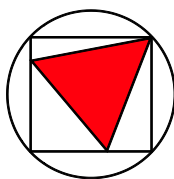


# Fachtagung

Neue Wege in der  
Gemeindepsychiatrie

# Inhalt

<b>Die Fachtagung</b> .....	3	<b>Vorträge</b>	
<b>Einleitende Worte</b>		Dr. Heinrich Berger:	
Jürgen Salzhuber .....	4	<i>30 Jahre Sozialpsychiatrische Dienste –</i>	
Christian Bredl.....	5	<i>Perspektiven und Herausforderungen</i>	10
<b>Grußworte</b>		Prof. Dr. Michael von Cranach:	
Josef Mederer .....	6	<i>Grundprinzipien ambulanter Behandlung</i>	
Dr. Manuela Olhausen .....	7	<i>in der Psychiatrie – Bedürfnisorientierung</i>	
		<i>als Basis neuer Versorgungsformen</i>	13
Joachim Unterländer .....	8		



Gemeinnützige  
GmbH des  
Projektvereins

Werner Weishaupt:  
*Mut zur Innovation in der*  
*Sozialpsychiatrie*..... 15

Prof. Dr. Manfred Cramer:  
*Von der Psychiatrie zu Mental Health*  
..... 16

Prof. Dr. Dr. Margot Albus:  
*Gemeindepsychiatrie und Klinik –*  
*Wie gelingt eine effektive*  
*Kooperation?*..... 18

Dr. Thomas Ruprecht:  
*Integrierte Versorgung als Chance für die*  
*Gemeindepsychiatrie* ..... 20

Helmut Thiede:  
*Rückzugsräume – Wege zu quartiers-*  
*bezogenen psychiatrischen Netzwerken*  
..... 22

Julia W.:  
*Die Geschichte einer Betroffenen*  
.....24

## Fachtagung: Neue Wege in der Gemeindepsychiatrie

Depressionen, Demenz, Sucht und Schizophrenie – psychische Krankheiten sind nicht nur vielseitig, sondern stellen heute mehr denn je eine gesellschaftliche und gesundheitspolitische Herausforderung dar. Allein für das Jahr 2008 registriert das Statistische Bundesamt über eine Million stationäre Behandlungsfälle aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen. Darunter fallen über 300.000 Klinikeinweisungen aufgrund von Suchterkrankungen, 100.000 wegen Depressionen und fast 140.000 bedingt durch wahnhaftete Störungen.

Gemeinsam mit der Arbeiterwohlfahrt (AWO) veranstaltete die Techniker Krankenkasse (TK) am 6. Oktober 2009 eine Fachtagung, um über die Zukunft der psychiatrischen Versorgung zu diskutieren.

Anlass war das 30-jährige Bestehen dreier sozialpsychiatrischer Dienste der AWO in München, aber auch eine neue Kooperation zur Betreuung und Stabilisierung psychisch erkrankter TK-Patienten mittels gemeindenaher Leistungen durch die Dienste der AWO.

Zusammen mit rund 120 Gästen aus Wissenschaft und Politik tauschten sich die Experten über sozialpolitische und medizinische Ansätze zu psychischen Erkrankungen aus und

stellten moderne Konzepte für effektivere und effizientere Behandlungsformen vor.

Das Fazit der Veranstaltung: Die Versorgung psychisch Erkrankter wird neben den ärztlichen und stationären Angeboten vor allem auch durch die niederschweligen Angebote der sozialpsychiatrischen Dienste sichergestellt. Dazu gehören beispielsweise Krisenintervention, Rückzugsräume, ambulante Sozialtherapie, Hometreatment und häusliche psychiatrische Krankenpflege.

Darüber hinaus wird nicht nur im Hinblick auf die steigenden Kosten der Behandlung, sondern auch hinsichtlich der wachsenden Anzahl der Betroffenen eine Verzahnung zwischen den Leistungserbringern immer drängender.

Denn ein koordiniertes und individuell zugeschnittenes Angebot, das erfahrene Ärzte, Sozialarbeiter, Fachpfleger und Therapeuten gemeinsam mit den betreuenden Haus- und Fachärzten anbieten, kann häufige Klinikrückfälle vermeiden und Erkrankten einen annähernd normalen Alltag ermöglichen.



## Jürgen Salzhuber

Zum heutigen 30. Geburtstag von drei Sozialpsychiatrischen Diensten der gemeinnützigen GmbH des Projektvereins möchte ich auf die wertvolle Arbeit dieser Dienste hinweisen. Trotz einer nach wie vor nicht kostendeckenden Finanzierung und trotz der schwierigen Umstände vor allem in den Anfangsjahren, haben sich die Dienste zu einem unverzichtbaren Bestandteil einer gemeindenahen Versorgung psychisch Erkrankter etabliert. Heute werden durch die sechs Sozialpsychiatrischen Dienste des Projektvereins mit durchschnittlich jeweils 2,5 Fachstellen ca. 1.800 psychisch erkrankte Menschen betreut. Bis 2004 wurden die Sozialpsychiatrischen Dienste auch durch die Krankenkassen finanziert, was leider nicht fortgeführt wurde.

Jetzt ist es gelungen wieder eine Partnerschaft mit einer Krankenkasse – der Techniker Krankenkasse – einzugehen. Neben einigen anderen Trägern der Gemeindepsychiatrie haben auch die Arbeiterwohlfahrt und die angeschlossene GmbH des Projektvereins einen Vertrag zur Integrierten Versorgung abgeschlossen.

Gemeinsames Ziel ist es die Versorgung von psychisch erkrankten Menschen zu verbessern. Die Integrierte Versorgung (IV) nach § 140a ff. SGB V bietet hierzu die Voraussetzung.

Unser Ziel bleibt dabei die Verwirklichung des Paradigmas "ambulant vor stationär".

Um dies zu erreichen, war und ist es uns seit jeher ein Anliegen die medizinische Psychiatrie durch eine enge Kooperation mit den niedergelassenen Fachärzten oder durch eine Anstellung eines Facharztes an unseren Diensten mit unseren sozialpsychiatrischen Angeboten zu verbinden.

Durch die Integrierte Versorgung bietet sich für uns nun die Möglichkeit, dies zu verwirklichen und die ambulante Versorgung aus einer Hand inklusive der fachärztlichen Leistungen gemeindenah umzusetzen.

Ich begrüße es daher außerordentlich, dass unsere Arbeit durch die Kooperation mit der Techniker Krankenkasse nun neue Triebkraft erfährt.

**Jürgen Salzhuber ist Geschäftsführer der Arbeiterwohlfahrt München.**



## Christian Bredl

Rund 45 Millionen Euro wendete die TK letztes Jahr für die stationäre Versorgung der psychisch erkrankten TK-Versicherten in Bayern auf. Seit Jahren steigen die Kosten für die Krankenhausbehandlung.

Doch wo liegen die Gründe? Ist es die steigende Zahl der Betroffenen oder eher eine Unter-, Fehl- oder Überversorgung, die die Ausgaben der Krankenkassen in die Höhe treiben? Psychische Erkrankungen sind komplex. Viele Betroffene benötigen ein individuelles und multidisziplinär abgestimmtes Versorgungskonzept, das sie in einem stark nach Sektoren getrennten Gesundheitssystem nicht vorfinden. Doch wie können mehr Menschen qualitativ hochwertig bei gleichbleibenden oder sogar leicht sinkenden Ressourcen behandelt und unterstützt werden? Das wird eine der zentralen Fragen sein, mit der wir uns heute beschäftigen.

Wir sahen die Notwendigkeit, ein innovatives Versorgungsangebot für psychisch Kranke zu entwickeln. Ziel des Konzeptes – das wir Ihnen heute vorstellen möchten – ist es, ein sozialpsychiatrisches Versorgungsnetz mit multiprofessionellem Ansatz aufzubauen. Momentan sammeln wir bereits erste Erfahrungen mit bestehenden Projekten wie beispielsweise in Bremen und Berlin.

Die Techniker Krankenkasse möchte ein Angebot im Lebensumfeld etablieren, das die Lösungen dort sucht, wo die größten Herausfor-

derungen liegen. Hierfür bedarf es Vertragspartner, die unser Versorgungskonzept unter Einhaltung der Leitlinien anerkannter medizinischer Fachgesellschaften organisieren – Vertragspartner wie die Arbeiterwohlfahrt in Bayern. Sie ist in der Region stark vernetzt und besitzt eine langjährige Erfahrung in der Versorgung von psychisch Erkrankten. Somit ist es möglich, in Kooperation mit Haus- und Fachärzten, Sozialtherapeuten und Sozialarbeitern sowie kooperierenden Pflegediensten einen definierten Versorgungsauftrag nach § 140a ff. SGB V umzusetzen.

In Bayern können über 10.000 TK-Versicherte von diesem Angebot profitieren. Die Integrierte Versorgung ist damit beispielhaft für eine optimale Patientenversorgung. Dank solcher Angebote wird eine Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen, sowie eine schnellere Rückkehr in den Lebens- und Berufsalltag ermöglicht.

### Christian Bredl ist Landeschef der Techniker Krankenkasse in Bayern.



## Josef Mederer

Der Bezirk Oberbayern ist für die neurologische und psychiatrische Versorgung der oberbayerischen Bevölkerung zuständig. Er sieht sich in der Verantwortung neue Wege zu gehen und Weichen für neue Versorgungsformen in der Psychiatrie zu stellen. Dazu gehören auch die außerklinische psychiatrische Versorgung und somit der Ausbau des ambulanten Angebots in der Region. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, wurde in der Bezirksverwaltung bereits 1996 eine Psychiatrie-Koordinationsstelle eingerichtet.

Psychische Erkrankungen sind oft mit starken Vorurteilen behaftet. Dies führt häufig dazu, dass Betroffene oft gehemmt sind, Hilfeangebote anzunehmen. Der erste Schritt wird erleichtert, wenn sie keine weiten Wege zur nächsten Einrichtung auf sich nehmen müssen, sondern die Hilfe wohnortsnah zu finden ist. Die Versorgung psychisch Erkrankter ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Sind Betroffene in die Gemeinde integriert, wirkt das auch der Stigmatisierung entgegen. Aufklärung für Nicht-Betroffene bieten zum Beispiel Veranstaltungen wie die „Woche der seelischen Gesundheit“, die seit diesem Jahr in München stattfindet.

Betroffene, die aktiv und integriert leben wollen, haben auch wechselnde Hilfebedürfnisse. Hier liegt die Hürde! Um den individuellen Hilfebedarf sicherstellen zu können, bedarf es einer engen Vernetzung – auch zwischen den Kostenträgern.

Beispielsweise können Präventionsangebote teure stationäre Aufenthalte vermeiden. Ich freue mich, dass die Techniker Krankenkasse hierbei mit gutem Beispiel vorangeht und hilft, das Schubladendenken abzuschießen.



**Josef Mederer ist Präsident des Bezirks Oberbayern.**

## Manuela Olhausen

Die Arbeiterwohlfahrt hat in den vergangenen 30 Jahren Pionierarbeit geleistet, um den Betroffenen ihr Leben im gewohnten Umfeld innerhalb der Gemeinde zu ermöglichen. In München sind allein 65.000 Menschen von psychischen Krankheiten betroffen – die Dunkelziffer ist womöglich höher. Deshalb wird auch die Stadt München ihre Angebote weiter ausbauen und mit Hilfe von öffentlich-wirksamen Aktionen, wie der „Woche der seelischen Gesundheit“ dazu beitragen, der Stigmatisierung entgegenzuwirken und Vorurteile abzubauen.

**Dr. Manuela Olhausen ist  
Stadträtin der Landeshauptstadt  
München.**



# Joachim Unterländer

Mit dem nordrhein-westfälischen Universitätsprofessor Dr. Michael Regus möchte ich feststellen, dass über die Perspektiven der Gemeindepсихиатрии stärker in der Öffentlichkeit diskutiert und auch in der Politik verdeutlicht werden muss, dass die Auseinandersetzung mit den Problemen nicht einfach an Experten delegiert oder gar – unter dem Motto der Selbstverantwortung – dem Betroffenen selbst zugemutet werden kann. Es handelt sich vielmehr um eine politische und moralische Herausforderung der gesamten Gesellschaft.

Daraus ergeben sich für mich folgende Konsequenzen:

- Der Paradigmenwechsel hin zu gemeindenahen Strukturen ist unumkehrbar. Daraus muss aber in den politischen Konsequenzen und den strukturellen Veränderungen auch gegenüber den Kostenträgern die Konsequenz gezogen werden.
- Die Dezentralisierung ist der richtige Weg. Entscheidend scheint mir zu sein, dass bei allen Beteiligten eine völlige Gleichstellung psychischer Erkrankungen mit somatischen Erkrankungen erfolgt. Dieses Bewusstsein wird dann auch zu entsprechenden politischen Konsequenzen führen.
- Dies bedeutet, dass wir die

bayerischen Leitlinien der psychiatrischen, psycho-therapeutischen und psychosomatischen Versorgung auch konsequent umsetzen. Dies bedeutet den weiteren Ausbau der sozialpsychiatrischen Dienste, die Entwicklung hin zu einem personenzentrierten Versorgungssystem, eine stärkere Beteiligung und Einbindung der Betroffenen und ihrer Angehörigen und die Herstellung der personellen Kontinuität von Behandlung und Hilfe im Sinne von Disease-Management, Case-Management und Integrierter Versorgung.

- Prävention und Selbsthilfe müssen in Zukunft bei psychiatrischen Erkrankungen einen höheren Stellenwert einnehmen. Sie sind in das Gesamtkonzept von gemeindenaher Psychiatrie wesentlich stärker einzubinden.
- Das bisher noch nicht entwickelte Feld der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege muss trotz der Einschränkung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses auf bestimmte Diagnosegruppen auch im Freistaat Bayern Fuß fassen.
- Die Krisenintervention nach den Modellen des Atriumhauses und des Mobilien Psychiatrischen Krisendienstes München haben sich bewährt und müssen weiterentwickelt werden.
- Von politischer Seite sind auch Planung, Steuerung und Koordination noch weiter und besser zu unterstützen. Dabei müssen insbesondere auch die Angehörigen und die Fachlichkeit ihren Raum finden.

- Eine wesentliche Frage ist die Kostenentwicklung: Wenn wir eine Gleichbehandlung von psychischen Erkrankungen mit somatischen Erkrankungen festlegen, so heißt dies, dass die Instrumente des SGB V, des SGB IX und des SGB XII zu nutzen sind. Die Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung und des persönlichen Budgets können auch bei der Finanzierung trotz der nach der Gesundheitsreform und der Finanzkrise noch schwieriger gewordenen Rahmenbedingungen den richtigen Ansatz leisten. Deshalb gilt mein Dank der Techniker Krankenkasse, die gemeinsam mit der Arbeiterwohlfahrt, der AWOLYSIS und der gemeinnützigen GmbH des Projektvereins ein zukunftsweisendes Konzept anbietet.

- Wir müssen aber auch sehen, dass das Prinzip von mehr Gemeindennähe allein die Probleme der Chronifizierung und sozialen Ausgrenzung nicht löst. Wenn die Rahmenbedingungen nicht stimmen, führt dies zu schwierigen Problemen. Diese Bewältigung der Probleme wird aber nur gelingen, wenn sie von der Gesellschaft insgesamt als Herausforderung begriffen wird.

- Ich möchte der Techniker Krankenkasse sowie der Arbeiterwohlfahrt nochmals für ihr Engagement danken. Und diese Veranstaltung als Anregung nutzen, dass wir im Bayerischen Landtag eine Anhörung zur künftigen psychiatrischen Versorgung im Freistaat Bayern durchführen. Damit können die Probleme in der Öffentlichkeit transparent und

Forderungen entsprechend thematisiert werden.



**Joachim Unterländer ist seit 1994 Mitglied des Landtages. Er ist unter anderem sozialpolitischer Sprecher der CSU-Landtagsfraktion sowie stellvertretender Vorsitzender des Landtagsausschusses für Soziales, Familie und Arbeit.**

## Dr. Heinrich Berger

Wie ein Kletterer in der Wand fühlt man sich mitunter als Mitarbeiter(in) im Sozialpsychiatrischen Dienst: Ohne die Absicherung und die Teamqualitäten der Kolleginnen und Kollegen würden wir die schwierigen Routen unseres Berufsalltags nicht überwinden können!

Gegeißelt als "Werkzeug zur Gesellschaftsveränderung" und als "ausgebrütetes Kuckucksei der Antipsychiatrie" mussten die Sozialpsychiatrischen Dienste seit ihrer Entstehung gegen Vorurteile und standespolitische Angriffe kämpfen. Dabei war seit den 70er Jahren klar, dass psychische Erkrankungen auf Grund des komplexen Zusammenwirkens biologischer, psychischer und sozialer Faktoren am besten in kleinen, effektiven multiprofessionellen Teams anzugehen sind. Ein vertieftes Verständnis und nachhaltige therapeutische Erfolge können nur durch Bezugnahme auf den biografischen und familiengeschichtlichen Hintergrund der betroffenen Menschen erreicht werden.

Blicken wir deshalb auch in die Geschichte der Dienste: Die Arbeit von sich allmählich entwickelnden sozialpsychiatrischen Vorläufern wurde in der Zeit der nationalsozialistischen Schreckensherrschaft gekappt. Zwangssterilisationen und die systematische Ermordung von Behinderten und psychisch Erkrankten (mehr als 130.000) führten zu einer Art Schockzustand, so dass bis Mitte der 70er keine Reformen in der restaurierten Nachkriegspsychiatrie

stattfanden. Die Versorgungslandschaft damals war von wohnortfernen Großanstalten mit 3.000 und mehr Betten geprägt. Dort wurde überwiegend Verwahrrpsychiatrie praktiziert, lebensfeldnahe Formen der Behandlung, die in einigen westlichen Ländern bereits verbreitet waren, wurden auch hier dringend notwendig.

Erst die Psychiatrie-Enquete von 1975 läutete ein Umdenken und eine umfangreiche Reform ein. Die Notwendigkeit multidisziplinärer Zusammenarbeit im stationären und ambulant-komplementären Sektor wurde als zentraler Faktor erkannt. Vielfache Empfehlungen zur Neuordnung der Versorgung, die Vermeidung von Ausgrenzung, die Modernisierung der psychiatrischen Krankenhäuser, die Bedeutung sozialer Einflüsse, Prävention, Aufklärung der Öffentlichkeit, Schulung und Förderung von Beratungsdiensten und Selbsthilfegruppen sowie die Gleichstellung sind zentrale Leitgedanken der Reform durch die Enquete gewesen – und sie sind uns auch heute noch wichtige Zielperspektiven. Der Aufbau eines bedarfsgerechten Versorgungssystems in den Gemeinden und Stadtteilen nahm seinen Anfang.

Die erste "Beratungsstelle für psychische Gesundheit" wurde 1975 von einem kirchlichen Träger im Münchner Norden gegründet. 1977 folgte ein Sozialpsychiatrischer Dienst in städtischer Trägerschaft und sukzessive wurden die Dienste in Perlach, Giesing und Pasing aufgebaut. Seit 1981 versorgen neun Sozialpsychiatrische Dienste flä-

chendeckend den Großraum München, der Aufbau eines Netzes von Diensten in ganz Bayern wurde in Angriff genommen.

Ärztliche Ständesvertreter übten anfangs starken Widerstand gegen die Sozialpsychiatrischen Dienste aus, obwohl Studien ihre Effektivität und Effizienz aufzeigen konnten. Entspannung und Absicherung brachte erst der Zweite Bayerische Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter von 1990.

Dieser empfahl unter anderem kleinräumliche Versorgungsstrukturen, die Intensivierung der Versorgung chronisch Kranker sowie die Stärkung der Stellung des Arztes hinsichtlich Diagnose und Mitwirkung im Team. Den Sozialpsychiatrischen Diensten wurden die Aufgaben der Prävention, der sozialen und psychologischen Beratung, der begleitenden und nachgehenden Betreuung im sozialen Umfeld sowie die Zusammenarbeit mit Familienangehörigen, sonstigen Bezugspersonen, Betreuern und die Vermittlung an niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser zugewiesen.

Zentral ist eine besonders niederschwellige Arbeitsweise, die durch den aufsuchenden Ansatz auch zu Erfolgen bei der Integration von betroffenen Personen führt, wenn diese anfänglich keine Krankheits- und Behandlungseinsicht und nur eine ambivalente Gesprächsbereitschaft zeigen. Aufgrund der vielfältigen Aufgaben wurde im damaligen Zweiten Bayerischen Psychiatrieplan die Mitarbeit von mindestens

einem Nervenarzt oder Psychiater, einem Psychologen, einem Sozialarbeiter, einem Psychiatriepfleger und einer Verwaltungskraft empfohlen. Gegenüber diesem programmatischen Meilenstein der bayerischen Psychiatriereform bleibt die Fortschreibung dieses zweiten Planes als "Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern" leider etwas zurück. Schon davor konnte die Finanzierung der Arztstellen leider politisch nicht aufrecht erhalten werden.

Seit den Gründungszeiten arbeitet der Sozialpsychiatrische Dienst nach einem integrativen multiprofessionellen Beratungsansatz: Die psychologische Analyse des subjektiven Erlebens, der biografischen und familiären Hintergründe, der Entwicklungsschritte sowie die Analyse der gegenwärtigen sozialen Situation (soziales Umfeld, Arbeit, Existenzsicherung) spielen als Ergänzung der medizinischen Diagnostik und Behandlung eine wesentliche Rolle und werden erst seit kurzem auch von anderen Leistungserbringern und Kostenträgern wahrgenommen.

Im Rahmen der Weiterentwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems werden die Sozialpsychiatrischen Dienste ihre besondere Netzwerkposition und die bewährten Beratungs- und Betreuungsangebote weiter ausbauen. So sollen in längerfristiger Perspektive ehemals Erkrankte in die Arbeit der Dienste integriert werden und multiprofessionell besetzte Sozialpsychiatrische Dienste für Jugendliche und junge

Erwachsene aufgebaut werden; für diesen früh erkrankten Personenkreis ist ein besonders intensives Behandlungs- und Betreuungseingagement vonnöten um den extremen Chronifizierungsgefahren und frühzeitigen Berentungen mit all ihren Folgekosten begegnen zu können. Auch krankenkassenfinanzierte Bausteine könnten zukünftig wieder zu dem Angebotsspektrum von Sozialpsychiatrischen Diensten gehören. Außerdem sollte die Soziotherapie, die bisher ein rahmenrichtlinienbedingtes Mauerblümchensein fristen musste, zu einem wesentlichen Erfolgsbaustein der Sozialpsychiatrischen Dienste werden.

**Dr. Heinrich Berger ist  
Leiter des  
Sozialpsychiatrischen Dienstes  
München-Giesing.**



## Prof. Dr. Michael von Cranach

Wenn wir über die Entwicklung der Hilfen für psychisch kranke Menschen sprechen, müssen wir auf zwei Aspekte der Psychiatriereform blicken: Von 1975 bis heute erleben wir eine Reform der Versorgungsinstitutionen und verstärkt seit 1995 eine Veränderung der Haltung und der Beziehungsgestaltung, des Menschenbildes der in der Psychiatrie Tätigen. Hierbei treffen die institutionelle Seite – wie gestalten wir ambulante Hilfen – und die individuelle Seite – wie füllen wir diese Hilfen mit Leben aus – aufeinander.

Gleichzeitig gilt es sich drei Problemfeldern in der ambulanten oder gemeindenahen Versorgung psychisch Erkrankter zu stellen. Erstens: Das Prinzip der Regionalisierung und der Frage nach der Definition von Bürgernähe. Wie groß muss ein Versorgungssektor sein? Das ist ungenau definiert. In Deutschland ist Gemeindenähe mit mehreren 100.000 Einwohnern erfüllt, in England spricht man von höchstens 80.000 in einer Großstadt wie London. Weitere Konflikte bestehen hinsichtlich des Prinzips der Niedrigschwelligkeit, der Durchlässigkeit, der Flexibilität. Administrative Hürden und Trägervielfalt stören die Zugangswege zur Hilfe sowie die Kontinuität der Behandlung. Und drittens wurden Institutionen zwar verändert und neue geschaffen, diese überschneiden sich

aber oft in ihren Aufgaben, zudem stehen Institutionsinteressen einer Bedürfnisorientierung im Wege. Die Schnittstellen sind unscharf, die fachärztliche ambulante Versorgung steckt in der Krise und die Vernetzung der ambulanten Dienste ist weiterhin schwierig. Generell gilt: Dort wo Geld die Entscheidungen der Behandelnden beeinflusst, werden ethische und medizinische Behandlungsentscheidungen weiterhin von finanziellen Interessen gesteuert werden.

Psychiatriereform bedeutet nicht nur Veränderung der Versorgungslandschaft, diese muss mit Leben gefüllt sein. Haltungen, Menschenbilder und die Qualität der Beziehungsgestaltung bestimmen den Erfolg der Reform. Der herrschende Zeitgeist, die zivile Gesellschaft, die hohe Bedeutung der Menschenrechte, Gerechtigkeit und individuelle Entwicklungsmöglichkeiten mahnen die Psychiatrie, sich kritisch mit sich selbst auseinanderzusetzen, z.B. mit der Abhängigkeit von der pharmazeutischen Industrie, der entindividualisierten Diagnostik, der Vorherrschaft der Ökonomie, dem Umgang mit Zwang, um nur einige Punkte zu nennen.

Neue Wege wie der personenzentrierte Ansatz, die Betonung der individuellen Bedürfnisse, die Nutzerbewegung, Eigenständigkeit und Inklusion entsprechen dem Zeitgeist unserer zivilen Gesellschaft. Diesen findet man z.B. in der EU Charta der Grundrechte des Menschen, der Helsinki-Konferenz und der UN Convention für Behinderte.

Der menschenbezogene Ansatz stellt die persönlichen Bedürfnisse in den Vordergrund. Dazu gehört die Entwicklung von neuem Lebenssinn, eines befriedigendem, hoffnungsvollen und beitragendem Leben. Der Arzt steht in der Behandlung plötzlich auf Augenhöhe mit dem Betroffenen.

Wir stehen heute vor neuen Herausforderungen, die unser Handeln verändern werden: Der Nutzer definiert die Ziele, die Helfer unterstützen seinen individuellen Weg (Empowerment) und sie arbeiten Recovery-orientiert. Sein Interesse steht im Vordergrund: Dazu gehören Geld, Arbeit, Individuelles Wohnen, aber darüber hinaus Beziehungen, Sinn und Liebe.



**Prof. Dr. Michael von Cranach war Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren und arbeitet heute als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in freier Praxis.**

## Werner Weishaupt

Wir sprechen heute von Humanisierung und Enthospitalisierung und damit im Grunde genommen von alten Zielen, die wir bis heute verfolgen. Es hat sich viel geändert und vieles zum Besseren gewandt. Dennoch ist es schwer in der Sozialpsychiatrie über Innovationen nachzudenken und diese vorantreiben zu wollen. Der Prozess vom Erkennen eines Problems bis hin zur Umsetzung einer Lösung ist lang – was bremst uns? Die Angst vor dem Neuen?

Es fehlt uns nicht an Selbsterkenntnis und wir haben ganz bestimmt keine Angst vor dem Neuen, sondern sehen die Schwierigkeiten vor allem im gemeinsamen Weg. Finanzziele und berufspolitische Positionen beschäftigen uns heute mehr als das Projekt – einen gemeinsamen Weg zu gehen – selbst. Der Vertrag der Techniker Krankenkasse führt in die richtige Richtung, doch in der Praxis ist die Sozialpsychiatrie noch weit von einem Netzwerk entfernt.

Um unsere Ziele zu erreichen, müssen wir bedürfnisorientiert handeln, nicht nur die finanziellen Aspekte dürfen eine Rolle spielen. Wichtige Themen müssen ernst genommen werden: Ambulant vor stationär darf nicht zur Floskel werden – sie muss gelebt werden. Würde für die Straßenordnung "rechts vor links" eine ähnliche Unverbindlichkeit gelten, dürfte sich niemand mehr zur Rush Hour in den Verkehr stürzen.



**Werner Weishaupt ist Geschäftsführer der Awolysis gGmbH.**

# Prof. Dr. Manfred Cramer

Mental Health (MH) ist ein Sammelbegriff, der verschiedene Interessen und Aktivitäten von Betroffenen, ihrer Angehörigen, von Professionellen, Forschern und Sozialpolitikern umschreibt. Er ist ein sehr großer Arbeitsbereich für Sozialpädagogen, Gesundheits-, Sozial- und Pflegewissenschaftler, Psychologen und Psychiater.

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation umfasst der Begriff Mental Health alle Behandlungsfelder, angefangen von der Prävention bis hin zur Rehabilitation. Es geht also nicht nur um die pharmakologische Behandlung, sondern auch um Aspekte wie Gesprächsräume.

Auffällig ist, dass in den vergangenen Jahren ökonomische Elemente an Bedeutung gewonnen haben. Trotz zahlreicher Gesetzgebungsverfahren ist es jedoch bis heute nicht gelungen, die einzelnen Sektoren zu vernetzen und zu koordinieren.

Mit den verschiedensten Maßnahmen ist auch versucht worden, den überproportionalen Kostenanstieg im Psychiatrie-Bereich zu dämpfen. Dies blieb erfolglos; Kostentreiber sind vor allem klinische-stationäre Psychiatrie und Psychotherapie, und dies in einem Ausmaß, das epidemiologisch nicht zu begründen ist.

Nach Angabe des Grünbuches betragen die Kosten psychischer Erkrankungen schätzungsweise drei bis vier Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Ein großer Anteil ist auf den mit der Erkrankung zusammenhängenden Produktivitätsverlust zurückzuführen. 50 Prozent der Ausgaben werden den indirekten Kosten zugeschrieben. Denn die Belastung durch psychische Störungen ist bei jungen Erwachsenen, dem produktivsten Teil der Bevölkerung, am höchsten.

Ursprüngliche Schätzungen, dass bis zum Jahre 2020 15 Prozent aller verlorenen Lebensjahre psychischen Erkrankungen zuzuschreiben ist, müssen revidiert werden. Bereits heute ist dieser Anteil erreicht.

Bezogen auf die verlorenen Lebensjahre haben psychische Erkrankungen den Bereich der Neubildungen überholt. Auch in Bezug auf die Frühberentungen liegen psychische Erkrankungen an erster Stelle.

Auch Entwicklungsländer werden in den nächsten Jahrzehnten voraussichtlich einen überproportional hohen Anstieg an Belastungen durch psychische Störungen erleben. Menschen mit psychischen Störungen erleben Stigma und Diskriminierung in allen Teilen der Erde.

Darüber hinaus sind auch die Kosten der direkten Behandlung extrem gestiegen – vor allem bei Depressionen und wahnhaften Störungen kommt es bei einem Zehntel der Betroffenen zu einem sprunghaften Anstieg, der den kontinuierlichen

Wiedereinweisungen in Kliniken aber auch Fehlplatzierungen im gesamten Behandlungsspektrum geschuldet ist.

Schade ist, dass trotz der Versuche des Gesetzgebers eine bessere Verzahnung der Sektoren über die Integrierte Versorgung zu ermöglichen, diese bisher zu wenig genutzt wird.

Besondere Versorgungsverträge können mit Ärzten, Gruppen von Ärzten und mit Managementgesellschaften geschlossen werden. Krankenkassen können für die Inanspruchnahme bestimmter Leistungen besondere Tarife anbieten, bei denen die Versicherten bevorzugt ein vertraglich vereinbartes Netz von Leistungserbringern in Anspruch nehmen.

Die Chancen der Verzahnung, die der Gesetzgeber den Leistungserbringern und Kostenträgern eingeräumt hat, werden jedoch durch eine neue Verteilungssystematik über den Gesundheitsfonds konterkariert. Über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wird jeder Krankenkasse seit 1. Januar 2009 ein bestimmter Betrag für die Behandlung einer Krankheit zugewiesen. Die Systematik des Gesundheitsfonds birgt damit die Gefahr des Leistungsdumpings durch Krankenkassen, indem sie bestimmte wichtige Leistungen für die Behandlung psychischer Erkrankungen einfach nicht mehr anbietet.

Integrierte Versorgung kann jedoch nur funktionieren, wenn man die

Leistungen über die Risikogruppen statt über Diagnosen definiert. Inwieweit Krankenkassen in Zukunft dazu bereit sind, eine Verzahnung zwischen den Leistungserbringern und damit eine Verbesserung bei der Behandlung Betroffener voranzutreiben, wird sich erst noch zeigen.

**Prof. Dr. Manfred Cramer ist Leiter des Masterstudiengangs Mental Health an der Hochschule München.**



## Prof. Dr. Dr. Margot Albus

Strukturell waren und sind die Klinik, die niedergelassene Praxis bzw. der Facharzt oder der ambulanz-komplementäre Anbieter sowie die medizinische Rehabilitation und Rentenversicherungsträger getrennt. Diese Trennung und damit einhergehende schlechte Verzahnung zwischen ambulanter, ambulanz-komplementärer und stationärer Versorgung führt bei einem Wechsel vom ambulanten in den stationären Bereich zum Verlust wichtiger Informationen sowie zum Abbruch der bestehenden therapeutischen Beziehung.

Dies gilt auch andersherum, wenn der Patient vom stationären in den ambulanten oder ambulanz-komplementären Bereich wechselt. An den Schnittstellen ergibt sich für den Patienten damit eine besondere Risikosituation.

Dabei wissen wir, dass sich die Compliance des Patienten verbessert, Rezidive verhütet bzw. gemildert und stationäre Aufenthalte vermieden werden, wenn die Koordination der Leistungsanbieter, die Kommunikation an den Schnittstellen verbessert und die Angehörigen in die Betreuung einbezogen werden.

Beispielsweise müssten psychoedukative Maßnahmen und andere

Organisationsmaßnahmen, wie beispielsweise das automatische Erinnern bei Nichterscheinen zu einem wichtigen therapeutischen Termin und das Aufsuchen des Patienten oder die Einschaltung des Bezugsumfelds als fester Bestandteil der Routineversorgung kontinuierlich zur Verfügung stehen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Kommunikation während des stationären Aufenthalts zwischen stationärem und ambulanz-komplementären Bereich vor der Entlassung. Verbesserungen ergeben sich auch, wenn der erste Termin beim ambulanten Weiterbehandler oder -betreuer bereits während des stationären Aufenthalts erfolgt.

Zu einer guten Entlassvorbereitung gehört es, dass die ambulante Weiterbehandlung innerhalb von drei Werktagen nach der Entlassung aus der Klinik beginnt und die Klinik weiterhin über die erfolgte oder nicht erfolgte ambulante Betreuung informiert wird. Auch sollten bei Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf Fallbesprechungen aller an der Versorgung beteiligten Behandler aus Klinik und Praxis und ambulanz-komplementären Leistungsanbietern stattfinden.

Ein wichtiger Bereich ist auch der mobile Krisendienst. Dieser sichert eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen ambulanz-komplementären Anbietern – die aufsuchende Hilfe in den Sektoren Süd-West (Koordination Atriumhaus) und Nord-Ost (bisher Koordinationsstelle Zentrum für

Abhängigkeitserkrankungen und Krisen am Klinikum München Schwabing) leisten – und niedergelassenen Psychiatern, die bei akuten medizinischen Notfällen hinzugezogen werden und tagsüber bis 21 Uhr zur Verfügung stehen. In Zukunft soll dieser Dienst rund um die Uhr angeboten werden.

In der Psychiatrie gibt es bisher nur wenige Angebote zur Integrierten Versorgung: Dabei wäre die Überwindung der Grenzen zwischen den Leistungssektoren (stationär, ambulant, Rehabilitation) besonders wünschenswert. Ein laufender IV-Vertrag unseres Hauses hat gezeigt, dass man mit der Integrierten Versorgung die Anzahl der Frührezidive (d.h. Wiederaufnahmen innerhalb eines Monats nach Entlassung aus der stationären Behandlung) deutlich senken und durch ein besseres ambulantes Behandlungsnetz die stationären Aufenthalte bzw. die stationären Verweildauertage reduzieren kann. Aus Sicht der Patienten wird die enge Verzahnung der Leistungserbringer positiv wahrgenommen: Über 80 Prozent würden diese Form der Versorgung weiterempfehlen.

**Prof. Dr. Dr. Margot Albus ist Ärztliche Direktorin am Klinikum München-Ost.**



## Dr. Thomas Ruprecht

"Es spricht nichts dafür, dass heute weniger Menschen mit psychischen Störungen in institutionellen Bezügen versorgt werden als zu Zeiten der Enquete." Die Aussage von Günther Wienberg, Vorstandsmitglied der v. Bodelschwingschen Anstalten in Bethel, macht deutlich, dass es bis heute nicht gelungen ist, ausreichende Alternativen zur stationären Versorgung aufzubauen bzw. zu nutzen. Auch wenn es aus verschiedenen Gründen sinnvoll sein kann, psychiatrische Einrichtungen nach Verweiltagen zu bezahlen, besteht aufgrund dieser Vergütungsform stets die Gefahr, dass Krankenhausaufenthalte im psychiatrischen Bereich der finanziellen Anreize wegen länger dauern als notwendig. Betrachtet man beispielsweise die Entlasszeitpunkte von TK-Versicherten mit den Diagnosen F30-F39 (Depressionen), so häufen sich diese im Wochenrhythmus. Dies dürfte mit einem bedarfs- und problemorientierten Entlassungsmanagement aufgrund rationaler Kriterien kaum vereinbar sein und hat eher rituellen Charakter.

Für die stationäre Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen gab die TK allein im Jahr 2008 über 374 Millionen Euro aus. Zwischen 2005 und 2008 stiegen die Ausgaben um ca. 20 Prozent (dem gegenüber steht ein Mitgliederwachstum von 18 Prozent). Weitere Kostensteigerungen ergeben sich aufgrund der fehlenden Vernetzung zwischen ambulant und stationär.

Die TK hat daher das "Netzwerk psychische Gesundheit" als integriertes Versorgungsmodell ins Leben gerufen. Ziel ist es, bereits vorhandene Versorgungspartner und -strukturen in einem Netzwerk zu koordinieren. Die finanziellen Mittel sollen dort ankommen, wo sie dem Patienten den größtmöglichen Nutzen bringen – dies schließt im Übrigen die stationäre Behandlung keineswegs aus.

Bei der TK gibt es rund 800.000 Versicherte, die entweder akut psychisch erkrankt sind oder bereits an einer chronischen psychischen Erkrankung leiden. Ihnen sollen zukünftig durch die jetzt entstehenden Netzwerke flexible, bedarfsgerechte Leistungen sowie eine Versorgung über das GKV-Maß hinaus angeboten werden. Dazu zählen eine Rundum-die Uhr-Erreichbarkeit der zentralen Koordinationsstelle, bei Bedarf die Behandlung zu Hause ("home treatment"), bei Krisen das Angebot von Rückzugsräumen. Betroffene sollen in ihrem Lebensumfeld stabilisiert und auch deren Angehörige entlastet werden. "Ambulant vor stationär" heißt die Devise, die bei Erfolg auch eine Umlenkung der Geldflüsse vom stationären in den ambulanten Bereich bewirken kann.

Der IV-Vertrag ist bereits in vier Regionen gestartet. Einschreiben können sich psychisch erkrankte TK-Versicherte, die bereits stationär, ambulant oder medikamentös behandelt wurden. Unterschiedliche Vertragspartner – wie beispielsweise in München und Augsburg die Arbeiterwohlfahrt – agieren dabei ergänzend zur haus- und fachärztlichen

Regelversorgung als Koordinationsstelle für die sozialpsychiatrische Versorgung unter Einbeziehung der ambulanten psychiatrischen Pflege sowie von Psycho-, Ergo- und Soziotherapie. Als Alternative zum Krankenhaus stehen für Krisensituationen Rückzugsräume oder Krisenpensionen bereit.

Die Vertragsleistungen vergütet die TK mit einer versichertenbezogenen Jahrespauschale. Abschläge und Bonusregelungen schaffen im Rahmen der Vergütung Anreize für eine individuelle und zielführende Versorgung. Dabei laufen die ambulante Regelversorgung, die Rehabilitation, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel weiterhin auf TK-Kosten.

Mit dem "NetzWerk psychische Gesundheit" geht die TK einen innovativen Weg, der nicht immer nur auf Gegenliebe stoßen wird. Um es mit den Worten Niccolo Machiavellis zu sagen: "Wer Neues schaffen will, hat alle zu Feinden, die aus dem Alten Nutzen ziehen."



**Dr. Thomas Ruprecht ist Fachreferent bei der Techniker Krankenkasse in Hamburg.**



## Helmut Thiede

Die Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste GmbH (GAPSY) in Bremen wurde 2001 von ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Betreuten Wohnens gegründet. Sie bietet Ambulante Psychiatrische Pflege (APP), Soziotherapie und verschiedene Formen der Integrierten Versorgung an. Ziel ist es, durch eine frühe Unterstützung von Menschen mit psychischer Erkrankung eine Chronifizierung zu verhindern. Die Hilfe setzt dort an, wo das Problem hauptsächlich ist, nämlich im häuslichen, im sozialen Umfeld. Die ambulante Behandlung steht konsequent vor der stationären Versorgung. Betroffene und ihre Angehörigen werden entlastet, die Patientenautonomie wird gewahrt und ein kontinuierlicher Behandlungsverlauf durch eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit gesichert.

Ein Versorgungs- und Behandlungsangebot steht 24 Stunden am Tag und sieben Tage die Woche zur Verfügung. Unser Ziel ist es, Betroffenen eine kontinuierliche Behandlung in der eigenen Häuslichkeit durch behandelnde Ärzte, durch APP, mittels Soziotherapie und Rückzugsräumen zu bieten. Krankenhausaufenthalte sowie Krankenhauskosten sollen dadurch konsequent vermieden werden.

In den besonderen Versorgungsformen wie der "Integrierten Versorgung Rückzugsräume" werden diese Leistungen Patientinnen und Patienten angeboten, die aufgrund einer

psychischen Erkrankung in eine Krisensituation geraten sind, die eine zeitnahe stationäre Aufnahme in eine psychiatrische Klinik notwendig machen würde. Ausgeschlossen sind Personen mit einer starken Fremd- oder Selbstgefährdung, die den geschlossenen Rahmen einer stationären Unterbringung benötigen.

Die GAPSY stellt den sachlichen, räumlichen und personellen Aufwand für das gesamte Projekt "IV Rückzugsräume" und übernimmt die Koordination und Steuerung der gesamten Behandlung bzw. Versorgung. In eigener Verantwortung aller beteiligten Partner der Integrierten Versorgung wird sowohl eine hohe Qualität der Behandlung als auch der wirtschaftliche Einsatz der Mittel garantiert.

Alle Leistungen der Projektpartner werden von der GAPSY aus einer Komplex-Fallpauschale vergütet. Die GAPSY ist in einem Vertrag (Rückzugsräume-West) alleiniger Vertragspartner der beteiligten Krankenkassen und führt das gesamte Kosten-Management durch.

Grundsätzlich verlassen alle Patientinnen und Patienten nach 9:00 Uhr das "Rückzugshaus" und werden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der APP oder der Soziotherapie in der eigenen Häuslichkeit versorgt. Die kontinuierliche Versorgung der Patientinnen und Patienten im "Rückzugshaus" wird durch nicht examinierte Pflegekräfte übernommen. Die Pflegekräfte gestalten gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten die Abend- oder

Nachtstunden durch möglichst niederschwellige Versorgungsleistungen.

Im Vordergrund stehen unmittelbare Versorgungs-Aspekte sowie die Vermittlung von Schutz und Sicherheit im Sinne eines erweiterten Versorgungs-Verständnisses.

Die "IV Rückzugsräume" vermittelt Schutz und Geborgenheit und unterstützt die eigenverantwortlichen Aspekte. Sie fördert aber nicht regressiv Tendenzen, wie sie im Versorgungskontext einer psychiatrischen Klinik häufig entstehen. Sie stellt damit ein verbindlich geregeltes, Leistungserbringer übergreifendes Netzwerk dar.

Durch die verbindliche Vernetzung zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und psychosozialen Träger entstehen Synergie-Effekte, die eine auf Dauer effizientere und effektivere Behandlung garantieren. Behandlungsverläufe werden im eigenen sozialen Umfeld kontinuierlich fortgesetzt und den aktuellen Bedürfnissen und Kompetenzen der Patientinnen und Patienten unmittelbar angepasst. Durch kontinuierliche Behandlungsverläufe wird die Gefahr eines Behandlungsabbruches minimiert und die Schnittstellenproblematik zwischen stationärem und ambulanten Bereich vermieden.

Die "IV Rückzugsräume" ist die konsequente Fortsetzung und Ergänzung der Leistungen APP und Soziotherapie der GAPSY und soll belegen, dass eine weitgehende ambulante Behandlung bzw. Versorgung von Menschen mit psychi-

scher Erkrankung möglich ist und somit stationäre Aufenthalte vermieden werden können.



**Helmut Thiede ist Geschäftsführer der Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste in Bremen.**

## Julia W.:

# Die Geschichte einer Betroffenen

Ohne ihren Sohn zu leben, das könnte sich Julia W.\* heute nicht mehr vorstellen. Schlimm genug, dass man ihr ihren David schon einmal weggenommen hat, nämlich kurz nachdem sie in die Psychiatrie des Isar-Amper-Klinikums München-Haar eingewiesen worden war. Die Diagnose: Wochenbett-Psychose – ausgelöst durch die Überforderung mit der Geburt. Julias Hebamme hatte den Krisendienst alarmiert.

Aufgrund ihres akuten Zustandes wird sie zunächst auf einer geschlossenen Station betreut, weil sie sich mit David auf einer Toilette einsperrt und eine Pflegerin beißt – "ich hatte Angst, dass mir jemand mein Baby klaut", erinnert sich Julia. Nach eineinhalb Wochen kommt sie schließlich zusammen mit ihrem Sohn auf die Haarer Mutter-Kind-Station, wo sich Psychotherapeuten intensiv mit Julias Zustand und ihrer zukünftigen Mutterrolle auseinandersetzen. Kurz vor Weihnachten wird sie entlassen.

Heute spricht Julia offen über ihre Krankheit: Im psychotischen Zustand fühlt sie sich verfolgt und bedroht, ist hyperaktiv, abwechselnd überglücklich und tief traurig. "Ich glaube Robin Hood zu sein, der die Welt retten muss und deshalb umgebracht wird", sagt sie. Ihre Wahn-

vorstellungen werden von einer Krankheit namens schizoaffektive Störung verursacht. "Betroffene können ihren Realitätssinn verlieren oder hören Stimmen und beziehen Dinge auf sich, die nichts mit ihnen zu tun haben. Die Erkrankung tritt oftmals in Schüben auf und kann – falls frühzeitig erkannt – häufig auch ambulant behandelt werden", sagt der Münchner Nervenarzt, Prof. Dr. Michael von Cranach.

Ausschlaggebend für ein frühzeitiges Eingreifen ist, dass Erkrankte daheim besucht und stabilisiert werden. In München leisten dies beispielsweise die sozialpsychiatrischen Dienste des Projektvereins, der der Arbeiterwohlfahrt (AWO) angeschlossen ist. Julia ist Klientin im so genannten Betreuten Wohnen. Regelmäßig bekommt die alleinerziehende Mutter Besuch von ihrer Betreuerin, einer Diplom-Sozialpädagogin. Die beiden Frauen sprechen über die Vergangenheit und Zukunft, über Gefühle und die alltäglichen Herausforderungen mit David. Julia sagt, dass sie bei ihrer Betreuerin gut aufgehoben ist und jetzt keine Angst mehr hat, dass ihr David weggenommen wird.

Auch hofft sie, dass eine weitere Psychose nicht zu spät erkannt wird – wie beim ersten Mal, als sie 1999 aufgrund einer Arbeitsbelastung halluziniert. Damals musste sie wegen der späten Hilfe außergewöhnlich lange behandelt werden.

Mit Hilfe einer ambulanten Therapie und Unterstützung der Sozialpädagogin ist es Julia gelungen, ihr

Leben selbst in die Hand zu nehmen: Sie ist im Verband der alleinerziehenden Mütter und Väter und wird demnächst wieder halbtags arbeiten. Bis auf ihr engstes Umfeld weiß niemand von ihrer Krankheit. Sie hat ohnehin wenig Vertrauen in andere Menschen – "die bringen mich ja nur durcheinander", sagt sie. Ein Umdenken sollte ihrer Meinung nach stattfinden. Psychische Erkrankungen müssten genauso akzeptiert werden wie physische, erst dann könne man sich Fremden gegenüber öffnen.

Aber bis dahin scheint es noch ein langer Weg zu sein: "Auch aus Angst vor der Diskriminierung durch Mitmenschen und therapeutischen Zwangsmaßnahmen ziehen sich psychisch Erkrankte eher zurück, warten bis die Krankheit voll ausbricht und ein Aufenthalt in der Psychiatrie unvermeidbar wird", sagt von Cranach. Er geht davon aus, dass viele Einweisungen vermieden werden könnten, wenn Betroffene über ein flächendeckendes ambulantes Netzwerk rund um die Uhr betreut würden. Und wenn ihr gesellschaftliches Umfeld sie nicht ausgrenzen, sondern zumindest wahrnehmen würde. "Psychische Erkrankungen werden immer noch stark stigmatisiert", sagt er.

Jedes Jahr werden in München über 20.000 psychische Erkrankungen stationär behandelt. Aufgrund eines Rückfalls landen vier von zehn Patienten innerhalb eines Jahres erneut in der Klinik.

\*Der Name wurde geändert.



**Julia W. kann heute ein selbstständiges Leben in den eigenen vier Wänden führen. Unterstützung bekommt sie vom sozialpsychiatrischen Dienst des Projektevereins.**

## Ihre Ansprechpartner

**TK-Landesvertretung Bayern**  
**Grafinger Straße 2**  
**81671 München**

Telefon: 089 - 490 69-632

Fax: 089 - 490 69-624

E-Mail: [lv-bayern@tk-online.de](mailto:lv-bayern@tk-online.de)

Internet: [www.tk-online.de/lv-bayern](http://www.tk-online.de/lv-bayern)

### **Leiter:**

Christian Bredl

### **Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:**

Kathrin Heydebreck

Die TK-Landesvertretung in Bayern mit Sitz in München setzt sich für die Interessen ihrer Versicherten im Freistaat ein. Gemeinsam mit Ärzten, Krankenhäusern und anderen Partnern vereinbart sie TK-spezifische Versorgungsangebote und sichert eine umfassende medizinische Versorgung. Im engen Kontakt mit Politik und Wissenschaft arbeitet die Landesvertretung in Bayern an der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Auch verantwortet sie die Medienarbeit der TK im Land.

## **TK-ServiceTeam**

Sie benötigen weitere Informationen rund um Ihre Krankenversicherung oder zu unserem Leistungsangebot? Ihre Fragen beantworten wir gern unter:

**0800 - 285 85 85**

24 Stunden täglich an 365 Tagen im Jahr (gebührenfrei innerhalb Deutschlands)

Neukunden erreichen uns unter:

**0800 - 422 55 85**

(gebührenfrei innerhalb Deutschlands).



**Techniker Krankenkasse**

Gesund in die Zukunft.