

# CBP-Problemanzeigen

zu verschiedenen  
Versorgungsbereichen von Menschen  
mit psychischen Erkrankungen und  
Menschen mit kognitiven  
Behinderungen

CBP, Berlin den 14. Mai 2019

**Kontakt:**

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V.  
Reinhardstraße 13, 10117 Berlin  
[cpb@caritas.de](mailto:cpb@caritas.de)



## Inhalt

|   |           |
|---|-----------|
| Vorrede.....  | 3         |
| 1. Mängel in der ambulanten fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung und Behandlung akut und chronisch psychisch erkrankter Patienten mit komplexen Störungs- und Erkrankungsbildern, insbesondere Krisenmanagement..... | 3         |
| 2. Psychiatrische Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung und das Problem des diagnostic overshadowing .....  | 5         |
| 3. Problemanzeige zur ambulanten psychiatrischen Pflege (APP) .....   | 6         |
| 4. Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Werkstätten (WfbM).....   | 7         |
| Anlagen .....   | 10        |
| <b>Anlage 1: Daten und Statistiken zu Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Werkstätten .....</b>  | <b>10</b> |

## Einleitung

Mit den vorliegenden Problemanzeigen beteiligt sich der CBP in einem ersten Statement an dem vom Bundesministerium für Gesundheit initiierten **„Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen - Auf dem Weg zur personenzentrierten Versorgung“ (2018 - 2021)**. Der Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP) bildet mit mehr als 1.100 Mitgliedern, die Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe betreiben, eine der größten Interessenvertretungen der gemeinnützigen Anbieter der sozialen Dienstleistungen für über 200.000 Kinder, Jugendliche und erwachsene Menschen mit Behinderung oder mit psychischer Erkrankung in Deutschland. Der CBP ist ein anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband. Die Mitglieder des CBP tragen die Verantwortung für über 94.000 Mitarbeitende und unterstützen gemäß den Zielen der UN-Behindertenrechtskonvention die selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderung und Menschen mit psychischer Erkrankung am Leben in der Gesellschaft.

Der CBP ist in vielen psychiatrischen Versorgungsbereichen vertreten. Neben Rehabilitationseinrichtungen und –diensten sowie Fachkliniken ist ein Schwerpunkt die ambulante und sozialpsychiatrische Versorgung.

Im Nachfolgenden benennt der CBP für das erste Dialogforum zum Themenfeld „psychiatrische Versorgungsbereiche nach dem SGB V“ verschiedene Problemanzeigen, die unter anderem Schnittstellenfragen zu anderen Sozialgesetzbüchern (u.a. SGB IX, XI) aufgreifen.

Im Mittelpunkt der Darlegungen steht der psychisch erkrankte Mensch, der in verschiedenen Versorgungsstrukturen fachliche Unterstützung, Hilfe und Teilhabemöglichkeiten erfährt.

## Vorrede

In der Akutpsychiatrie hat sich in den vergangenen Jahrzehnten Wesentliches in der Struktur, in den Behandlungsprozessen und in den Verweildauern verändert. Einige dieser Veränderungen sind segensreich für alle Betroffenen, beispielsweise die zunehmende Entstigmatisierung der Patienten, die Versorgung mit neuen Generationen von Medikamenten, die problematische Nebenwirkungen besser in den Griff bekommen, der Rückbau geschlossener Behandlungsorte mit deutlicher Verringerung freiheitsentziehender Maßnahmen und die demgegenüber verbesserte Kultur der Behandlungsvereinbarungen und Vereinbarungen zum Umgang mit krisenhaft sich zuspitzenden Krankheitsereignissen. Für viele Patienten hilfreich ist auch die Reduzierung hospitalisierender Langzeitaufenthalte. Teil dieser Entwicklung ist die Verantwortungsübernahme der Sozialpsychiatrie auch für die sogenannten „schwierigsten Patientinnen und Patienten“ (also solche mit dauerhaft persistierendem Wahnsystem, mit durchgängiger Suizidalität, mit schweren Persönlichkeitsstörungen und zugehöriger Selbst- und Fremdgefährdung, mit forensischer Vorgeschichte und/oder mit forensischem Behandlungsbedarf) mit dem Ziel, mit den Betroffenen ihre Teilhabe auch unter den Bedingungen chronifizierter Krankheitsverläufe zu verbessern.

Nahezu gleichläufig zur Platzierung dieses Personenkreises in der Gemeinde sind die Kompetenz und vor allem die Bereitschaft der Akutpsychiatrie zur Behandlung, insbesondere der stationären Begleitung in Krisen deutlich zurückgegangen. Am plastischsten ist der Kompetenzverlust sichtbar bei den Patientinnen und Patienten mit psychischer Erkrankung bei sog. geistiger Behinderung. Hier sind die notwendigen spezialisierten Kenntnisse beispielsweise bzgl. der erforderlichen Arzt-Patienten-Kommunikation und der besonderen Symptomatiken nicht mehr gegeben. Die Bereitschaft zur Etablierung besonderer Behandlungsstationen ist gering. Solche Orte und zugehörige Spezialisten wären aber notwendig, um geeignete Behandlungsansätze, vor allem solche, die über die medikamentöse Behandlung hinausgehen, zu entwickeln bzw. weiterzuentwickeln. Überhäufig finden sich bei den in Rede stehenden Patienten wirkungsarme bis wirkungslose verordnete Medikamentencocktails an der Grenze zur Körperverletzung bezogen auf die Nebenwirkungen.

Nachholbedarf gibt es auch bezüglich der bestehenden institutionellen Strukturen: Die Schnittstelle Forensik und Sozialpsychiatrie ist nicht ausreichend vernetzt, die Ressourcen der Gemeindepsychiatrie bei Weitem nicht hinlänglich vorhanden.

Im Nachfolgenden konzentriert sich der Text auf vier Hauptbereiche der ambulanten und sozialpsychiatrischen Versorgung, die aus Sicht des Fachverbands größere Defizite aufweisen. Im Anschluss an eine jeweils knappe Problembeschreibung und Bewertung werden Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen gegeben, damit ihnen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention eine Gesundheitsversorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen zugutekommt.

### **1. Mängel in der ambulanten fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung und Behandlung akut und chronisch psychisch erkrankter Patienten mit komplexen Störungs- und Erkrankungsbildern, insbesondere Krisenmanagement**

#### *Istzustand/Problembeschreibung:*

Erfahrungen in der Begleitung von Menschen mit psychischer Erkrankung/Behinderung belegen immer wieder: Die Betroffenen haben einen sehr schwankenden Unterstützungs- bzw. Behandlungsbedarf. Sehr viele Krankheitsverläufe sind allerdings geprägt von Krisen, in denen unbürokratische und schnelle Hilfe erforderlich ist zur Unterstützung des persönlichen Krisenmanagements und zur Vermeidung immer wiederkehrender stationärer Krankenhausaufenthalte. Diesbezüglich ist die Versorgungslandschaft bundesweit äußerst unterschiedlich eingestellt. In der ambulanten Versorgung herrscht seit einigen Jahren ein massiver Mangel an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Dazu kommen die sehr eng begrenzten Zeitbudgets, die niedergelassene Ärzte/Therapeutinnen und Ärztinnen/Therapeuten für Klientinnen und Klienten zur Verfügung haben. Es gibt dazu unterschiedliche Auffassungen und Interpretationen. Vor allem für die Versorgung in der Fläche und in

der Krisenbehandlung sind die Mängel allgemein anerkannt. Sie gelten nach aller Erfahrung aber auch und aktuell weiter zunehmend in den Ballungsbereichen.

#### *Bewertung:*

Die bestehenden psychiatrischen Dienste (SPDis, in NRW SPZs, GPVs etc.) bieten, von Ausnahmen abgesehen, in der Fläche keinen fachlich qualifizierten Krisendienst an. In Großstädten ist die Krisenversorgung besser aufgestellt, in ländlichen Regionen demgegenüber kaum vorhanden. Die wenigsten Krisendienste verfügen darüber hinaus über eine 24-stündige Erreichbarkeit. Dementsprechend sind Polizei, Ordnungsbehörden, Rettungsdienste im psychiatrischen Krisenfall auf sich gestellt und formulieren in diesen Fällen ihre deutliche Überforderung. Sie sind nur brüchig geschult in der Kommunikation und Intervention (z.B. Deeskalation) bei psychiatrischen Notfällen. Dies führt zuweilen dazu, dass viele Menschen in Krisensituationen stationär psychiatrisch behandelt werden, mitunter gegen ihren Willen bzw. ohne dass vorher eine ambulante Alternativbehandlung angeboten wurde. Die Versorgungslücke wird in regionalen Gremien (z.B. den PSAGs) immer wieder angesprochen. Es fehlt die Verortung der Problematik bei einem definierten Leistungsträger.

Aktuell gibt es politische Initiativen z.B. für die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung über das TSVG und die Reform des Ausbildungsgesetzes. Die dabei eingebrachten Vorschläge führen aber nicht zu einer Verbesserung der Versorgung akut und chronisch psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten mit komplexen Störungs- und Erkrankungsbildern: Der Zugang zu Behandlungsplätzen wird nicht barriereärmer, vielmehr werden beispielsweise über die Einrichtung von zentral gemanagten Vergabestellen die Barrieren für Menschen insbesondere mit komplexen Störungs- und Erkrankungsbildern erhöht. Sie haben oft nicht die notwendigen Fähigkeiten und Ressourcen an Orientierung, Initiative, Selbstorganisation und Ausdauer, um die in diesem System angebotenen Hilfen zu organisieren und aufzusuchen. Es gibt keine Planung oder Organisation für Assistenz hierbei.

Die psychiatrischen Institutsambulanzen sind regional nicht ausreichend verteilt. Sie können diesen Mangel nicht ausgleichen. Beispielsweise ist eine fortlaufende Psychotherapie in der erforderlichen Frequenz der Sitzungen oder eine aufsuchende Behandlung nicht ausreichend finanziert. Ergänzungen stationärer Behandlungskonzepte wie eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) greifen nicht für die fortdauernde Behandlung z.B. chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten.

Prophylaktische Versorgungsansätze wie die „Integrierte Versorgung“ mit ihrer sektorenübergreifenden, vernetzten Struktur sind ein Schritt in die richtige Richtung, jedoch attestiert der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in einem aktuellen Gutachten, dass sich Sektorengrenzen nach wie vor besonders im Bereich der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bemerkbar machen, was nicht zuletzt auch auf die (im Vergleich zur Somatik) noch immer überdurchschnittlich langen Wartezeiten – insbesondere im Bereich der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie – zurückzuführen ist: „Die Tatsache, dass viele Menschen mit psychischen Erkrankungen neben medizinischen und pflegerischen Leistungen, die im SGB V geregelt sind, auch Leistungen anderer Sozialrechtsgebiete (z. B. Eingliederungshilfe nach SGB XII, berufliche Rehabilitation nach SGB IX etc.) benötigen, verstärkt die erhebliche Fragmentierung des Versorgungssystems.“<sup>1</sup>

#### *Lösungsvorschläge/Forderungen:*

Gefordert wird die Einführung einer Regelfinanzierung als Basis regional unterschiedlicher Krisendienstlösungen unter Einbezug der vorhandenen Versorgungsstrukturen. Es bedarf aus Sicht des Fachverbandes dringend Maßnahmen zur Verbesserung der Zugänglichkeit (einschließlich Assistenz), des Angebots insbesondere im ländlichen Raum sowie der Aus- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und –therapeuten, unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen.

---

<sup>1</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. S. 683, Absatz 1182. [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten\\_2018\\_WEBSEITE.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf)

Der Gesetzgeber muss darüber hinaus für eine bessere sektorenübergreifende Vernetzung Sorge tragen und die entsprechenden Rahmenbedingungen schaffen, um prophylaktischen Versorgungsansätzen wie der „Integrierte Versorgung“ mehr Geltung zu verschaffen und diese bei den Krankenkassen einfordern.

## 2. Psychiatrische Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung und das Problem des diagnostic overshadowing

### *Istzustand/Problembeschreibung:*

Durch den nahezu kompletten Abbau der klinischen Langzeitbereiche (es bleibt nur ein sehr überschaubarer Patientenkreis/ sogenannte Fehlbelegungen ) hat sich – für viele Beteiligte positiv – das Klima der psychiatrischen Kliniken verändert. Es wird dominiert durch „verhandlungsfähige“ Patientinnen und Patienten mit hoher Compliance. Entsprechend verschlechtert sich das Toleranzklima der Kliniken gegenüber Patientinnen und Patienten mit Verhaltensstörungen, mangelnder Behandlungsmotivation oder geistigen Behinderungen. Diese Veränderungen zum Schaden einer qualitativvollen psychiatrischen Behandlung werden selten innerhalb des Behandlungssettings als problematisch debattiert. Dabei belegen Studien, dass beispielsweise Menschen mit geistiger Behinderung ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen, wie Ängste, Zwänge oder Depressionen haben: Sie treten Experten zufolge etwa dreimal häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung auf.<sup>2</sup> Mehr als ein Drittel aller Menschen mit einer geistigen Behinderung leidet Studien zufolge an einer psychischen Erkrankung.<sup>3</sup> Die Ursachen für die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung können u.a. in einer Hirnschädigung oder einer Epilepsie begründet sein, sich auf eine Traumatisierung<sup>4</sup> zurückführen lassen oder auch die Folge medikamentöser Nebenwirkungen sein. Mitunter wirken auch verschiedene Faktoren zusammen. Menschen mit geistigen Behinderungen weisen dabei eine Disposition für manche psychischen Erkrankungen auf: Während Schizophrenien, Ängste und Depressionen bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen häufiger vorkommen,<sup>5</sup> treten Abhängigkeitserkrankungen vergleichsweise selten auf.<sup>6</sup>

### *Bewertung*

Trotz des häufigen Auftretens derartiger Störungen bleiben die psychischen Leiden von Menschen mit geistiger Behinderung häufig unentdeckt, da Verhaltensauffälligkeiten von Ärzten oder Therapeuten oftmals schlicht auf die Behinderung zurückgeführt werden (diagnostic overshadowing). Mit Hinweis auf den überragenden Wert des zu berücksichtigenden Patientenwillens sind schnelle Behandlungsabbrüche und Entlassungen an der Tagesordnung ohne jede Verbesserung der Lebenssituation der Betroffenen. Ärzte und Therapeuten wissen zuweilen zu wenig über Menschen mit geistiger Behinderung und deren Bedürfnisse. Als problematisch für die psychiatrische Diagnose erweist sich insbesondere das verminderte Sprachverständnis und Ausdrucksvermögen sowie die beeinträchtigte Fähigkeit zur Introspektion bei Menschen mit geistiger Behinderung<sup>7</sup> – vielen Menschen mit geistiger Behinderung fällt es schwer, Gefühle oder gar Schmerzen einzuordnen und gegenüber Dritten zu artikulieren. Darüber hinaus sind die gängigen psychiatrischen Diagnoseschemata DSM-IV und ICD-10 nur eingeschränkt für Menschen mit geistiger

---

<sup>2</sup> Dr. med. Tatjana Voss, Leiterin der Forensisch-Therapeutischen Ambulanz der Berliner Charité, spricht von zwei-bis dreimal ([SZ, 14.3.2016](#)) bzw. dreimal ([PZ, 24.11.2009](#)) häufiger Vorkommnis, Prof. Dr. med. Michael Seidel, ehemaliger Ärztlicher Direktor der v. Bodenschwingschen Stiftungen Bethel, geht sogar von drei- bis fünfmal häufiger Vorkommnis aus ([Seidel 2007](#)).

<sup>3</sup> Cooper, S., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 190(1), 27-35. doi:10.1192/bjp.bp.106.022483

<sup>4</sup> Laut Gyeler & Aellig (2017) haben Menschen mit geistiger Behinderungen ein drei- bis viermal erhöhtes Trauma-Risiko (vgl. [Infografik zur Tagung „Geistige Behinderung und psychische Störung“](#)). Auslöser können beispielsweise destabilisierende Lebensumstände sein.

<sup>5</sup> Laut Gyeler & Aellig (2017) leiden 18 bis 23% der Menschen mit geistiger Behinderungen unter Ängsten oder Depressionen (vgl. [Infografik zur Tagung „Geistige Behinderung und psychische Störung“](#)).

<sup>6</sup> Vgl. [Seidel 2007](#), S. 10.

<sup>7</sup> Vgl. [Seidel 2007](#), S. 13.

Behinderung anwendbar.<sup>8</sup> Das führt mitunter zu Fehl- und Unterbehandlungen mit teilweise fatalen Folgen für die Patientinnen und Patienten.

Auch gibt es kaum eine Ausbildung, Schulung oder Beratung für Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten für die Arbeit mit akut und chronisch psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten mit komplexen Störungs- und Erkrankungsbildern. Ausnahmen wie das von der Bundesärztekammer anerkannte Curriculum für Medizin für Menschen mit Behinderungen decken nicht den realen Bedarf und bilden auch nicht die Breite der Anforderungen ab. Es mangelt zudem an Konzepten zur Organisation der notwendigen Vernetzung der Fachärztinnen und Fachärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der Arbeit mit dem o.g. Personenkreis. Die Einführung der Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) war deshalb überfällig, verläuft in der Umsetzung jedoch sehr schleppend. Darüber hinaus sind die Zugangsvoraussetzungen nach § 119c Abs. 2 SGB V derart hoch, dass gerade Patientinnen und Patienten ohne ausreichende Diagnosezuordnung oder ohne dementsprechende anerkannte Schwerbehinderung von der Behandlung in einem MZEB ausgeschlossen werden, obwohl sie oftmals zu der Zielgruppe gehören. Damit Menschen mit geistigen Behinderungen keine strukturelle Benachteiligung in der gesundheitlich-medizinischen Versorgung erfahren, sollten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte frei entscheiden können, ob die Behandlung des Patienten bzw. der Patientin die eigenen Kompetenzen und Kapazitäten übersteigt und eine Überweisung an ein MZEB erforderlich wäre. Zudem zeigt sich auch im Falle der MZEB das Problem, geeignete Fachkräfte zu finden.

#### *Lösungsvorschläge:*

Psychotherapeutische Behandlungen und Verfahren zur psychiatrischen Diagnostik müssen an die besonderen Bedürfnisse der Menschen mit geistiger Behinderung angepasst werden, beispielsweise durch die Verkürzung von Sitzungen unter gleichzeitiger Verwendung einfacher Wörter oder den Einsatz von Bildern. Eine umfangreiche physische Untersuchung ist bei psychischen Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung dringend erforderlich, ebenso wie die detaillierte Befragung Angehöriger und etwaiger Betreuungspersonen. Dieser Mehraufwand in der Diagnostik ist langwierig und kostspielig. Doch als Vertragsstaat der UN-Behindertenrechtskonvention muss Deutschland dafür Sorge tragen, dass Angehörige der Gesundheitsberufe „Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen“ (Art. 25 d) UN-BRK).

Vor dem Hintergrund der bereits thematisierten Behandlungsabbrüche und Entlassungen, wäre zudem ein systematisches Entlassungsmanagement unter Einbezug der Sozialpsychiatrie hilfreich. Ebenso fehlt es vielerorts an tragender Kommunikation zwischen Krankenhaus<sup>9</sup> und Sozialpsychiatrie. SGB V und IX fallen auseinander. Inwiefern die neuen Behandlungsformen des Home Treatments bzw. der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) hier zu Verbesserungen führen, bleibt mangels ausreichender Praxiserfahrungen zunächst abzuwarten.

### **3. Problemanzeige zur ambulanten psychiatrischen Pflege (APP)**

#### *Istzustand/Problembeschreibung:*

Ambulante psychiatrische Pflege (APP) ist ein Baustein der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V und dient entweder der Sicherung der ärztlichen Behandlung außerhalb der Klinik oder der

<sup>8</sup> Fletcher, Robert J. (2007): Diagnostic Manual for Persons with Intellectual Disabilities (DM-ID) – eine Einführung. In: Schanze, Christian (Hrsg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxishandbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und –pädagogen. Stuttgart: Schattauer GmbH. S. 32.

<sup>9</sup> Die beschriebenen Problemlagen sehen wir noch einmal verstärkt bei somatisch indizierten Krankenhausbehandlungen – insbesondere wegen der dort implementierten stromlinienförmigen Behandlungspfade, die keinerlei Störung verzeihen.



Krankenhausvermeidung. Sie ist somit gegenüber der Teilhabe in der Eingliederungshilfe klar abgegrenzt. Es geht hier um einen therapeutischen Behandlungsprozess der ähnlich der Krankenhausbehandlung ein klares Ziel der Symptomlinderung hat. Es gibt zur APP keine bundeseinheitliche Vorgabe, sondern nur eine Empfehlung. Folglich kann jedes Bundesland entscheiden, ob es diese Leistung in der häuslichen Krankenpflege anerkennt. Hier ist schon die erste Problematik erkennbar. Eine bundeseinheitliche Regelung ist erforderlich.

#### *Bewertung:*

APP kann nur durch ambulante Pflegedienste geleistet werden, die eine Zulassung für diesen Leistungskomplex haben. Dies bedeutet, dass mindestens zwei Fachkrankenpfleger\_innen in diesem Pflegedienst beschäftigt sein müssen. Dieser Passus ist auf das Land NRW festgeschrieben. Andere Bundesländer haben andere Auflagen oder haben die Empfehlung des Bundes gar nicht umgesetzt.<sup>10</sup> In manchen Teilen von NRW setzt der Träger der Eingliederungshilfe für Klientinnen und Klienten eine abgeschlossene ambulante psychiatrische Pflege voraus, um erst dann einen Anspruch auf das ambulant betreute Wohnen zu erhalten. Dieses widerspricht dem Gedanken der Teilhabe, da medizinische und pflegerische Behandlungsprozesse dem nicht entgegenstehen dürfen.

Um APP zu erhalten, benötigt der Klient oder die Klientin eine Verordnung für häusliche Krankenpflege von einem niedergelassenen Nervenarzt und zusätzlich einen Behandlungsplan, in dem die Ziele für die APP festgelegt werden. Dieses Procedere ist sehr aufwendig und problematisch, da die Wartezeiten auf einen Termin bei einem solchen Facharzt bis zu 6 Monaten dauern können. Eine Erstverordnung darf nur über 14 Tage ausgestellt werden, um die Compliance des Klienten zu prüfen. Danach kann eine weitere Verordnung ausgestellt werden. Der bürokratische Aufwand ist enorm und nicht zielführend. Bei einigen Diagnosen ist eine Verordnung von APP nicht möglich. Bei Klientinnen und Klienten mit einem GAF-Wert unter 40 wird die Verordnung meistens abgelehnt.

Ein weiteres Problem ist das Genehmigungsverfahren der Krankenkassen. Diese brauchen teilweise bis zu 3 Monate für die Fallbearbeitung. Da mit der Ausstellung der Verordnung die psychiatrische Pflege mit der Klientin bzw. dem Klienten sofort ausgeführt wird, warten Pflegedienste in der Regel lange auf eine Kostenerstattung.

#### *Lösungsvorschläge/Forderungen:*

Eine bundeseinheitliche Regelung zur APP ist dringend erforderlich. Erforderlich sind zudem eine Vereinfachung der Zugangsvoraussetzungen unter Verringerung des bürokratischen Aufwands sowie eine zeitnahe und angemessene Kostenerstattung der Pflegedienste. Wie bereits erwähnt, hat sich bei einigen Kostenträgern die Praxis durchgesetzt, einen GAF-Wert von < 40 als nicht für die Regelindikation zulässig zu interpretieren. Diese Handhabung beruht nicht nur auf einer falschen Auslegung der Richtlinien für psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP) des Gemeinsamen Bundesausschusses<sup>11</sup>, sondern bedeutet für Patientinnen und Patienten, deren GAF-Wert < 40 liegt, einen Ausschluss von den ihnen zustehenden Leistungen und damit eine Diskriminierung aufgrund ihrer Behinderung bzw. Erkrankung. Hier werden die psychisch erkrankten Menschen aufgrund des Schweregrades ihrer Erkrankung durch die Kostenträger diskriminiert und nicht hinnehmbare Barrieren errichtet. Dem muss dringend entgegengewirkt werden.

## **4. Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Werkstätten (WfbM)**

#### *Istzustand/Problembeschreibung:*

Werkstätten (WfbM) bieten denjenigen Menschen mit Behinderungen, „die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können“ (§ 136 SGB IX), eine Möglichkeit zur Teilhabe am Arbeitsleben. Auch für chronisch psychisch

<sup>10</sup> In Baden Württemberg ist APP nach wie vor keine anerkannte Leistung in der ambulanten Pflege und somit nicht in den Leistungskatalog des SGB V der ambulanten Pflege aufgenommen worden.

<sup>11</sup> Vgl. auch die Stellungnahme der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege vom 20.12.2018: <https://www.bapp.info/?p=2577>



erkrankte Patientinnen und Patienten mit komplexen Störungs- und Erkrankungsbildern werden sie immer mehr zu einem Ort der beruflichen Rehabilitation.

Dabei ist in den letzten Jahren der Trend zu beobachten, dass die Werkstätten als Patentlösung für die berufliche Rehabilitation gesehen und SGB-II-Leistungsberechtigte mit schwereren und chronischen psychischen Erkrankungen mitunter viel zu schnell aus den vorgelagerten Reha-Systemen (Jobcenter, Unfall-, Kranken-, Rentenversicherung) ins WfbM-System gedrängt werden. Dies bestätigen auch aktuelle Zahlen und Statistiken: Die Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V. (BAG WfbM) und die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) erheben jährlich Kennzahlen der Mitgliedseinrichtungen u.a. zur Anzahl der Beschäftigten in den Werkstätten sowie zur Art der Behinderung. Sowohl BAG WfbM als auch BAGüS konstatieren im Zeitverlauf neben einem Anstieg an Einrichtungsplätzen einen Anstieg des Anteils an Beschäftigten mit psychischer Erkrankung. Er beläuft sich mittlerweile auf ca. 20 Prozent (vgl. Anlage 1: Daten und Statistiken zu Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Werkstätten). „Zwischen 2006 und 2016 stieg insbesondere die Zahl der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in den WfbM deutlich um 52,1 % (+ 21.910 Personen)“, stellt die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in ihrem Trendbericht 2017 unter Berufung auf die Statistiken der BAG WfbM fest.<sup>12</sup>

#### *Bewertung:*

Der aktuelle Zustrom macht sich nicht zuletzt auch daran bemerkbar, dass einige Werkstätten sich mittlerweile auf die „neuen Klient\_innen“ eingestellt und auf Menschen mit psychischen Erkrankungen spezialisiert haben. Für einige Betroffene bieten diese Werkstätten nicht nur im Hinblick auf die geregelte Tagesstruktur, die Arbeitsinhalte sowie die Arbeitsatmosphäre erhebliche Vorteile, sondern auch hinsichtlich des Rentenprivilegs: Nach 20-jähriger Tätigkeit in einer Werkstatt steht Mitarbeitenden die volle Erwerbsminderungsrente zu, die sich nicht an den niedrigen WfbM-Löhnen sondern an einem Prozentsatz (derzeit 80%) der deutschen Durchschnittslöhne orientiert.<sup>13</sup> Doch für viele Betroffene stellt die Arbeit in einer Werkstatt keinen Idealzustand dar – Gründe reichen von Unterforderung, über die Angst vor Stigmatisierung bis hin zum geringen Verdienst. „Obwohl steigende Zahlen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung berichtet werden, ist die Fluktuation hier sehr hoch. Der hohe Zulauf seelisch behinderter Menschen in die Werkstätten liefert einen Hinweis darauf, dass es für diese an alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten mangelt. Und die hohe Fluktuation wiederum zeigt, dass sie sich dort oft nicht am ‚richtigen‘ Platz fühlen.“<sup>14</sup>

#### *Lösungsvorschläge/Forderungen:*

Die steigenden Zahlen von WfbM-Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen machen deutlich, dass die Werkstätten mehr und mehr eine tragende Rolle in der beruflichen Rehabilitation einnehmen. Dabei sollten sie nicht das erste, sondern das letzte Mittel der Wahl sein: der Fokus muss auf der (Re-)Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt liegen, nur so kann gesellschaftliche Teilhabe gelingen. Werden Betroffene stattdessen zunehmend auf den besonderen Arbeitsmarkt gedrängt, ohne dass zuvor alle Möglichkeiten einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt ausgelotet wurden, fühlen sich viele von ihnen ausgegrenzt – nicht zuletzt auch aufgrund der äußerst geringen Vermittlungsquote von dem besonderen in den allgemeinen Arbeitsmarkt, die bei unter einem Prozent liegt.<sup>15</sup> Darüber hinaus belegen Studien die positiven Effekte von beruflicher Teilhabe auf den Krankheitsverlauf. Neben dem geregelten Einkommen kann eine „normale“ Arbeit auch eine identitäts- und sinnstiftende Funktion bieten. Politik und Kostenträger stehen hierbei in der Verantwortung, Voraussetzungen für alternative Beschäftigungsmöglichkeiten mit Unterstützung auf dem ersten Arbeitsmarkt für Betroffene zu schaffen.

<sup>12</sup> [https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/Wissenschaft-Forschung/BGW55-83-140-Trendbericht-Behindertenhilfe.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/Wissenschaft-Forschung/BGW55-83-140-Trendbericht-Behindertenhilfe.pdf?__blob=publicationFile) S. 10 und 45.

<sup>13</sup> Gühne/ Riedel-Heller (2015): Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Im Auftrag von Gesundheitsstadt Berlin e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). S. 39.

<sup>14</sup> [https://www.dgppn.de/ Resources/Persistent/6f086cca1fce87b992b2514621343930b0c398c5/Expertise\\_Arbeitssituation\\_2015-09-14\\_fin.pdf](https://www.dgppn.de/ Resources/Persistent/6f086cca1fce87b992b2514621343930b0c398c5/Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf)

<sup>14</sup> Ebd. S. 52.

<sup>15</sup> IAB-Forschungsbericht 14/2017, S. 59 f. <http://doku.iab.de/forschungsbericht/2017/fb1417.pdf>

Damit die (Wieder-)Herstellung von Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gelingen kann, müssen die Rehabilitationsträger stärker in die Pflicht genommen werden. Zwar gibt es in Deutschland ein vielfältiges Angebot beruflicher Rehabilitationsmöglichkeiten jenseits des besonderen Arbeitsmarktes, doch ist bisher festzustellen, dass vielfach keine ganzheitliche, auf den individuellen Unterstützungsbedarf ausgerichtete Versorgung der Patientinnen und Patienten geboten wird. Zumeist endet mit dem Abschluss einer Maßnahme auch das Zuständigkeitsgefühl des jeweiligen Trägers. Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen drohen hier zwischen die Leistungssysteme zu geraten. Es bedarf daher bundesweit einheitlicher Verfahren und einer stärkeren Kooperation zwischen den einzelnen Rehabilitationsträgern. Vorrangig sind aber insbesondere nachhaltige und personenzentrierte Reha-Angebote für Beschäftigte, denen die volle Erwerbsminderung droht!

## Anlagen

### Anlage 1: Daten und Statistiken zu Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Werkstätten

#### Kennzahlen Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V. (BAG WfbM)

|  | 01.01.2018 <sup>16</sup> | 01.01.2017 <sup>17</sup> | 01.01.2016 <sup>18</sup> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Menschen mit geistiger Beeinträchtigung    | 236.020 (75,55%)         | 234.003 (75,48%)         | 234.260 (75,89%)         |
| Menschen mit psychischer Beeinträchtigung  | 65.501 (20,97%)          | 65.329 (21,07%)          | 63.962 (20,72%)          |
| Menschen mit körperlicher Beeinträchtigung | 10.868 (3,48%)           | 10.701 (3,45%)           | 10.469 (3,39%)           |
| <b>Summe</b>                               | <b>312.389</b>           | <b>310.033</b>           | <b>308.691</b>           |

#### Kennzahlen Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)<sup>19</sup>

|  | 2017 <sup>20</sup> | 2016 <sup>21</sup> | 2015 <sup>22</sup> |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|
| Menschen mit geistiger Beeinträchtigung    | 73,1%              | 73,7%              | 74,2%              |
| Menschen mit psychischer Beeinträchtigung  | 19,7%              | 19,0%              | 18,8%              |
| Menschen mit körperlicher Beeinträchtigung | 6,5%               | 6,5%               | 6,3%               |
| keine Differenzierung nach Behinderung     | 0,8%               | 0,8%               | 0,7%               |
| <b>Summe</b>                               | <b>275.110</b>     | <b>272.489</b>     | <b>270.782</b>     |

<sup>16</sup> <https://www.bagwfbm.de/file/1180/>

<sup>17</sup> <https://www.bagwfbm.de/file/1180/>

<sup>18</sup> <https://www.bagwfbm.de/file/1111/>

<sup>19</sup> [https://www.lwl.org/spur-download/bag/190306\\_BAGueS\\_Bericht\\_2017\\_final.pdf](https://www.lwl.org/spur-download/bag/190306_BAGueS_Bericht_2017_final.pdf), S. 35

<sup>20</sup> [https://www.lwl.org/spur-download/bag/190306\\_BAGueS\\_Bericht\\_2017\\_final.pdf](https://www.lwl.org/spur-download/bag/190306_BAGueS_Bericht_2017_final.pdf), S. 42

<sup>21</sup> [https://www.lwl.org/spur-download/bag/05\\_2018an.pdf](https://www.lwl.org/spur-download/bag/05_2018an.pdf), S. 43

<sup>22</sup> <https://www.lwl.org/spur-download/bag/kennzahlenbericht2015.pdf> S. 43