psychotherapeuten haben zudem einen hälftigen Versorgungsauftrag, gegenüber 6% bei den Nervenärzten.“ (DGPPN Standpunkte, 2018)

Im Landkreis Lörrach verteilt sich: (je 1voller Versorgungsauftrag)

- 1 Psychiater pro 38.000 Einwohner (Basel Land 1 Psychiater pro 1.000 Einwohner)
- 1 Nervenarzt pro 20.724 Einwohner
- 1 psychologischer Psychotherapeuten (ps. PT) pro 6.136 Einwohner
- 1 ärztlicher Psychotherapeut 46.656 Einwohner

Im Deutschland dazu im Vergleich:

- 1 Nervenarzt pro 14.000 Einwohner
- 1 ps. PT pro 3.269 Einwohner
- 1 ärztlicher PT pro 13.510 Einwohner

Rein zahlenmäßig müssen Therapeuten im Landkreis Lörrach also deutlich mehr Einwohner und (gleiche Prävalenz vorausgesetzt) auch deutlich mehr psychisch Kranke versorgen: Nervenärzte 48% mehr, ps. PT 87% mehr, ärztliche PT 3,5-mal so viele.

Vergleich Schweiz

In der Schweiz arbeiten alle niedergelassenen Psychiater auch psychotherapeutisch. Zusätzlich gibt es auch Psychologen, die mit ärztlicher Delegation psychotherapeutisch arbeiten. Den Begriff Nervenärzte gibt es nicht, Neurologen zählen nicht mit. Psychologische Psychotherapeuten arbeiten in der Schweiz im Delegationsauftrag von Ärzten, in Deutschland selbstständig (Indikationsstellung für Psychotherapie, Verordnung von Reha und Soziotherapie möglich).

Eine orientierende Internetrecherche ergab:

- Basel-Stadt hat 248 Ärzte die psychiatrisch/ psychotherapeutisch arbeiten auf 168.200 Einwohner, davon 160 Fachärzte für Psychiatrie:
  Das sind fast 40-mal so viele Fachärzte für Psychiatrie pro Einwohner wie der Landkreis Lörrach: 1 Psychiater auf gut 1.000 Einwohner.
  Hier sind allerdings niedergelassene und stationär arbeitende Fachärzte zusammengerechnet (z.B. Universitätskliniken).
- Basel Land hat 61 Ärzte, die psychiatrisch/psychotherapeutisch arbeiten, davon 23 Fachärzte für Psychiatrie auf 285.600 Einwohner:
  3,7 mal so viele Psychiater pro Einwohner (1 Psychiater pro 10.000 Einwohner)
- Jeder psychisch Kranke in Basel-Stadt erhält geschätzt 6 Stunden fachärztliche Therapie/Jahr, im Landkreis Lörrach 14 Minuten.
- Ein Facharzt für Psychiatrie verdient in Deutschland am Krankenhaus: ca. 110.000 € brutto/Monat (8.200-9.500 €/Monat, Marburger Bund).

> Psychiater in Deutschland sind gut beraten,
> eine Oberarztstelle in der Klinik zu behalten.
> E. Dannegger, niedergel. Psychiater im Landkreis Lörrach

Weitere Nachteile für Niedergelassene in Deutschland:

- Vergütung einer Psychotherapiestunde für Ärzte/ Psychotherapeuten in der Schweiz:
  180 SFR, in Deutschland 85 €.
- Ein Psychiater erhält pro Quartal (nicht pro Termin) ein Regelleistungsvolumen von 70-72 € pro Fall, Psychotherapie wird dagegen ohne Regelleistungsvolumen abgerechnet (pro Therapiestunde).
- hohe Praxis- und Verwaltungskosten in Deutschland (ca. 50% des Umsatzes)
- vorgeschriebene Erreichbarkeit/ Sprechstundenleistungen
- Abrechnung quartalsweise
- Regressrisiko
- Verdienstmöglichkeiten in der Schweiz (geschätzt): ca.130.000 CHF im Krankenhaus (Oberarzt Klinik), in eigener Praxis Praxisumsatz ca. 200.000 CHF/Jahr: ohne Angestellte Brutto ca. 140.000/Jahr, Abrechnung monatsweise.

(Angaben zu Verdiensten/ Umsätzen in persönlicher Kommunikation mit verschiedenen Ärzten in Schweiz und Deutschland, nicht repräsentativ).

> Eine interessante Frage ist doch: Wie gelingt es den Krankenversicherungen in der Schweiz, all diesen fleißigen und kompetenten Psychiater-Kollegen ein Honorar von 180,00 SFr je Arbeitsstunde zu vergüten, ohne dass das Versorgungs-System in der Schweiz kollabiert?
> E. Dannegger

3. Stationäre psychiatrische Versorgung

(Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik)

3.1. Baden-Württemberg

Im Landespsychiatrieplan wird die Entwicklung der stationären psychiatrischen Versorgung gut zusammengefasst.

„Die Krankenhaushäufigkeit der Bevölkerung stieg in den letzten zehn Jahren im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie von 48 im Jahr 1987 über 58 im Jahr 1997 auf 100 pro 10.000 Einwohner im Jahr 2016 an. Die Feststellung im Landespsychiatrieplan 2000, dass für diese massive Zunahme u.a. die steigende Zahl der älteren Menschen mit Zunahme psychischer Störungen im Alter, Zunahme schwererer Krankheitsbilder im Bereich der Persönlichkeitsstörungen und Zunahme von Abhängigkeitserkrankungen in Frage kommen, gilt auch noch 18 Jahre später. Als weiterer wesentlicher Einflussfaktor ist z.B. die niedrigere Schwelle bei Inanspruchnahme stationärer Angebote in Betracht zu ziehen. Ein wichtiger Einflussfaktor ist die Reduktion der Verweildauer und die Notwendigkeit einer Wiederaufnahme. Durch den Ausbau ambulanter bzw. außerklinischer Hilfeangebote ist die durchschnittliche Verweildauer wesentlich verkürzt worden. So lag die Verweildauer psychisch kranker Patientinnen und Patienten bei der stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung im Jahr 1991 noch bei rund 65 Tagen, 2000 noch bei rund 38 Tagen und im Jahr 2010 betrug sie noch rund 23 Tage.“ (Ministerium für Soziales und Integration, 2018).

2018 werden in BW für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie 6.508 Betten und 1.631 teilstationäre Plätze a 51 Krankenhäusern betrieben. Die Entwicklung in Zahlen:

	Stationäre Betten	Teilstationäre Plätze
2000	6.396	557
2005	6.031	932
2010	6.030	1.098
2015	6.417	1.503
2018	6.508	1.631

Tabelle 8: Entwicklung der stationären/ teilstationären psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg seit 2000

- Insbesondere in den Jahren von 2000 bis 2015 wurden teilstationäre Plätze aufgebaut (verdreifacht), seitdem hat sich die Entwicklung verlangsamt.
  Ausgewiesen sind 1.765 Plätze.
- Im Jahr 2000 boten 20 Krankenhäuser teilstationäre Plätze an, im Jahr 2018 waren es 42.
- Die stationären Betten wurden nach anfänglichem Abbau wieder erhöht (2000-2018 +2%)
- Die Anzahl der Patienten hat sich deutlich erhöht: wurden im Jahr 2002 67.864 Fälle stationär im Krankenhaus behandelt, waren es im Jahr 2016 89.997 Fälle (+33%).
- 13 Krankenhäuser betreiben 25 Satelliten mit insgesamt 340 Betten und 519 Plätzen (2018).

Die Betten und tagesklinischen Plätze der Psychosomatik werden seit 1999 gesondert ausgewiesen: für 2018 1479 stationäre und 334 teilstationäre Plätze für die Psychosomatik (s.u.).

3.2. Zentren für Psychiatrie

Es gibt 9 Zentren für Psychiatrie in Baden-Württemberg. Neben stationären Betten für Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Suchtmedizin und den Maßregelvollzug, betreiben sie auch Wohn- und Pflegeheime (nicht ambulantes Wohnen), Tageskliniken und psychiatrische Institutsambulanzen.

Die Entwicklung von 2013 bis 2015 in den verschiedenen Bereichen ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 28: In den Jahren 2013 bis 2015 Anstieg der durchschnittlichen Betten, der Plätze in Wohn- und Pflegeheimen und der ambulanten Behandlungsfälle (ZfP Baden-Württemberg, 2016).

Der Landkreis Lörrach wird vom Zentrum für Psychiatrie Emmendingen mitversorgt, der Landkreis Waldshut bereits vom Zentrum für Psychiatrie Reichenau.

In der Abbildung 29 sind die 5 Zentren für Psychiatrie von Südbaden/Süd-Württemberg dargestellt.

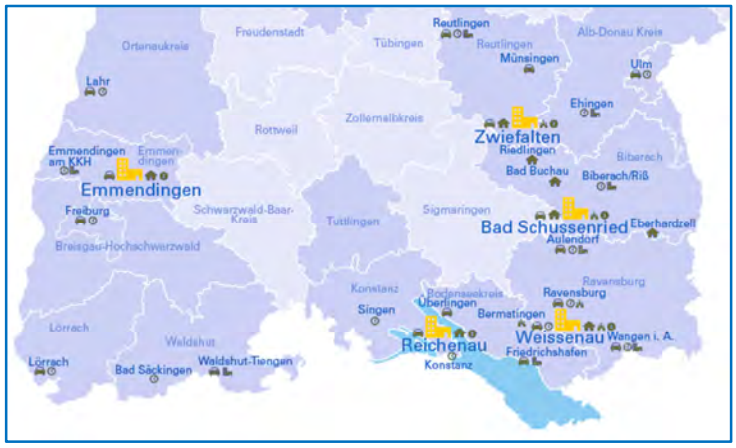


Abbildung 29: 5 Zentren für Psychiatrie in Südbaden/Süd-Württemberg und einige teilstationäre (Symbol Uhr) und ambulante Einrichtungen (Symbol Auto).
Im Landkreis Lörrach eingezeichnet sind psychiatrische Ambulanz und Tagesklinik, es fehlt noch die Klinik für Psychiatrie/ Psychotherapie in Schopfheim. Darstellung aus (ZfP Baden-Württemberg, 2016)

Immer noch ist die psychiatrische Versorgung in Baden-Württemberg in großen Zentren organisiert mit nur wenigen gemeindenahen Versorgungsangeboten im ländlichen Raum.

Im Landkreis Lörrach erfolgte

- 2002 die Eröffnung der psychiatrischen Tagesklinik
- 2010 die Eröffnung der neuen Abteilung Psychiatrie am Kreiskrankenhaus Schopfheim/ Kliniken des Landkreis Lörrach.

Darüber hinaus werden weiterhin Patienten aus dem Landkreis Lörrach in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Emmendingen behandelt.

3.2.1. Krankenhaus für Psychiatrie und Psychosomatik Emmendingen

Aus dem Landkreis Lörrach wurden folgende Patientenzahlen registriert:

- Auf den beiden allgemein-psychiatrischen Stationen des ZfP Emmendingen wurden 2018 aus dem Landkreis Lörrach 621 Patienten aufgenommen, im Jahr 2017 waren es 644 (-4%).
- Auf der Sucht-Station wurden 2018 265 Patienten aufgenommen, im niedrigschwelligen Entzug waren es zusätzlich 31 Patienten. Der niederschwellige Entzug ist eine Spezialstation für methadongestützte Entzüge Opiatabhängiger oder anderer illegaler Drogen mit freiwilliger Präsenz.
- In der Geronto-Psychiatrie wurden 2018 157 Patienten aufgenommen Hier fällt eine deutliche Abnahme gegenüber 2017 auf, wo es noch 208 Aufnahmen gab (minus 51 Patienten, -25%).
- In der Psychosomatischen Abteilung wurde aus Lörrach 2018 1 Patient, 2017 3 Patienten behandelt.

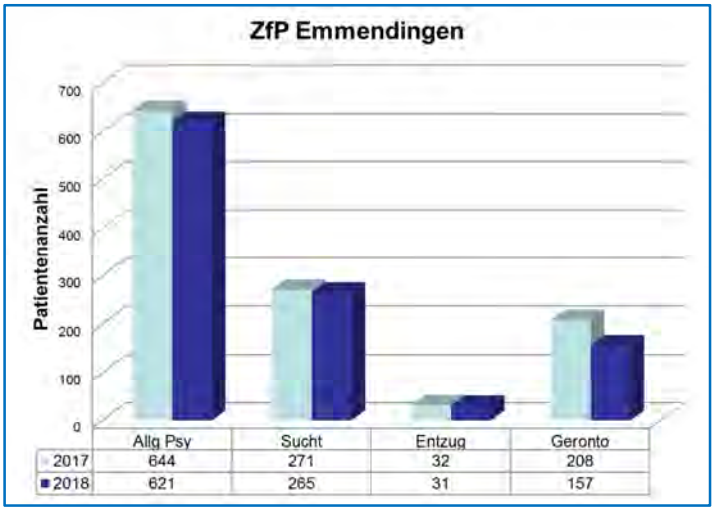


Abbildung 30: Patientenaufnahmen aus dem LK Lörrach nach Stationen am Krankenhaus für Psychiatrie und Psychosomatik, Emmendingen in den Jahren 2017 und 2018

Die häufigsten Einweisungsdiagnosen (Januar bis November 2018):

- F2: Psychosen (Notfall- und Akutpsychiatrie), n= 433
- F1: Suchtmittel, akut, n=246
- F3: Affektive Störungen (Depressionen), n=144

In der Alterspsychiatrie (>65 Jahre) wurden 144 Patienten gesehen.
Im Vergleich zu allen übrigen Einzugsbereichen des ZfP Emmendingen kommen aus dem Landkreis Lörrach etwas mehr Notfälle (43,4% versus 39,8%) und weniger gerontopsychiatrische Fälle (14,4 versus 17,9%). Auch auf die Spezialstation mit niedrigschwelligem Entzug wurden anteilsmäßig weniger Patienten aufgenommen aufgrund der Entfernung (2,9 versus 4,5%).

3.3.2. Psychiatrische Tagesklinik, Lörrach

Die psychiatrische Tagesklinik gibt es seit 2002 in Lörrach. Sie versorgte 2018 134 Fälle im Jahr teilstationär mit einer mittleren Verweildauer von 34 Tagen. Patienten kamen vor allem mit rezidivierenden Depressionen mit mittelgradigen Episoden (25% der Patientenklientel) und mit paranoider Schizophrenie (12%). Einweisende waren in 2018 primär die Psychiatrische Institutsambulanz (32 Patienten, Vorjahr 14) und das Zentrum für Psychiatrie in Emmendingen (24 Patienten, Vorjahr 28). Seltener kamen Patienten über das Universitätsklinikum Freiburg (2), Kreiskrankenhaus Schopfheim (1, Vorjahr 5) oder die Kliniken des Landkreises Lörrach (1).

Von Niedergelassenen wurden 2018 insgesamt 69 Patienten überwiesen: 19 Patienten von 4 Psychiatern, die anderen 50 Patienten von 38 Ärzten, überwiegend Allgemeinmedizinern (Hausärzte).
2017 zeigte sich ein ähnliches Muster: Gesamteinweisungen 131, davon 14 Patienten von 3 Psychiatern und 64 von 48 anderen Niedergelassenen, wobei die Einweiser überwiegend andere Hausärzte waren.

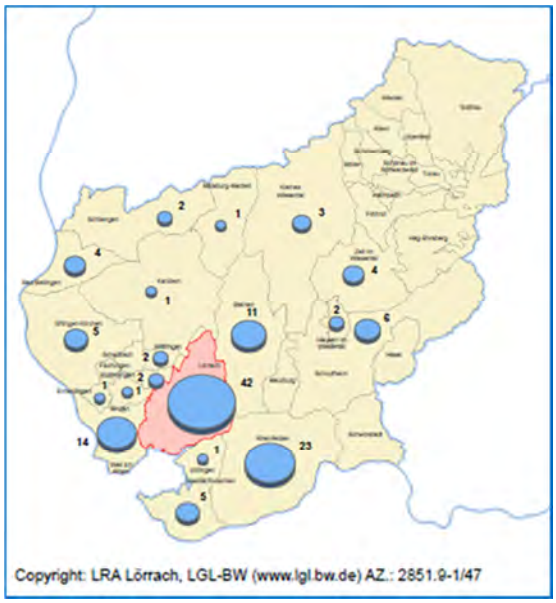


Abbildung 31: Einzugsgebiet der psychiatrischen Tagesklinik Lörrach (Daten ZfP Emmendingen 2018, Darstellung: GIS LRA Lörrach)

Insgesamt arbeitete die Tagesklinik in den Jahren 2017/2018 mit 78 verschiedenen Einweisern zusammen.

Einzugsgebiete der Tagesklinik sind in erster Linie die größeren Städte Lörrach, Weil und Rheinfelden, aber auch das Kandertal, das mittlere und kleine Wiesental.

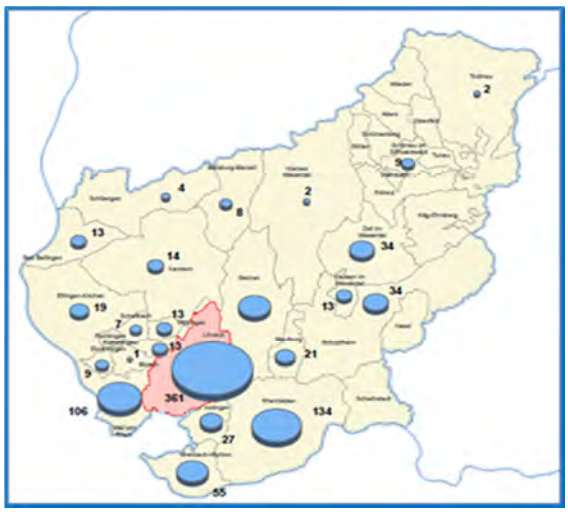
Im Vorjahr wurden auch Patienten aus dem oberen Wiesental überwiesen.

3.3.3. Psychiatrische Institutsambulanz, Lörrach (PIA)

Die Psychiatrische Institutsambulanz ist mit einer halben ärztlichen Stelle besetzt. Sie behandelte 2018 1.380 Fälle pro Jahr, also im Schnitt 345 Fälle/ Quartal. Zum Vergleich: 6 Versorgungsaufträge Psychiatrie hatten pro Quartal (I/2018) 3.000 Fälle, also ca. 500 Fälle/ vollem Versorgungsauftrag.

Hier wurden ebenfalls wie in der Tagesklinik viele Patienten mit paranoider Schizophrenie behandelt (20% der Klientel) und Patienten mit schweren depressiven Episoden (8%).

Die nächste Karte stellt den Einzugsbereich der PIA aus dem Landkreis Lörrach dar. Von außerhalb kamen 8 aus dem Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald, 5 vom Landkreis Waldshut-Tiengen.



Die Patienten kamen aus dem gesamten Landkreis Lörrach.

Schwerpunkt der Versorgung bilden die nahegelegenen Städte Lörrach, Weil und Rheinfelden

Abbildung 32: Einzugsgebiet der PIA Lörrach (Daten ZfP Emmendingen 2018, Darstellung: GIS LRA Lörrach)

3.3.4. Markus-Pflüger-Heim (MPH)

Die Strukturdaten werden im Kapitel der außerklinischen Hilfen dargestellt.

Derzeit fahren wöchentlich 2 Mitarbeiter aus Emmendingen (Facharzt, Fachpfleger) zu einer Sprechstunde am Markus-Pflüger-Heim.

Der Bedarf steigt und ist von den 2 Mitarbeitern nicht mehr leistbar. Vor Ort in Schopfheim und Lörrach bedarf es großer Anstrengungen Ärzte oder gar Fachärzte zu gewinnen und zu halten. Ein Support von diesen Einheiten für das MPH ist aktuell nicht darstellbar.
(Dr. Schieting, Leitung ZfP Emmendingen).

Sowohl die Klinik für Psychosomatische Medizin/Psychotherapie als auch die Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie erbringen Konsildienste für andere Fachbereiche der Kliniken des Landkreises Lörrach.

Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie Schopfheim

<u>Einweisungen/ Übernahmen</u>
Die meisten Einweisungen erfolgen durch niedergelassene Ärzte:

- Nervenärzte, Psychiater, Psychotherapeuten wiesen maximal 122 Patienten pro Jahr ein (2011) Spanne 94-122/ Jahr
- Hausärzte weisen seit 2010 zunehmend mehr Patienten ein: 2010 waren es 42 Patienten pro Jahr, zuletzt 102 Patienten (2017)

Das Psychiatriezentrum Emmendingen wies 13 (2017) bis 25 (2010) Patienten ein, durch die Kliniken des Landkreises Lörrach wurden 12 (2017) bis 32 (2013) Patienten eingewiesen.

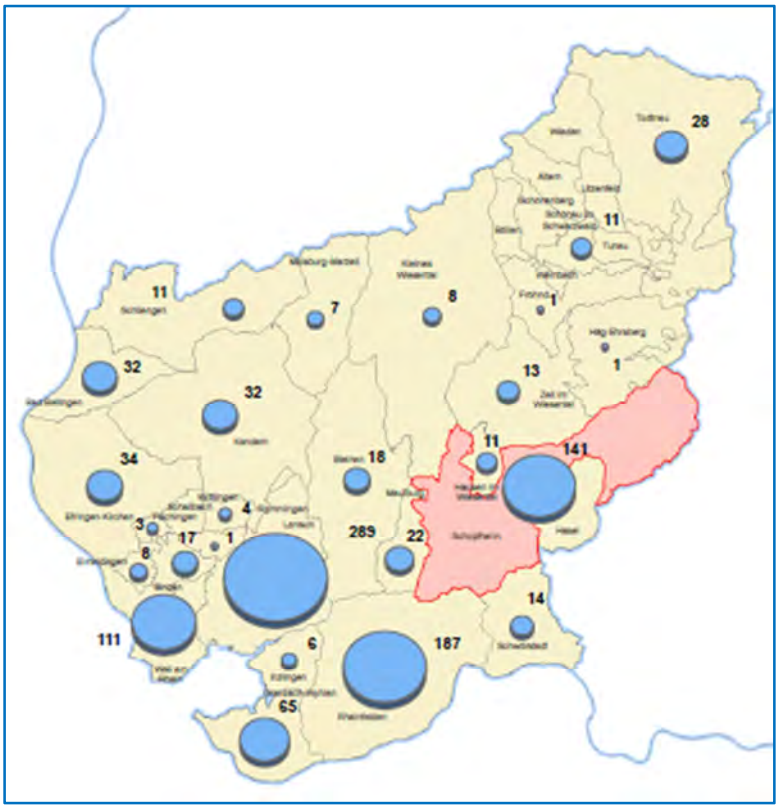


Abbildung 33: Einzugsgebiet der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Schopfheim (Daten ZfP Emmendingen 2018, Darstellung: GIS LRA Lörrach)

Entlassungen/ Verlegungen

Entlassen werden Patienten vor allem in die ambulante Weiterbehandlung von niedergelassenen Nervenärzten (2010:109 Patienten/ Jahr, 2017:187) und Hausärzten (2010: 28 Patienten/ Jahr, 2017: 42, max. 79 im Jahr 2015). Es erfolgen nur wenig Verlegungen in die Kliniken des Landkreises Lörrach (maximal 8, 2015) und in das Zentrum für Psychiatrie Emmendingen (maximal 5, 2017). Die Tagesklinik Lörrach wurde für einen Anschluss nach Entlassung 2015 für 11 Patienten in Anspruch genommen (maximal 18, 2013).

Patientenstruktur

Die Auslastung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Schopfheim ist seit Eröffnung (13.4.2010) sehr gut und konnte im Verlauf noch gesteigert werden. Sie betrug 2011 91,5 % mit einer Verweildauer von 46 Tagen und 2017 96 % mit einer Verweildauer von 44 Tagen.
2017 wurden 252 Patienten aufgenommen (Spanne seit 2011: 228-264), deutlich mehr Frauen (123-177) als Männer (60-108). Der Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund lag 2017 bei 62 (62-72). Über 65 Jahre alt waren 2017 nur 9 Patienten, in den anderen Jahren 21-31 Patienten.

Die häufigsten stationären Behandlungsdiagnosen in Schopfheim:

- affektive Störungen (F2: 59-67 %),
- Spektrum der schizophrenen und wahnhaften Störungen (F3: 19-28%).

Ergänzt wird das Spektrum durch die stationäre Behandlung von Landkreispatienten in Emmendingen (z.B. psychische/Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen).
Der Anteil teilstationärer Fälle betrug in allen Jahren weniger als 5%.

Ich bleibe bei meiner Auffassung, dass man hier nur dann von einer guten Versorgung wird sprechen können, wenn die „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen Bereich“ (1988) in einem ausreichenden Umfang im Landkreis Lörrach umgesetzt werden, wie diese in vielen Gemeinden und Kommunen im Norddeutschen Raum bereits seit vielen Jahren umgesetzt worden sind.
F. Zarifoglu, Klinik für Psychiatrie/PT, Schopfheim

3.3. Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Lörrach

Baden-Württemberg war eines der ersten Bundesländer, das 1999 einen eigenen Landesbettenplan für die stationäre Behandlung in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie mit zu errichtenden 1.720 Betten erstellt hat. Angesichts des angenommenen Versorgungsauftrages waren für den Landkreis Lörrach damals 36 Behandlungsplätze angedacht.

2015 wurden im Rahmen der Weiterentwicklung dieses Landesbettenplanes zusätzliche 146 teilstationäre Behandlungsplätze für das Land Baden-Württemberg vergeben. Dies bedeutet, dass – ausgehend von den ursprünglich angenommenen Versorgungsaufträgen – aktuell mindestens 39 teil- bzw. vollstationäre Behandlungsplätze für den Landkreis Lörrach zur Verfügung stehen müssten.

Die anfängliche Verzögerung des Aufbaus der hiesigen psychosomatischen Versorgung hat erst 2011 zur Eröffnung der Klinik Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Kreiskrankenhaus Lörrach geführt. Seit einer Erweiterung um 8 teilstationäre Behandlungsplätze im Sommer 2017 gibt es im Landkreis Lörrach derzeit 18 voll- und 8 teilstationäre Behandlungsplätze.

Die am Kreiskrankenhaus mögliche integrierte psychosomatische Behandlung bedeutet, dass die Patienten in einer von drei offenen Behandlungsgruppen durchgehend zusammen behandelt werden und ohne Wechsel des Einzeltherapeuten oder der Patientengruppen zwischen voll- und teilstationärem Setting wechseln können.

2018 wurden 151 Patienten mit einer Verweildauer von 43,5 Tagen vollstationär behandelt. Die Auslastung der vollstationären Behandlungsplätze betrug damit 2018 über 100 %.

103 Patienten wurden teilstationär mit einer Verweildauer von 19,8 Tagen behandelt (100% Auslastung). Die Verweildauer der teilstationären Patienten war deshalb nur so gering, da 43 Patienten am Ende der vollstationären Behandlung noch im Rahmen eines "step down" einige Tage im teilstationären Setting behandelt worden waren.

Es wurden 2018 insgesamt 254 Patienten, davon 169 Frauen und 85 Männer aufgenommen. Über 65 Jahre alt waren 5 Patienten.

3.4. Überblick Patientendiagnosen in der voll-/teilstationäre psychiatrische Versorgung Landkreis Lörrach

Die 5 häufigsten Einzeldiagnosen jeweils für die Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie (stationär), die Tagesklinik und die psychiatrische Institutsambulanz:

- Somatoforme Störungen (F4) sind natürlich Schwerpunkt der Psychosomatischen Klinik.
- Depressionen werden in allen drei Angeboten behandelt, stationär in der Psychosomatik eher schwere Störungen, in der Tagesklinik eher mittelgradige Störungen.
- Einen weiteren Schwerpunkt bilden Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenien (F2) mit und ohne depressive Episode für die PIA (zusammen 24,5%) und die Tagesklinik (20%).

PsySoma Lö (stationär)	%
rez. Depress Störung, schwer (F33.2)	32
general. Angststörg. (F41.1)	14
posttraumat. Bel.Störg. (F43.1):	8
undiff. Somatisierg.Störg. (F45.1)	7
depress. Episode, schwer (F32.2)	6

Tabelle 9: Diagnosespektrum der Klinik für Psychosomatik/PT (Kliniken LK Lörrach)

TK Lö	%	PIA Lö	%
rez. Depress., mittel (F33.1)	25	Schizophrenie, paranoid (F20.0)	20
Schizophrenie, paranoid (F20.0)	12	rez. Depress. , schwer (F33.2)	8
rez. Depress., schwer (F33.2)	11	rez. Depress., mittel (F33.1)	6
Schizoaff.Störung mit depress. (F25.1)	8	Schizoaff.Störung mit depress. (F25.1)	5
depress.Episode, mittel (F32.1)	7	rez. Depress mit psychotisch (F33.3)	3

Tabelle 10: Diagnosespektrum der Tagesklinik und der Institutsambulanz (ZfP Emmendingen)

Diagnosen kann man gut in Gruppen zusammenfassen (s. Medizinische Klassifikation psychischer Erkrankungen). Am häufigsten werden Patienten aus der Gruppe der Schizophrenien (F2) und der affektiven Störungen (F3, z.B. Depression in verschiedenen Ausprägungen) gesehen. Der Anteil variiert je nach Institution:

- im psychiatrischen Krankenhaus Schopfheim (vollstationär) machen affektive Störungen mit fast 2/3 den deutlich größten Anteil der Patientenklientel aus,

- in der Tagesklinik (teilstationär) sind es noch die Hälfte,
- in der Ambulanz noch 29%. Hier überwiegen dann eher die Patienten aus dem schizophrenen-wahnhaften Formenkreis.

Mit F4 werden Patienten mit Belastungsstörungen, somatoformen Beschwerden und Neurosen zusammengefasst und stellt die klassische Klientel der Psychosomatik dar mit zusammen 29% (Tabelle 8). Bei den Abteilungen des ZfP (Schopfheim, Tagesklinik und PIA) machen sie jedoch nur max. 5% der Patienten aus.

In der Ambulanz (PIA) ist die Gruppe, die unter „sonst" zusammengefasst ist sehr heterogen und zeigt das Spektrum der Komorbidität auf:

- Fettsucht (Adipositas ist einer der Hauptdiagnosen (n=25))
- Epilepsie (n=27)
- Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (einschließlich Diabetes) (n=26)

Es wurden 15 (Kinder) Jugendliche behandelt.

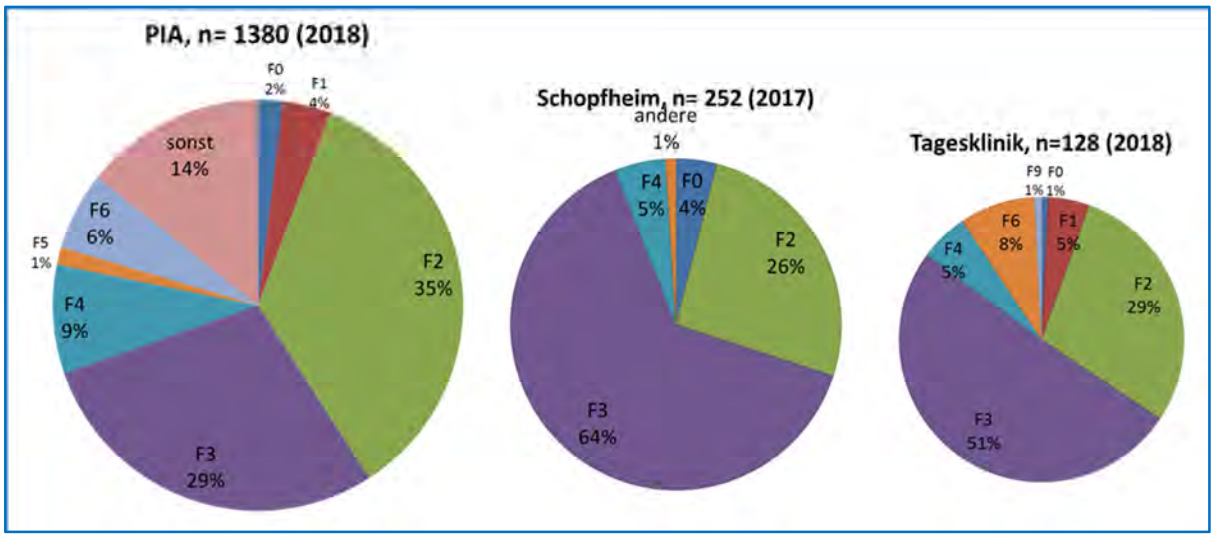


Abbildung 34: Patientenverteilung nach Diagnosegruppen (in %): F2 Schizophrenie o.ä., F3 affektive Störungen, F4 neurotische-/Belastungsstörungen, F6 Verhaltensstörungen

Kapazitäten der psychiatrischen stationären Einrichtungen und erwartete Entwicklung

(Zentralklinikum 2025)

Einrichtung/ Standort (Träger)	Kapazität 2018 (Bettenanzahl)	Geplant 2025 (Bettenanzahl)	Öffnungs-zeiten	Leitung
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Schopfheim (ZfP)	30	**103** (2. Stufe: 125)	Zuweisung 8:00-16:00 Uhr Notfälle: Emmendingen	F. Zarifoglu
Tagesklinik Lörrach (ZfP)	20	20	8:15-16:30 Uhr, Mo-Fr	B. Stötter
Psychiatrische Institutsambulanz Lörrach (ZfP)	ca. 200 Patienten-kontakte pro Quartal		8:15-16:30 Uhr, Mo-Fr	B. Stötter
Klinik für Psycho-somatische Medizin und Psychotherapie (Kliniken LK Lörrach)	18 vollstationär 8 teilstationär	18 8	8:00-16:30 Uhr, Mo-Fr	Th. Unterbrink

Tabelle 11: Einrichtungen mit ihren Kapazitäten im Vergleich

3.5. Weitere stationäre Einrichtungen in der Region (**PKV/ GKV)**

Wie man an den Einzugszahlen der Institutionen gesehen hat, versorgt das psychiatrische System (stationär, teilstationär) keine Patienten aus der Schweiz (oder Frankreich). Andersherum nutzen jedoch Patienten aus dem Landkreis auch die Universitätsklinik Freiburg, Einrichtungen anderer Landkreise sowie Angebote in der Schweiz, ambulant wie stationär. Quantifizierungen waren im Rahmen der Studie nicht möglich, aber hiesige Experten nehmen einen deutlichen Bedarf wahr, um Versorgungsdefizite des Landkreises auszugleichen. Hier ein grober Überblick, insbesondere Privatklinken sind nicht vollzählig aufgeführt.

Stadt Freiburg/Breisgau

- Psychiatrisches Universitätsklinikum Freiburg:
  8 Stationen, Ambulanz und Konsildienst, Ärztliche Direktorin: Univ.-Prof. Dr. Dr. Katharina Domschke, M.A., 120 Betten, Hauptstr. 5, 79104 Freiburg/ Breisgau

Landkreis Waldshut

- Rhein-Jura-Klinik:
  private Akutklinik für psychische und psychiatrische Gesundheit, Akuttelefon, Ärztlicher Direktor: Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Jähne, 130 Zimmer (mehrheitlich EZ), 184 Mitarbeiter
  Schneckenhalde 13, 79713 Bad Säckingen
- Sigma-Klinik:
  Privatklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Akutklinik, Tagesklinik, Nachtklinik, Ambulanz, Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Christoph Bielitz,
  155 Behandlungsplätze, 240 Mitarbeiter, Weihermatten 1, 79713 Bad Säckingen
- Hans Carossa Klinik:
  Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie (Landeskrankenhausplan), Ärztliche Leitung: Dr. med. Akram Habbaba, 42 stationäre Betten, psychosomatische Tagesklinik, 2 Notfallbetten
  Hauptstraße 19, 79780 Stühlingen

Breisgau-Hochschwarzwald

- Friedrich-Husemann-Klinik:
  psychiatrisches Fachkrankenhaus der Akutversorgung (Landeskrankenhausplan), Klinik und Institutsambulanz, Ärztliche Leitung: Dr. Regina von Maydell, 103 Betten
  Friedrich-Husemann-Weg 13, 79256 Buchenbach bei Freiburg
- Werner-Schwidder-Klinik:
  Akutkrankenhaus für psychosomatische Medizin/ Psychotherapie (Landeskrankenhausplan), Ärztlicher Direktor: Priv. Doz. Dr. med. Dipl.-Psych. Thomas Herzog, 61 Betten, 50 Mitarbeiter, Teil der Schwarzwaldkliniken Bad Krozingen, Herbert Hellmann Allee 38, 79189 Bad Krozingen
- AMEOS Klinikum Vogstburg/ Kaiserstuhl:
  Akutkrankenhaus mit Schwerpunkt Alkoholabhängigkeit und Sucht (Landeskrankenhausplan), Chefarzt Dr. med. Rengshausen, 80 Betten, Brunngasse 1, 79235 Vogtsburg-Bischoffingen

Stationäre Einrichtungen zur Rehabilitation in der Region

- Rehaklinik Birkenbuck, Malsburg-Marzell: Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen, 86 Einzelzimmer, 12 Doppelzimmer
- Rehaklinik Kandertal, Malsburg- Marzell: Reha für 52 Familien und psychosomatische Rehabilitation für Jugendliche und Erwachsene (40 Einzelzimmer)
- Rehazentrum Christiani e.V., Albbruck/ Landkreis Waldshut:Rehabilitationszentrum für psychisch kranke Menschen, Jugendhaus, ambulant betreutes Wohnen/ Lebens-Werkgemeinschaft)

4. Außerklinische Versorgung im Landkreis Lörrach

Seit 2012 reagiert der Landkreis auf die herausfordernde Sozialsituation mit einer Sozialplanung (Firma Prognos, erstmals 2012, Fortschreibung 2019 geplant) und der Umsetzung vielfältiger Projekte.

Um die Entwicklung der Gemeindepsychiatrischen Verbünde aufzuzeigen, erstellt der KVJS 2-jährlich ein Kurzprofil, das auch einen Vergleich mit anderen Land-und Stadtkreisen ermöglicht:

Im Landkreis Lörrach befinden sich 2015 31 Personen/10.000 Einwohner in der Grundversorgung; das sind deutlich mehr als in den meisten anderen Landkreisen Baden-Württembergs. Nur Städte (und der Landkreis Waldshut) weisen höhere Zahlen von Personen in der Grundversorgung auf. Der Landkreis liegt auch über dem Landesschnitt.
Die Zahl der Personen in Grundsicherung hat sich seit 2009 um 63% erhöht (2009 19 Personen/ 10.00 Einwohnern).

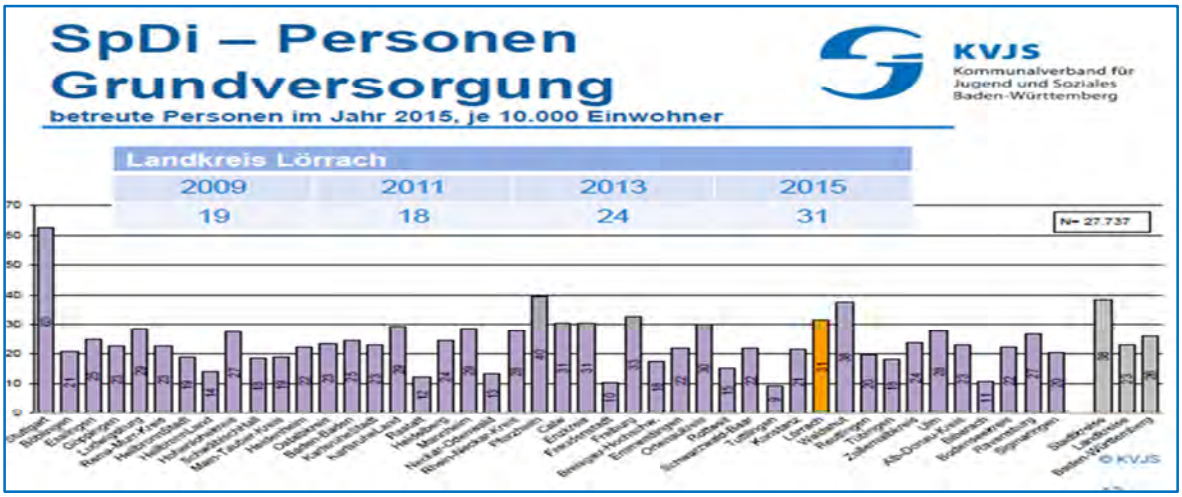


Abbildung 35: Deutlicher Anstieg der Personen in der Grundversorgung seit 2009. 2015 liegt der Landkreis Lörrach deutlich über dem Mittelwert aller Landkreise, Darstellung: (KVJS, 2015/2016)

Die Zahlen für Menschen, die aufgrund psychischer Erkrankungen Eingliederungshilfe erhalten und mit stationärem Wohnen versorgt sind, liegt dagegen unter dem Landesdurchschnitt; aber fast auf dem Niveau des Landkreis-Durchschnitts (ohne Städte).

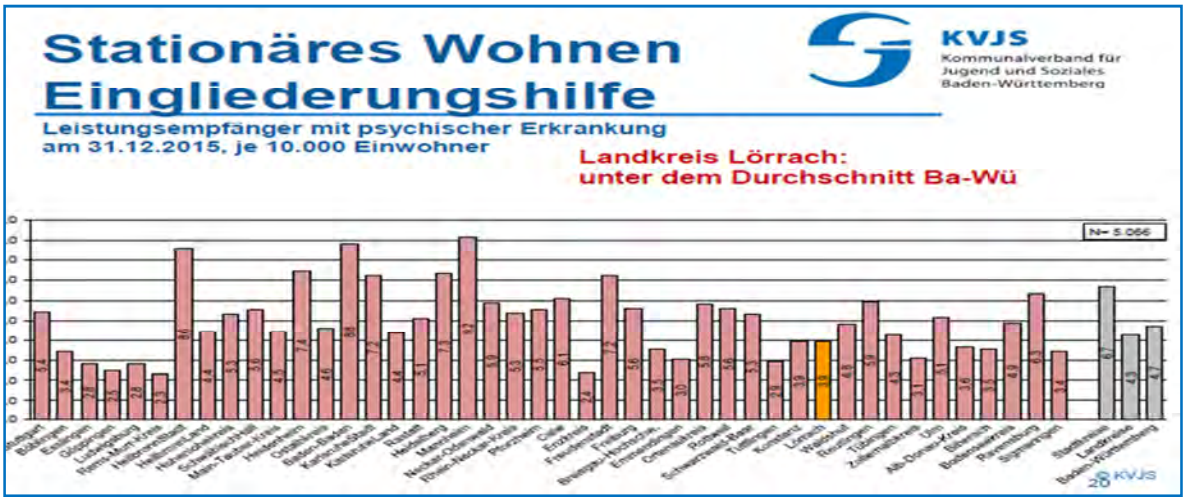


Abbildung 36: Leistungsempfänger mit psychischen Erkrankungen 2015 /10.000 Einwohner (KVJS, 2015/2016)

Für die außerklinische Behandlung und Rehabilitation ist ein ausdifferenziertes, breit gefächertes, bedarfsgerechtes Angebot im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes erforderlich. Den Hausärztinnen und den Hausärzten mit der primärärztlichen Versorgung sowie den sozialpsychiatrischen Diensten als niederschwellig erreichbares Angebot kommt eine wichtige Schlüsselrolle im Gesamtsystem zu. (Landespsychiatrieplan 2018, S. 49)

4.3. Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV)

Nach der Konzeption des Landes Baden-Württemberg soll die Kooperation und Koordination in einer Versorgungsregion durch die örtlichen Psychiatrie-Arbeitskreise erfolgen. Die Psychiatrie-Arbeitskreise sollen Gemeindepsychiatrische Verbünde aufbauen. Darin verpflichten sich die Einrichtungen und Dienste vor Ort zu einer verbindlichen Kooperation. Im Gemeindepsychiatrischen Verbund sollen die Bausteine und Ressourcen bis hin zu einer vertraglichen Versorgungsverpflichtung schrittweise zusammengeführt werden, damit alle Menschen aus einer Versorgungsregion ein passendes Angebot vor Ort erhalten. In einem gemeinsam getragenen Prozess sollen die verschiedenen ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen und Dienste der medizinischen, rehabilitativen und psychosozialen Versorgung näher zusammenrücken. Der Gemeindepsychiatrische Verbund ist in diesem Sinne ein Netzwerk von Einrichtungen und Diensten, die untereinander eng kooperieren und gemeinsam eine vertragliche Versorgungsverpflichtung für einen definierten Personenkreis in einem geographisch begrenzten Gebiet übernehmen. Text: https://www.kvjs.de/.. Stand_2011-08-20.pdf

Mitglieder:

- Caritasverband für den Landkreis Lörrach
- Diakonisches Werk der evangelischen Kirchenbezirke im Landkreis Lörrach
- Lebenshilfe Lörrach e.V.
- Markus-Pflüger-Heim Schopfheim
- Vertretung der niedergelassenen Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie
- Zentrum für Psychiatrie Emmendingen/ Schopfheim
- Rehazentrum Christiani e.V., Albbruck
- Werksiedlung St. Christoph, Kandern (Leben und Arbeiten)
- AGJ Wohnungslosenhilfe

Im LK Lörrach wurde GPV 2004 gegründet und ist gut aufgestellt im Vergleich zu anderen Stadt-/ Landkreisen in BW (n=44). Er erfüllt folgende Kriterien (in Klammern Angabe Anzahl LK in BW, die dieses Kriterium ebenfalls erfüllen), Kriterien und Zahlen (KVJS, 2015/2016) :

- vertraglich vereinbarte Versorgungspflicht in der Vereinbarung zum gemeindepsychiatrischen Verbund (28/44)
- trägerübergreifende, regelmäßig tagende Hilfeplankonferenz (23/44)
- Stelle für Psychiatrie Planung oder Koordination, 50 % (34/44)
- Patientenfürsprecher (40/44)
- Informations-, Beschwerde und Beratungsstelle (IBB-Stelle) (40/44)

4.4. Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)

Im Landkreis Lörrach sind Caritas und Diakonie Träger des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit den Dienststellen Lörrach, Rheinfelden, Weil am Rhein und Zell im Wiesental. Die Angebotspalette reicht von persönlicher Beratung, auch aufsuchend, über Hilfe bei der Lebensgestaltung (Wohnen, Arbeiten, Freizeit), Hilfe in Krisensituationen und für Angehörige (kein Krisendienst), Soziotherapie (§37a SGB V) sowie Vermittlung von weiteren Angeboten. Es ist kein Arzt beim SpDi tätig, es gibt monatliche Fachberatungen durch einen ambulant tätigen Psychiater.

Über Landesmittel sind feste Personalstellen/ Leistungskontingente finanziert: 1,0 Stelle/50.000 Ein-

wohner. Der Landkreis Lörrach hat 4,5 Leistungskontingente unabhängig von der insbesondere seit 2012 stark steigenden Anzahl von Betreuten. Die kommunale Unterstützung wurde 2016 verdoppelt, um Mindest-Stellenkontingente für Grundversorgung und Soziotherapie zu sichern.

Soziotherapie ist eine GKV-Leistung. Der Eigenmittelanteil zur Finanzierung der Leistungen des SpDi beträgt bei beiden Trägern 22% (2017). 2007 waren es nur 15% Eigenmittel (Angaben der Diakonie).

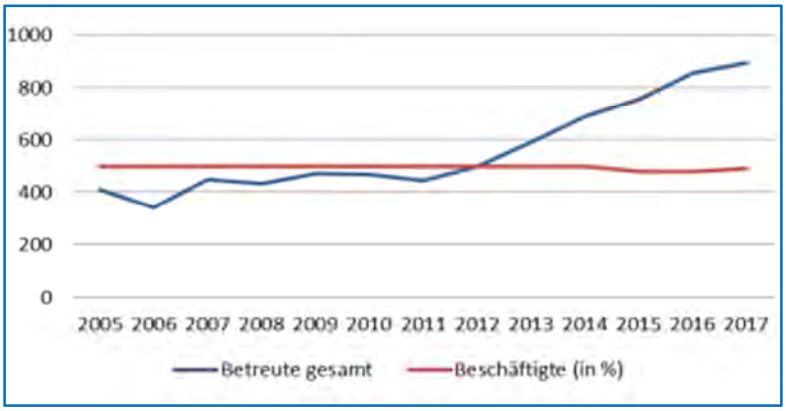


Abbildung 37: Entwicklung des SpDi von 2005 bis 2017 der Anzahl der Betreuten durch den SpDi (blaue Linie) und der Anzahl der Beschäftigten (450% Stellenanteile) (rote Linie), (SpDi, 2017)

Wie eingangs festgestellt, sind die Prävalenzzahlen für psychische Erkrankungen in Deutschland weitgehend stabil. Dies kann man auch für den Landkreis Lörrach annehmen. Aber schon die Daten der AOK zeigen eine Steigerung der Therapieprävalenz (bei Depressionen). Psychische Erkrankungen werden von Betroffenen und Angehörigen eher wahrgenommen und richtig eingeordnet (Enttabuisierung) und immer mehr Menschen erkennen, dass psychische Erkrankungen behandelt werden können und müssen - die Schwelle zur Therapie sinkt.
Vermehrte gemeindenahe Angebote ermöglichen eine Betreuung von Menschen, die zuvor unbetreut waren, aber ggf. auch nicht aktive Teilhabe am Leben/Arbeiten erfahren konnten.

Durch die Erhöhung der kommunalen Mittel (2016) konnte vorrübergehend die Kontaktdichte und Unterstützung bei längerfristigen Klienten erhöht werden, bis die Anzahl der Betreuten zu stark stieg.

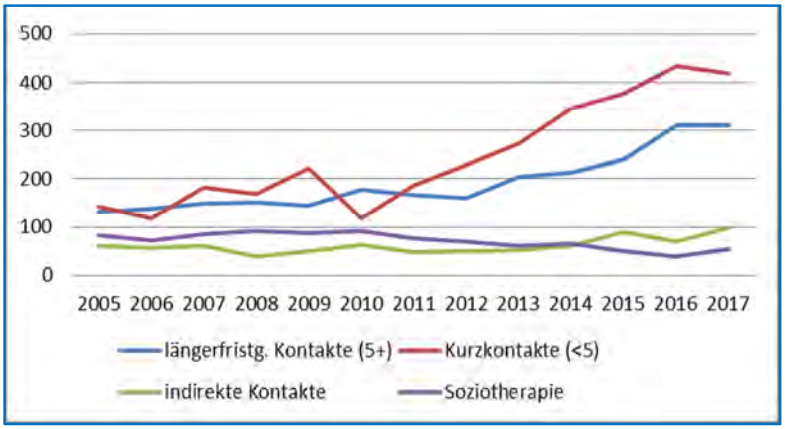


Abbildung 38: Anstieg der Betreuten sowohl bei Kurzkontakten als auch bei längerfristigen Kontakten, dagegen eher Abfall bei Soziotherapie (SpDi, 2017).

Das Angebot der Soziotherapie ist abhängig vom Verordnungsverhalten durch Psychiater. Seit 2018 ist auch die Verordnung durch psychologische Psychotherapeuten möglich. Durchgeführt werden kann sie nur durch speziell ausgebildetes Personal, was einen Engpass darstellt und daher eine wahrscheinlich notwendige Steigerung von Soziotherapie verhindert. Im Vergleich zu anderen Landkreisen sieht man im Landkries Lörrach eine positive Verordnungspraxis für Soziotherapie.

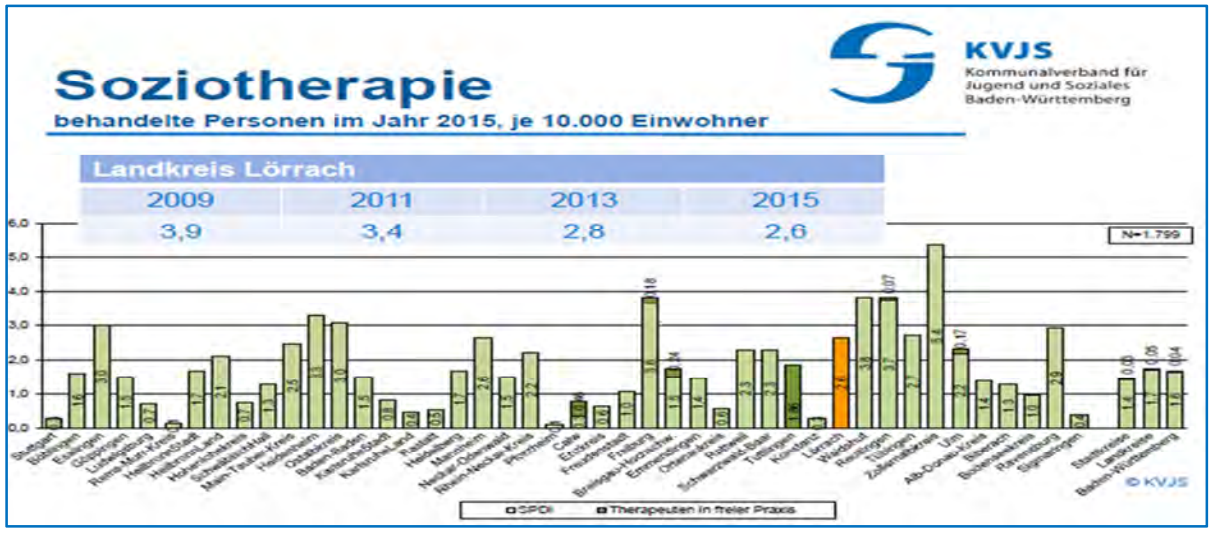


Abbildung 39: Rückgang der verordneten Soziotherapie von 3,9 behandelten Personen/10.000 Einwohner im Jahr 2009 auf 2,6 Personen im Jahr 2015, im Landesvergleich liegt der Landkreis etwas überdurchschnittlich, Darstellung der KVJS

Absehbare Folgen der stark steigenden Anzahl von Betreuungsbedürftigen und Betreuungen sind:

- Überlastung sozialer Dienste
- Drehtüreffekt: vermehrte ggf. vermeidbare stationäre Aufnahmen (Kapazitäten verfügbar)
- Häufiger Krisenintervention notwendig, Anstieg ordnungsrechtlich untergebrachter Personen

Aus der Freiwilligen Dokumentation des SPDi gehen folgende Daten für 2017 hervor (SpDi, 2017):

Klienten

- 894 betreute Personen:
  515 Frauen davon 66 mit Migrationshintergrund,
  379 Männer dvon 77 mit Migrationshintergrund
- 821 Personen aus dem Leistungsbereich Grundversorgung, 78 Soziotherapie (z.T. parallel)
- kein betreutes Wohnen/ andere Leistungen SGB XII oder anderer Leistungsträger
- 311 Personen wurden längerfristig betreut (davon 65 mit Migrationshintergrund)

Diagnosen

Von 311 Personen liegen Informationen zur Diagnosegruppe vor (F0-F6), die Verteilung ist als Tortendiagramm in Abbildung 41 dargestellt.

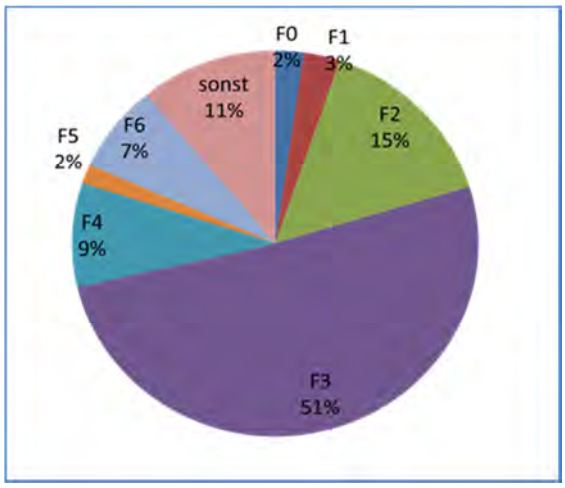


Abbildung 40: Verteilung der Klienten des SPDi nach Diagnosegruppen, n=311 (SpDi, 2017)

F0 organ./symptomatische Störungen
F1 Sucht
F2 Schizophrenie
F3 affektive Störungen
F4 neurotische-/Belastungsstörungen,
F5 Verhaltensauff. mit körperl. Faktoren
F6 Verhaltensstörungen

31 Personen haben gleichzeitig eine behandlungsbedürftige somatische Erkrankung
27 eine behandlungsbedürftige Suchtproblematik (nicht Hauptdiagnose)
13 eine relevante Minderbegabung.

Versorgung

Die Hälfte der Klienten ist bei einem Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie (205, 50%) in Behandlung, 154 (38%) in allgemeinärztlicher Behandlung. Die anderen werden durch die PIA behandlet (3,7%) oder sind in keiner ärztlichen Behandlung (2,7%).

Zuweisung

28 Klienten, die 2017 neu in eine längerfristige Betreuung beim SPDi überwiesen wurden, kamen aus der stationären Versorgung (psychiatrisches/ psychosomatisches Krankenhaus). 20 Patienten kamen aus Eigeninitiative! 10 wurden vom Nervenarzt zugewiesen, 9 vom Jobcenter. Vereinzelte Zuweisungen erfolgten durch PIA (2), sozialpsychiatrische Einrichtungen (3), IBB (5), Psychotherapeuten (4), gesetzliche Betreuer (7) oder Nachbarn/Angehörige (5).

Soziotherapie

Soziotherapie wurde vor allem durch den SPDi selbst angeregt (14 mal). Auch von Nervenärzten (6) und der psychiatrische Klinik (5). Wenig Anregung zur Soziotherapie kam von der PIA (1), Hausärzten (1). Psychotherapeuten verwiesen gar nicht zur Soziotherapie.

4.5. Wohnen

stationäre Wohnangebote: 170 Personen

Derzeit bietet das Markus-Pflüger-Heim (MPH) 245 Betten insgesamt an, davon ein Wohnbereich mit 25 Plätzen für junge psychisch kranke Menschen, 24 Plätze für geronto-psychiatrische Erkrankte, 5 Wohnbereiche für psychisch- und suchtkranke Menschen. Zudem gibt es eine Wohngruppe mit 20 Plätzen und eine Außenwohngruppe (2 Einheiten je 4 Plätze). Außerdem bietet das MPH Betreuungs- und Eingliederungshilfeplätze für Menschen mit einer seelischen Behinderung und/ oder Suchterkrankung an.

Ambulant betreutes Wohnen:

Wohngemeinschaften (n=7): in Lörrach (Caritas, Diakonie), Weil (Caritas), Inzlingen (Caritas), Rheinfelden (Diakonie), Schopfheim (Diakonie)

Appartementwohnen: 3 Plätze, Angebot der Diakonie

begleitetes Wohnen in Familien: 8 Personen (2018), Angebot der Caritas

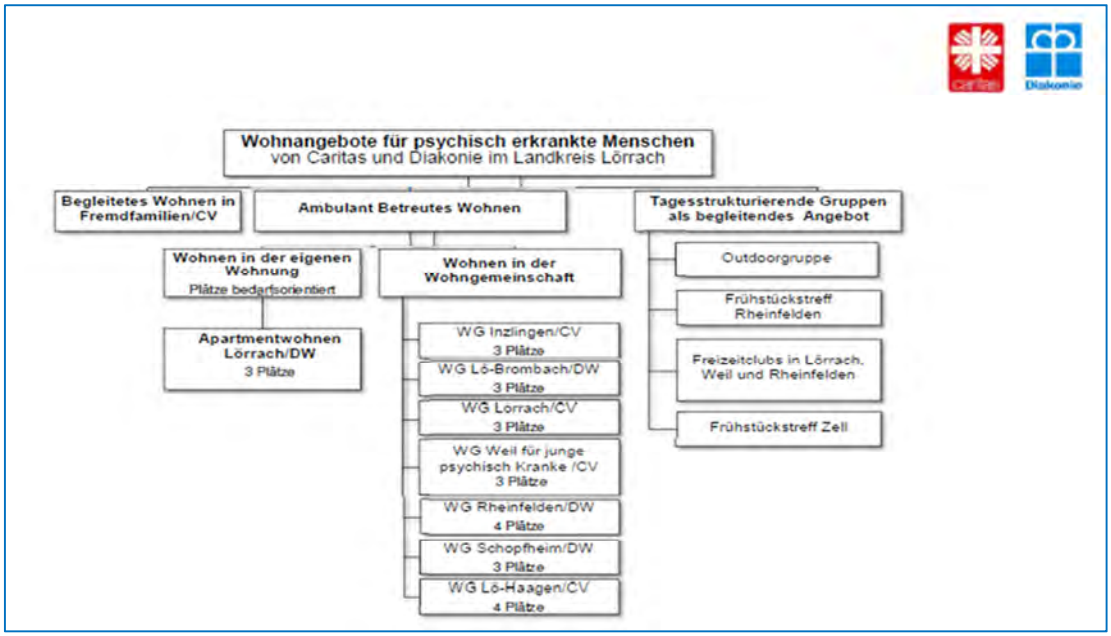


Abbildung 41: Wohnangebote für psychisch kranke Menschen (Diakonie und Caritas)

Wohnungslosenhilfe

Die Wohnungslosenhilfe im Landkreis Lörrach besteht aus drei Angebotsformen im Bereich Wohnen (Aufnahmehaus 12 Plätze, Stationäre Hilfe 15 Plätze und Betreutes Wohnen 21 Plätze) sowie zwei ambulanten Fachberatungen und Tagesstätten in Lörrach und Weil am Rhein. Dazu kommen eine ganzjährige Notschlafstelle, die „medizinische Ambulanz“ und eine von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg anerkannte allgemeinärztliche Zweigpraxis für Wohnungslose.

Im Jahr 2009 wurde die erste „Fachstelle Wohnungssicherung“ für die Stadt Lörrach eröffnet und das Thema Prävention von Wohnungsverlusten verstärkt aufgegriffen. Inzwischen ist die Fachstelle tätig in den Städten Lörrach, Weil am Rhein und Rheinfelden sowie für den Landkreis und wird auch von diesen gefördert.

Zudem engagiert sich die AGJ-Wohnungslosenhilfe auch im Rahmen des "Fachdienstes Mobile Obdachlosenbetreuung", der seit 2016 Lörrach und seit 2017 in Rheinfelden Hilfen für ordnungsrechtlich untergebrachte Menschen anbietet.

Plätze der Eingliederungshilfe

- 32 stationäre Plätze der Eingliederungshilfe am Markus-Pflüger-Heim, Schopfheim
- 18 stationäre Plätze in 2 Außenwohngruppen, Schopfheim („Linde“, „Villa am Bach“)
- 24 stationäre Plätze in Wiechs – in Auflösung
- 6 Plätze an weiterem Standort werden noch geschaffen

Die Pflegeplätze der Eingliederungshilfe sollen neu strukturiert und dezentralisiert werden (laufende Sozialplanung).

4.6. Arbeiten/ Tagesstätten

Tagesstätten bieten ein niederschwelliges tagesstrukturiertes Angebot. Es gibt keine feste Platzzahl, jeder Besucher entscheidet selbst wann und wie oft er/ sie kommt. Hier können Kontakte zu anderen Betroffenen geknüpft, gemeinsam „freie“ Zeit gestaltet werden und innerhalb eines geschützten Rahmens der Isolation der eigenen vier Wände entfliehen.

Für die Verbindliche Tagesstruktur gibt es 10 Plätze, die sich Lörrach und Schopfheim teilen. Die verbindliche Tagesstruktur („Lebenswerk“) wird über die Eingliederungshilfe finanziert. Die Personen verpflichten sich an 4 Tagen für 4 Stunden ein spezielles Angebot wahrzunehmen: Haus Sonnenschein, Lörrach (seit 1996), Tagesstätte „Offener Treff“, Schopfheim (seit 1998), Tages- und Begegnungsstätte in der Christuskirche Rheinfelden (seit 1.11.2018)

- Integrationsunternehmen RegioinTeg, "Glashaus" Lörrach: 6 schwerbehinderte Menschen, davon 1 mit seelischer Behinderung
- Integrationsunternehmen Skala Gebäudemanagement und Service gGmbH, Rheinfelden: 11 schwer behinderte Menschen, davon 1 mit seelischer Behinderung
- Aufbau der Integrationsfirma INGA (Wirtschaftsdienste, ggf. Verwaltungstätigkeiten)
- Werksiedlung St. Christoph, Kandern
- Werkstatt für psychisch behinderte Menschen, Lörrach: 70 Plätze

Weitere Informationen

- Sozial-Atlas Landkreis Lörrach und Teilhabeplan 2A: 2013
- Ambulante Psychiatrie 2.0 „Eine innovative Neuerung der ambulanten Psychiatrie im Landkreis Lörrach“, Masterthesis Julia Brucker, 2016
- Wegweiser Psychiatrie Baden-Württemberg, Ministerium für Soziales und Integration, September 2018
- Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund Baden-Württemberg (2-jährlich)

Teil 2 - Engpässe

„Welche Engpässe gibt es bei der Versorgung psychisch Kranker im Landkreis Lörrach?“

1. Befragung

1.1. Vorgehen

Die Frage nach Engpässen bei der Versorgung psychisch kranker Menschen im Landkreis Lörrach wurde Repräsentanten von folgenden Einrichtungen in Einzelgesprächen gestellt:

- Zentrum für Psychiatrie Emmendingen mit Tagesklinik in Lörrach und Klinik für Psychiatrie Schopfheim (n=2)
- Kliniken des Landkreises Lörrach, Psychosomatik
- niedergelassene Psychiater/Neurologen (n=2)

Die gleiche Frage wurde im Rahmen von Sitzungen der folgenden Arbeitsgruppen erörtert, in denen teilweise auch Vertreter des Kreistags und Betroffene/Angehörige präsent waren:

- Arbeitsgruppe medizinische Versorgung (AG mV) der Gesundheitskonferenz:
  Sitzungen am 28.3.2018, 25.7.2018, 16.10.2018
- Psychiatrie-Arbeitskreis (PAK):
  Sitzungen am 8.3.2018, 19. 7. 2018,15.11.2018
- regionales Treffen der Psychotherapeuten:
  Sitzungen am 18.4.2018, 24. 10. 2018

In der AG mV eingebunden waren:

- Sprecher ärztlicher Kreisverein
- Sprecher Ärztenetz Dreiländereck
- Niedergelassene Psychiater
- Niedergelassene psychologische Psychotherapeuten
- IBB Informations-, Beratungs-und Beschwerdestelle Psychiatrie
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Netzwerkkoordinator Gemeindepsychiatrischer Verbund
- Kliniken des Landkreises Lörrach/ Psychosomatik
- ZfP/ Klinik für Psychiatrie Schopfheim
- Kinder-und Jugendpsychologin, Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin St. Elisabethen-Krankenhaus
- Kreistagsmitglieder
- Vertreter GKV
- Geschäftsstelle Kommunale Gesundheitskonferenz

Neben Kommentaren zu der Frage nach Versorgungsengpässen konnten die oben erwähnten Gruppen und Experten mit Hilfe von je 2 Punkten (rot, gelb, schwarz) in einer Übersichtsliste stationäre/ ambulante/ soziale/ rehabilitative Angeboten in folgenden Kategorien priorisieren
(Kreistagsmitglieder haben nicht mit abgestimmt):

- „Angebot existiert, ist aber nicht verfügbar“ (Wartezeiten inakzeptabel): **rote** Punkte
- „Engpass in absehbarer Zeit zu erwarten“: **gelbe** Punkte
- „Angebot fehlt im Landkreis“: **schwarze** Punkte

Das Abstimmungs-Ergebnis nur aus den Arbeitsgruppen (ohne Einzelgespräche) ist in der Abbildung 39 ablesbar.

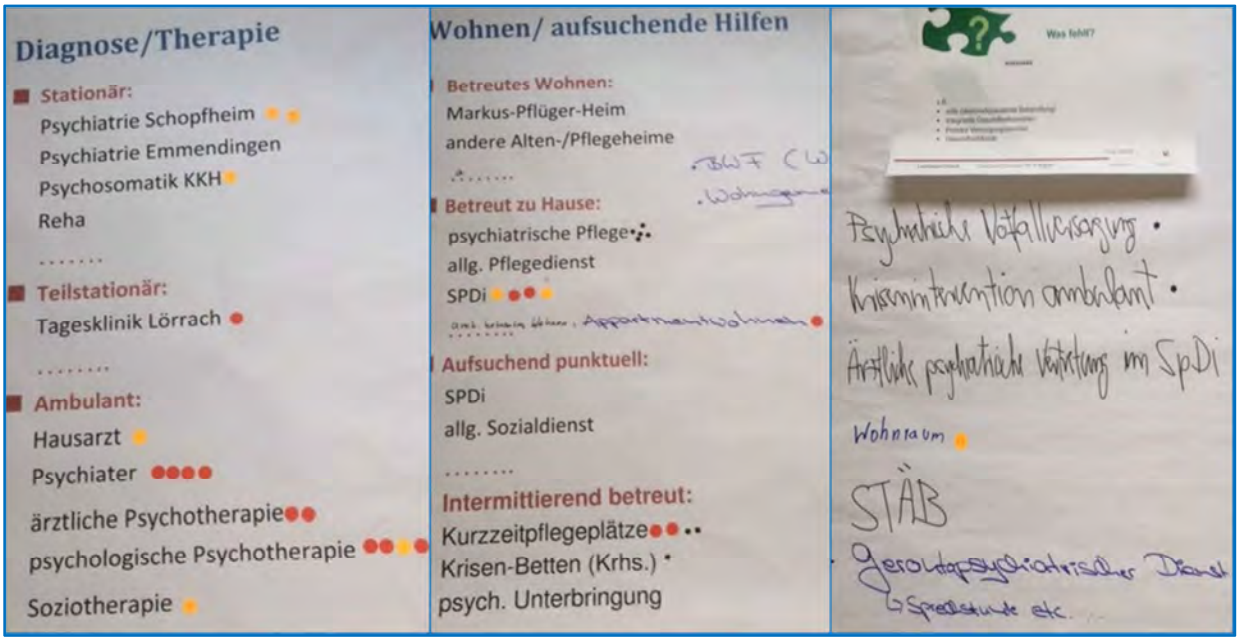


Abbildung 42: Abstimmung durch die Arbeitsgruppen, ohne Einzelgespräche

1.2. Ergebnisse für den Landkreis Lörrach

Somit wurden gleichzeitig das verfügbare Ist-Angebot und die subjektive Einschätzung des Bedarfs abgefragt. Die Abstimmung der Einzelpersonen und der Arbeitsgruppen wurde zusammengefasst und für die Übersicht eingestuft:

Rot: Psychiater wurden 9 Mal als „nicht verfügbar“ eingestuft,
psychologische Psychotherapeuten (6 rote Punkte/2 gelbe Punkte)
ärztliche Psychotherapeuten (äPT: 4 rote Punkte).

Gelb: Tagesklinik (1 roter Punkt, 4 gelbe Punkte)
Sozial-Psychiatrischer Dienst (SPDi: 2 rote Punkte, 2 gelbe Punkte)
psychiatrische Klinik Schopfheim (4 gelbe Punkte)
Kurzzeitpflegeplätzen/ Kriseninterventionsbetten stationär (2 rote, 2 schwarze Punkte).

Schwarz: psychiatrische Pflege
stationsäquivalente Behandlung (StäB)
ambulante psychiatrische Reha
geronto-psychiatrischer Dienst (mit Sprechstunde)

Über die vorgegebene Liste hinaus konnten Kommentare oder Fehlendes ergänzt werden.

Folgende Sorgenbereiche wurden angesprochen:

- Wohnraumsituation allgemein schwierig und für psychisch Kranke insbesondere (Gefahr der Obdachlosigkeit)
- Probleme bei Übergängen von stationär in ambulante Therapie
- psychiatrische Notfallversorgung/ Unterbringung/ Krisenintervention
- keine ärztliche Bereitschaft beim SpDi
- fehlende Angebote der Prävention und der ambulanten Unterstützung in Tagesstätten

Die Ergebnisse werden zusammenfassend in einer Grafik dargestellt. Die einzelnen Versorgungsbereiche (Sektoren) werden wie folgt symbolisiert:

voll-/teilstationäre Versorgung:

- Klinik für Psychiatrie/ Psychotherapie, Schopfheim
- Psychosomatische Station, Kliniken Lörrach
- Psychiatrische Tagesklink, PIA (ZfP Emmendingen)

ambulante Versorgung:

- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychotherapeuten (ärztliche, psychologische)
- Hausärzte (mit und ohne psychotherapeutischer Weiter-/Fortbildung)
- Verordnete begleitende Therapien: Ergo-, Soziotherapie
- Ambulante Dienste: psychiatrische Pflege, ambulante Rehabilitation, stations-äquivalente Behandlung

soziale Dienste, z.T. aufsuchend:

- SPDi, berufliche Rehabilitation, Pflegedienste,
- Beratungsstellen/ Selbsthilfe
- Gesundheits-/ teilhabeförderliche Angebote: Bewegung, Freizeit
- Angebote für Arbeit/ Beschäftigung

Wohnen und **ambulante Wohnformen**

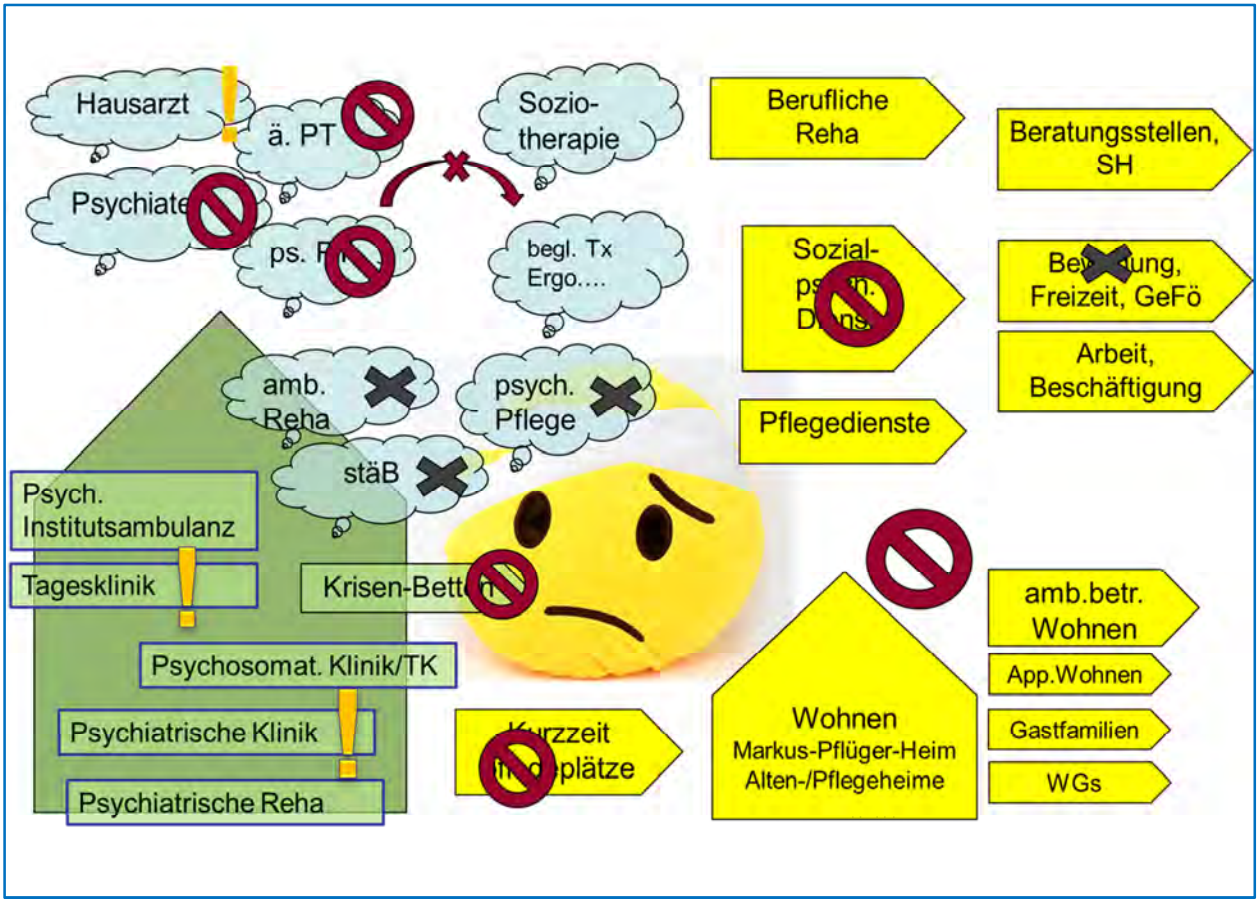


Abbildung 43: Verschiedene Sektoren der Versorgung, die für psychisch Kranke eine entscheidende Rolle spielen und die Einschätzung von Verfügbarkeit durch Experten und Patientensprecher.

1.3. Zusammenfassung für den Landkreis Lörrach

- Psychiater und Psychotherapeuten wurden von Leistungserbringern aus allen Versorgungsbereichen plus Patienten/ Patientensprechern gleichermaßen als der entscheidende Engpass in der Versorgung gesehen. Auch der Kreistag definierte Psychiater als fehlend und die Wartezeiten bei Psychotherapeuten als unzumutbar (Protokoll Kreistagssitzung 21.11.2018).
- Im stationären Bereich werden nicht so ausgeprägte Engpässe wahrgenommen wie im gesamten ambulanten Bereich. Jedoch könnte es in „absehbarer Zeit“ auch hier zu Problemen kommen aus 2 Gründen:

  - bei mangelndem ambulantem Angebot wird auf verfügbares stationäres Angebot als „zweitbeste Lösung“ zurückzugegriffen

  - nicht-verfügbare (oder mit nicht-angemessenen Wartezeiten verfügbare) Anschlusstherapien bedingen stationäre Wiederaufnahmen und damit vermeidbare erhöhte stationäre Fallzahlen.
- Auch für kurzfristige Interventionen (Krisen) stehen weder ausreichend Kurzzeitpflegeplätze noch stationäre Krisenbetten zur Verfügung. Stationäre Zuweisungen zur psychiatrischen Klinik erfolgen nur zwischen 8-16 Uhr, Notfälle werden in Emmendingen aufgenommen.
- Weder Hausärzte, noch der sozialpsychiatrische Dienst haben derzeitig Ressourcen, um ein Ausweichen oder Abfangen von psychiatrisch/psychotherapeutischer Versorgung zu ermöglichen.
- Wohnen ist im Landkreis Lörrach generell ein schwieriges Thema. Für psychisch Kranke droht Obdachlosigkeit.

Diese Befragung wurde nicht nach wissenschaftlichen Standards durchgeführt und ausgewertet, zeigt aber doch mit großer Übereinstimmung von Experten und Betroffenen drei große Fragen auf:

1. Werden psychisch Kranke bei der aktuellen Versorgungssituation adäquat behandelt?
2. Sind die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz akzeptabel?
3. Gibt es eine ausreichende Versorgung für Notfälle und an Wochenenden/ Feiertagen?

2. Engpässe

2.1. Behandlung, Empfehlung und Umsetzbarkeit

Offensichtlich erhält nur ein relative kleiner Anteil von Menschen mit psychischen Störungen eine nach modernen Behandlungsleitlinien als adäquat zu bezeichnende Behandlung. (SVR, 2018)

Maßstab für die Qualität der medizinische Versorgung von psychisch kranken Menschen sind die S2- und S3- Behandlungsleitlinien der DGPPN für psychische Erkrankungen, die mit unterschiedlichem Evidenzgrad (S3 höhere Evidenz als S2) störungsspezifische Empfehlungen zu Pharmakotherapie und Psychotherapie enthalten.

Eine schlechte Behandlungsrate bei psychischen Erkrankungen zeigen auch die Daten der „Deutsche Erwachsenen-Gesundheitsstudie“ (DEGS) (RKI, 2016), vorgestellt auf einem Symposium in Berlin 2012 mit der folgenden Grafik.

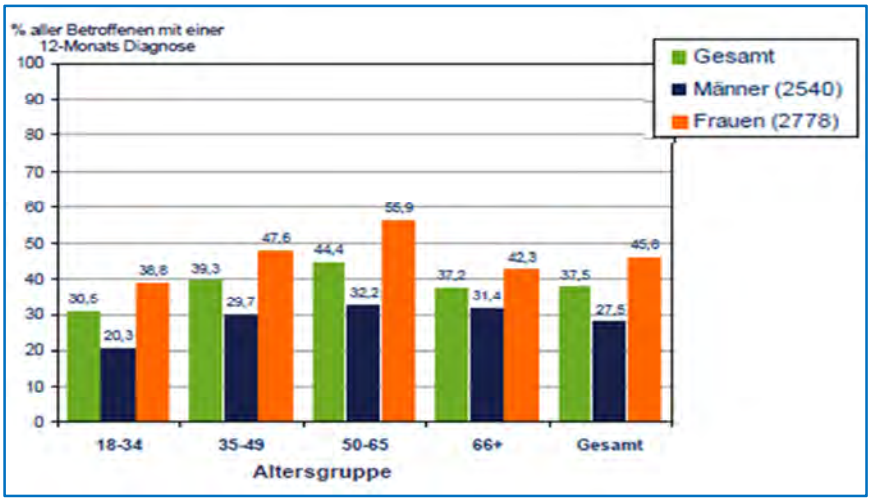


Abbildung 44: Wie viel % aller Betroffenen mit der Diagnose einer psychischen Erkrankung in den letzten 12 Monaten standen wegen ihrer Beschwerden im Kontakt zum Gesundheitssystem? (Wittchen, 2012)

Im Rahmen der DEGS wurden bundesweit über 5.000 Menschen, die in den letzten 12 Monaten eine Diagnose einer psychischen Erkrankung bekamen, über ihre weiteren Kontakte mit dem Gesundheitssystem befragt (stationär, Fachärzte, Hausärzte, Therapeuten, Rehabilitation):

- Nur 37,5% hatte noch einen weiteren Kontakt zum Gesundheitssystem binnen 12 Monaten.
- Frauen nehmen nach erhaltener Diagnose einer psychischen Erkrankung das Gesundheitssystem viel eher in Anspruch als Männer (46% versus 28%).
- Am ehesten beginnen reifere Menschen (50-65 Jahre) nach erhaltener Diagnose eine „Behandlung“ (Kontakt) binnen eines Jahres, am wenigsten junge Menschen (18-34 Jahre).

Höhere Kontaktraten zum Gesundheitssystem nach Diagnosestellung ergaben sich bei folgenden Erkrankungen:

- Medikamentenabhängigkeit (59,3%)
- Schwere Depressionen, wiederkehrend (61,2%)
- Generalisierte Angst (64%)
- Bipolare Störungen (86,1%)

Niedrige Kontaktraten wurden bei folgenden Erkrankungen gesehen:

- Zwangsstörungen (42,5%)
- Nikotinabhängigkeit (35,6%)
- Alkoholmissbrauch (25,8%)

Außerdem stellt die DEGS fest, dass die Wahrscheinlichkeit einer professionellen Intervention abhängig ist von der Erkrankungsdauer und Komorbidität. Wurden neben der Hauptdiagnose einer psychischen Erkrankung weitere psychische oder somatoforme Störungen diagnostiziert, stieg die Behandlungsrate auf 57% bei drei Diagnosen und 66,7% bei insgesamt vier Diagnosen. Männer mit fünf oder mehr Diagnosen waren dann immerhin zu 86,9% in irgendeiner Behandlungsform.

Die Studie wirft aber zugleich wichtige neue Fragen auf:

„Warum haben 18-35-Jährige die höchsten Prävalenzen für psychische Erkrankungen?“

„Wird adäquat „behandelt“ oder wird erst interveniert, wenn chronisch krank und komorbid?“

„Welchen Effekt hätte eine verbesserte Behandlungsquote auf die Prävalenz der Erkrankung?“
(RKI, 2016)

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) stellte vor knapp 20 Jahren fest:

338. Trotz der seit der Psychiatrie-Enquete (1975) erzielten vielfachen Fortschritte, erhalten Patienten mit psychischen Erkrankungen in vielen Fällen nicht die selbstverständliche Akzeptanz und Fürsorge wie Patienten mit somatischen Erkrankungen. Immer noch werden Kranke stigmatisiert und diskriminiert. (SVR, 2000/2001)

Es gibt nach seiner Meinung des SVR „hinreichend sichere Hinweise" darauf, dass:

- trotz Verbesserungen…. die Erkennungs- und Behandlungsraten in der hausärztlichen Praxis verbesserungsbedürftig sind
- patientenseitige Faktoren (insbesondere Präsentier- und Hilfesuchverhalten, Konsultationsanlass) die ärztliche Erkennungsrate maßgeblich beeinflussen
- das Verschreibungsverhalten der Hausärzte zum Teil von evidenz- und konsensbasierten Empfehlungen abweicht.

Auch 2018 stellt der Sachverständigenrat noch fest: (SVR, 2018)

„1276. Bestimmte Patientengruppen sind besonders vulnerabel und vom Risiko einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Unterversorgung betroffen. Dabei handelt es sich insbesondere um schwer psychisch Kranke, Ältere und Pflegebedürftige sowie Flüchtlinge und Migranten mit Sprachbarrieren. Sie brauchen zuvorderst eine zuverlässige psychiatrische Grundversorgung, in nicht wenigen Fällen aber auch eine Psychotherapie. Aus übergeordneter Sicht erscheint hierbei eine bessere Priorisierung der vorrangig zu versorgenden Patienten angebracht….".

2.1.1. Behandlungsprävalenz bei Depression

Für Depressionen liegen sehr gute Daten vor. Regionale Verteilungen wurden übersichtlich in Deutschlandkarten aufgearbeitet zu verschiedenen Depressionsdiagnosen, Versorgungsstrukturen (Karten im Teil 1) und Behandlungsraten (Bertelsmann Stiftung, 2014):

Die Hälfte aller Depressionsdiagnosen ist nicht spezifiziert kodiert. Die andere Hälfte wird spezifiziert in leicht (7%)/ mittelgradig (21%)/ schwer (15%)/ remittierend (selten) und Dysthymie (7%) eingeteilt. Für alle Depressionsdiagnosen stellt sich ein ähnliches Süd-Nord-Gefälle in Deutschland dar, in der folgenden Grafik dargestellt anhand der spezifizierten Depressionsdiagnosen:

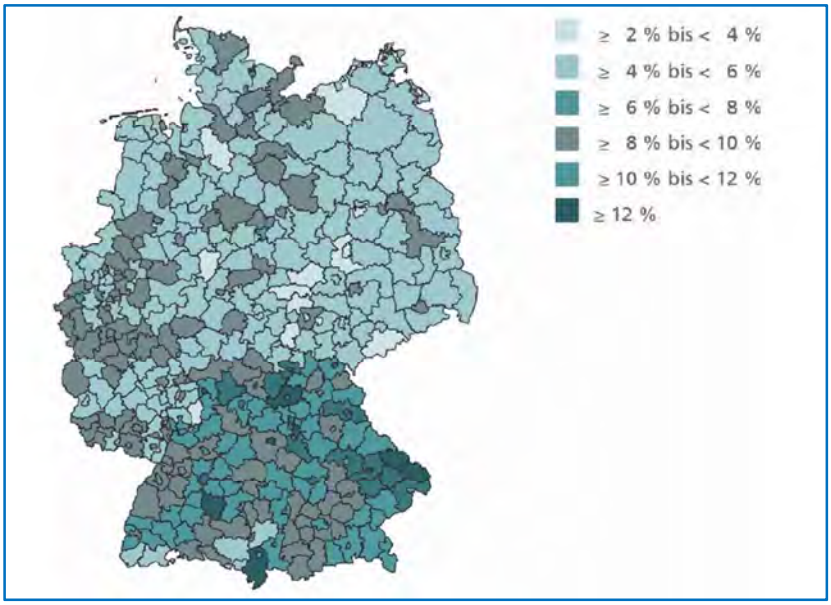


Abbildung 45: Regionale Verteilung der Depressionsprävalenz spezifischer Depressionsfälle, 2011

- Die höchsten administrativen Prävalenzen (in Behandlungseinrichtungen) für Depressionen finden sich in Bayern und Baden-Württemberg (neben Hamburg und Berlin), die niedrigsten in Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen.
- Es gab einen positiven Zusammenhang mit der Dichte der vorhandenen Versorgungsstrukturen: In Regionen mit einer hohen Dichte an Hausärzten oder psychiatrischen Fachärzten oder Psychotherapeuten wurden mehr spezifische Depressionen diagnostiziert.

Deutschlandweit gesehen, lässt sich feststellen:

1. dass in den Bundesländern, in denen sich relativ hohe Prävalenzen finden (Baden-Württemberg, Bayern), die Anteile an leitlinienorientiert behandelten Versicherten am niedrigsten ist!
2. dass eine höhere Dichte fachspezifischer Versorgung (Fachärzte Psychiatrie, Psychotherapeuten) mit einem höheren Anteil an ausreichend langer Psychotherapie und leitliniengerechter Behandlung von Depressionen (alle Schweregrade) einhergeht. Die Dichte an psychiatrischen Betten und Hausärzten korreliert nicht.

Weitere Aussagen aus dem Bericht:

- Depressionsdiagnosen gehen mit einer hohen psychischen Komorbidität einher; insbesondere somatoforme Störungen (Gruppe von verschiedenen psychischen Erkrankungen, die vor allem durch körperliche Beschwerden gekennzeichnet sind F 45.x). Die Häufigkeit allerdings liegt zwischen 21% und 46%: in manchen Kreisen wird also doppelt so häufig eine somatoforme Störung zur spezifischen Depression diagnostiziert wie in anderen Kreisen. Im Landkreis Lörrach liegt sie eher niedrig (26-28%).
- Etwa ein Viertel der Patienten haben gleichzeitig eine diagnostizierte Angststörung: deutschlandweit zwischen 16 bis 28%.
  Der Landkreis Lörrach weist eine Prävalenz von 22-24% auf – das ist guter Durchschnitt für Deutschland, aber mehr als in den direkt benachbarten Landkreisen (außer Freiburg Stadt).
- Der niedrigste Anteil leitlinienorientiert behandelter Depressionen der eingegrenzten Diagnosegruppe ist mit unter 50% im Saarland zu finden, gefolgt von Baden-Württemberg und Bayern.
- Die Ergebnisse liefern prägnante Hinweise auf aktuelle in der Versorgung bestehende relevante Qualitätsmängel, insbesondere hinsichtlich des Erkennens und der Kodierweise spezifischer Depressionsdiagnosen.
- Ein gravierender Anteil der Versicherten mit Depressionsdiagnosen bleibt darüber hinaus unterversorgt oder läuft bei den derzeit bestehenden ungenauen diagnostischen Prozeduren Gefahr, nicht die nach aktuellen Leitlinien empfohlen evidenzbasierten Behandlungsmaßnahmen zu erhalten, also fehlbehandelt zu werden.

! Patienten mit mittelgradigen, schweren und leichten chronischen Depressionen bleiben zu knapp einem Viertel unterversorgt (d.h. erhalten keine oder keine leitlinienorientierte Behandlung).

! Ein weiteres Viertel erhält zwar eine Pharmako- oder Psychotherapie allerdings nicht in der angemessenen Dosis, wie sie die Leitlinien empfehlen.

2.1.2. Vermittlungserfolg für Therapieplätze (poststationär) Einzelerhebung Klinik für Psychiatrie/PT Schopfheim (2017/18)

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie empfiehlt entsprechend den Leitlinien nach einem stationärem Aufenthalt bei einigen Patienten Psychotherapie. Ob diese Empfehlungen umgesetzt werden konnten wurde über 1,5 Jahre dokumentiert (Zarifoglu, 2017/2018).

Erhebungszeitraum: 2017- Ende 06/2018

Methodik: Der Arzt entscheidet nach Diagnosestellung und Verlauf über die „dringende Empfehlung" einer Psychotherapie im Anschluss an den stationären Aufenthalt. Patienten erhalten in den ersten zwei Wochen des stationären Aufenthaltes eine Psychotherapeutenliste des Landkreises Lörrach
Kollektiv: Durchschnittliche Verweildauer der Patienten 44 Tage, 252 Patienten/ Jahr (2017).
Ergebnis:
2017 (12 Monate):
32 Patienten erhalten „dringende Empfehlung für ambulante Psychotherapie
Drei Patienten bekommen Zusage für ein Erstgespräch bei Psychotherapeuten binnen 4-6 Wochen nach Entlassung (9%)

2018 (6 Monate):
17 Patienten erhalten „dringende Empfehlung für ambulante Psychotherapie"
Zwei Patienten bekommen Zusage für ein Erstgespräch (12%) Psychotherapeutische Versorgung nach stationärem Aufenthalt:

Aussagen:

Im Jahr 2017 benötigten 12,7% (n=32) der jährlichen 252 psychiatrischen stationären Patienten im Landkreis Lörrach nach Meinung des behandelnden Arztes nach ihrem stationären Aufenthalt dringend eine anschließende Psychotherapie binnen 4-6 Wochen.

- Nur 9% (n=3) der Patienten, die eine dringende PT-Empfehlung erhalten haben, gelingt es, tatsächlich einen zeitnahen Termin für ein Erstgespräch bei einem Psychotherapeuten zu bekommen.
- 12,7% Empfehlungen für Psychotherapie sind sehr wenig gemessen an Erkrankungsprävalenz und Behandlungsleitlinien. In Erwartung einer schwierigen Umsetzung sind es nur die dringendsten Empfehlungen.
- Ein Erstgespräch bedeutet noch keinen Therapieplatz über einen längeren Zeitraum.

Einen zeitnahen ambulanten Nachsorgetermin zu bekommen, klappt einigermaßen gut bei den Psychiatern, jedoch bei den Psychotherapeuten überhaupt nicht, hier nur in Einzelfällen.
F. Zarifoglu, Klinik für Psychiatrie/PT Schopfheim.

2.1.3. Vermittlungserfolg für Psychotherapieplätze (ambulant) Einzelerhebung durch einen niedergel. Psychiater, LK Lörrach (2014)

Die Daten stammen aus einer stichprobenartigen Erhebung im Jahr 2014 eines niedergelassenen Psychiaters (Dannegger, 2014):

Erhebungszeitraum: Kalenderwochen 9+10/ 2014

Kollektiv: 230 Patienten mit Praxiskontakt in diesem Zeitraum, Alter von 18-83 Jahren (65,5% Frauen, 34,4% Männer)
Psychotherapieempfehlung nach Leitlinie bei Depressionen, Angststörungen, Zwängen, akuten Belastungsreaktionen, Persönlichkeitsstörungen

Ergebnis: 149 der 230 Patienten haben einen Psychotherapiebedarf (65%), wie in der folgenden Abbildung dargestellt.

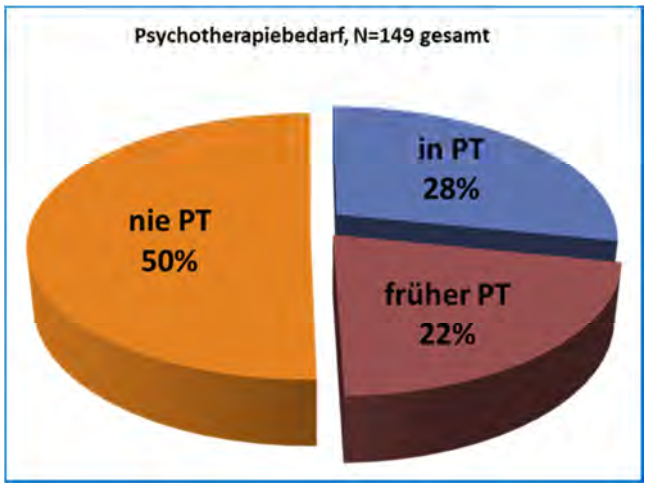


Abbildung 46: Anteil von PT bei Patienten mit Psychotherapiebedarf, n=149
(Daten persönliche Erhebung Dannegger, 2014).

Aussagen:

- 42 Patienten (28%) von 149 mit PT-Bedarf sind in Psychotherapie und somit adäquat psychotherapeutisch versorgt
- 50% (75) konnten bei Therapiebedürftigkeit keinen Platz finden.
- 4 der 11 stationären Einweisungen wären bei prompter und intensiver psychotherapeutischer Versorgung vermeidbar gewesen (36%).

1263. Ein Drittel der Patienten in Notfallstrukturen psychiatrischer Kliniken wird als dort fehl am Platz gesehen. Die meisten dieser Patienten erscheinen, so vermuten die Befragten, wegen zu langer Wartezeiten auf einen ambulanten Psychiatrietermin. (SVR, 2018)

2.1.4. Therapiebedarf und Versorgung bei Migranten Einzelerhebung durch einen niedergel. Psychiater, LK Lörrach (2014)

Daten aus gleicher Erhebung (Dannegger, 2014).
Von 230 Patienten waren 46 mit Migrationshintergrund.

Ergebnis: Von 46 Patienten mit Migrationshintergrund hatten
25 Patienten einen Psychotherapiebedarf (54%),
3 von diesen haben einen Psychotherapieplatz gefunden (12%)

Aussage:

- Der Therapiebedarf von Patienten mit Migrationshintergrund entspricht in etwa dem der Gesamtgruppe (54% versus 63%).
- 88% der Migranten haben keinen Psychotherapieplatz gefunden, obwohl eine Psychotherapeutische Behandlung nach Diagnose indiziert gewesen wäre. In der Gesamtgruppe haben 50% keinen Therapieplatz gefunden.

Die kommunikativen Fähigkeiten wurden bei der Bedarfsfeststellung nicht berücksichtigt.

2.1.5. Einfluss YAVIS-Score auf psychotherapeutische Versorgung Einzelerhebung durch einen niedergel. Psychiater, LK Lörrach (2014)

Bekannt ist eine Einteilung nach 5 Kriterien (YAVIS-Score):

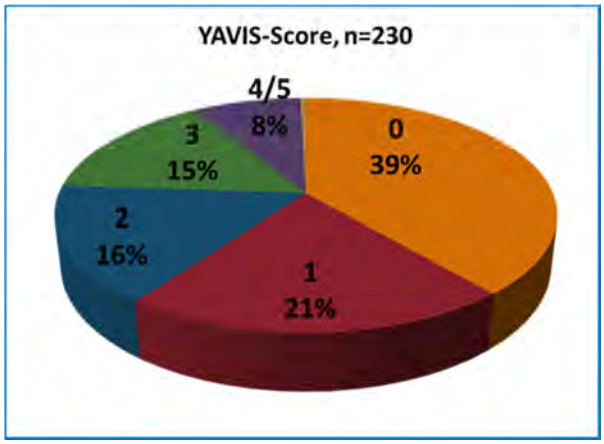
Y = young, A = attractive, V = verbal, I = intelligent, S = successful

Pro Kriterium punktet man: 1= Kriterium erfüllt, 2= doppelt positiv, 0= Kriterium nicht erfüllt

Die These:

Je höher man punktet (also je jünger, intelligenter, verbal versierter etc.), desto eher erhält man einen Psychotherapieplatz.

Um zu sehen, ob diese These auch im Landkreis Lörrach zutrifft, wurde der YAVIS-Score bei den 230 Patienten der allgemeinpsychiatrischen Praxis exemplarisch angewendet.



Y=young

A=attractiv

V=verbal

I=intelligent

S=successful

Score 0= keine Eigenschaft vorhanden

Score 6=Eigenschaft alle vorhanden

Score 12= alle Eigenschaften ausgeprägt vorhanden

Abbildung 47: Verteilung der Patienten mit psychischen Erkrankungen nach Yavis-Score

Die Klientel einer allgemein-psychiatrischen Praxis kann exemplarisch wie folgt beschrieben werden:

- Die Mehrheit der Patienten punktet bei keinem oder nur einem der YAVIS-Kriterien (60%). Psychiatrische Patienten sind also meistens weder attraktiv, noch können sie ihre Anliegen gut verbalisieren, sie sind nicht sehr erfolgreich und auch nicht mehr jung.
- Nur 8 % erfüllen 4 oder 5 Kriterien (einfache Ausprägung).

Haben es Patienten mit einem niedrigen YAVIS-Score schwerer einen Psychotherapieplatz im Landkreis Lörrach zu bekommen?

Die 42 Patienten mit PT-Bedarf aus der gleichen Erhebung werden nach dem YAVIS-Score kategorisiert (1Person ohne Einordnung).

Ergebnisse:

	YAVIS-Score=0	YAVIS-Score= 4 oder 5
Patienten mit PT-Bedarf	38	19
Patienten in PT	3	9
Therapie-Anteil (%)	**8%**	**47%**

Tabelle 12: Gegenüberstellung von Patienten mit Therapiebedarf nach YAVIS-Score und psychotherapeutischer Versorgung

Aussage:

- Attraktive, verbal geschickte Patienten mit einem höheren YAVIS-Score finden eher einen Psychotherapieplatz - aber auch nur jeder Zweite (47%).
- Im Landkreis Lörrach haben Patienten, die weder jung, noch attraktiv, verbal versiert, intelligent oder erfolgreich sind kaum einen Chance auf eine adäquate psychotherapeutische Versorgung (8%).

Weitere Beobachtung: Von 9 Privatpatienten aus dem Kollektiv der 230 Patienten haben 6 einen akuten Psychotherapiebedarf - und alle haben einen Psychotherapieplatz (100%).

Anmerkungen:
Die Zahlen sind nicht repräsentativ, sondern eine Stichprobe einer einzigen Praxis im Landkreis. Sie geben aber einen Eindruck der Situation in der Psychiatrie und insbesondere im Landkreis Lörrach.

Inzwischen sind bei Psychotherapeuten niedrigschwelliger Erstgespräche verfügbar (seit Einführung PTRL 2017).

2.1.6. Zusammenfassung der Aussagen der Einzelerhebungen

Psychotherapeutische Versorgung nach stationärem Aufenthalt:

- Nur 13% der 252 stationären Patienten erhalten die dringende Empfehlung einer anschließenden Psychotherapie.
- **Nur 9% dieser Patienten gelingt es ein psychotherapeutisches Erstgespräch zu bekommen.**

Psychotherapeutische Versorgung in der ambulanten Psychiatrie:

- 65% haben einen PT-Bedarf (n=149)
- 28% dieser Patienten sind adäquat psychotherapeutisch versorgt (2014).
- 50% haben keine adäquate PT-Versorgung
- Ein Drittel der stationären Einweisungen wären bei prompter und intensiver psychotherapeutischer Versorgung vermeidbar gewesen (36%).

Psychotherapeutische Versorgung bei Migranten:

- 88% der Migranten (22/25) haben keinen Psychotherapieplatz gefunden, obwohl eine Psychotherapeutische Behandlung nach Diagnose indiziert gewesen wäre (versus 50% Gesamtkollektiv).

Psychotherapeutische Versorgung nach YAVIS-Score:

- Im Landkreis Lörrach haben Patienten, die weder jung, noch attraktiv, verbal versiert, intelligent oder erfolgreich sind kaum einen Chance auf eine psychotherapeutische Versorgung (8%).

2.1.7. Vergleich der Ergebnisse mit Studien

Eine Studie aus Südwürttemberg (ZfP Ravensburg-Weißenau) verglich 2017 Empfehlungen zu Psychotherapie (nicht PIA): „**P**sychotherapie im **A**nschluss an **K**linik und **T**agesklinik (PAKT I)“ (C. Uhlmann, 2017):

Je 100 Patienten aus 4 Zentren (teil-/vollstationär)

- 9,6% erhielten eine Psychotherapie (PT)-Empfehlung (6,4-15,8%).
- Tendenziell erhielten Jüngere, Frauen und Beschäftigte in allen Zentren eher eine Empfehlung.
- Mögliche Gründe für die relativ seltene Erteilung einer PT-Empfehlung sind beispielsweise die therapeutischerseits antizipierte Schwierigkeit für Patienten, einen Psychotherapieplatz zu erhalten oder der ungenügende Einsatz von Psychotherapie bereits während des Aufenthaltes (Personalausstattung).

> Der Graben zwischen Theorie einerseits (Psychotherapieempfehlung nach Behandlungsleitlinie) und Praxis (Psychotherapieempfehlung nach psychiatrisch-psychotherapeutischem Aufenthalt) ist groß. (C. Uhlmann, 2017)

Außerdem untersuchte das Team des ZfP Ravensburg die Frage, ob die Empfehlungen auch umgesetzt werden konnten (C. Uhlmann, PAKT II: Realisierung von Psychotherapieempfehlungen nach psychiatischem Aufenthalt, 2017).

Es wurden 306 Patienten 3 Monate nach stationärem psychiatrischem Aufenthalt befragt:

- 52 von 59 Patienten traten eine empfohlene stationäre oder tagesklinische Anschlussmaßnahme (Reha oder Klinik) an (88%).
- Von 247 Patienten mit Empfehlung einer ambulanten PT nahmen 58 eine bestehende Therapie wieder auf (21%).
- Von 189 Patienten, die eine PT neu beginnen sollten, erhielten 81 Patienten einen Platz (75%)
- Von den 81 erfolglos gebliebenen Patienten hatten es 43 gar nicht versucht; damit waren 20% der motivierten Patienten nicht erfolgreich.
- Von den 108 erfolgreichen Patienten hatten 60 nur 1 Therapeuten kontaktiert, 11 riefen bei 2

Therapeuten an, 10 bei 3, 11 bei 4-10 und 9 bei über 10 Therapeuten.

Im Gegensatz zum Landkreis Lörrach mit nur 9% Realisierung einer PT-Empfehlung, stellen die Autoren für den Bereich Tübingen, ZfP Südwürttemberg und Landshut fest, dass eine gegebene Psychotherapieempfehlung „relativ gut und schnell“ umgesetzt werden kann. Eine höhere Schulbildung, eine abgeschlossene Ausbildung und ein aktuell bestehendes Arbeitsverhältnis waren Merkmale für die erfolgreiche Aufnahme einer Psychotherapie.

1262. Insgesamt bestätigt sich, dass bei der Koordination in der psychiatrisch- psychosomatisch- psychotherapeutischen Versorgung noch deutliches Optimierungspotenzial besteht... (SVR, 2018)

2.2 Wartezeiten

„Die Wartezeiten auf ambulante und teilstationäre Angebote werden allgemein als länger geschätzt als diejenigen auf stationäre Angebote. Eine solche Konstellation könnte ein Fehlanreiz für unnötige stationäre Behandlungen sein. Seitens der Befragten werden - passend hierzu - die Sektorenübergänge von stationär nach ambulant für problematischer gehalten als andersherum (SVR, 2018).“

2.2.1 deutschlandweite Studien zu Wartezeiten Psychotherapie

Aus einer Untersuchung im Auftrag der Bundespsychotherapeutenkammer (2011) stammt die Abbildung 48 zu bundesweiten Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch, veröffentlicht von R. Nübling bei einem Vortrag „Psychotherapeutische Versorgungsforschung“ (Nübling, 2015).

- Die Wartezeit auf ein Erstgespräch betrug 2011 im Landkreis Lörrach durchschnittlich 17,7 Wochen.
- Das ist das Dreifache von der Wartezeit in Freiburg.

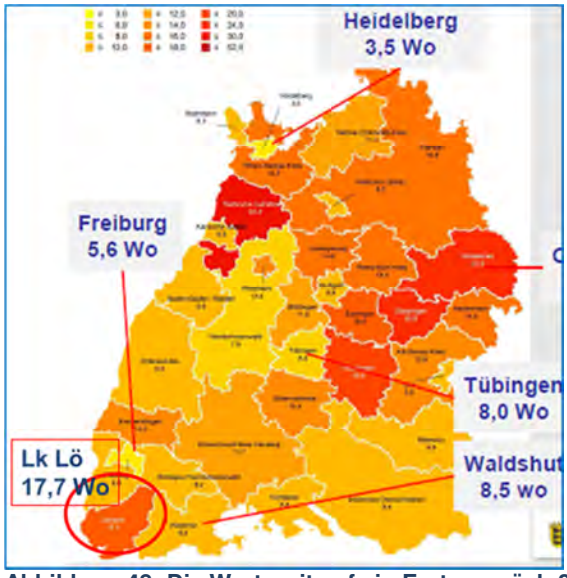


Abbildung 48: Die Wartezeit auf ein Erstgespräch 2011 (ohne „Sprechstunden-Pflicht“) beträgt im Landkreis Lörrach 17,7 Wochen; in Freiburg nur 5,6 Wochen.

Große Veränderungen ergeben sich seit in Kraft treten der neuen Psychotherapie-Richtlinie 2017 (PTRL). Daher wurden neue Zahlen veröffentlicht „Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie“ (BPtK, 2018). Von 23.812 angeschriebenen psychologischen Psychotherapeuten und Kinder und Jugendpsychotherapeuten hatten sich 39,6 % beteiligt.

- 2017 betrug die durchschnittliche Wartezeit auf einen ersten Termin in der Sprechstunde bundesweit und in Baden-Württemberg 5,7 Wochen (2011 noch 3 Monate).
- 68,6 % der Patienten in PT bekommen laut Aussagen der Therapeuten inzwischen binnen 4 Wochen einen Zugang zur Sprechstunde, 45,6 % warten länger als 3 Wochen, aber weniger als 3 Monate, 8,5 % müssen länger als 3 Monate auf einen Sprechstundentermin warten (2011 mussten noch 72 % über 3 Wochen warten und 31 % über 3 Monate).
- 89% der Patienten, bei denen einen Akutbehandlung (neue Leistung, PTRL 2017) für notwendig erachtet wurde, erhalten laut Therapeuten einen ersten Behandlungstermin in weniger als 4 Wochen.

Nach einem 1. Termin beim Psychotherapeuten (Sprechstunde) zur Abklärung der Beschwerden des Patienten, ist es wichtig, dass eine Weitervermittlung in eine kontinuierliche Therapie stattfinden kann: ambulante Akuttherapie, Richtlinien Psychotherapie, Anbindung bei Haus- oder Fachärzten, Rehabilitation oder stationär. Hierzu sagt die Studie:

„ Eine Weitervermittlung in Richtlinienpsychotherapie gelingt nicht“. (BPtK, 2018)

Im Schnitt verwenden Psychotherapeuten seit der Reform (PTRL 2017) zusätzlich 40 Minuten darauf, Patienten weiter zu vermitteln. Im Einzelnen:

- Eine Weitervermittlung in Richtlinien-Psychotherapie gelingt in 56% nicht.

Besser funktioniert es im fachärztlichen und stationären/rehabilitativen Bereich:

- 16,9% konnten nicht in eine stationäre Versorgung vermittelt werden
- 24,2% keine Weitervermittlung in stationäre Rehabilitation
- Bei 4,7% gelang kein Abklärung beim Hausarzt
- Bei 19,6%% gelang die weiter Abklärung beim Psychiater nicht

Gelingt die Weiterleitung, müssen lange Wartezeiten in Kauf genommen werden:

- Eine Richtlinienpsychotherapie beginnt durchschnittlich erst 5 Monate nach der 1. Anfrage (2011: 23,4 Wochen, 2017: 19,9 Wochen).

Insgesamt fasst die Studie der BPtK 2018 zusammen:

Sprechstunden als zentrale Anlauf- und Koordinationsstelle angenommen.
Wartezeiten auf Behandlung noch erheblich zu lang.
Psychische Erkrankungen in der Stadt und auf dem Land fast gleich häufig.
In Zukunft: Weiter steigende Nachfrage nach psychotherapeutischer Behandlung zu erwarten.
(BPtK, 2018)

Die nächste Karte zeigt die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen ersten Termin in der Richtlinien-Psychotherapie nach Bundesländern (Durchschnitt Deutschland: 19,9 Wochen).

- In Baden-Württemberg beträgt die Wartezeit 17 Wochen.
- In Städten beträgt die Wartezeit 16,9 Wochen, in eigenversorgten Kreisen 20,7 Wochen.
- Die Wartezeit im Landkreis Lörrach lag bei 30 Wochen.
  (persönliche Kommunikation, gestützt allerdings auf die Auskunft von nur 4 Psychotherapeuten)

Wartezeiten sind für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine erhebliche Belastung. Mit zunehmender Dauer der Wartezeit steigt auch der Anteil der Menschen, die eine Behandlung gar nicht erst beginnen. Mit der Wartezeit steigt aber auch das Risiko, dass sich psychische Erkrankung verschlimmern, verlängern oder immer wiederkehren (rezidivierender Verlauf).

Abbildung 49: Durchschnittliche Wartezeit auf einen ersten Termin zur kontinuierlichen Behandlung (Richtlinien-Psychotherapie): in Baden-Württemberg 17 Wochen (BPtK, 2018)

Die Bundespsychotherapeuten-Kammer leitet aus der Studie folgende Forderungen ab:

- bundeseinheitliche Verhältniszahl als Ausgangspunkt:
  die Häufigkeit psychischer Erkrankung unterscheidet sich kaum zwischen städtischen und ländlichen Regionen (DEGS1-H 2014). Die bisherige Bedarfsplanung unterstellt dagegen, dass sich die Häufigkeit psychischer Erkrankungen zwischen Großstädten, ländlichen Regionen und im Ruhrgebiet unterscheidet. Verteilt man die aktuell zugelassenen Psychotherapeuten gleichmäßig auf Deutschland, käme kämen auf 3300 Einwohner je ein Psychotherapeut. Diese Dichte hält die Bundespsychotherapeutenkammer für nicht ausreichend.
- Regionale Anpassung an Bevölkerungsstruktur:
  Menschen sind häufiger psychisch krank, wenn sie einen besonders niedrigen Schulabschluss haben oder arbeitslos sind. Auch Frauen und jüngere Menschen sind häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen. Dies lässt sich regional erfassen, sodass je nach Bevölkerungsstruktur einer Region die bundeseinheitliche Verhältniszahl angepasst werden kann.
- Mitversorgung durch Großstädte empirisch überprüfen:
  Es bestehen erhebliche Zweifel an der These, dass Großstädte ihre Umgebung in dem Maße mitversorgen, wie es die bisherige Bedarfsplanung unterstellt.
- Die Bundespsychotherapeutenkammer fordert 7.000 zusätzliche psychotherapeutische Praxissitze in Deutschland.

Die Wartezeiten werden ausdrücklich als zu lang beurteilt, vor allem diejenigen auf ambulante Psychiater und Psychotherapeuten. (SVR, 2018)

2.2.2 Wartezeiten im Landkreis Lörrach

Laut einer Umfrage bei 23 niedergelassenen Hausärzten im Landkreis Lörrach im März 2014 zeigt sich zusammenfassend Folgendes (Daten und Zusammenfassung Dannegger, 2014).

Vermittlung in fachärztliche Versorgung (Fachärzte für Psychiatrie, Psychosomatik):

- Innerhalb von 3 Monaten erhalten >90% der Patienten nach Arztmeinung einen Facharzttermin mit folgenden Diagnosen:
  Depression, Schizophrenie, Suchterkrankung, Ängste, Zwänge, Ess-und Schlafstörungen, Anpassungsstörung und psychogene Schmerzen, psychosomatische Syndrome.
- Innerhalb von 4 Wochen kommt ein Facharzttermin bei Schizophrenie (90%) zustande.
- Bei Anpassungsstörungen erhalten 50%, bei psychischen Traumafolgen 46% und bei Depressionen 33% binnen 4 Wochen einen Facharzttermin.

Vermittlung in Psychotherapie:

- Innerhalb von 3 Monaten erhält nur eine Minderheit der Patienten ein Erstgespräch (vor PTRL 2017).
- 22% der Suchtpatienten, 15% mit psychosomatischen oder Anpassungsstörungen, 13% der Depressiven und 12 % der Trauma-patienten erhalten binnen 3 Monaten ein Erstgespräch.
- Weniger als 10% der Patienten mit Ängsten, Zwängen oder Phobien, psychogenen Schmerzen oder funktionellen Störungen finden einen Psychotherapieplatz.
- Schizophrene Patienten finden fast nie einen Behandlungsplatz.

Wartezeiten für stationäre Versorgung:

Wartezeiten werden nicht zuverlässig erfasst und bestimmen auch nicht die Aufnahme. Die Dringlichkeit wird klinisch entschieden.
In Schopfheim klappt die geplante Aufnahme in 1-2 Wochen.
In der Tagesklinik kommen leicht 8-12 Wochen Wartezeit im Schnitt zusammen.
In Emmendingen wird jeder Notfall rund um die Uhr 7 Tage die Woche aufgenommen; geplante Aufnahmen gerne innerhalb einer Woche.
Unterversorgung lässt sich hier am deutlichsten als Engpass im Bereich der Alterspsychiatrie beschreiben. S. Schieting, ZfP Emmendingen.

2.2.3. Vermittlung durch Terminservicestellen (TSS)

Text der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aus „Die ambulante medizinische Versorgung 2018“:
„Durchschnittlich erreichen die Terminservicestelle etwa 2.700 Anrufe im Monat (bundesweit). Im Jahr 2017 nahmen insgesamt knapp 32.500 Menschen den Terminservice in Anspruch - gegenüber gut 14.300 im Jahr 2016 – ein Plus von 126 Prozent. Auch die Zahl der Terminvermittlungen stieg an: Im Jahr 2017 wurden knapp 11.000 Termine an Patienten vermittelt, im Vorjahr waren es noch gut 5.300 Vermittlungen. Vom Anruf bei der Terminservicestelle bis zum Termin beim Facharzt wartet der Patient durchschnittlich 2 Wochen.

! Die Top 10 der vermittelten Termine aus den verschiedenen Fachgruppen führen die Psychotherapeuten an. Über 5.800 Patienten erhielten im Jahr 2017 über die TSS einen Termin für ein Erstgespräch bei einem Psychotherapeuten (60% der Anrufe).

Die Nachfrage bei der Terminservicestelle der KV BW (Zeitraum 01.04.2017-01.04.2018) ergab:

- 121 Anfragen für psychotherapeutische Termine aus dem Landkreis Lörrach
- Alle Anfragen konnten im Zeitraum von 1-4 Wochen vermittelt werden (Erstgespräch), durchschnittliche Wartezeit 10 Tage, Vermittlung in Akutbehandlung innerhalb 1 Woche

2.2.4. Facharztvertrag Psychotherapie/ Neurologe-/ Psychiatrie (PNP)

Das Facharzt-Programm der AOK Baden-Württemberg ist eine Ergänzung zum Hausarzt-Programm (HzV), damit alle an der Behandlung beteiligten Ärzte optimal zusammenarbeiten.
Vorteile für den Patienten:

- Schnelle Terminvergabe:
  Reguläre Termine innerhalb von 2 Wochen,
  in dringenden Fällen: Termin beim Facharzt innerhalb eines Tages nach Anmeldung durch den Hausarzt, Termin bei dringlichen psychotherapeutischen Fällen innerhalb von 3 Tagen
- Sprechstundenangebot: Werktägliche Sprechstunden (Mo-Fr), mindestens eine Abendterminsprechstunde pro Woche bis 20:00 Uhr für Berufstätige
- Begrenzung der Wartezeit: Nach Möglichkeit Reduzierung der Wartezeit auf max. 30 Minuten bei vorheriger Anmeldung
- Mehr Zeit für Gespräche und Beratungen
- Breites diagnostisches und therapeutisches Angebot
- Zuzahlungsbefreiung Arzneimittel

Teilnehmende Mediziner und Therapeuten haben dank der besseren Vergütungsstruktur eine höhere Behandlungsintensität im Vergleich zur Regelversorgung. Das führt unter anderem dazu, dass die sprechende Medizin angemessen bezahlt wird – auch wenn ein Patient den Arzt mehrfach im Quartal aufsuchen muss. Text der web-Seite https://blog.medi-verbund.de/2019/01/neue-facharztvertraege/

2.3. Psychiatrische Versorgung in Notfällen und Krisen

Die größten Engpässe sehe ich im ambulanten und komplementären Bereich. Hier betrifft die Versorgung nicht nur die von der KV-finanzierten Bereiche der Psychiater und Psychotherapeuten. Diese Lücke betrifft leider sehr viele Gemeinden und Kommunen in ländlichen Regionen – im Vergleich zu den Ballungsräume und Großstädte.
Vielmehr betrifft es die Bereiche der sogenannten notfallpsychiatrischen und aufsuchenden Unterstützungen psychisch Kranker und ihre Angehörige (siehe hierzu die Aufgaben und Ausstattungen der Sozialpsychiatrischen Dienste und Krisendienste in vielen Gemeinden und Kommunen in Mitte- und Norddeutschland!). F. Zarifoglu, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Schopfheim

Niedersachsen hat seit 1997 feste Rahmenbedingungen auf dem Weg zu einer gemeindenahen Psychiatrie vorgegeben:

1997 Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) §7 „Der Sozialpsychiatrische Dienst eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt wird von einer Ärztin oder einem Arzt mit abgeschlossener psychiatrischer oder kinder- und jugendpsychiatrischer Weiterbildung geleitet."

2010 Integrierte Versorgung Schizophrenie-Erkrankter als GKV-Leistung (§140 SGB V):

„An einer Schizophrenie erkrankte Versicherte der AOK können sich seit Oktober 2010 in ersten Startregionen Niedersachsens wie Delmenhorst, Hildesheim, Oldenburg, Peine und Wolfsburg einschreiben und von den Vorteilen der sektorenübergreifenden Versorgungsangebote profitieren. Die Integrierte Versorgung Schizophrenie in Niedersachsen ist das erste Versorgungskonzept, das im niedergelassenen Bereich koordiniert wird und eine landesweit flächendeckende Versorgung in einem großen Bundesland zum Ziel hat.

Die Integrierte Versorgung verfolgt das Ziel, durch erweiterte ambulante Behandlungsoptionen wie Psychoedukation, Fachpflege, Soziotherapie, Psychotherapie, aufsuchende Behandlung und Angehörigenbetreuung die Versorgung des einzelnen Patienten so zu verbessern, dass die ärztliche Therapie insgesamt effektiver und effizienter wird. Im Vordergrund steht, dass den Patienten mit rechtzeitiger, sektorenübergreifender und nachhaltiger Versorgung unter Einbeziehung ihrer Angehörigen in ihrem sozialen Umfeld ein weitgehend normales Leben ermöglicht wird."

(http://www.krankenpflege-journal.com/psychiatrie-/)

2.3.1. Kriseninterventionsteams in Baden-Württemberg (Beispiel)

Stadt Stuttgart: EVA (evangelische Gesellschaft Stuttgart) bietet einen Krisen- und Notdienst an (KND), der mit 4.246 kontakten /Jahr gut angenommen ist.

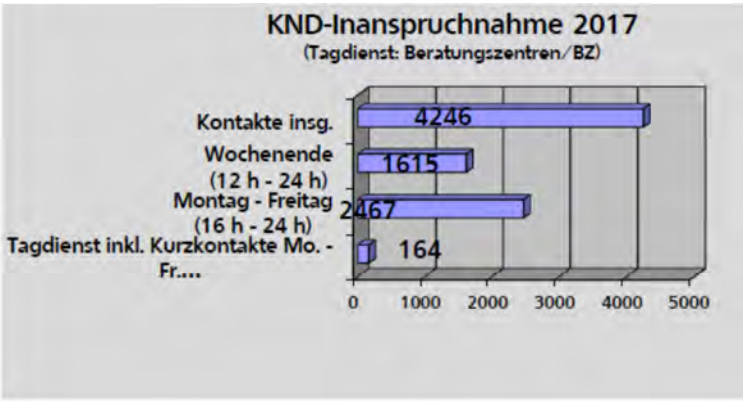


Abbildung 50: Inanspruchnahme des Krisen-und Notdienstes in Stuttgart während 1 Jahres (Evangelische Gesellschaft Stuttgart (Jugendamt), 2017)

Während der Tagdienst – telefonisch erreichbar von Montag bis Freitag zwischen 9 und 16 Uhr – wechselnd von den 10 über das Stadtgebiet verteilten Beratungszentren des Jugendamtes durchgeführt wird, hat der Abend- und Wochenenddienst der Evangelischen Gesellschaft – geöffnet von Montag bis Freitag zwischen 16 und 24 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen zwischen 12 und 24 Uhr – seinen ständigen Sitz im Furtbachkrankenhaus. Die einheitliche Krisen-Rufnummer wird um 16 Uhr vom Tag- auf den Abenddienst und am nächsten Tag um 9 Uhr wieder auf das diensthabende Beratungszentrum geschaltet.

Die Verteilung der insgesamt 3013 Tagesfälle (ohne Kurzkontakte) zwischen Tag- und Abend-dienst ergab ein ähnliches Verhältnis wie in den Vorjahren. Auf den Tagdienst entfielen nur ca. 5 %, auf den Abenddienst 95 % der dokumentierten Fälle. Umgekehrt verhielt es sich bei den Kurzkontakten: 90 % tagsüber und 10% abends. Der Grund hierfür liegt in der Nutzerstruktur: Der Tagdienst wird fast aus-

schließlich telefonisch in Anspruch genommen. Meistens geht es um kurze Informations- oder Entlastungsgespräche und die Weitervermittlung an einen zuständigen Regeldienst. Beim Abend- und Wochenenddienst ist das Repertoire der Interventionen vielfältiger, er ist kontinuierlich an einem festen Ort verfügbar. Zudem finden die meisten Anforderungen zu Zeiten statt, in denen andere Hilfen nicht oder nur sehr eingeschränkt abrufbar sind. Das schlägt sich sowohl auf die Kontaktzeiten als auch auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme nie-der. Die meisten Meldungen und Einsätze fanden am Wochenende statt. Unter der Woche wurden Montag und Freitag am häufigsten frequentiert. (Evangelische Gesellschaft Stuttgart (Jugendamt), 2017)
https://www.eva-stuttgart.de/.../krisen-und-notfalldienst/

2.3.2. „Sozialraumorientierte Krisenintervention im Landkreis Lörrach“

Ein Treffen zur „Sozialraumorientierten Krisenintervention“ erarbeitete folgenden Vorschlag (Protokoll vom 13.06.2018, R. Faller):
AG empfiehlt die Erweiterung der ärztlichen Kompetenz am Gesundheitsamt mit Einstellung eines Psychiaters. Hierdurch:

- Hausbesuche von Amts wegen bei sich verweigernden Patienten, hierdurch frühzeitige Behandlung und Weitervermittlung an entsprechende Fachdienste möglich
- Präventive Wirkung, Verhinderung von chronischen Krankheitsverläufen
- Verhinderung von Wohnungsverlust, Arbeitsplatzverlust
- Schnellere Begutachtung und Klärung der Frage, ob eine Betreuung eingerichtet wird
- Social return of investment, Ressourcen schonend, Wirtschaftlichkeit und sparsamer Einsatz öffentlicher Gelder

Zielgruppe:

- schwer psychisch Kranke (nur aufsuchend erreichbar und behandelbar)
- akute Selbst- und Fremdgefährdung (aktives Eingreifen/ stationäre Unterbringungen)
- Menschen, die von Obdachlosigkeit bedroht sind
- Menschen, die den Ordnungsämtern gemeldet werden (Amtsgericht, Polizei: öffentlicher/privater Raum)

Kommentare:
„Obdachlosenbetreuung hat niedrigschwelligen Zugang zu multimorbiden Personen, Hinzunahme von psychiatrischen Fachkräften erforderlich“
„Erfahrungen in einem Einzelfall sammeln, dann Kooperation aufbauen.“
„SpDi kooperiert bereits mit allen Institutionen, zusätzliche Ressourcen für flexible aufsuchende Arbeit beim SpDi erforderlich“
„Möglichkeiten der Gesundheitsämter in Kooperation mit SpDi für aufsuchende Hilfen mit Einweisungsmöglichkeit durch Psychiater. Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald hat einen SpDi mit Psychiater, angedockt beim Gesundheitsamt.“
„Aktuell leistet der SpDi für seine ihm bekannten Patienten diese intervenierende Hilfe, aber ohne Unterbringungsmöglichkeit, Unterbringungen brauchen ein Gutachten durch einen Facharzt…“
„Langwierige Verfahren bei Einrichtung einer Betreuung. Wenn Klient ablehnt, muss erst das Gutachten abgewartet werden.“
„Die Möglichkeit der „Androhung“ der Einweisung durch den Amtsarzt kann eine frühere, freiwillige Klinikeinweisung unterstützen.“
Bedarfsanzeige der Mobilen Obdachlosenberatung:
Psychisch Kranke würden eher zulassen, dass eine psychiatrische Fachkraft zu Hause besucht anstelle des Aufsuchens durch einen Arzt. Selbstständige Kontaktaufnahme würde nicht gelingen.
Home Treatment lässt zu, dass Krankenhäuser im häuslichen Umfeld ambulant behandeln. Es gibt viele Probleme hierbei, u.a. auch keine Mitarbeiter.
„Umsetzung von Forderungen der Psychiatrie Enquete vor 40 Jahren“

2.3.2. Netzwerk-Kooperation im Landkreis Lörrach

Seit Januar 2018 gibt es einen Zusammenschluss von 8 psychologischen Psychotherapeuten und 11 Ärzten, um bei Notfällen einen Therapieplatz zu organisieren (email-Kommunikation). Innerhalb der ersten 5 Monate wurde diese Möglichkeit nur in begrenztem Rahmen genutzt: 1 Anfrage, erfolgreiche Vermittlung. Eine erste Analyse und ein Treffen zur Verbesserung der bisherigen Kommunikationsstruktur ist in nächster Zeit geplant. (Protokoll des treffen der psychologischen PsychotherapeutInnen, 2.5.2018).

2.4. Zusammenfassung zu den Engpässen

- Die größten Engpässe werden bei Fachärzten für Psychiatrie/PT und psychologischen Psychotherapeuten gesehen.
- Die ausreichende und zeitgerechte Weitervermittlung psychisch Kranker in leitliniengerechte ambulante Versorgung/ Richtlinienpsychotherapie und Soziotherapie gelingt nicht.
- Dies gilt umso mehr je schwerer jemand erkrankt ist, je schlechter er sich selbst organisieren und artikulieren kann und je akuter seine Bedürfnisse sind (Krisen).
- Nach einem stationären Aufenthalt können auch bei sehr restriktiver Empfehlung von PT (nur dringende Empfehlung), nur ein kleiner Teil der Patienten diese Empfehlung umsetzen (9%).
- Im Landkreis Lörrach gibt es zu lange Wartezeiten von fast 5 Monaten auf Richtlinienpsychotherapie (weniger zum Erstgespräch in Sprechstunde).
- Im Landkreis Lörrach fehlen mehrere zentral bedeutsame klinische & außerklinische Angebote: stäB/ hometreatment/ ambulante psychiatrische Pflege.
- Ein gut etabliertes und motiviertes Netzwerk kann Engpässe und Problematik an den Schnittstellen nicht aus eigener Kraft kompensieren. Insbesondere sind die Schnittstellen stationär/ teilstationäre/ ambulante psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung zu nennen sowie das Denken in Zusammenhängen von präventiv-therapeutisch-rehabilitativ.
- Wochenend-und Krisenintervention stellen eine bisher unzureichend gelöste Herausforderung dar.

Die 3 Fragen vom Anfang des Kapitels müssen für den Landkreis Lörrach negativ beantwortet werden:

1. Werden psychisch Kranke bei der aktuellen Versorgungssituation adäquat behandelt?

   NEIN.

2. Sind die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz akzeptabel?

   NEIN.

3. Gibt es eine ausreichende Versorgung für Notfälle und an Wochenenden/ Feiertagen?

   NEIN.

Teil 3 – weitere Strategie

„Wie kann die psychiatrische Versorgung im Landkreis Lörrach verbessert werden?“

Dies war eine offene Frage an die verschiedenen Experten aus den Versorgungszuständigkeiten für psychisch kranke Menschen. Im Landkreis Lörrach gibt es ein gutes Netzwerk mit motivierten und engagierten Menschen, die sich mit Leidenschaft für eine bessere Versorgung der vulnerablen Gruppe von psychisch kranken Menschen einsetzen. In Einzelgesprächen, per Email-Kommunikation oder in den verschiedenen Arbeitsgruppen konnten sie zu der Frage Stellung beziehen und Ideen einbringen.

Zunächst wurden Rahmenbedingungen dargestellt, dann Ideen gesammelt (Themenpool). Aufgrund der großen Themenvielfalt musste die Fragestellung, bzw. die Zielgruppe eingegrenzt werden.

Mit den eingebrachten Vorschlägen wurden auch verschiedene Berufsverbände für eine weitere Zusammenarbeit angefragt. Folgende Berufsverbände haben Interesse an einer beratenden, begleitenden oder umsetzenden Mitarbeit signalisiert:

- DGPPN - Dt. Gesellschaft der für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
- BVDN - Berufsverband Deutscher Nervenärzte
- LPtK – Landespsychotherapeutenkammer
- Vvps - Verband der Vertragspsychotherapeuten Südbaden e.V.
- GPV – Gemeinde Psychiatrischer Verbund

Nachdem in kurzer Zeit aussagekräftige lokale und bundesweite Daten zusammengetragen werden konnten (Teil1) und über die Engpässe unter den Befragten weitgehend Konsens bestand (Teil 2), wurde die Frage nach der Ausrichtung einer weiterführenden extern zu vergebenden Studie diskutiert. Der Kreistag votierte einstimmig gegen eine weiterführende Analyse mit weiteren Befragungen, z.B. von Betroffenen, sondern für eine Strategieweiterentwicklung auf Grundlage der bis dahin erhobenen Daten und Meinungen.

Am 13.12. erhielten wir die Zusage über eine unterstützende Projektförderung durch das Ministerium für Soziales und Integration für einen Durchführungszeitraum vom 17.12.2018 bis 31.12.2019 zum Thema „Umsetzung der sektorenübergreifenden Versorgung in Baden-Württemberg“:

Zuwendung des Landes Baden-Württemberg zur Förderung des Projekts „Der Landkreis Lörrach als Modellregion für eine verbesserte gemeindenahe ambulante Versorgung psychisch Kranker (Machbarkeitsstudie)" aus Mitteln des Staatshaushaltsplans 2018“.

Die im Rahmen der Sondierungsstudie begonnene Vernetzung soll während des weiteren Verlaufs der Studie intensiviert werden mit allen Leistungserbringern im psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Bereich. Dabei sollen besonders die Schnittstellen der Entlassung aus der stationären Behandlung (Rehabilitation, akut psychiatrisch/psychosomatisch) und der Kriseninterventi-on/Wochenendversorgung angeschaut werden. Dazu müssen alle Kostenträger miteingebunden werden.

Als primäre Begleiter der Studie haben sich bereit erklärt mitzuwirken:

- Sprecher für niedergelassene Psychiater
- Sprecher für Psychotherapeuten
- Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi, Träger: Diakonie/Caritas)
- Psychiatrie-Koordinator

- Zentrum für Psychiatrie Emmendingen
- Kliniken des Landkreises Lörrach
- IBB - Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle Psychiatrie
- Ärztenetz Dreiländereck und Kreisärzteschaft
- Vertreter der Krankenkassen
- Vertreter medizinischer Assistenzberufe (Ergotherapie)

Eine regelmäßige Einbeziehung der politischen Ebene erfolgt über die Gremien der kommunalen Gesundheitskonferenz.

1. Rahmenbedingungen

1.1. Zentralklinikum 2025

Der folgende Text wurde übernommen aus dem Medizinkonzept „Lörracher Weg 2.0, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Medizinischen Versorgung im Landkreis Lörrach“, Stand 28.9.2016, veröffentlicht https://www.klinloe.de/weitere-bereiche/zentralklinikum.html:

1.1.1. Lörracher Weg 1.0.

Der Landkreis Lörrach erhielt Mitte der 90´er Jahre vor dem Hintergrund eines durch das Sozialministerium in Baden-Württemberg gewährten Sonderstatus die Möglichkeit, die Gestaltung seiner regionalen medizinischen Versorgungslandschaft maßgeblich mit zu prägen. Als Partner waren die Ärzteschaft, die Krankenhausträger (kommunal und kirchlich), die gesetzliche Krankenversicherung sowie beratend der Medizinische Dienst eingebunden.
Dieser über die Jahre 1996-2006 kontinuierlich umgesetzte Weg (Lörracher Weg 1.0) führte zu einer Strukturierung der Versorgungslandschaft, die von Aufgabenteilung geprägt, ein umfassen-des Versorgungskonzept für den Landkreis ergab.
Die Kliniken des Landkreises Lörrach stellen eine wichtige Infrastruktur in der Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen dar, denn die Zahl der Patienten steigt stetig. Zählte man im Jahre 2009 noch 17.000 Patienten waren es im Jahr 2015 fast 23.000 Patienten. Dazu kommen annähernd 55.000 ambulante Patientenkontakte.
Diese Leistungsentwicklung stellt die Klinikstandorte der Kliniken des Landkreises Lörrach vor erhebliche räumliche und prozessuale Herausforderungen. Neben den eingeschränkten lagebedingten Entwicklungs- und Erweiterungsmöglichkeiten am größten Klinikstandort Lörrach, sind an allen drei Standorten erhebliche Investitionsbedarfe in den medizinischen Kernbereichen sowie in der Bausubstanz notwendig.

1.1.2. Lörracher Weg 2.0

Die Investitionsbedarfe in Kombination mit den sich massiv verändernden Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung veranlassten die politischen Mandatsträger im Landkreis Lörrach, sich mit der zukünftigen Krankenhausstruktur auseinanderzusetzen.

<table>
<tr><th>Standort</th><th>Status quo Planbetten Somatik/Psychosomatik</th><th>Zentralklinikum Bettenplanung Somatik/Psychosomatik</th></tr>
<tr><td>KKH Lörrach</td><td rowspan="3">517 Betten</td><td rowspan="3">650 - 700 Betten</td></tr>
<tr><td>KKH Rheinfelden</td></tr>
<tr><td>KKH Schopfheim</td></tr>
<tr><td>St. Elisabethenkrankenhaus</td><td>195 Betten</td></tr>
<tr><td>Summe</td><td>712 Betten</td><td></td></tr>
</table>

Tabelle 13: Somatische/Psychosomatische Bettenstruktur Lörrach (Ist- vs. Zielplanung)

1.1.3. Psychiatrische Versorgungsstruktur

Mit Blick auf die bereits bestehende, erfolgreiche Kooperation soll in unmittelbarer Anbindung an das neue Zentralklinikum des Landkreises Lörrach ein in Trägerschaft des Zentrums für Psychiatrie (ZfP) betriebenes „Zentrum für Seelische Gesundheit Lörrach“ mit den Fachdisziplinen Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Suchtmedizin entstehen. Ziel ist es, durch die Etablierung eines „Zentrums für Seelische Gesundheit“ am Standort des neuen Zentralklinikums die bislang bestehende Mangelversorgung an ambulanten und stationären psychiatrischen Gesundheitsleistungen im Versorgungsgebiet Lörrach bedarfsbezogen anzupassen. Das ZfP ist im Bereich der psychiatrischen Versorgung ein fachlicher Kompetenzträger in Baden-Württemberg. Darüber hinaus hat das ZfP Emmendingen bisher die psychiatrische Versorgung im Landkreis Lörrach mitgetragen und versorgungspolitisch mitversorgt. Aus diesem Grunde folgt die Übertragung des psychiatrischen Versorgungsauftrages an das ZfP den qualitativen Ansprüchen des hier vorliegenden Medizinkonzeptes.
Unter Berücksichtigung der Zielplanungsprämissen im Landkreis Lörrach für die Sicherstellung einer wohnortnahen psychiatrischen Akutversorgung sind adäquate Vorhaltungen in den Bereichen:

- Allgemeine Psychiatrie
- Suchtmedizin sowie
- Gerontopsychiatrie

zu etablieren. Die bereits vorhandenen psychiatrischen Betten im Klinikum Schopfheim und die tagesklinischen Plätze am Klinikum Lörrach gehen in die Trägerschaft des ZfP über. Hieraus ergibt sich eine Bettenkapazität von circa 120 Betten in der Erwachsenenpsychiatrie. Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) wird ebenfalls zentralisiert vom neuen Standort aus für den südlichen Versorgungsraum wohnortnah betrieben. Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung sollte in Ergänzung und Vervollkommnung des Versorgungsangebotes der Bevölkerung im Rahmen dieser medizinischen Konzeptionierung vom St. Elisabethen-Krankenhaus an das ZfP übergehen. Die lokale Verortung dieses Leistungsangebotes auf dem Gelände des Zentralklinikums oder aber dem Verbleib auf dem aktuellen Areal im Lörracher Innenstadtbereich muss noch intensiv durch die Verantwortlichen geprüft werden.

Das psychiatrische Zentrum für seelische Gesundheit in Lörrach würde die psychiatrische Grund- und Notfallversorgung über alle Altersgruppen für die Einwohner des Landkreises Lörrach weitestgehend abdecken.

Damit wäre gewährleistet, dass die großen Hauptgruppen seelischer Erkrankungen – Psychosen, affektive Störungen, Suchterkrankungen und gerontopsychiatrische Krankheitsbilder in entsprechenden therapeutischen Settings leitliniengerecht und wohnortnah behandelt werden. Patienten, die auf hochspezialisierte psychiatrische Behandlungsangebote angewiesen sind, die nur überregional darstellbar sind, sollen weiterhin elektiv auf die entsprechend spezialisierten Stationen des ZfP Emmendingen adressiert werden.
Dies sind aktuell:

- Station für den niederschwelligen Drogenentzug
- Station für chronisch Mehrfachabhängige
- Station für Neuropsychiatrie
- Station für Früherkennung und Prävention junger Psychosekranker

! Zukünftig würde damit die wesentliche Funktion des ZfP Emmendingen für Patienten aus dem Landkreis Lörrach nicht mehr in der meist notfallmäßigen Aufnahme von generell schwer chronisch Kranken bestehen, sondern in der Übernahme von Patienten mit spezialisiertem psychiatrischem Behandlungsbedarf, der nur überregional vorgehalten werden kann.

1.1.4. Vernetzung von Somatik, Psychosomatik und Psychiatrie

Traditionell befasst sich die somatische Medizin mit der Diagnostik und Therapie körperlicher Erkrankungen, während die Psychiatrie und Psychotherapie sich mit seelischen und sozialen Erkrankungen und Problemen der Menschen befasst. Beide Ansätze sind in der Medizin notwendig und sinnvoll, bleiben aber methodisch jeweils begrenzt, solange nicht das Augenmerk auf die wechselseitigen Beziehungen von körperlichen, psychischen und sozialen Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten von Krankheiten und Kranksein geworfen wird.

In diesem Sinne konnte in den letzten Jahrzehnten eine zunehmende Anzahl von wissenschaftlichen Daten erhoben werden, die ein biopsychosoziales (= psychosomatisches) Grundverständnis in der Medizin erforderlich erscheinen lassen. Solche Erkenntnisse beziehen sich zum Beispiel auf die Zusammenhänge von depressiven Störungen und zahlreichen körperlichen Erkrankungen wie etwa kardiovaskuläre Ereignisse und/oder Stoffwechselerkrankungen wie dem Diabetes mellitus. Auf der anderen Seite zeichnet sich eine zunehmende wissenschaftliche Evidenz dafür ab, dass traumatische Erfahrungen in der Kindheit sogar mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten von Tumorerkrankungen einhergehen.

Angesichts der zu erwartenden demografischen Entwicklung unserer Bevölkerung wird die Bedeutung der integrativen Zusammenarbeit signifikant zunehmen, weil die Versorgung hochbetagter Menschen zunehmen und eine qualitativ anspruchsvolle Altersmedizin (Geriatrie) nur in Zusammenarbeit mit der Psychiatrie und der Neurologie möglich sein wird.

Geeignete Kooperationsfelder (+/-)	Tagesklinik Psychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Stationäre Psychiatrie
Allgemeine Innere Medizin	+	+	+
Geriatrie	-	-	+
Neurologie	-	+	+
Intensivmedizin	-	+	+
Pädiatrie	-	+	+
Gynäkologie/Geburtshilfe	+	-	+

Tabelle 14 Primäre Vernetzungsoptionen

Im Primärbereich ist eine Kooperation in den mit „+“ gekennzeichneten Bereichen aus Sicht des ZfP bidirektional gedacht, d. h. mit dem Ziel einer über die Fachabteilungen hinweg bedarfsorientierten Patientenversorgung (Tabelle 14). Innerhalb des Zentralklinikums wird die Vernetzung der Somatik mit der Psychiatrie und der Psychosomatik durch eine enge, trägerübergreifende Kooperation der jeweiligen Fachbereiche auf einem Campus erreicht werden können (Liaisondienst, Konsile, Verlegungen, etc.).

Im Zentralklinikum vorhandene Diagnostikbereiche könnten von der psychiatrischen Einheit in Form einer Kooperation mitgenutzt werden und helfen damit ebenso, nicht notwendige Doppelvorhaltungen zu reduzieren.

Im Sekundär- und Tertiärbereich ist eine Kooperation aus Sicht des ZfP unidirektional gedacht, d. h. dass die vom ZfP betriebenen Einrichtungen die jeweilige Infrastruktur des Klinikum Lörrach mitnutzen und entsprechende Nutzungsvereinbarungen z. B. zur aufwandsabhängigen Vergütung der in Anspruch genommenen Leistungen geschlossen werden sollen.

1.2. Sozialplanung/ Dezentralisierung MPH

Der folgende Text ist der „Sachstandsbericht Dezentralisierung Markus-Pflüger-Heim“ zur öffentlichen Sitzung des Sozialausschuss und Betriebsausschuss „Heime des Landkreises Lörrach“ vom 23.01.2019 (W. Nestle).

1.2.1. Vorbemerkung zum Ausbau der ambulanten Betreuung und der Außenwohngruppen (AWGs)

Ein zentraler Bestandteil des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) ist die Selbstbestimmung der betroffenen Menschen. Ziel ist es, dass die Menschen so weit wie möglich in der eigenen Häuslichkeit betreut werden. Das Gesetz sieht eine grundsätzliche Trennung der Angebote des Wohnens, der sonstigen Versorgungsleistungen und den Betreuungsleistungen vor. Daher ist die Schaffung von Angeboten der ambulanten Betreuung und der Ausbau der Außenwohngruppen wie folgt angedacht:

1.2.2. Ambulante Pflege bzw. Behandlungspflege (nach SGB XI und V)

Menschen, die Eingliederungshilfeleistungen erhalten, haben zukünftig ab dem 01.01.2020 auch Anspruch auf ambulante Pflegeleistungen, falls sie pflegebedürftig sind (das war bisher schon so, wenn die betroffenen Menschen in der eigenen Häuslichkeit lebten). Derzeit haben 8 Menschen im Markus-Pflüger-Heim neben dem Eingliederungshilfebedarf auch einen Pflegebedarf. Diese Zahl wird weiter wachsen.
Um das Know-how der Mitarbeiter der MPZ (Markus-Pflüger-Zentren), die große Erfahrungenim Umgang mit psychisch kranken Menschen haben, zu nutzen, wird überlegt, den Versorgungsbereich des Ambulanten Pflegedienstes des Schloss Rheinweiler auf die Versorgungsgebiete der MPZ auszudehnen. Dieser Dienst wird (übergangsweise) dann eine Dependance in Schopfheim haben und zur Pflege von psychisch kranken Menschen der Markus-Pflüger-Zentren eingesetzt werden. Er wird mit den Mitarbeitern der MPZ kooperieren bzw. bisherige Mitarbeiter der MPZ könnten dann ihre Erfahrungen für diesen Dienst einsetzen. Es ist nicht daran gedacht, den bestehenden Sozialstationen im Wiesental bzgl. Der „klassischen“ Alterspflege Konkurrenz zu machen.

1.2.3. Psychiatriepflegedienst

Aus dem gleichen Grund wie oben ist auch die Schaffung eines Psychiatriepflegedienstes erforderlich. Auch hier wird überlegt, das Leistungsspektrum des bestehenden Ambulanten Dienstes des PH Schloss Rheinweiler entsprechend zu erweitern. Notwendig ist die Weiterbildung des Personals zu Psychiatriepflegern bzw. die entsprechende Rekrutierung solcher Mitarbeiter.

1.2.4. Ambulante Eingliederungshilfe

Ziel der Bemühungen der MPZ ist es, dass verstärkt Bewohner ins ambulante Setting wechseln können. Zukünftig werden entsprechend den Anforderungen des Bundesteilhabegesetzes auch Klienten mit einem schwierigeren Betreuungsbedarf (die früher stationär betreut wurden) ambulant versorgt werden. Wichtig ist auch, dass die Betreuung auch bei wechselndem Betreuungsbedarf(*z. Bsp, Wechsel von einer besonderen (stationären) Wohnform in eine Außenwohngruppe bzw. in ein ganz ambulantes Setting)* aus einer Hand vom gleichen Anbieter erfolgt. Deshalb gehen die Überlegungen der Betriebsleitung dahin, auch einen ambulanten Dienst der Eingliederungshilfe zu gründen bzw. das Leistungsspektrum des bestehenden Dienstes des PH Schloss Rheinweiler entsprechend zu erweitern. Die bereits bestehenden sozialpsychiatrischen Dienste im Landkreis Lörrach sind über diese Überlegungen informiert.

1.2.5. Schaffung von Wohnraum bzw. Appartements

Der Kreistagsbeschluss von 2014 sah die Schaffung von 14 Plätzen in Appartements bzw. Wohnungen zur ambulanten Betreuung vor. Sicherlich ist es notwendig, dieses Angebot zu erhöhen aus den o.g. Gründen. Die zentrale Frage, die ggf. dann intensiv auch zunächst in der AG Zukunft Heime und dann im Betriebsausschuss und Kreistag zu erörtern und diskutieren ist, ist, ob der Landkreis Lörrach bzw.

Eigenbetrieb Heime (EBH) selber Wohnraum schaffen und vermieten soll oder ob die Schaffung dieses Angebots dem (freien) Wohnungsmarkt überlassen werden soll. Gegen die Vorhaltung von Wohnraum durch den EBH oder Landkreis spricht, dass dieser den Mietvertrag nicht kündigen kann, wenn kein Betreuungsbedarf mehr besteht. Durch den derzeit sehr knappen Wohnungsmarkt besteht somit das Risiko, dass zunehmend diese Wohnungen von Menschen belegt werden, die gar keinen Betreuungsbedarf mehr haben.
Für die Vorhaltung von Wohnraum durch den EBH oder Landkreis spricht, dass der Wohnungsmarkt derzeit äußerst knapp ist und die betroffenen Menschen auch wg. Den fehlenden oder knappen finanziellen Mitteln gar nicht die Chance haben, sich auf dem „freien" Markt eine Wohnung zu besorgen.
Zusammen mit dem Sozialdezernat wird die Verwaltung und der EBH diese Fragen noch intensiv prüfen und in der nächsten Zeit den Gremien einen abgestimmten Entscheidungsvorschlag zur weiteren Diskussion vorlegen.

Außenwohngruppen
Da das BTHG, wie oben ausgeführt, einen Ausbau der ambulanten Betreuung erforderlich macht, muss überlegt werden, das Angebot an Außenwohngruppen, welche den Übergang von einem stationären in ein ganz ambulantes Setting erleichtern sollen, weiter auszubauen. Die Erfahrungen in den bereits bestehenden AWGs Villa und Linde in Schopfheim sind sehr gut. Die Betriebsleitung strebt daher an, das Angebot auf insgesamt 37 Plätze zu erhöhen.

Besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe
Unter der Begrifflichkeit „Besondere Wohnformen" sind die bisher als „vollstationär" bezeichneten Angebote zu verstehen. Der Kreistag hat hier 2014 85 Plätze für die Eingliederungshilfe beschlossen. Mit der vom BA Heime am 19.09.2018 beschlossenen Anmietung von weiteren 11 Plätzen im Anwesen „Hochrhein" in Rheinfelden können hier insgesamt 43 Plätze als besondere Wohnform der Eingliederungshilfe angeboten werden. Ob dieses Angebot an „besonderen" Wohnformen ausreichend ist, ist zusammen mit dem Sozialdezernat noch zu prüfen.
Es geht dabei insbesondere um folgende Fragestellungen:

Beschützende (geschlossene) Wohnangebote
Insgesamt wird derzeit der Bedarf an „beschützenden" Angeboten auf 45 Plätze eingeschätzt. Grundsätzlich wird auch weiterhin noch bei psychischen Erkrankungen mit schwersten Verhaltensauffälligkeiten eine geschlossene Unterbringungsform notwendig sein. Zu prüfen ist noch, ob ein Bereich in Rheinfelden hierfür im Rahmen der Eingliederungshilfe umgewandelt werden kann oder ob an einem weiteren bzw. zusätzlichen Standort solche Angebote eingerichtet werden sollen. Weiterhin zu prüfen ist, wieviel Plätze hiervon im Rahmen der Eingliederungshilfe und wieviel Plätze im Rahmen der Hilfe zur Pflege vorzuhalten sind. Es besteht auch in der Pflege im Landkreis Lörrach ein weiterer Bedarf an der Vorhaltung beschützender Angebote für schwer demenziell erkrankte Menschen mit schwersten Verhaltensauffälligkeiten. Hier ist die Frage mit dem Sozialdezernat zu prüfen, ob sich diesem Thema auch die MPZ bzw. der EBH „widmen" soll.

Angebote für suchterkrankte Menschen
Hier beträgt der Bedarf 15 Plätze. Auch hier ist mit dem Sozialdezernat zu prüfen, ob hier Angebote in AWGs bzw. ambulanter Betreuung ausreichend sind oder ob (teilweise) eine besondere Wohnform erforderlich ist. Weiterhin sind hier noch die Standorte offen.

1.2.6. Angebote für vollstationäre Pflege

Insgesamt sind jetzt durch den Kreistag bzw. BA Heime in Zusammenhang mit den Bauvorhaben in Schopfheim und Hausen 134 Plätze beschlossen worden, wobei 30 Plätze (jeweils 15) für den Bedarf der Gemeinden Schliengen und Hausen vorgesehen sind. Für die Zwecke der Markus-Pflüger-Zentren stehen somit nach den derzeit beschlossenen Planungen 104 Plätze zur Verfügung. Der Kreistagsbe-

schluss von 2014 sah 75 Pflegeplätze vor. Gemäß den Ausführungen unter Punkt 4 g beschützende Wohnformen könnte sich eventuell ein weiterer Bedarf ergeben.

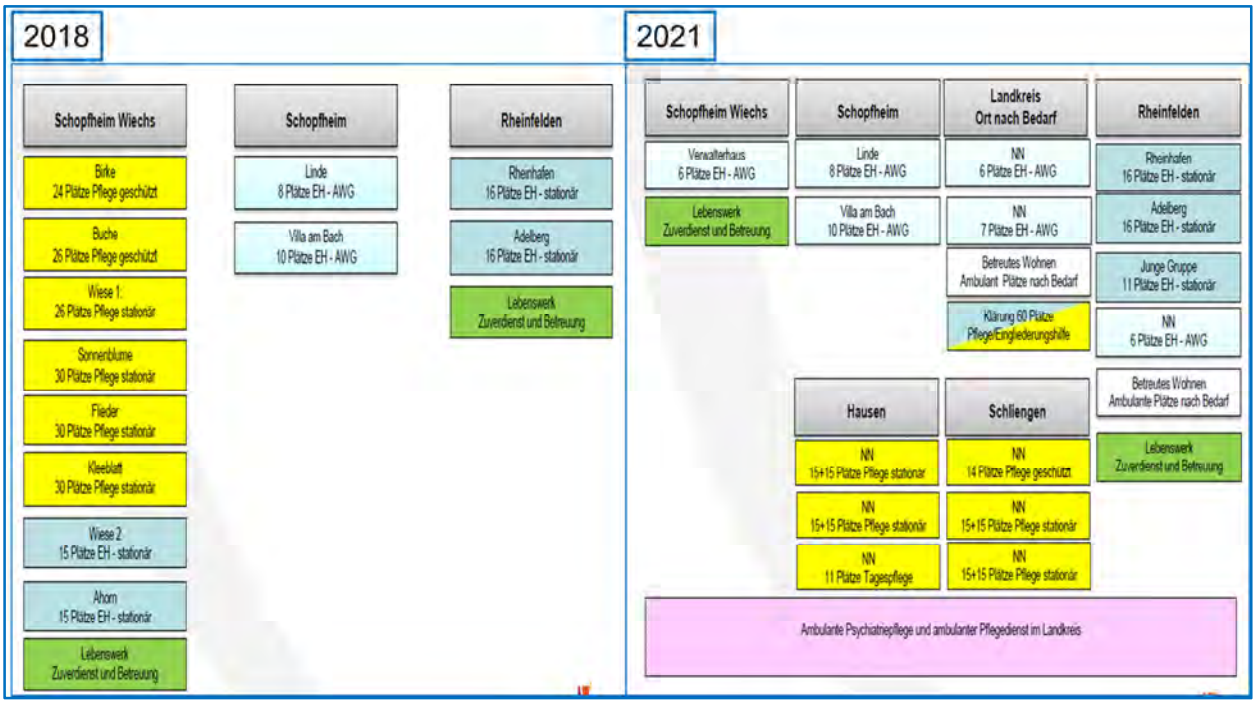


Abbildung 51: Überblick über die verschiedenen Standorte für Wohnformen 2018 und geplante Entwicklung bis 2021 (EH= Eingliederungshilfe, AWG= ambulante Wohngemeinschaft)

Ein neues Zuhause für 32 seelisch beeinträchtigte Menschen bietet seit März vergangenen Jahres das Markus-Pflüger-Zentrum Hochrhein in Rheinfelden, das als erstes der geplanten drei sogenannten Unterstützungszentren bezogen wurde. In diesen Unterstützungszentren soll der Übergang von der Pflege in die Eingliederungshilfe vollzogen und die selbstbestimmte Lebensführung der Menschen in Wohngruppen noch weiter in den Fokus gerückt werden. „Unsere Bewohner sind in Rheinfelden angekommen. Sie fühlen sich wohl und erobern den Ort“, sagt MPH-Leiter Michael Schreiner. Auf gleiche Entwicklung hofft er bei den beiden weiteren geplanten Unterstützungszentren in Hausen und Schliengen. In Hausen sollen – wie im August im Kreistag beschlossen wurde – 60 vollstationäre Pflegeheimplätze entstehen. Davon sind 45 Plätze für pflegebedürftige Bewohner des Markus-Pflüger-Heims sowie 15 Plätze für pflegebedürftige Senioren aus Hausen und Umgebung vorgesehen. Darüber hinaus sind zwölf Tagespflegeplätze, 32 Plätze der Eingliederungshilfe, Wohnräume für ambulant betreute psychisch erkrankte Menschen sowie Besprechungsräume und Büros für die Verwaltung geplant.
Dass die Umsetzung eines solch großen Projekts nicht ganz einfach ist, hat sich in Hausen gezeigt: Neben einigen kritischen Stimmen aus der Bevölkerung hat eine Bürgerinitiative Anfang dieses Jahres die Durchführung eines Bürgerentscheids beantragt. Ihnen geht es vor allem um ein ausgeglichenes Verhältnis von Pflegeplätzen für Hausener Senioren wie für MPH-Bewohner.
Als dritten Standort hat sich der Landkreis die Gemeinde Schliengen ausgesucht, in der an der Bundesstraße 3 am nördlichen Ortsausgang ein Pflegeheim mit 60 vollstationären Plätzen entstehen soll, wovon 45 Plätze für die MPH-Bewohner und 15 Plätze für die wohnortnahe Pflege von Einwohnern der Gemeinde Schliengen und Umgebung vorgesehen sind. Die Weichen für dieses Bauvorhaben wurden im Oktober gestellt, als sich der Kreistag für den Bau aussprach.
Somit hätte man den vor drei Jahren bereits geäußerten Wunsch, die Dezentralisierung mit Standorten im Markgräflerland, Hochrhein und Wiesental umzusetzen, verwirklicht. Derzeit betreut das MPH insgesamt 245 Menschen. Und diese sind ganz euphorisch, was die Umstrukturierung angeht. „Sie wünschen sich Perspektiven und sind gespannt, was noch kommt“, sagt Schreiner. Die Oberbadische, 07.02.2019

2. bestehende Empfehlungen

2.1. Psychiatrie-Enquete 1975

Der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – so die offizielle Bezeichnung der Psychiatrie-Enquete – wurde im September 1975 fertiggestellt und hat einen Umfang von 430 DIN-A4-Seiten. Er wurde im Auftrag des Bundestages von einer Sachverständigenkommission aus rund 200 Mitarbeitern aller Bereiche der Psychiatrie erstellt. (Deutscher Bundestag, 1975). Die zentralen Forderungen waren:

- Förderung von Beratungsdiensten und Selbsthilfegruppen
- Gemeindenahe Versorgung
- Umstrukturierung der großen psychiatrischen Krankenhäuser
- Getrennte Versorgung für psychisch Kranke und geistig behinderte Menschen
- Gleichstellung somatisch und psychisch Kranker
- Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Versorgung psychisch Kranker und Menschen mit einer Behinderung als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung

338. Trotz der seit der Psychiatrie-Enquete (1975) erzielten vielfachen Fortschritte, erhalten Patienten mit psychischen Erkrankungen in vielen Fällen nicht die selbstverständliche Akzeptanz und Fürsorge wie Patienten mit somatischen Erkrankungen. Immer noch werden Kranke stigmatisiert und diskriminiert. (SVR, 2000/2001)

2.2. Sachverständigenrat 2018

Der SVR hat nach einer bundesweiten Befragung von psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken, Praxen und MVZ und ambulanten Versorgern eine Reihe von Empfehlungen herausgegeben (SVR, 2018):

1. eigene Bedarfsplanung der psychiatrischen Leistungserbringung in der ambulanten Bedarfsplanung
2. sektorenübergreifende Planung
3. Patienten mit dem größten Bedarf prioritär versorgen:
    a. benötigte Angebote gezielt ausbauen
    b. Koordination der Versorgung verbessern
    c. Selbsthilfegruppen und selbst-organisierte Bildungsinitiativen
4. Stärkung der Attraktivität der psychiatrischen Leistungserbringung
5. Koordinierung freier Therapieplätze
6. neue intensive ambulante Angebote, Versorgung in lokalen Gesundheitszentren, aufsuchende Krisenteams
7. Prüfung eines maßvollen Aufbaus von geschützten Heimplätzen
8. proaktiver Einbezug der Digitalisierung und der Telemedizin
9. umfassender Politikansatz zur Prävention von psychischen Erkrankungen

Der SVR 2018 weist auch auf die Möglichkeit von Behandlungsvereinbarungen als Bestandteil der Autonomieverwirklichung von Patienten hin: die Vereinbarungen werden bilateral zwischen Patient und Behandler (niedergelassener Arzt/ Therapeut/Krankenhaus) für den Fall einer erneuten Behandlung geschlossen, um Vorsorge für den Bedarfsfall psychiatrischer Hilfe zu treffen.

2.3. **Landespsychiatrieplan** (Ministerium für Soziales und Integration, 2018)**:**

Zusammenfassende Empfehlungen des Landespsychiatrieplans (Auszüge):

- Eine kontinuierliche Anpassung organisatorischer Strukturen (Vernetzung, Transparenz und Durchlässigkeit) und Aufbau weiterer spezialisierter Behandlungsangebote für die Patientengruppe mit affektiven Störungen ist deshalb notwendig und sollte weiter ausgebaut werden.
- Die Integrierte Versorgung weist signifikante Vorteile bei der Reduzierung von Zahl und Dauer stationärer Behandlungen, der Reduzierung von Behandlungsabbrüchen, der Zufriedenheit von PatientInnen/Angehörigen sowie bei der Kosteneffektivität auf…. z.B. stationsäquivalente Behandlungen.
- Telemedizinische Psychiatrie eröffnet neue Möglichkeiten der Behandlung, Erinnerungsfunktionen oder Maßnahmen zur Kontaktstabilisierung…
- Der Mangel an spezialisierten MitarbeiterInnen in der Psychiatrie hat in den letzten Jahren weiter zugenommen, dies insbesondere in ländlichen Gebieten. Es müssen Anstrengungen unternommen werden….

Empfehlungen des Landespsychiatrieplans zur psychiatrischen Pflege:

- Die Finanzierung der ambulanten psychiatrischen Pflege sollte künftig kostendeckend sein.
- Es sollten Modelle erprobt werden, die eine Personalkontinuität gewährleisten, um Beziehungsabbrüche zu vermeiden und das flexible Variieren der Betreuungsintensität zu ermöglichen.

Empfehlung des Landespsychiatrieplans zur patientenorientierten Entwicklung der Versorgung:
Die bisher bestehenden Schwierigkeiten der Erbringung ambulanter Leistungen bei komplexem Hilfebedarf ergeben sich aus den Zuständigkeiten verschiedener Leistungsträger im Rahmen der gegliederten Sozialgesetzgebung. Um aus dem Spektrum Behandlung, Rehabilitation, Eingliederungshilfe und Pflege Leistungen „wie aus einer Hand“ anbieten zu können, sind neue Formen der Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger zu entwickeln.

! Ziel muss es sein, dass Behandlungs- und Versorgungspfade (chronisch) psychisch kranker Menschen für alle beteiligten transparent und nachvollziehbar sind. Insbesondere bei Übergang aus der klinischen in die ambulante, gemeindenahe psychiatrische Versorgung ist eine verbindliche Vorgehensweise zwischen allen Beteiligten zu vereinbaren.

Des Weiteren sieht die Landesregierung in der modellhaften Erprobung von kostenneutralen bzw. Ressourcen optimierenden Projekten eine Möglichkeit zur Steigerung der Leistungsfähigkeit des Behandlungssystems und beabsichtigt, solche Projekte auch zu unterstützen.
(Ministerium für Soziales und Integration, 2018)

2. Themenpool

In der 1. Sitzung der Arbeitsgruppe der Kommunalen Gesundheitskonferenz „medizinische Versorgung“ (AG mV) mit dem Schwerpunktthema „Versorgung psychisch kranker Menschen“ am 28.03.2019 wurden im Vorfeld nach Themenschwerpunkten für die weitere Arbeit gefragt. Dieser Themenpool wurde durch die Teilnehmer zusammengetragen:

- Psychotherapeuten-Versorgung - Umsetzung der PTRL 2017?
- Zentralklinikum 2025: Auswirkungen auf die ambulante psychiatrische Versorgung?
- Betreuung psychisch Kranker/ Obdachloser: aufsuchende Teams?
- Zielgruppe junge Mütter mit psychischen Erkrankungen
- Gerontopsychiatrie: Altersdepression, Sucht, multi-drug-use, Demenz
- Sucht, Substitution, begleitende psych. Erkrankungen

2.1. Telemedizin/ eHealth

Im Hinblick auf die Empfehlungen des Landespsychiatrieplans sowie der Vorreiterrolle Baden-Württembergs in Deutschland bezüglich Telemedizin (z.B. Änderung der Berufsordnung) wurden Projekte aus Baden-Württemberg vorgestellt.

Die Koordinierungsstelle Telemedizin Baden-Württemberg ist seit 2015 der zentrale Ansprechpartner für alle Belange der Telemedizin im Land. Durch Information und Beratung wird die sektorenübergreifende Vernetzung aller Akteure vorangetrieben, um die telemedizinische Versorgung in Baden- Württemberg nachhaltig zu verbessern. 2 Beispiele wurden exemplarisch präsentiert

2.1.1. Webbasierte sektorenübergreifende individuelle Therapie- und Versorgungsplanung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Projektbeschreibung: Entwicklung einer webbasierten individuellen Behandlungs- und Versorgungsplanung, die von Betroffenen und verantwortlichem Arzt/Fallmanager/Bezugsperson in gemeinsamer Entscheidungsfindung erstellt und stetig angepasst werden kann. Leitgedanke soll die Recovery-Orientierung sein. Evaluation in einer Pilotstudie.
Ziel des Projektes: Implementation einer Website mit offen zugänglich regionalisiertem GPV-Anbieter-Mapping sowie sitzungsmanagementbasierter, individualisierter Zusatzfunktionalität, welche gegenüber der bisher statischen Web- bzw. PDF-Lösung einen deutlichen praktischen Mehrwert sowohl für GPV-Nutzer*innen als auch für Behandler*innen bzw. Versorger*innen mit SGB-sektorübergreifender Refinanzierung darstellen soll. Begleitende Evaluation mittels Pilotstudie und anschließende Machbarkeitsstudie im Hinblick auf das Potenzial des zunächst landkreisspezifisch implementierten Prototyps für eine spätere Ausweitung auf alle Landkreise des Landes Baden-Württemberg.
Zielgruppe: Chronisch psychisch kranke Menschen, die auf Basis eines individuell ausgearbeiteten Behandlungs- und Versorgungsplans Anspruch auf zusätzliche SGB-Leistungen haben, die in Baden-Württemberg vom Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) des jeweiligen Landkreises zu erbringen sind.
Projektleitung: Prof. Dr. Tilman Steinert, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, Kooperationsklinik des Universitätsklinikums Ulm, Standort: Ravensburg-Weißenau
Text der web-Seite: https://www.telemedbw.de/de/projekte/webbasiertetherapie-und-versorgungsplanung/

2.1.2. Internetbasierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen

Projektbeschreibung: Ziel des Projektes ist die Weiterentwicklung und Evaluation einer internetbasierten kognitiven Verhaltenstherapie (iCBT) für Kinder und Jugendliche mit Zwangsstörungen. Durch iCBT sollen betroffene Kinder und Jugendliche in Baden-Württemberg auch in Regionen mit erschwerten Zugängen zu spezialisierter Therapie eine niederschwellige und ortsunabhängige Behandlung erhalten können. Grundlage dieses Projektes ist eine in unserem Hause durchgeführte erfolgreiche Machbarkeitsstudie. Geplant sind 14 wöchentlich stattfindende Therapiesitzungen. 13 hiervon werden in Form von Videokonferenzen stattfinden. Zur Durchführung erhalten die Patienten vorkonfigurierte Therapie-Tablets. Dies vereinfacht die Begleitung von Exposition in symptomauslösenden Situationen zuhause durch einen Therapeuten enorm. Inhaltlich setzt die Behandlung auf kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken, was der State-of-the-Art-Behandlung bei Zwangsstörungen entspricht. Auf den Tablets findet sich eine speziell entwickelte iCBT-App, durch die im Sinne von Therapietagebüchern u. a. die von den Patienten berichtete Symptomausprägung erfasst wird. Diese klinischen Daten werden ergänzt durch Daten (z. B. Herzfrequenz), die über ein Armband gemessen und über die iCBT-App an den Therapeuten übermittelt werden. Anhand dieser Informationen kann der Therapeut erheblich fokussierter auf aktuelle Problemstellungen eingehen. Es ist ihm möglich, das Angst-und Stresserleben der Patienten auch nachzuvollziehen und in die Therapie einzubeziehen. 40 Patienten und Patientinnen mit

Zwangsstörungen im Alter von 6 bis 18 Jahren aus ganz Baden-Württemberg sollen im Rahmen eines Wartegruppendesigns in das Projekt eingeschlossen werden.
Zielgruppe: Es werden Kinder und Jugendliche im Alter von 6-18 Jahren mit Zwangsstörungen und deren Angehörige in ganz Baden-Württemberg angesprochen. Insbesondere richtet sich das Projekt an Kinder und Jugendliche, die in Regionen mit niedriger Therapeutendichte leben, lange Wegezeiten zu versorgenden Einrichtungen oder lange Wartezeiten für Psychotherapieplätze haben.
Projektleitung: Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes-und Jugendalter, Universitätsklinikum Tübingen Kooperationspartner: Geschäftsbereich IT des Universitätsklinikums Tübingen, Karsten Hollmann
Finanzierung: Durch das Ministerium für Soziales und Integration des Landes Baden-Württemberg; Förderung mit ca. 248.000 €, Universitätsklinikum Tübingen, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie iCBT (internet Cognitive Behavior Therapy)
Text der web-Seite: https://www.telemedbw.de/de/projekte/internetbasiertepsychotherapie-bei-kindern-und-jugendlichen-mitzwangsstoerungen/

2.2. Sektorenübergreifende Versorgung

Die Versorgung psychisch kranker Menschen ist erschwert, weil eine mehr oder weniger strikte Trennung zwischen stationärem und ambulantem Sektor mit unterschiedlichen Vergütungssystemen und somit unterschiedlichen Zuständigkeiten (SGB) Schnittstellenprobleme verursacht und einer Versorgungskontinuität und Kooperation entgegenstehen.

Der (SVR, 2018) schreibt dazu:
1313. Die sektorenübergreifende Planung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung sollte von regionalen Gremien, unterstützt durch einzurichtende Geschäftsstellen, wahrgenommen werden. Die Stimmrechte in diesem Gremium, mit ähnlichen Stimmverhältnissen wie im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), sind eng an die Verantwortung für die Sicherstellung und die Finanzierung der Versorgung zu binden. Grundlage der Bedarfsermittlung bildet neben der regionalen Morbidität eine prospektive Planungskomponente, die u.a. die demografische Veränderung und den medizinisch – technischen Fortschritt berücksichtigt. Der geplante Bedarf sollte sich weniger an festen Kapazitätskriterien wie Arztsitzen und bettenzahlen, sondern stärker an den zu erbringenden Leistungen orientieren. Dabei geht es auch um die Frage, ob sich die Leistungen unter medizinischen und ökonomischen Aspekten besser ambulant oder stationär erbringen lassen. Ferner umfasst eine solche regionale Bedarfsplanung neben speziellen Versorgungszielen Parameter wie Warte-und Wegezeiten der Patienten sowie Ergebnisse einer noch weiterzuentwickelnden sektorenübergreifenden Qualitätssicherung.

Es folgen 2 Beispiele, die in der ersten AGmV Sitzung – Fokus Versorgung psychisch Kranker erwähnt wurden:

2.2.1. Integrierte Versorgung der Psychiatrie-Initiative Berlin Brandenburg (IV PI-BB)

Konzept: Zur Unterstützung in psychischen Krisensituationen, zur Vermeidung von Rückfällen und einer Chronifizierung bei vorbestehenden seelischen Erkrankungen veranlasst der Nervenarzt/Psychiater in einer Praxis oder einem MVZ eine ambulante Komplex-Behandlung. Diese ist gekennzeichnet durch eine zusätzlich zur ärztlich-psychiatrischen Behandlung erfolgende kontinuierliche und dem jeweiligen Bedarf angepasste bezugstherapeutische Begleitung seitens eines Soziotherapeuten oder einer psychiatrischen Fach-Pflegekraft. Weitere Therapiemaßnahmen wie Psychotherapie oder Ergotherapie unterstützen die ambulante Komplexbehandlung. Im vernetzten Behandlungsverbund, an dem auch Psychotherapeuten, Hausärzte und Klinikärzte wie auch weitere Akteure aus Krisendiensten und dem öffentlichen Gesundheitswesen teilnehmen, werden Behandlungpfade entwickelt und eine gemeinsame therapeutische Haltung formuliert, die sich an den Notwendigkeiten, Bedürfnissen und Ressourcen des psychisch erkrankten orientiert.

Entwicklung: Im Dezember 2006 schloß der gemeinnützige Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V. mit der DAK einen ersten Berlin-weiten Vertrag nach §140 a SGB V zur Integrierten Versorgung (IV) schwer psychisch kranker Patienten ab. Diesem Vertrag haben sich in der Folge die Hamburg Münchener Krankenkasse (später fusioniert mit der DAK) und über 120 Betriebskrankenkassen (VAG Ost) angeschlossen. Im Juni 2008 wurde der Vertrag auch für die DAK-Versicherten des Landes Brandenburg übernommen. Mit Blick auf die Weiterentwicklung der IV und auf Anregung beteiligter Krankenkassen erfolgte im November 2008 durch den Vorstand des Vereins die Gründung der PIBB GmbH & Co KG | Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg als Vertragsnehmer der Integrierten Versorgung. Nach drei Jahren Integrierter Versorgung (IV) durch vpsg/PIBB wurden die IV-Verträge mit der DAK und der VAG Mitte BKK ab 1.10.2010 in neuer Fassung fortgeführt und auf Brandenburg ausgeweitet. Im März 2012 folgte ein Vertag der PIBB mit der DAK Gesundheit über die sektorübergreifende Verbesserung der ambulanten Versorgung psychischer und psychosomatisch Erkrankter, wodurch insbesondere eine frühe Behandlung arbeitsunfähig Erkrankter angestrebt wird. Zum 1.1. 13 wurde seitens der BKK VBU ein weiterer Vertrag zur IV psychisch schwer Erkrankter abgeschlossen, der den Vorgänger-Vertrag mit der VAG BKK ablöst. Im Dezember 2011 wurde mit der AOK Nordost ein umfassender populationsbezogener Vertrag zur Integrierten Versorgung für Berlin und Brandenburg geschlossen. Seit Juli 2011 erfolgt die Koordination und Dokumentation durch die Leistungserbringer des Netzes mit einer Web-basierten IT-Plattform.
Text de web-Seite https://www.pi-bb.de/

2.2.2. Regionales Budget Itzehoe

Die Finanzierung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung im Kreis Steinburg erfolgt seit dem 1. Januar 2003 durch ein Regionales Psychiatriebudget (Modellprojekt nach §64b SGB V). Dabei handelt es sich um ein innovatives und in Deutschland bisher nur an wenigen Kliniken eingeführtes Finanzierungssystem. Diese Finanzierungsform wurde im Rahmen eines Modellprojektes zwischen den Krankenkassenverbänden in Schleswig-Holstein und dem Klinikum Itzehoe vereinbart. Durch dieses Finanzierungssystem bieten wir unseren Patientinnen und Patienten ein sehr flexibles und modernes Behandlungskonzept an. Die psychiatrische Versorgung durch das Klinikum Itzehoe kann je nach Notwendigkeit sowohl ambulant, als auch tagesklinisch und stationär erfolgen. Außerdem bieten wir die Möglichkeit einer psychiatrischen Behandlung zu Hause an.

Das Konzept der Regionalen Verantwortung: Es ist für uns selbstverständlich, dass die Möglichkeit zur medizinischen Leistungssteuerung einher gehen muss mit einer umfassenden Transparenz und Überprüfbarkeit der erbrachten Leistungen. Der Maßstab dafür sollte jedoch nicht die Art oder die Zahl von erbrachten Einzelleistungen sein, sondern es müssen in erster Linie Qualitätskriterien für die Bemessung von Ressourcen verwendet werden…. Unter „Ergebnisqualität“ wird verstanden, dass durch die erbrachten Leistungen die Gesundheit der Menschen in der Region gefördert wird. Für den Leistungserbringer besteht die Verpflichtung, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität insbesondere gegenüber den Kostenträgern offen zu legen…. Es müssen neben der Art der seelischen Erkrankung, dem psychischen Zustand im Verlauf und der Häufigkeit von Behandlungsmaßnahmen insbesondere auch die Integration in den sozialen Kontext und die Nutzung komplementärer Einrichtungen einbezogen werden. Präventive, therapeutische und rehabilitative Aspekte sollten dabei gleichwertig berücksichtigt werden.
Die wesentliche Basis dieser Projekte ist ein Steuerungs- und Anreizsystem, das dazu führt, dass

- ein flexibler und alleine an den Bedürfnissen der behandelten Menschen orientierter Wechsel zwischen unterschiedlichen Behandlungsformen ohne bürokratische Hürden und den damit verbundenen Misstrauensaufwand erfolgt,
- eine zu lange Behandlungsdauer in stationären Bereich vermieden wird, weil das System keinen Anreiz beinhaltet, durch mehr Fälle oder Behandlungstage zusätzliche Finanzmittel ins System zu bringen,

- eine inadäquat kurze Behandlungsdauer vermieden wird, weil die dann evtl. kurzfristig erneut notwendige Behandlung zwar geleistet werden muss, aber nicht zusätzlich bezahlt wird,
- präventive und rehabilitative Maßnahmen ökonomisch interessant werden.

Voraussetzungen für die Durchführung dieser Modellprojekte ist die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen allen Krankenkassen und allen Leistungserbringern einer Region. Es muss die gemeinsame Überzeugung gegeben sein, dass die langfristige Ergebnisqualität als Kriterium für die Ressourcenbemessung besser geeignet ist als die bisher üblichen Leistungsparameter.
Text der web-Seite https://www.klinikum-itzehoe.de/kliniken/zentrum-fuer-psychosoziale-medizin/regional-budget.html

3. Themen Abgrenzung

Die folgenden Themen sind einzeln sehr komplex und stellen eine große Herausforderung für den Landkreis Lörrach und die ambulante Versorgung dar. Für die weitere Strategieentwicklung würden sie den Rahmen sprengen. Alle 3 Bereiche können jedoch nicht ignoriert werden und spielen bei allen psychiatrischen Versorgungsthemen eine bedeutende Rolle. Allein das Versorgungssystem für Kinder- und Jugendliche ist etwas abgegrenzt (ca. 3% Mitversorgung im „Erwachsenen-System“).

3.1. Gerontopsychiatrie

Es gibt im Landkreis Lörrach einen rasant wachsenden Versorgungsbedarf in der geriatrischen Psychiatrie, aber keinen sozial-geriatrischen Dienst. Die Themen Demenz/ Pflege zusammen mit der psychiatrischen Versorgung sind so umfassend und bedeutend, dass eine eigene Studie sich damit befassen müsste. Mit der Demenzkampagne vom 25.09. bis 24.10.2018 wurde Aufmerksamkeit auf dieses Thema gelenkt.

3.2. Sucht

Für das Thema Sucht gibt es ein eigenes Kommunales Netzwerk Sucht. Text und Daten stammen von dem kommunalen Suchtbeauftragten (M. Hellmann):

Die Einrichtungen der Suchthilfe im Landkreis Lörrach erreichen mit den Beratungsangeboten der psychosozialen Begleitung rund 2.000 Personen/Jahr (ca. 60% illegale, 40% legale Suchtformen). Erstkontakte erhalten einen Beratungstermin innerhalb von 5 Werktagen.
Die Beratungsstellen berichten, dass im illegalen Suchtbereich die Mehrfachdiagnosen (psychische und Suchterkrankungen) im Krankheitsbild der Klienten mittlerweile schon fast der Normalfall geworden sind. Damit wird die psychiatrische Versorgung von Suchtkranken immer wichtiger.
Die psychiatrische ambulante Behandlungssituation von Suchtkranken (Zeitdauer von Kontaktaufnahme und psychiatrischer Behandlung) während der psychosozialen ambulanten Begleitung wird als unbefriedigend angesehen, ebenso die Zuwendung von Psychiatern (und auch den Hausärzten!) zu Suchtkranken und dem Suchthilfesystem.

Die Versorgung von Substitutionspatienten ist durch die ständig abnehmende Anzahl an substituierenden Hausärzten mittelfristig gefährdet. Es gibt gegenwärtig (Stand 2017) 5 substituierende Hausärzte (2016 waren es noch 10!) mit zusammen 81 PatientInnen:

Ingolf Lenz (Lörrach), - Helmut Eimert (Grenzach-Wyhlen), Hartmut Hennig (Efringen-Kirchen), Friedrich Hugenschmidt (Lörrach), Magdalena Blessing (Schopfheim). Davon hören in den nächsten 3 Jahren altersbedingt wahrscheinlich 2-3 Ärzte auf.

In der Schwerpunktpraxis in Lörrach werden 154 Substituierte behandelt. Für die Behandlung/Versorgung von bis zu 200 Patienten ist die Praxis durch die KV zugelassen. In der Gesamtzahl ist von 250 Substituierten im Landkreis auszugehen (aus dem Raum Säckingen/Hotzenwald kommen

zudem ca. 30 Patienten regelmäßig in den Landkreis). Ohne Berücksichtigung der (unzureichenden) sozialräumlichen Versorgung, haben wir im Landkreis voraussichtlich ab 2021 ein rechnerisches Versorgungsproblem. Diese Fragestellung muss daher im Zusammenhang mit der hausärztlichen Versorgungssituation im Landkreis mit auf der Agenda stehen!

Die KV benennt auf Grund von Erfahrungsberichten substituierender Ärzte mögliche Ursachen für diese Entwicklung:

- rechtliche Rahmenbedingungen
- unzureichende Vergütung bei hohen Kosten
- Patientenklientel selbst ==> Nachteile für die Praxis
- Arbeitsbelastung, fehlende Vertretung
- zusätzliche Kosten für den Erwerb der Zusatzbezeichnung

Die Kommunale Gesundheitskonferenz unterstützt Ärzte finanziell bei der Zusatzweiterbildung Suchtmedizin.

Die angesprochenen kritischen Phasen der Übergänge (stationär/ambulant) stellen ein großes Problem dar, da hier die erforderliche (zeitliche, fachliche, finanzielle) Nahtlosigkeit der Verfahren nicht gewährleistet ist. Die Empfehlungen 2018 des Sachverständigenrats und des Landespsychiatrieplans sind zu unterstützen! M. Hellmann, kommunaler Suchtbeauftragter

3.3. Kinder- und Jugendpsychiatrie

Kinder- und Jugendpsychiater gelten als „spezialisierte fachärztliche Versorgung“. Der Planungsbereich für die Arztgruppen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung ist die Raumordnungsregion. Baden-Württemberg ist in zwölf dieser Planungsregionen aufgeteilt.

Es fehlen Kinder- und Jugendpsychiater!

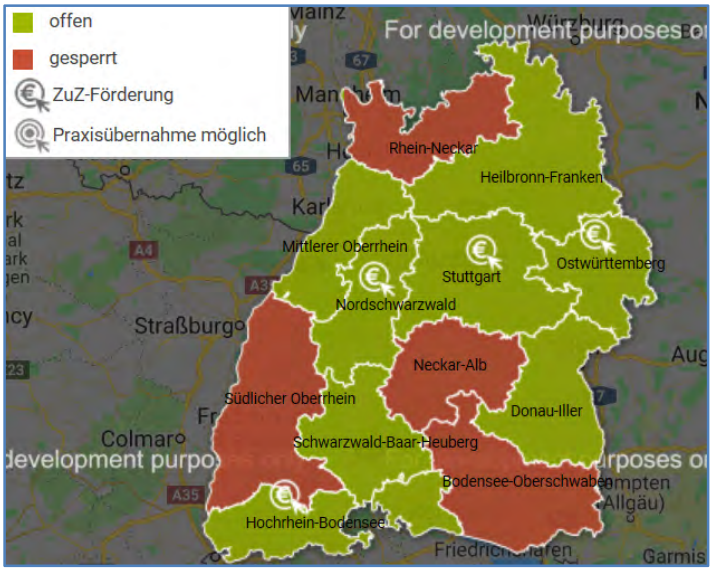


Abbildung 52 Planungsregionen für Kinder- und Jugendpsychiater- der Landkreis ist „ offen“, also nicht ausreichend versorgt. (https://www.kvbawue.de/praxis/niederlassung/bedarfsplanung-offen-oder-gesperrt/ , Zugriff 09.02.2019)

Im Sinne einer vorbeugenden Politik müssen Kinder- und Jugendliche besonders gut versorgt sein. Im Rahmen der geführten Gespräche ergaben sich Hinweise darauf, dass auch der Zugang von Kindern und Jugendlichen zu einer kinderpsychiatrischen oder kinderpsychotherapeutischen Behandlung als Engpass wahrgenommen wird und dass die Sensibilität gegenüber vorliegenden psychiatrischen Erkrankungen in dieser Altersgruppe verbessert werden kann (Ansatz bei Erziehern, Schulen, Sozialarbeitern). Die Wahrnehmung und konsekutive Abfederung besonderer Belastungen ist wesentlich (Kin-

derschutz), um psychiatrische und somatische! Erkrankungen sowie Störungen des Sozialverhaltens zu vermeiden, bzw. zu mildern. Dieses große Thema muss ebenfalls gesondert betrachtet werden.

4. Studienansatzpunkte Landkreis Lörrach

Aus den Teilen 1 und 2 leiten sich die Ansatzpunkte mit hoher Relevanz für eine Machbarkeitsstudie ab:

- Die ausreichende und zeitgerechte Weitervermittlung psychisch Kranker in leitlinienengerechte ambulante Versorgung/ Richtlinienpsychotherapie und Soziotherapie gelingt nicht. Dies gilt umso mehr je schwerer jemand erkrankt ist, je schlechter er sich selbst organisieren und artikulieren kann und je akuter seine Bedürfnisse sind (Krisen).
- Im Landkreis Lörrach gibt es zu lange Wartezeiten auf Richtlinienpsychotherapie (nicht Erstgespräch in Sprechstunde).
- Die Anzahl der durch den Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) Betreuten (kurz- und längerfristige Kontakte) ist seit 2012 stark gestiegen, die Personalressourcen sind über die Förderung durch Landeszuschüsse gesetzlich geregelt und seit 2005 unverändert.
- Im Landkreis Lörrach fehlen mehrere zentral bedeutsame klinische & außerklinische Angebote.
- Ein gut etabliertes und motiviertes Netzwerk kann Engpässe und Problematik an den Schnittstellen nicht aus eigener Kraft kompensieren. Insbesondere sind die Schnittstellen stationär/ teilstationäre/ ambulante psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung zu nennen sowie das Denken in Zusammenhängen von präventiv-therapeutisch-rehabilitativ.
- Wochenend-und Krisenintervention stellen eine bisher unzureichend gelöste Herausforderung dar.

Konkrete Ansätze für eine Verbesserung der ambulanten Versorgungssituation psychisch kranker Menschen im Landkreis Lörrach kamen aus der AG mV und werden im Folgenden dargestellt:

4.1. Telemedizin/ eHealth

Eine Studie aus dem Jahr 2006 (Cruppé, 2006) zeigt auf, dass Hausärzte (und somatische Fachärzte) sich ein kurzes diagnostischen Screeninginstrument wünschen, um die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern. Für Psychotherapeuten und Psychiater ist die Möglichkeit zur Fallbesprechung und niedrigschwelligen Kooperationen/ Konsultationen wichtig. Dies wäre durch telemedizinische Konsile einfach zu erreichen, wie es in Thüringen inzwischen etabliert ist. Interesse wurde von Hausärzten (Ärztenetz Dreiländereck) und Psychiatern/ Psychotherapeuten im Landkreis Lörrach bekundet und der BVDN wurde angefragt.

ZNS-Telekonsil

Das telemedizinische Konsil in Thüringen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Zusammenarbeit mit den neuropsychiatrischen Berufsverbänden (BVDN, BDN und BVDP) vernetzt Ärzte, die Patienten mit neuropsychiatrischen Erkrankungen betreuen, mit Experten aus den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie. Patienten, bei denen bei ihrem erstbehandelnden Arzt (Hausarzt, Gynäkologe etc.) der Verdacht auf eine Erkrankung des Zentralen Nerven-Systems (ZNS) gestellt wurde, können mithilfe des ZNS Konsils einem entsprechenden gebietsärztlichen Facharzt vorgestellt werden. Innerhalb von

24 Stunden erhält der anfragende Arzt eine entsprechende Behandlungsoption oder weiterführende Diagnoseempfehlung vom angefragten Neurologen oder Psychiater. Die Anfragealgorithmen wurden von Experten der beteiligten Berufsverbände entwickelt und beinhalten die jeweils gültigen medizinischen Leitlinien. Damit verfügt das telemedizinische Konsil über die aktuell besten Behandlungsstandards für die ausgewählten Indikationen. Ziel ist es, die Zahl der tatsächlich notwendigen Facharztbesuche zu reduzieren und gleichzeitig die möglichen Behandlungsoptionen für die niedergelassenen hausärztlich tätigen Ärzte wohnortnah zu erhöhen sowie die Qualität der Behandlung zu verbessern. Damit können lange Anfahrtswege und Wartezeiten für betroffenen Patienten reduziert werden. Für Patienten, die noch im Arbeitsprozess stehen, können die Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU-Zeiten) verkürzt werden. Insbesondere für die Versorgung von immobilen älteren multimorbiden Patienten kann ein solches telemedizinisches Versorgungsangebot hilfreich sein.
Text der web-Seite: https://www.zns-konsil.de/

Ebenso wurden Möglichkeiten der internetbasierten Intervention von Depressionen, z.B. zur Überbrückung von Wartezeiten als förderlich und umsetzbar im Landkreis Lörrach gewertet.

„Lübecker Studie belegt die Wirksamkeit von Selbstmanagement-Programmen erstmals auch unter klinischer Beurteilung“ Depressionen lassen sich über das Internet erfolgreich behandeln. Das haben Wissenschaftler der Universität zu Lübeck in Kooperation mit Forschern aus sechs weiteren Universitäten in Deutschland und der Schweiz jetzt in einer vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Studie herausgefunden.“ Das im Rahmen der Studie untersuchte Programm heißt „deprexis“. Es wurde von dem Public-Health-Unternehmen GAIA AG in Hamburg entwickelt. Das Programm vermittelt Fertigkeiten zur Depressionsbewältigung, indem es eine Art Dialog mit dem Nutzer führt. Es stellt verschiedene aus der Psychotherapie bekannte Fertigkeiten kurz vor und vertieft diese dann abhängig von der Reaktion des Nutzers.
Text der web-Seite https://www.uni-luebeck.de/aktuelles/nachricht/artikel/depression-psychotherapie-auch-ueber-das-internet-moeglich.html Weitere Informationen auch bei der EVIDENT-Studie (Klein, 2016).

„iFightDepression“ ist ein (haus-)ärztlich begleitetes, internetbasiertes Selbstmanagementprogramm bei Patienten mit leichten Depressionen. https://ifightdepression.com/de

4.2. Beratungsbedarf, Patientenwege

- Nur 9% psychisch Kranker erhalten nach einem stationären Aufenthalt einen dringend empfohlenen Psychotherapieplatz im Landkreis Lörrach.
- Im Schnitt verwenden Psychotherapeuten seit der Reform (PTRL 2017) zusätzlich 40 Minuten darauf, Patienten weiter zu vermitteln.
- 60% der Anrufenden bei den Termin-Service-Stellen der KBV benötigen Termine bei Psychotherapeuten.

Dies zeigt schon einen enormen Beratungsbedarf auf, insbesondere wenn Patienten selbst aufgrund ihrer Erkrankung Probleme in der Kommunikation, Motivation und Alltagsstrukturierung haben.

Die DGPPN kommentiert in ihren Standpunkten (DGPPN Standpunkte, 2018) dazu: „Ein schweregradgestuftes regionales Versorgungsnetz, welches verbindliche Regeln zur Koordination und Steuerung der Hilfsangebote einerseits und der Patientenwege andererseits umfasst, kann den individuellen Hilfebedarf passgenau abdecken.“

Die wenigen verfügbaren Therapieplätze und Beratungszeiten bei Psychiatern und Psychotherapeuten werden aufgrund dieser Probleme ebenfalls oft nicht wahrgenommen- deutlich besser ist die Compliance bei einer Begleitung durch geschultes (Fach-)Personal oder Familienangehörige/ Ehrenamtler.

Dies ist die einstimmige Rückmeldung der Versorger im Landkreis Lörrach. Auch die IBB-Stelle (Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle) meldet einen hohen Beratungsbedarf.

Im Rahmen der Studie wurden alle Psychotherapeuten mit Angebot der Behandlungsformen (Verhaltenstherapie oder analytische Ausrichtung) und Zielgruppen (Kinder-/ Jugendliche oder Erwachsene) und Fachärzte Psychiatrie/ Psychosomatik im Landkreis erfasst. Eine online zugängliche Liste als Landkreiskarte wäre leicht zu erstellen, bedarf aber noch der Prüfung im Sinne der DSGVo.

Darüber hinaus wären Begleiter oder Lotsen für Patienten hilfreich, um eine Orientierung und Führung durch das komplexe psychiatrische Versorgungssystem zu geben, wie verschiedene Berufsgruppen bestätigen.

Sehr gute Erfahrungen hat der Landkreis Lörrach mit einem anderen Lotsenmodellprojekt gemacht: die „Babylotsin“, angegliedert an den Sozialdienst der Entbindungsklinik, vermittelt niedrigschwellig notwendige Kontakte, baut Kontakthemmschwellen ab und vermindert Schnittstellenprobleme (Badische Zeitung, 20.09.2018).

Im (SVR, 2018) wird die Problematik etwas weiter gegriffen als „Steuerung von Patientenwegen“ und beinhaltet auch folgende Ansatzpunkte:

- Hausärztlich koordinierte Versorgungsmodelle
- Kontaktgebühren für Facharztbesuche ohne Überweisung
- nationale Gesundheitsportale/ regionale Patienteninformationszentren: Förderung der informierten partizipativen Entscheidungsfindung, Hilfe zu Selbsthilfe und Recherche
- Entlassungsmanagement als interprofessionelle Aufgabe
- Digitalisierung für verbesserte Steuerungsprozesse

1315. Der Stellenwert der Koordination gesundheitlicher Versorgung nimmt aufgrund der zunehmenden Komplexität von Erkrankungen und deren Behandlungsverläufen zu. Dieser Herausforderung wird die Regelversorgung in Deutschland kaum gerecht. (SVR, 2018)

4.3. Fehlende Leistungen im Landkreis

psychiatrische Pflege

Dazu gehört neben neuen Leistungen wie stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (stäB) auch ein Angebot der psychiatrischen Pflege. Hierzu eine Rückmeldung:
„Die Psychiatrie ist mein „Lieblingsarbeitsgebiet“, was zusammen mit ein paar anderen Faktoren dazu geführt hat, dass ich 2013 eine Firma gegründet habe, die unter anderem langfristig ambulante psychiatrische Pflege in Lörrach anbieten hätte können sollen….Gestoppt wurde ich dadurch, dass ich als Einzelanbieter nicht erfolgreich genug mit GKV-Partnern verhandeln konnte (SGB V Leistung, nicht tariflich geregelt)….Es wäre mir mit meinem beruflichen Netzwerk gelungen, erfahrene und kompetente PsychiatriepflegerInnen zu gewinnen.“ (private Kommunikation)

Die Gewinnung von PsychiatriepflegerInnen stellt auch stationäre Versorger vor große Probleme: sowohl die Ausbildung als auch das Verhindern der Abwanderung in die Schweiz nach erfolgreicher Ausbildung.

stäB, hometreatment

Hier erfolgt eine Akutbehandlung zuhause bei den PatientInnen, die durch das neue Versorgungsgesetz für die Psychiatrie (PsychVVG, 2017) ermöglicht wird, soll also den stationären Aufenthalt ersetzen.

Voraussetzung für die stationsäquivalente Behandlung ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung

und einer Indikation für eine stationäre Behandlung. Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung überwiegend im Lebensumfeld des Patienten. Sie erfolgt durch ein mobiles multiprofessionelles Behandlungsteam mit Flexibilität in Art und Intensität der Behandlung nach individuellem Bedarf. Sie stellt bei Bedarf neben der aufsuchenden Behandlung auch die Nutzung weiterer Ressourcen der psychiatrischen Klinik für ergänzende Diagnostik und Therapie sicher.

Das hometreatment soll dagegen die Sektorengrenze Therapie/Rehabilitation überbrücken, indem nach einem stationärer Akutbehandlung frühzeitig eine Weiterbehandlung zuhause ermöglicht wird. Dadurch sollen Rückfälle und stationäre Wiederaufnahmen vermieden werden. Auch kurzzeitige Krisenintervention mit Beziehungskonstanz sollen erleichtert werden.

(Ambulante) psychiatrische Rehabilitation

Eine Studie der Universität Würzburg (1.366 Reha-Anträge, 2018) zeigt auf, dass der Anteil an nicht befürworteten (34,7%) und noch offenen Anträgen (27,2%) von Antragstellern mit psychischen Hauptdiagnosen höher liegt als bei Antragstellern mit rein somatischen Hauptdiagnosen (19,6% abgelehnt, 12,7% offen). Reha-Anträge von Patienten mit psychischen Hauptdiagnosen ohne Befundbericht von Psychiatern/PT werden häufiger nicht befürwortet (45% bei Hausarzt-Antrag versus 32% bei Facharzt-Antrag) oder werden bei der Erstvorlage nicht entschieden (28% versus 18%). (Ahnert, 2018)

Die **Struktur der Leistungsträger** stellt sich zusammenfassend wie folgt dar:

- Die gesetzlichen Krankenkassen sind Träger der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Die Bundesagentur für Arbeit Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Unfallversicherung sind sowohl Träger der medizinischen Rehabilitation als auch der Teilhabe am Arbeitsleben.
- Die Träger der Jugend- und Eingliederungshilfe sind Rehabilitationsträger für Leistungen der medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben und der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, § 9 Absatz 2 SGB IX. Sie sind auch anzuwenden, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern § 9 Absatz 3 SGB IX). Die Koordinierung der Leistungen, das Zusammenwirken der Leistungen und die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger sind im SGB I und SGB IX, Erstattungsansprüche im SGB X geregelt. Die gemeinsamen Empfehlungen (RPK-Empfehlungsvereinbarungen) bilden die Grundlage über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe in 61 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen. Die Jugend- und Sozialhilfeträger werden beteiligt und können den Empfehlungen beitreten.

Mit Blick auf die Finanzierung medizinischer Reha-Angebote für psychisch kranke Menschen gestaltet es sich als problematisch, dass die Anbieter von medizinischen Reha-Leistungen trotz der Möglichkeit der Anrufung einer Schiedsstelle nach § 111 c Absatz 3 SGB V i.V.m. § 111 b SGB V letztlich keine effektiven Möglichkeiten zur Durchsetzung ihrer Vergütungsansprüche gegenüber den Kostenträgern sehen. (Ministerium für Soziales und Integration, 2018)

Empfehlungen des Landespsychiatrieplans:

- Die Angebote der RPK sollten entsprechend der mit Inkrafttreten des PsychKHG gestärkten-Rolle der Gemeindepsychiatrischen Verbünde sowie der wohnort- und gemeindenahen Versorgung von psychisch kranken Menschen flächendeckend und wohnortnah im ganzen Land umgesetzt werden. Dies gilt insbesondere für ambulante RPK-Plätze, bei denen die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand in ihrem bzw. seinem gewohnten Umfeld verbleiben kann. Neben ambulanten RPK-Plätzen sollte auch die Möglichkeit bestehen, ambulante Leistungen der

medizinischen und beruflichen Rehabilitation parallel zu Leistungen der sozialen Teilhabe (Betreutes Wohnen) zu erhalten.

- Eine Einbindung in die Verbundstrukturen (Gemeindepsychiatrische Verbünde, Gemeindepsychiatrische Zentren) ist zu leisten. Hier ist in besonderer Weise die Vernetzung mit der Akutbehandlung sowie mit den weiterführenden stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten zu berücksichtigen
- Mit Blick auf den Grundsatz „ambulant vor stationär“ wäre die Umsetzung einer ambulanten oder mobilen Rehabilitation zu begrüßen, die die Rehabilitandin bzw. den Rehabilitanden zeitnah, zügig und im Lebensumfeld erreicht. Eine modellhafte Erprobung mobiler Rehabilitationsteams, die als Baustein im Gemeindepsychiatrischen Verbund entwickelt werden, wird angeregt.

4.5. Jobcenter Lörrach

Den Auftrag des Bundesgesetzgebers, gemäß § 11 SGB IX Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation durchzuführen, setzt das BMAS mit dem Bundesprogramm "Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - rehapro" um. Ziel des Bundesprogramms rehapro ist es, durch die Erprobung von innovativen Leistungen und innovativen organisatorischen Maßnahmen Erkenntnisse zu gewinnen, wie die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch besser erhalten bzw. wiederhergestellt werden kann. Auch die Zusammenarbeit der Akteure im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation soll weiter verbessert und der Zugang in die Erwerbsminderungsrente und die Eingliederungshilfe bzw. Sozialhilfe nachhaltig gesenkt werden.
Jobcenter und Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sind die federführenden Bedarfsträger der Modellprojekte und somit Antragsteller und Ansprechpartner für mögliche Kooperationen bzw. Verbundprojekte.
Zur Umsetzung des Bundesprogramms rehapro stehen bis 2026 insgesamt rund eine Milliarde Euro zur Verfügung. Die einzelnen Modellprojekte können bis zu fünf Jahre gefördert werden. Die Modellprojekte der ersten Förderwelle werden voraussichtlich im 1. Halbjahr 2019 starten. Weitere Förderaufrufe sind in den Jahren 2019 und 2020 geplant.Text der web-Seite https://www.modellvorhaben-rehapro.de/

Zwei Projektideen wurden vom Jobcenter Lörrach angesprochen: ein innovatives Organisationmodell „Träger- und Rechtsübergreifende Clearingstelle“ (TRC) und „ Gutscheine für Psychotherapie“ als niedrigschwelliger Zugang zur Psychotherapie.

5. Studienansatz, Kreistagsbeschluss

Um eine externe Vergabe einer weiterführenden Studie zu ermöglichen, wurde der derzeitige Stand der Datensammlung und –analyse, der Expertenbefragung und der Diskussionsstand der AGmV und der anderen Arbeitsgruppen dem Kreistag präsentiert. Anhand des Public-Health-Action-Cycles wurden weitere mögliche Schritte für eine anschließende externe Studie diskutiert. Da bislang keine standardisierte Befragung erfolgte und die Sicht der Betroffenen/ Angehörigen nur durch Sprecher in den Arbeitsgruppen vertreten waren, wäre dies eine sinnvolle weitere Ergänzung (Alternative A, Befragung). Anderseits waren die getroffenen Aussagen zu Engpässen und fehlenden Angeboten im Landkreis Lörrach so übereinstimmend, dass eine auf diesen Erkenntnissen aufbauende Studie zur weiteren Strategie auch in Erwägung gezogen werden kann (Alternative B, Machbarkeitsstudie).

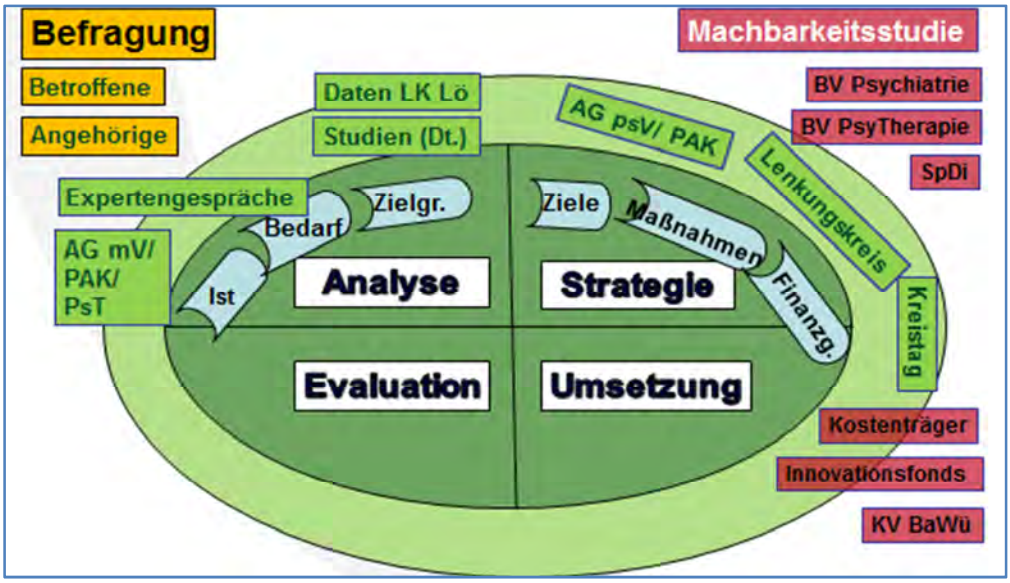


Abbildung 53: Schema nach dem Public-Health-Action Cycle mit möglichen Studienansatzpunkten

5.1. Alternative A: Inanspruchnahme von Hilfe- und Versorgungsangeboten im Landkreis Lörrach (Befragung und resultierende Handlungsempfehlungen)

Psychisch Kranke und Angehörige im Landkreis werden über ihre Gesundheitskompetenz, ihre erlebten Probleme sozialer Teilhabe und ihre Erfahrungen/ Bedarfe beim Zugang zum ambulanten diagnostisch-therapeutischen und außerklinischen Hilfe- und Versorgungssystem befragt. Vorgesehen ist, alle Haushalte im Landkreis zu erreichen.

Eine Bestandsaufnahme des Hilfe- und Versorgungssystems ist Teil der Studie. Wissen über und Nutzungsverhalten örtlicher Angebote (wie IBB, Selbsthilfegruppen, Terminservicestelle, Zuständigkeiten/ Ansprechpartner…) werden bei der Bevölkerung abgefragt und unmittelbare Handlungsempfehlungen abgeleitet. Dadurch gewinnen wir Wissen drüber, was die Zielgruppe und die Angehörigen brauchen, um ihre Gesundheit bzw. ihre Gesundheitschancen zu verbessern und beziehen sie von Anfang an mit ein: die Zielgruppe wird vom Behandelten zum Handelnden, das stärkt die Motivation, Ideen können eingebracht werden, Meinungen zu bestehenden Angeboten können berücksichtigt werden und letztlich Selbstwirksamkeit erlebt werden. Besonders für langfristig psychisch Erkrankte können Selbsthilfegruppen, Netzwerke und Bildungszugänge wertvolle Ressourcen sein.

Im Rahmen der Studie soll eine Bestandsaufnahme der Angebote komplettiert/aktualisiert werden, zur Erfassung von Anliegen der Zielgruppe ein Fragebogen entwickelt (oder für den Landkreis Lörrach angepasst) sowie die Befragung durchgeführt und ausgewertet werden. Die Empfehlungen des Teilhabeplans für seelisch Behinderte und psychisch kranke Erwachsene (Fachbereich Soziales, Landratsamt Lörrach), des Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz und des Landespsychiatrieplans sollen berücksichtigt werden. Behandlungsvereinbarungen als Bestandteil der Autonomieverwirklichung von Patienten (SVR 2018) können einen Aspekt der Studie darstellen. Handlungsempfehlungen sollen für die Betroffenen/ Angehörigen (Zielgruppe), die Angebotsstellen, Kommunen und den Kreistag erstellt, begründet und präsentiert werden.

Ziel der Studie ist es, Empfehlungen für neue Angebote oder den Ausbau vorhandener Angebote zur Stärkung der Eigenressourcen (Gesundheitskompetenz) auszusprechen und Lösungsansätze aufzuzeigen für einen verbesserten Zugang zum medizinisch-therapeutischen und außerklinischen ambulanten Hilfe- und Versorgungssystem für Betroffene und Angehörige. Die Angebote sollen Betroffene/ An-

gehörige (Zielgruppe) befähigen in ihrem Wohnumfeld gesundheitsförderliche Ressourcen zu nutzen, einen gesundheitskompetenten Umgang mit dem Krankheitsgeschehen und seinen Folgen ermöglichen/ unterstützen. Zudem sollen Kommunen darin unterstützt werden, ein spezifisches Angebot für die Gesundheitskompetenz ihrer Bewohner zu etablieren.

5.2. Alternative B: Der Landkreis Lörrach als Modellregion für eine verbesserte gemeindenahe ambulante Versorgung psychisch Kranker (Machbarkeitsstudie)

Prioritär werden Strategien und Umsetzungsempfehlungen für Verbesserungen bei den wahrgenommenen Engpässen der ambulanten medizinisch-therapeutischen Versorgung psychisch Kranker (Zugang zu Psychiatern und Leitlinienpsychotherapie) erarbeitet. Dabei sollen insbesondere die bisher gewonnenen Erkenntnisse und Ergebnisse aus dem Landkreis Lörrach berücksichtigt werden und die Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR 2018, s. Anhang Zwischenergebnisse) auf Übertragbarkeit auf den Landkreis Lörrach und dafür notwendige Finanzierungsmodalitäten geprüft werden sowie Möglichkeiten und Grenzen zur Umsetzung des Landespsychiatrieplanes für den Landkreis Lörrach beschrieben werden.

Im Rahmen einer Machbarkeitsstudie sollen Lösungsansätze analysiert, Risiken identifiziert und Erfolgsaussichten abgeschätzt werden. Dabei sollen die organisatorischen, wirtschaftlichen, zeitlichen und rechtlichen Umsetzungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

Die Studie analysiert den Ursachen der Versorgungsengpässe und den wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechend regionale Lösungsansätze, entwickelt Strategien für den Landkreis Lörrach und leitet eine Umsetzung in die Wege unter aktiver Beteiligung der umsetzenden Berufsgruppen (Berufsverbände) und Dienste (Gemeindepsychiatrischer Verbund). Notwendige Förderanträge oder Vertragsentwürfe werden erstellt. Der Landkreis, bzw. die Kommunale Gesundheitskonferenz können durch das ihnen zur Verfügung stehende Netzwerk und politische Kontakte ggf. unterstützen.

Ziel der Studie ist der Aus- und Aufbau von benötigten Hilfs-/Versorgungsangeboten und Versorgungsformen (medizinisch-therapeutisch und außerklinisch) zur Sicherstellung einer leitliniengerechten ambulanten Versorgung von Menschen mit insbesondere schweren und chronischen psychischen Erkrankungen. Darüber hinaus sollen für den Landkreis Lörrach spezifische Möglichkeiten und Grenzen für eine sektorenübergreifende Vernetzung und Kooperation aller Beteiligten zur Förderung strukturierter, passgenauer und bedarfsgerechter Versorgungsangebote aufgezeigt werden. Bereits in Studien erprobte Versorgungsformen werden mit den Kostenträgern landkreisspezifisch angepasst und etabliert (Selektivverträge, §140a ff SGB V) oder als Modellvorhaben (§64b SGB V) gestaltet. Für die Erprobung neuer Versorgungsformen wird im Rahmen der Studie ein Antrag für ein Forschungsvorhaben mit den notwendigen Fördermitteln gestellt (z.B. Innovationsfonds mit jährlichen Ausschreibungen).

5.3. Kreistagsbeschluss zur Studienvergabe

Öffentliche Sitzung Nr. 24 des Kreistages, Termin: 24.10.2018, Ort: Landratsamt Lörrach, Uhrzeit: 15:00 Uhr - 18:19 Uhr (Protokoll-Auszug)

Top 8: Studie zur ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen Vorlage: 228/2018

Dezernent Laßmann erläutert die Vorlage. Im Oktober 2017 habe der Kreistag ergänzend zur erfolgten Bedarfsanalyse der hausärztlichen Versorgung die Verwaltung mit einer Analyse zur fachärztlichen Versorgung beauftragt und hierbei einen ersten Fokus auf die ambulante psychiatrische Versorgung im Landkreis Lörrach gelegt. Hierzu würden nun Zwischenergebnisse vorliegen. Die Thematik habe eine hohe gesellschaftliche Relevanz, wie u. a. an der stark ansteigenden Zahl von Fehlzeiten in diesem Bereich abgelesen werden könne; sektorenübergreifend sei das nicht nur im Bereich der medizinischen Versorgung zu behandeln, sondern beträfe darüber hinaus auch den Bereich der sozialen Dienstleistungen. Hier sei eine enge Verzahnung erforderlich. Ziel der nun angestrebten Studie sei die Sicherstellung einer ausreichenden ambulanten psychiatrischen Versorgung für die Menschen. Aus Beratungen der Gesundheitskonferenz und in deren Arbeitsgruppen resultiere die Beschlussempfehlung gemäß Vorlage. Es würde angestrebt, in der zweiten Jahreshälfte 2019 Ergebnisse dieser Machbarkeitsstudie präsentieren zu können. Es folgen keine Fragen und Anmerkungen.

Es ergeht nachstehender **Beschluss:**

Der Kreistag beauftragt die Geschäftsstelle eine Machbarkeitsstudie zur ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen zu vergeben (Alternative B der Vorlage).

Ziel der Studie ist der Aus- und Aufbau von benötigten Hilfs- / Versorgungsangeboten und Versorgungsformen (medizinisch-therapeutisch und außerklinisch) zur Sicherstellung einer leitliniengerechten ambulanten Versorgung von Menschen mit insbesondere schweren und chronischen psychischen Erkrankungen.

Abstimmungsergebnis: 53 Ja-Stimmen, einstimmig

Der Bericht begann mit einem Zitat aus der Langzeitstudie vom Deutschen Institut für Wirtschaftsförderung und soll auch damit enden:

If we want a happier world,

we need a completely new deal on mental health.

(DIW, Layard, 2013)

Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
AG mV	Arbeitsgruppe der Kommunalen Gesundheitskonferenz zur medizinischen Versorgung
äPT	Ärztlichen Psychotherapeuten
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte
BW	Baden-Württemberg
DEG1	Deutsche Erwachsenen Gesundheitsstudie
DEGS	Deutsche Erwachsenen-Gesundheitsstudie
DGPPN	Dt. Gesellschaft der für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
EGH	Eingliederungshilfe
GPV	Gemeinde Psychiatrischer Verbund
IBB-Stelle	Informations,- Beratungs und Beschwerdestelle Psychiatrie
KJ PT	Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
KVJS	Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg
LK	Landkreis
LPtK	Landespsychotherapeutenkammer
MPH	Markus-Pflüger-Heim
PAK	Psychiatrie-Arbeitkreis
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz Lörrach
psPT	Psychologischen Psychotherapeuten
PT	anerkannte Psychotherapieverfahren; Psychotherapie
PTRL	Psychotherapie-Richtlinie
SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst (Diakonie und Caritas)
stäB	Stationäquivalente Behandlung
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
Vvps	Verband der Vertragspsychotherapeuten Südbaden e.V.
ZfP	Zentrum für Psychiatrie

Literaturverzeichnis

Badische Zeitung. (20.09.2018). Lörracher Modellprojekt "Babylotse" macht Schule. *BZ*.

Barmer GEK. (2018). *Arztreport.* Abgerufen am 25. 01 2019 von https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports/arztreporte/barmer-arztreport-2018-144304.

Bertelsmann Stiftung. (2014). *Faktencheck Gesundheit - Depression.* Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Berufsverband Psychosomatische Medizin. (kein Datum). *https://www.bpm-ev.de*. Abgerufen am 03. 02 2019 von Patientenflyer.

BPtK. (2018). *Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie.* Berlin: bptk.

C. Uhlmann, T. S. (2017). PAKT I: Psychotherapieempfehlunge in der stationären psychiatrisch-psychotherapeutsichen Behandlung. *Nervenarzt*, 88:268-274.

C. Uhlmann, T. S. (2017). PAKT II: Realisierung von Psychotherapieempfehlungen nach psychiatischem Aufenthalt. *Nervenarzt*, 88:275-281.

Cruppé, W. d. (Juli 2006). Psychosomatische Versorgungspraxis und Kooperationsbedarf aus Sicht niedergelassener Ärzte und Psychologen. *Psychother Psychosom Med Psychol.*, S. 56(7):299-306.

Dannegger, E. (2014). *Datenerhebung bei Patienten einer allgemeinpsychiatrischen Praxis im Landkreis Lörrach.* Lörrach, (nicht veröffentlicht)

Deutscher Bundestag. (1975). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der bundesrepublik Deutschland.* Bonn: Drucksache Bundestag Nr.7/4200.

DGPPN. (2018). *Dossier.Psychichische Erkrankungen in Deutschland.* Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.

DGPPN Standpunkte. (2018). *Standpunkte für eine zukunftsfähige Psychiatrie.*

DIW, Layard. (2013). *SOEP: mental illness and unhappiness.* Berlin: DIW.

Dtsch Arztebl. (1996). Konzepte ambulanter Psychiatrie und Psychotherapie: Ohne Teamwork geht es nicht. *Deutsches Ärzteblatt*, 93(3):A-96 / B-80 / C-78.

E. Schramm, M. B. (2001). Differenzielle Indikation für Psychotherapie am Beispiel Depression. *Nervenarzt*, 82:1414-1424.

Evangelische Gesellschaft Stuttgart (Jugendamt). (2017). *KND- Jahresbericht.*

Fröhlich, S., & A. Rousselot, A. K. (2013). Psychosoziale Aspekte chronischer erkrankungen und deren Einfluss auf die Behandlung. *Schweiz Med Forum*, 13(10):206-209.

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2008). *Ursachen für die Umsetzungsproblematiken in der Soziotherapie, Evaluationsbericht.*

https://de.wikipedia.org/. (kein Datum). Abgerufen am 15. 01 2019 von Medizinische_Leitlinie.

https://www.psychiatrie-bw.de/zfp-gruppe/daten-fakten/. (2013). Abgerufen am 11. 07 2018

ICD-10. (kein Datum). *http://www.icd-code.de/icd/code/.html*. Abgerufen am 01 2019

Klein, J. (2016). Effekte einer internetbasierten psychologischen Intervention zur Behandlung von leicht- bis mittelgradigen depressiven Symptomen: Ergebnisse der randomisiert-kontrollierten EVIDENT-Studie. *Psychother Pschosom*, S. 85:218-228.

Kruse, P.-D. J. (2004). Hausärzte und psychische Erkankungen (referiert). *aerzteblatt*, 311.

KV BW. (13.08.2018). *Versodgungsdaten Landkreis Lörrach, angefragt.*

KVJS. (2015/2016). Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund BW .

Lübbe, A. (2008). *Deutsches Ärzteblatt*, 105(46):A 2462-3.

Melchinger, H. (2008). Ambulante psychiatrische Versorgung: Umsteuerung dringend geboten. *Deutsches Ärzteblatt*, 105(46):A-2457.

Ministerium für Soziales und Integration. (2018). *Landespsychiatrieplan (Landesplan der Hilfen für psychisch kranke Menschen in Baden-Württemberg).* Stuttgart: Ministerium für Soziales und Integration.

Nübling, R. (2015). *Psychotherapeutische Versorgungsforschung - Status Quo und Perspektiven.* Heidelberg: Landespsychotherapeutenkammer.

P.Falkai, M. H. (kein Datum). *https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/*. Abgerufen am 15. Januar 2018

Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie, 16.2.2017 in Kraft, 1.4.2017 anzuwenden, zuletzt geändert 21.12.2018 (01. 04 2017).

RKI. (2016). *DEGS 1 MH, Gesundheit in Deutschland - die wichtigsten Entwicklungen.* RKI, GBE des Bundes.

SPDi. (2017). *Freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste.* Caritas/ Diakonie.

SVR. (2000/2001). *Gutachten des Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen.*

SVR. (2018). *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Kapitel 16: Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.* SVR.

Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag. (2016). *WD 6-3000-097/16.*

Wittchen, J. (2012). Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? *DEGS-Symposium* (S. 15). Berlin: RKI.

Zarifoglu, F. (2017/2018). *Dokumentation von Psychotherapieempfehlungen nach stationärem Aufenthalt und Realisierbarkeit .* Schopfheim: Zarifoglu. (nicht veröffentlicht)

ZfP Baden-Württemberg. (2016). *Geschäftsbericht: Zentren für Psychiatrie in Baden-Württemberg.* Geislingen: C.Maurer.