Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studie zur psychiatrischen Versorgung in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock

- Die Versorgung von jungen Erwachsenen und erwachsenen Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen -

Bachelorarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts (B.A.)

Vorgelegt von:	Franka Levold
Erstbetreuer:	Stefanie Neumann M.A.
Zweitbetreuer:	Prof. Dr. jur. Dipl.- Psych. Robert Northoff

Tag der Einreichung:	28.07.2020
URN:	urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0499-6

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 1

2. Psychische Erkrankungen 2

2.1. Definition und Klassifikation 2

2.2. Depressionen 4

2.3 Emotional Instabile Persönlichkeit 6

2.4. Psychische Erkrankung und Gesellschaft 11

3. Das psychiatrische Versorgungssystem in Deutschland 13

3.1 Reformbewegungen in Ost- und Westdeutschland 13

3.2 rechtliche Grundlagen 20

3.2.1 rechtliche Grundlagen -international- 20

3.2.2 rechtliche Grundlagen auf Bundesebene 20

3.2.3 rechtliche Grundlagen auf Länderebene 21

3.4 Strukturelle Grundlagen der psychiatrischen Versorgung 21

3.4.1. Zentrale Versorgungsmodule im stationären und teilstationären Bereich 21

3.4.2 Zentrale Versorgungsmodule im ambulanten Sektor 25

3.4.3 Komplementäre Dienste 27

4. Qualität in der psychiatrischen Versorgung 27

5. Die psychiatrische Versorgung in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock 31

5.1 Das „Rostocker Modell“ 31

5.2 Leistungskatalog psychiatrischer Hilfen der Hanse- und Universitätsstadt Rostock 34

5.2.1 Stationäre Angebote 34

5.2.2 Teilstationäre Angebote 34

5.2.3 ambulante Angebote 35

5.2.4 komplementäre Dienste 36

5.3 Bewertung der Versorgung 38

6. Fazit 40

7.Quellenverzeichnis 42

Erklärung zur Verwendung von Gender

Zur besseren Lesbarkeit werden in dieser Arbeit personenbezogene Bezeichnungen, die sich sowohl auf Männer als auch auf Frauen beziehen, mit der in der deutschen Sprache üblichen männlichen Form aufgeführt. Dies soll in keinem Fall eine Diskriminierung der Geschlechter oder eine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes zum Ausdruck bringen.

Vorwort

Im vorab dieser Arbeit möchte ich die Gelegenheit nutzen und mich bei allen bedanken, die mich bei der Umsetzung meiner Träume zu jeder Zeit unterstützt haben und den Glauben an mich niemals verloren.

Der Weg bis hier hin war nicht immer leicht und von einigen Rückschlägen geprägt, dennoch haben meine Geschwister und besonders meine Eltern immer daran geglaubt, dass ich meinen Weg gehe und schaffe, was ich mir vorgenommen habe.

An dieser Stelle möchte ich unbedingt erwähnen, dass es ohne die Unterstützung meiner Eltern nicht möglich gewesen wäre zu studieren und zum Abschluss dieser Zeit diese Bachelorarbeit zu schreiben, deren Thema für mich persönlich von großer Bedeutung ist.

Ich danke euch von ganzen Herzen und möchte euch sagen, dass ich stolz darauf bin ein Teil einer so unglaublich großartigen Familie zu sein. Einer Familie, die sich liebt und in der jeder die Möglichkeit bekommt so zu sein, wie er ist. Ich hoffe und wünsche mir sehr, dass das immer so bleibt.

Weiterhin ein besonderer Dank gilt meiner Partnerin und großen Liebe Lisa. Ich danke dir für deine Unterstützung, deine Geduld, deine aufmunternden Worte, deine Wärme und Liebe. Du glaubst zu jeder Zeit an mich und sorgst dafür, dass ich mich nicht hängen lasse. Du sorgst dafür, dass ich weiter mache. Du sorgst dafür, dass ich den Mut finde jede Herausforderung anzunehmen und meine Ziele/ Träume zu verwirklichen.

Ich bin so dankbar dafür, dass ihr die Menschen seid, die mich mein Leben lang begleiten und möchte euch sagen, dass ich euch über alles Liebe und für jeden einzelnen von euch zu jeder Zeit da bin.

Eure Franki

1. Einleitung

Die moderne Gesellschaft entwickelt sich seit den 1990er Jahren in einem rasanten Tempo. Wir leben in einer hochtechnisierten Industrie- und Wissensgesellschaft, die von jedem eine hohe körperliche aber vor allem mentale Leistungsfähigkeit fordert, um mit den Veränderungen der Lebenswelten und ihren Bezügen mithalten und sich ihnen immer wieder von neuem anpassen zu können. Die mentale Gesundheit spielt in der heutigen Zeit also in so gut wie jedem Bereich gesellschaftlichen Lebens eine sehr bedeutende Rolle.[1]

Dies spiegelt sich auch in den vorhandenen Erhebungen zum Thema psychische Gesundheit in Deutschland wider. Jährlich erkranken etwa 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands an einer psychischen Störung. Das entspricht rund 17,8 Millionen Menschen und somit einem prozentualen Anteil von rund 21,4 % gemessen an der Gesamtbevölkerung Deutschlands.[2] Es wird deutlich, dass es allein in der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands einen sehr hohen Anteil an Menschen gibt, der mit hoher Wahrscheinlichkeit Hilfe in Bezug auf ihre Erkrankung und weitere damit einhergehende Problemlagen benötigt. Betrachtet man weiterhin auch die Erhebungen, die zu diesem Thema für Kinder und Jugendliche durchgeführt wurden, so würde der Anteil der Menschen mit einem konkreten Hilfebedarf im Bereich der psychiatrischen bzw. sozialpsychiatrischen Versorgung wohl in einem nicht geringen Maß ansteigen, denn nach einer umfassenden Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen des Robert- Koch- Instituts sind 16,9 % der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen psychisch auffällig.[3]

Diese statistisch erhobenen Daten zeigen sehr deutlich, dass psychische Erkrankungen, wie oben beschrieben, ein für das Gesundheitssystem und die gesamte Gesellschaft enorm bedeutsames Thema ist, dass es gilt aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten.

Obwohl schon unmittelbar nach Ende des 2. Weltkrieges Stimmen laut wurden, die Psychiatrie in Deutschland grundlegend zu reformieren, erschütterte auch unmittelbar nach der Wende noch ein Film die Bundesrepublik. „Die Hölle von Ueckermünde“ zeigte die desolaten, fachlich konzeptionellen, aber auch hygienischen und baulichen Zustände der psychiatrischen Einrichtung in Ueckermünde.

In Rostock, der größten und eine der wichtigsten Städte in Mecklenburg- Vorpommern, war die psychiatrische Versorgung bis zur Mitte der neunziger Jahre auf die ambulante Nervenärztliche und die Krankenhausversorgung reduziert worden, sodass davon auszugehen ist,

[1] Vgl. Robert- Koch- Institut 2015, S.112 (Internetquelle)
[2] Vgl. DGPPN 2019 (Internetquelle)
[3] Vgl. Robert-Koch-Institut 2018, S. 37 (Internetquelle)

dass die Versorgung in der Stadt bis vor drei Jahrzehnten noch als sehr unzureichend bezeichnet werden konnte.[4]

Aus diesem Grund wird die Ihnen vorliegende Arbeit der Frage nachgehen, wie die Versorgung psychisch erkrankter junger Erwachsener und Erwachsener in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock heute aussieht.

Dafür werde ich zunächst einmal die Bedeutung psychischer Erkrankungen aus gesellschaftlicher und individueller Sicht darstellen. Dies wird verdeutlichen, warum eine an den aktuellen Forschungsständen im Bereich psychiatrischer Erkrankungen orientierte gemeindenahe psychiatrische und sozialpsychiatrische Versorgung von enormer Bedeutung ist.

Im weiteren Verlauf der Arbeit werde ich mich mit den Grundlagen der psychiatrischen Versorgung beschäftigen, die sowohl in den Reformbestrebungen der ehemaligen DDR als auch Westdeutschlands liegen. Darüber hinaus werden die heute gültigen rechtlichen Grundlagen kurz skizziert und die in Deutschland vorhandenen Versorgungsstrukturen dargestellt. Daraufhin folgt eine Beschreibung qualitätsstiftender Merkmale einer guten psychiatrischen Versorgung.

Der darauffolgende und auch der letzte Teil der Arbeit wird meiner anfangs formulierten Forschungsfrage nachgehen und das psychiatrische bzw. sozialpsychiatrische Versorgungsnetz der Hanse- und Universitätsstadt Rostock hinsichtlich rechtlicher und struktureller Gegebenheiten sowie Quantität und Qualität der Angebote untersuchen.

Da sich meine Arbeit sowohl auf junge Erwachsene als auch auf Erwachsene bezieht, werde ich zunächst eine Definition meiner Zielgruppe darstellen.

In Deutschland erreicht man mit Vollendung des 18. Lebensjahres die Volljährigkeit und wird von der Gesellschaft als erwachsen angesehen. Die gesetzlichen Bestimmungen hingegen unterscheiden in junge Erwachsene und in Erwachsene. Nach dem § 7 Abs. 1. Nr. 3 SGB VIII sind junge Volljährige bzw. junge Erwachsene alle, die 18 aber noch nicht 27 Jahre alt sind.[5] Für diese Arbeit bedeutet das, dass hier die psychiatrische Versorgung für Personen ab dem 18. Lebensjahr untersucht wird.

2. Psychische Erkrankungen

2.1. Definition und Klassifikation

Psychische Erkrankungen werden heute als krankhafte Veränderung der Wahrnehmung, des Denkens, des Verhaltens, des Fühlens, der Erlebnisverarbeitung oder der sozialen

[4] Vgl. Hanse- und Universitätsstadt Rostock S.5 (Internetquelle)
[5] Vgl. § 7 SGB VIII

Beziehungen verstanden. Dabei können sie sich teilweise oder ganz der Kontrolle des Betroffenen entziehen. Sowohl die Art und die Schwere der psychischen Erkrankung unterliegen starken Schwankungen und sind demnach immer auch auf einer individuellen Ebene zu betrachten. Damit psychische Störungen weltweit einheitlich diagnostizierbar und damit auch therapierbar sind, hat die Word Health Organisation (WHO) ein Klassifikationssystem für jede Art von Erkrankung eingeführt. Der International Statistical Clasification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD-10) ist neben dem Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders IV (DSM IV) das System, um Krankheiten systematisch und nachvollziehbar darstellen zu können. Psychische Störungen werden nach diesem System der Klasse F zugeordnet.

Zur Erläuterung der Systematik und auch der Vielzahl an psychischen Erkrankungen, die heute diagnostizierbar und zum größten Teil auch vollständig oder bis zu einem gewissen Grad therapierbar sind, werden die einzelnen Krankheitsgruppen und dazugehörige Beispielerkrankungen tabellarisch dargestellt.

ICD	**Krankheitsgruppe**	**Beispielerkrankungen**
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störung	**F07.-** Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns **F07.0** Organische Persönlichkeitsstörung
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen	**F10.-** Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol **F10.2** Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	**F20.-** Schizophrenie **F20.0** Paranoide Schizophrenie
F30-F39	Affektive Störungen	**F32.-** Depressive Episode **F32.1** Mittelgradige depressive Episode
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	**F40.-** Phobische Störungen **F40.0** Agoraphobie
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	**F50.-** Essstörungen **F50.2** Bulimia nervosa
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	**F60.-** Spezifische Persönlichkeitsstörungen **F60.3-** Emotional instabile Persönlichkeitsstörung

F70-F79	Intelligenzstörung	**F72.-** Schwere Intelligenzminderung **F72.0** Schwere Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F80-F89	Entwicklungsstörungen	**F80.-** Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache **F80.0** Artikulationsstörung
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit	**F91.-** Störung des Sozialverhaltens **F91.1** Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen
F99-F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	

[6]

Diese Darstellung zeigt sehr deutlich, dass es wie zuvor bereits erwähnt, eine Vielzahl verschiedener psychiatrischer Erkrankungen gibt, die sich sowohl in ihren Symptomen, in den Ursachen als auch in ihren Folgen für die Betroffenen unterscheiden. Das Gesundheitssystem und als Teil dieses, vor allem das psychiatrische Versorgungsnetz, muss in der Lage sein auf viele verschiedene Problemlagen zu reagieren und quantitativ und qualitativ auf die Bedarfe der Patienten zugeschnittene Hilfeangebote zur Verfügung stellen. Um deutlich zu machen, wie komplex die unterschiedlichen Bedarfe und damit auch der Anspruch an die Hilfeleistung im Bezug zu den verschiedenen Erkrankungen sind, werde ich im Folgenden einen kurzen Abriss zu zwei verschiedenen Erkrankungen darstellen.

2.2. Depressionen

Jeder Mensch macht in seinem Leben Erfahrungen, die Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Unlust und Antriebslosigkeit hervorrufen können. Das menschliche Leben ist von Schwankungen geprägt und so ist es normal, dass es auch einmal Phasen gibt, in denen die zuvor beschriebenen Zustände häufiger auftreten als das es sonst der Fall ist. Doch was unterscheidet nun eigentlich diese normalen Schwankungen des Befindens von einer Depression?

Zunächst einmal ist eine Depression mehr als eine kurze Phase der Trauer oder Niedergeschlagenheit, sondern eine ernstzunehmende und behandlungsbedürftige Erkrankung, die das Denken, das Fühlen und das Handeln des Betroffenen beeinflusst. Depressionen lösen weiterhin Störungen von Körperfunktionen aus und verursachen oft ein starkes Leiden bei den Betroffenen selbst aber auch in ihrer Umwelt. Ganz besonders sind da die Familienangehörigen und Partner zu erwähnen.[7]

[6] Vgl. ICD-Code 2020 (Internetquelle)
[7] Vgl. Stiftung Deutsche Depressionshilfe 2020 (Internetquelle)

Menschen, die an einer Depression leiden, können sich selbst nur selten von diesem Zustand befreien und stehen ihrer Krankheit und den damit einhergehenden Einschränkungen, die ihr ganzes Leben betreffen hilflos, gegenüber. Um medizinisch feststellen zu können, ob es sich um mehr als nur eine Phase der Niedergeschlagenheit handelt, werden Diagnosekriterien bzw. Symptome untersucht, die Teil einer Depression sind. Diese Symptome unterteilt man in sogenannte Hauptsymptome und Nebensymptome.

Hauptsymptome sind:

- Gedrückte Stimmung
- Interessen- und/oder Freudlosigkeit
- Verminderter Antrieb bzw. erhöhte Müdigkeit

Nebensymptome sind:

- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsverlust
- Verminderung des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
- Suizidgedanken/-handlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit
- Pessimistische Zukunftsaussichten

Um die Diagnose Depression stellen zu können, müssen über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen zwei der aufgeführten Hauptsymptome und mindestens zwei der Nebensymptome vorhanden sein. Die Anzahl und die Ausprägung der vorhandenen Symptome sind entscheidend, um den Schweregrad der Erkrankung festzustellen. Unterschieden wird eine leichte, mittlere und schwere Depression.[8]

Das sogenannte Vulnerabilitäts- Stress- Modell aus der Psychotherapie bildet das Grundmodell zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen. Es wird von einem Zusammenwirken individueller biologischer Faktoren (Vulnerabilität) und äußeren belastenden Einflüssen (Stress) ausgegangen. Zu den individuellen Faktoren zählen genetische Anlagen, Störungen der Neurotransmitter und Ereignisse, die das Leben der betroffenen Person besonders geprägt haben. Ereignisse dieser Art können z.B. der Verlust eines geliebten Menschen, emotionale Vernachlässigung oder Kränkungen sein.

Bei Betroffenen mit akuten aber voneinander abgrenzbaren depressiven Episoden wird davon ausgegangen, dass der Verlust positiver Verstärker Grund für die Krankheitsphasen sind

[8] Vgl. Stiftung Deutsche Depressionshilfe 2020 (Internetquelle)

(Verstärker-Verlust-Modell). Positive Verstärker sind von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich. Für den einen sind Rückhalt von Familie und Freunden positive Lebensbezüge, für einen anderen kann das aber auch die Arbeit sein. Kommt es nun zu Veränderungen oder dem Verlust dieses positiven Verstärkers reagiert der Patient sehr häufig mit Niedergeschlagenheit und sozialem Rückzug.

Bei Patienten mit einer chronischen Depression geht man davon aus, dass der Grund für die Entwicklung depressiver Symptome eine erlernte Hilflosigkeit ist. Diese Menschen haben in aller Regel über einen sehr langen Zeitraum die Erfahrung gemacht, dass sie vorhandene Probleme nicht lösen können und sich selbst und ihrer Umwelt nicht gerecht werden. Sehr häufig berichten Patienten mit chronischer Depression, dass Versuche der Veränderung häufig von für sie relevanten Personen zum einen ignoriert oder aber bestraft worden wären. Alle Strategien zur Lösung ihrer Probleme liefen ins Leere. Dieses Zusammenspiel löst bei Betroffenen starke Selbstzweifel aus und führt dazu, dass sie glauben, sie können mit ihrem Verhalten überhaupt nichts verändern.[9]

Grund für die Aufrechterhaltung einer depressiven Symptomatik ist die Wechselwirkung zwischen den Gedanken, den Gefühlen und dem Verhalten der betroffenen Person. Sie befinden sich in einer Art Teufelskreis, der häufig durch die Entwicklung dysfunktionaler Annahmen in Bezug auf sich selbst, andere und die Zukunft verstärkt wird. Für die Betroffenen ist es kaum möglich, sich allein aus diesem Teufelskreis heraus zu bewegen und ihr Leiden aus eigener Kraft zu mindern oder ganz zu beseitigen. Aus diesem Grund ist eine therapeutische und in vielen Fällen auch medikamentöse Behandlung notwendig.

Zur Therapie werden heute vor allem die Kognitive Verhaltenstherapie und die Interpersonelle Psychotherapie als evidenzbasierte, wissenschaftlich evaluierte Verfahren eingesetzt. Während die Kognitive Verhaltenstherapie darauf abzielt, dysfunktionale Denkmuster und problemrelevantes Verhalten zu verändern, beschäftigt sich die Interpersonelle Psychotherapie mit psychosozialen und zwischenmenschlichen Konflikten, die dazu beitragen, dass die depressive Symptomatik aufrechterhalten wird. Wichtig bei der Behandlung so gut wie jeder psychischen Erkrankung ist der Aufbau des Selbstwertgefühls des Betroffenen. Dies gilt auch in hohem Maße bei der Behandlung einer Depression. [10]

2.3 Emotional Instabile Persönlichkeit

Bei einer emotional instabilen Persönlichkeit handelt es sich nach ICD-10 um eine Persönlichkeitsstörung mit einer deutlichen Tendenz dazu, Impulsen ohne Rücksicht auf Konsequenzen nachzugehen in Verbindung mit unvorhersehbaren und starken Schwankungen der Stimmung

[9] Vgl. Losekam, Stefanie/ Konrad, Carsten 2012, S. 97
[10] Vgl. Losekam, Stefanie/ Konrad, Carsten 2012, S. 98

der Betroffenen Person. Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeit neigen weiterhin zu emotionalen Ausbrüchen, streitsüchtigem Verhalten und Konflikten mit anderen.[11]

Nach ICD-10 werden zwei Typen der emotional instabilen Persönlichkeit unterschieden. Zum einen handelt es sich dabei um den impulsiven Typ und zum anderen um den Typ Borderline. Um die Krankheit diagnostizierbar zu machen, wurde ein „Kriterienkatalog“ erstellt. Für den impulsiven Typ müssen drei der fünf nachfolgenden Kriterien zutreffen, damit die Diagnose gestellt werden kann. Dabei zu berücksichtigen ist, dass das erste Merkmal unbedingt vorhanden sein muss.[12]

Bei den Merkmalen bestehend aus Eigenschaften und Verhaltensweisen handelt es sich um:

- Die Neigung zu Streitereien und Konflikten, vor allem dann, wenn impulsive und unerwartete Handlungen unterbunden oder getadelt werden,
- Impulsive und unerwartete Handlungen ohne die Berücksichtigung der Konsequenzen,
- Tendenzen zu Ausbrüchen von Wut und Gewalt in Verbindung mit der Unfähigkeit diese kontrollieren zu können,
- Unbeständigkeit und Unberechenbarkeit der Stimmung,
- Schwierigkeiten bei der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar eine Belohnung herbeiführen.

Für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung des Typs Borderline müssen drei der zuvor genannten Kriterien zutreffen und zusätzlich mindestens zwei der fünf folgenden Merkmale:

- Unsicheres Selbstbild, Unsicherheiten in Bezug auf eigene Ziele und persönliche Vorlieben,
- Tendenz, sich in instabile in der Regel intensive Beziehungen zu begeben,
- Extreme Bemühungen ein Verlassen werden zu vermeiden,
- Wiederholte Androhung oder Durchführung von selbstverletzendem Verhalten,
- Gefühl chronischer Leere. [13]

Zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Persönlichkeitsstörung des Typen Borderline verwendet die Wissenschaft heute vor allem zwei Modelle. Zum einen die Biosoziale Theorie, nach der sowohl eine erhöhte emotionale Vulnerabilität, also eine höhere Verletzlichkeit und Intensität der Gefühle, die neurologisch, biografisch und genetisch bedingt ist als auch ein invalidierendes soziales Umfeld, welches angemessene emotionale Äußerungen nicht wahrnimmt, negiert oder trivialisiert und als Ursache für das Nicht- Erlenen von

[11] Vgl. ICD-Code 2020 (Internetquelle)
[12] Vgl. Psychiatrienetz 2020 (Internetquelle)
[13] Vgl. Lambert, Martin 2020 (Internetquelle)

Fähigkeiten der Emotionsregulation anzusehen ist.[14] Darüber hinaus wird das neurobehaviorale Entstehungsmodell, welches davon ausgeht, das aus dem Zusammenwirken von biologischen/genetischen und psychosozialen Faktoren eine Störung der Affektregulation entsteht und zentrales Merkmal einer Borderline Persönlichkeitsstörung ist, angewendet. Die Fähigkeit des Lernens von korrigierenden Erfahrungen wird durch Zustände hoher Anspannung und Dissoziation beeinträchtigt, sodass von den Patienten häufig dysfunktionale Verhaltensweisen verwendet werden, um diesen Zuständen zu entfliehen. Dies sorgt auf lange Sicht dafür, dass die Störung aufrechterhalten wird, insofern keine korrigierenden Lebenserfahrungen gemacht werden.[15]

Weiterhin sehr bezeichnend für emotional instabile Persönlichkeitsstörungen ist die hohe Komorbidität, also das Auftreten anderer psychischer Erkrankungen. Im besonderen Maße relevant sind dabei Erkrankungen wie:

- → Schlafstörungen,
- → Dissoziative Störungen,
- → Depressive Erkrankungen,
- → Störungen des Essverhaltens,
- → Posttraumatische Belastungsstörung und
- → Substanzmittelmissbrauch.[16]

Nach Angaben des Professors Martin Lambert, welcher Lehrbeauftragter der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf ist, treten häufig auch Soziale Phobien (44%) und Angst- und Panikstörungen (ca. 24%) auf. Schwere Depression sind mit einer Häufigkeit von ca. 39 %, posttraumatische Belastungsstörungen mit ca. 43%, Bulimie mit rund 18 % und Alkoholmissbrauch mit ca. 10 % sehr häufig bei Patienten mit einer Borderline Erkrankung zu finden.[17]

Diese hohe Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen belastet die Patienten zusätzlich und verstärkt das Leiden in einem nicht geringen Maß. Die durch die Störung hervorgerufenen Veränderungen des Fühlens, des Denkens, des Erlebens und des Verhaltens wirken sich stark auf das Leben des Betroffenen aus. So sind sie viel sensibler gegenüber emotionalen Reizen. Sie erleben diese auf einem viel höheren Erregungsniveau und auch die Dauer dieses Erregungszustandes ist wesentlich höher als bei nicht Betroffenen. Menschen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung haben kaum Kontrolle über ihre eigenen Emotionen. Sie sind nicht in der Lage, Gefühle differenziert wahrzunehmen und finden sich häufig in

[14] Vgl. Sendera, A./ Sendera M. 2016, S. 40
[15] Vgl. Frauenheim, Michael T. 2012, S. 335 ff.
[16] Vgl. Sendera, A./ Sendera M. 2016, S. 12
[17] Vgl. Lambert, Martin 2020 (Internetquelle)

einem extremen innerlichen Spannungszustand wieder, der von Betroffenen selbst als starke Belastung empfunden wird. Mangelnde Impulskontrolle sowie die Unfähigkeit Gefühle zu kontrollieren führen, häufig dazu, dass Patienten Angst vor Gefühlen entwickeln.

Weiterhin symptomatisch für die Persönlichkeitsstörung des Typ Borderline sind dissoziative Symptome. Hoher intrapsychischer Stress löst bei vielen Patienten eine so starke Anspannung aus, dass der Körper mit der Aktivierung seines Flucht- und Kampfpotenzials reagiert. Die daraus resultierende Flut an Emotionen führt zu einem Gefühlswirrwarr, dass mit Veränderungen und Beeinträchtigungen der Körperwahrnehmung, der allgemeinen Wahrnehmung, der Sinneswahrnehmung und des Schmerzempfindens einhergeht. Dies führt zur Auflösung des psychischen und körperlichen Erlebens im Hier und Jetzt. Es kommt zu Sprachlosigkeit, Kommunikationsproblemen, dem Gefühl von Leere und schließlich auch zum Verlust der Realität.[18] Der enorme Druck und die andauernden Zustände der extremen Anspannung führen bei den Betroffenen sehr häufig zu selbstschädigenden, selbstverletzenden und letztendlich auch zu suizidalen Handlungen. 80 % der Patienten berichten, dass sie im Verlauf ihres Lebens mindestens einen Suizidversuch unternommen haben und sogar 85 % berichten, dass sie sich selbst verletzen. Die Betroffen wollen so das ausgeprägte Unwirklichkeitserlebnis und das Erleben der eigenen Person als Fremd unterbinden.[19] Darüber hinaus leiden Menschen, die an einer Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline erkranken häufig unter Angst sowie Schuld- und Schamgefühlen. Sie erleben sich selbst als wert- und hilflos.[20]

Eine weitere starke Belastung für Menschen mit Borderline ist die Gestaltung einer stabilen zwischenmenschlichen Beziehung. Die Beziehungen sind häufig geprägt von schwierigen Beziehungsmustern und immer wiederkehrenden Trennungs- und Annäherungsversuchen in Verbindung mit der starken Angst verlassen zu werden. Zu den destruktiven Beziehungsmustern gehören Idealisierung und Entwertung, Spaltung, Projektion und projektive Identifizierung. Weiterhin sind in der Literatur Beschreibungen zu finden, die Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung als unberechenbar, aggressiv, depressiv, misstrauisch und manipulativ stigmatisieren. Auch wenn es zutrifft, dass Betroffene auf Verhaltensweisen wie diese zurückgreifen, um z.B. ein Verlassen werden zu vermeiden, so darf man nicht die vielen und bereichernden positiven Eigenschaften vergessen, die auch Teil der Borderline Persönlichkeit sind. Dazu zählen vor allem ihre Fähigkeit zur Leidenschaft, Offenheit, ein ausgeprägter Gerechtigkeitssinn und sein sehr gutes Gespür für emotionale und zwischenmenschliche Prozesse. Diese Eigenschaften machen einen Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline

[18] Vgl. Sendera, A./ Sendera M. 2016, S. 16f.
[19] Vgl. Bohus, Martin/ Schmahl, Christian 2006, S. A3347f.
[20] Vgl. Sendera, A./ Sendera M. 2016, S. 17 f.

zu einem Partner oder Freund mit vielen verschiedenen Facetten, den man nicht missen möchte.[21]

Um Menschen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung von ihrem Leiden befreien zu können bzw. dieses zu mindern, werden in der psychotherapeutischen Behandlung vier verschiedene manualisierte Therapieverfahren verwendet. Bei diesen Verfahren handelt es sich um die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), die Schemafokussierte kognitive Therapie (SFT), die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) und die Übertragungsfokussierte Psychotherapie. Gemeinsamkeiten dieser Therapieformen sind die vor Beginn der Therapie durchgeführte Eigendiagnostik, welche dem Patienten offengelegt wird. Des Weiteren wird die Dauer der Therapie festgelegt, es werden mündliche oder schriftliche Therapievereinbarungen getroffen, eine Hierarchisierung der Therapieziele vorgenommen, sogenannte Krisenpläne erstellt und Telefonberatung durchgeführt.[22] Unterschiede der Therapieverfahren lassen sich im theoretischen Bezugsrahmen, den Behandlungsstrategien und in der nosologischen Auffassung der Borderline Persönlichkeitsstörung finden.[23]

Die Therapie kann sowohl stationär als auch ambulant erfolgen, sodass ein längerer Krankenhausaufenthalt vermieden werden kann, wenn der Patient dies wünscht. Die ambulante Therapie erstreckt sich über einen Zeitraum von zwei Jahren und beinhaltet 1-2 Sitzungen in der Woche. Der Ablauf der Therapie gliedert sich in eine Vorbereitungsphase und 3 Behandlungsphasen und beinhaltet schwerpunktmäßig Einzeltherapie, telefonischen Kontakt, Skills- Training, Supervision und Intervision. Bei der stationären Behandlung, die aus medizinisch- therapeutischer Sicht aufgrund der Möglichkeit des „voneinander Lernens“ und der Option gruppentherapeutischer Sitzungen im Bereich Psychoedukation und Skills- Training als „sinnvoller“ betrachtet wird, unterscheiden wir ebenfalls verschiedene Behandlungsphasen, die innerhalb von 12 Wochen durchlaufen werden. Bei der Therapie einer Borderline Persönlichkeitsstörung geht es vorrangig darum, das Verhalten des Patienten in Bezug auf dysfunktionale Verhaltens- und Denkmuster zu analysieren und ihm darauf bezogene Interventionsstrategien an die Hand zu geben. So erlernt der Patient beispielsweise mittels Skills- Training Zustände starker Anspannung zu durchbrechen und erlebt sich selbst als handlungsfähig.[24]

Die Darstellung dieser ausgewählten psychischen Störungen zeigt sehr deutlich, dass es sich hierbei um ernstzunehmende Krankheiten handelt, die für betroffene Menschen häufig schwere Folgen, wie den Verlust des Partners oder Freunden, den Verlust der Freude am Leben, den Verlust des Arbeitsplatzes, soziale Ausgrenzung und Isolation haben. Diese

[21] Vgl. Sendera, A./ Sendera M. 2016, S. 20
[22] Vgl. Frauenheim, Michael T. 2012, S. 337
[23] Vgl. Giertz, Karsten 2013, S. 21
[24] Vgl. Frauenheim, Michael T. 2012, S. 340 f.

Folgen wiederum ziehen weitere Beeinträchtigungen mit sich, sodass sich eine psychische Erkrankung auf alle Bereiche des Lebens auswirkt. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass sich Hilfsangebote jeglicher Form sowohl in ihrer Qualität als auch in der Quantität immer an den aktuellen Kenntnissen der Wissenschaft orientieren und sich auf alle Lebensbereiche erstrecken.

2.4. Psychische Erkrankung und Gesellschaft

Nachdem nun zunächst psychische Erkrankungen aus medizinischer und individueller Sicht dargestellt wurden widmet sich dieser Abschnitt der Klärung der Frage, in welchem Zusammenhang Störungen der Psyche und Gesellschaft stehen.

Unter dem Begriff Gesellschaft versteht man unterschiedliche Formen des Zusammenlebens einer Gemeinschaft von Menschen, deren Verhältnis zueinander durch Normen, Werte, Konventionen und Gesetze geregelt ist.[25] Ausgehend davon, dass jeder in Deutschland lebende Mensch Teil des gesellschaftlichen Gefüges ist, kann ein jeder die Gesellschaft beeinflussen und umgekehrt. Aus diesem Grund spielt die Gesellschaft eine bedeutende Rolle im Rahmen der Gesundung von Menschen mit Erkrankungen der Psyche. Dies lässt sich sehr gut nachvollziehen, wenn man die Auswirkung der gesellschaftlichen (öffentlichen) Meinung in Bezug auf Menschen mit psychischen Störungen untersucht.

Die Auseinandersetzung und Erforschung von Stigmatisierung psychisch kranker Menschen hat gezeigt, dass auch heute noch viele Betroffene oder ihre Angehörigen Stigmatisierungserfahrungen auf verschiedenen Ebenen machen. Eine dieser Ebenen wird durch die Öffentlichkeit repräsentiert. Noch immer kursieren in der Öffentlichkeit die Einschätzungen, psychisch kranke Menschen seien Irre, zu denen man auf Distanz gehen sollte und sie seien nicht in der Lage Entscheidungen zu treffen, sodass man dieses für sie übernehmen muss. Weit verbreitet scheint auch die Annahme, dass psychisch kranke Menschen selbst für ihre Erkrankung verantwortlich sind. Besonders deutlich wird dies im Zusammenhang mit Suchterkrankungen, wie zum Beispiel Alkoholabhängigkeit oder Bulimie.

Weiterhin führen negative Bewertungen von Stereotypen, die von jedem verwendet werden, um Informationen zu kategorisieren und somit leichter verarbeiten zu können zu der Herausbildung von Vorurteilen gegenüber Menschen, die diesem Stereotyp zugeordnet werden. Wird daraus eine Konsequenz für das eigene Verhalten gegenüber eben diesen Menschen gezogen, spricht die Sozialpsychologie von Diskriminierung. Wirksam wird diese durch eine Verbindung mit sozialer, wirtschaftlicher, politischer und publizistischer Macht.

[25] Bundeszentrale für politische Bildung 2020 (Internetquelle)

Die zweite Ebene, auf der Stigmatisierung stattfindet, wird durch die Betroffenen selbst gestellt. Nicht selten übernehmen Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die die jeweiligen Stereotype kennen, die Bewertung dieser durch die Gesellschaft und stigmatisieren und diskriminieren sich selbst.

Die dritte und somit letzte Dimension, auf der Stigmatisierung von psychisch kranken Menschen stattfindet, bezieht sich auf strukturelle Gegebenheiten. Damit ist gemeint, dass öffentliche oder private Einrichtungen Praktiken verwenden, die die Rechte bestimmter Gruppen einschränken. Dies können gesetzliche Regelungen sein oder die Ressourcenverteilung der Krankenkassen oder Sozialhilfeträger.

Psychisch kranke Menschen reagieren nach einem Modell von Corrigan und Kollegen auf drei unterschiedliche Weisen auf Stigmatisierung. Demnach besteht zum einen die Möglichkeit, dass Betroffene den Stigmata gleichgültig gegenüberstehen. Zum anderen können diese eine berechtigte Empörung auslösen, die viele Betroffene dazu animiert, aktiv gegen Diskriminierung vorzugehen. Eine dritte und die nach diesem Modell letzte mögliche Reaktion ist die Annahme und Übernahme der Stigmata. Dies führt in aller Regel dazu, dass das Selbstwertgefühl und das Gefühl von Selbstwirksamkeit stark beeinträchtigt werden. Das hat zur Folge, dass Menschen, die sich aufgrund der Stigmatisierung von außen selbst stigmatisieren als Bewältigungsstrategie den sozialen Rückzug wählen, was in nicht seltenen Fällen dazu führt, dass sich die Symptomatik der Erkrankung verstärkt. [26]

Daraus lässt sich ableiten, dass die Gesellschaft, wie oben beschrieben einen nicht geringen Einfluss auf den Genesungsprozess psychisch kranker Menschen hat und diesen sowohl negativ als auch positiv beeinflussen kann. Dies ist sehr bedeutend hinsichtlich der Frage, wie eine „optimale“ und bedarfsgerechte Versorgung konzipiert sein muss. Darauf werde ich im nächsten Abschnitt der Arbeit noch einmal ausführlicher eingehen.

Gesundheit und Krankheit beeinflussen eine Gesellschaft in einem nicht unerheblichen Maß und haben starke Auswirkungen auf viele Bereiche des gesellschaftlichen Lebens. Eine bedeutende Rolle spielen neben den zuvor beschriebenen individuellen Folgen auch die ökonomischen Folgen psychischer Störungen. So entstehen Kosten nicht nur für das medizinische Versorgungssystem (direkte Kosten), sondern auch für die Gesellschaft als Ganzes (indirekte Kosten). Die direkten Kosten meinen den unmittelbaren finanziellen Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen und belaufen sich jährlich auf 44,4 Milliarden Euro, was bezogen auf die Kosten im Jahr 2008 von 30,3 Milliarden Euro eine enorme Steigerung darstellt. Nur

[26] Vgl. Rüsch, N. u.a. 2004, S. 3 ff.

Erkrankungen des Herz-Kreislauf- Systems verursachen höhere Kosten für das medizinische Versorgungssystem.[27]

Die indirekten Kosten hingegen meinen die volkswirtschaftlichen Verluste, die durch Arbeitsunfähigkeit, Frühberentungen und den vorzeitigen Tod der Betroffenen entstehen. Erhebungen haben ergeben, dass sich die Tage der Arbeitsunfähigkeit verursacht durch psychische Erkrankungen in den letzten 20 Jahren verdoppelt haben und das die durchschnittliche Dauer der Krankschreibung bei 34 Tagen liegt. Bei keiner anderen Erkrankung ist dieser Wert so hoch.[28] Nach Zahlen aus dem Jahr 2008 beliefen sich die indirekten Kosten zum damaligen Zeitpunkt auf über 70 Milliarden Euro.[29] Ausgehend von den zuvor beschriebenen Veränderungen in Bezug auf Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und der Dauer der Krankschreibung ist anzunehmen, dass die Kosten, die aufgrund von psychischen Krankheiten für die Gesellschaft als Ganzes entstehen heute, weitaus höher sind.

Die in Abschnitt zwei dargestellten Folgen psychischer Erkrankungen sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene lassen nur den Schluss zu, dass das psychiatrische bzw. psychosoziale Versorgungsnetz in Deutschland von enormer Bedeutung für das gesellschaftliche Leben ist. Aus diesem Grund ist es unablässig, dass die psychiatrische Versorgung auf aktuellen wissenschaftlichen Grundlagen basiert und sich in Quantität und Qualität an den Bedarfen der Patienten und den spezifischen, komplexen Krankheitsbildern orientiert. Aus diesem Grund wird sich der dritte Abschnitt der Arbeit mit dem aktuell bestehenden Versorgungsnetz und der durch Wissenschaft und Forschung „optimalen“ Versorgung psychischer Störungen auseinandersetzen.

3. Das psychiatrische Versorgungssystem in Deutschland

Bis zur Wende im Jahr 1989 und der Wiedervereinigung Deutschlands entwickelten sich die psychiatrischen Versorgungssysteme in Ost- und Westdeutschland ganz unabhängig voneinander. Für beide Systeme galt zu diesem Zeitpunkt aber, dass sie sehr unzureichend waren und gravierende Mängel aufwiesen, die es galt zu beseitigen. In Abschnitt 3.1 werden zunächst die Reformbemühungen vorgestellt, die es in Ostdeutschland in den sechziger Jahren gab, um im Anschluss die Reformbestrebungen Westdeutschlands darzustellen, die mit der Wende auch in den neuen Bundesländern ihren Niederschlag fanden.

3.1 Reformbewegungen in Ost- und Westdeutschland

Wie bereits kurz beschrieben waren die Zustände in den psychiatrischen Versorgungseinrichtungen desolat und auch die strukturellen Rahmenbedingungen des psychiatrischen

[27] Vgl. DGPPN 2018, S. 22 (Internetquelle)
[28] Vgl. ebd. S. 19
[29] Vgl. ebd. S. 22

Versorgungsnetzes waren alles andere als zufriedenstellend. Dies galt sowohl für die DDR als auch für die BRD.

Im Jahr 1963 wurden im Rahmen des internationalen Symposiums über psychiatrische Rehabilitation im damaligen Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch die sogenannten Rodewischer Thesen aufgestellt. Die Beteiligten hatten es sich zum Ziel gemacht, die Versorgung psychisch kranker Menschen zu verbessern und es ihnen zu ermöglichen am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben.[30] Zur Erreichung dieses Zieles sollte es umfangreiche Veränderungen in der Psychiatrielandschaft geben. So sahen die Rodewischer Thesen vor, eine komplexe Therapie bestehend aus medikamentöser Behandlung und der Anwendung vielfältiger Methoden der Arbeitstherapie bis hin zu gruppentherapeutischen Verfahren einzuführen. Die an der Behandlung beteiligten Akteure sollten darüber hinaus eine aktive therapeutische Einstellung entwickeln, sodass keine Diagnose zu der Annahme führte, der Verlauf sei vorbestimmt und somit nicht veränderbar. Die Behandlung psychisch kranker Menschen sollte also mit der von körperlich kranken Menschen gleichgestellt werden. Weitere Schritte in diese Richtung waren die Forderung nach einer Umstrukturierung der Großkrankenhäuser. Man sah vor, geschlossene Heil- und Pflegeanstalten zu offenen psychiatrischen Fachkrankenhäusern umzustrukturieren. Die Patienten sollten nicht weiter verwahrt, sondern im Rahmen des Fürsorgeprinzips behandelt und in die Gesellschaft reintegriert werden. Dafür war es nach Ansicht der Experten unbedingt notwendig, die Krankenhäuser personell, materiell und institutionell in die Lage zu versetzen, komplexe Therapieleistungen anbieten zu können. Neben der Umstrukturierung der Krankenhäuser sollte außerdem der Aufbau eines umfassenden Systems von Versorgungsleistungen außerhalb der Kliniken errichtet werden. Darüber hinaus sah man die Einrichtung beschützender Werkstätten, Patienten-Wohnheimen sowie psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken an den jeweiligen Krankenhäusern vor. Die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen sollten gestärkt und die Akzeptanz in der Gesellschaft gefördert werden. Die Teilnehmer des Symposiums forderten nicht nur die Änderung von Gesetzen und Verordnungen, die für die Betroffenen eine strukturelle Stigmatisierung bedeuteten, sondern auch die gesetzlichen Zwangsmaßnahmen auf ein Minimum zu beschränken. Weiterhin sollten die zuständigen Ministerien dafür sorgen, dass ein regelmäßiger und intensiver Erfahrungsaustausch auf internationaler Ebene möglich ist und die Erforschung von psychischen Störungen vorangetrieben werden kann.

Neben diesen Forderungen, die hauptsächlich das Ziel der sozialen Rehabilitation verfolgten, gab es weitere Forderungen, die sich zum einen auf die Arbeitstherapie und zum anderen auf die Behandlung von Kindern bezogen. Es ist also zu erkennen, dass die damals beteiligten

[30] Vgl. Rank, Maria 2020 (Internetquelle)

Experten eine umfassende Veränderung des Versorgungssystems anstrebten und es zu einer weitreichenden Veränderung des Denkens in Bezug auf Erkrankungen der Psyche gab.[31]

Trotz aller Bemühungen zu Veränderungen waren diese jedoch von geringem Ausmaß. Dies lag nach Meinung der Experten vor allem daran, dass Großkrankenhäuser ihre zentrale Stellung im Versorgungssystem behielten und an der Ausrichtung der Psychiatrie an einem medizinisch-naturwissenschaftlichen Krankheitsverständnis, dass psychische Störung hauptsächlich als neurologische Prozesse verstand. Darüber hinaus verhinderten vor allem die schlechten materiellen und personellen Bedingungen der DDR eine weitreichende Veränderung. So blieben trotz kleinerer Erfolge wie:

- die Entfernung der Gitter an den Fenstern,
- die Öffnung einiger Stationen und
- die Entwicklung von arbeitstherapeutischen, rehabilitativen Therapiekonzepten in Brandenburg und Rodewisch

die Großkrankenhäuser bestehen und damit auch die Massenschlafsäle, die unhygienischen Zustände und das ungünstige soziale Klima auf den Stationen bestehen.

In den siebziger und achtziger Jahren kam es zu weiteren Reformbestrebungen in der DDR. Die Brandenburger Thesen aus dem Jahr 1973 ergänzten die Rodewischer Thesen mit der Forderung, eine kommunale Psychiatrie zu errichten. Darüber hinaus entwickelte die Leipziger Gruppe Strategien, um sozialpsychiatrische Ansätze in der Praxis umsetzen zu können und so entstanden im Jahr 1976 an allen Leipziger Polikliniken neuropsychiatrische Abteilungen mit multiprofessionellen Teams, bestehend aus Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern. Das entstandene Modell wurde im Jahr 1980 mit dem Ziel einer gemeindenahen und dezentralen Versorgung psychisch kranker Menschen in den Psychiatrieplan der DDR aufgenommen.[32] Diese Reformbewegungen zeigen sehr deutlich, dass die DDR im Begriff war, weitreichende Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung zu schaffen. Mit der Wiedervereinigung Deutschlands jedoch brachen die Versorgungsstrukturen in der ehemaligen DDR zusammen, sodass es einen Neuaufbau der Strukturen geben musste. Dieser erfolgte auf Grundlage der Psychiatrie Enquete, die in Westdeutschland zum Umbruch in der psychiatrischen Versorgung führte.

Die Psychiatrie-Enquete aus dem Jahr 1975 bildete den Rahmen zu weitreichenden Veränderungen in der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland und dient auch heute noch mit ihren Kernforderungen und Handlungsempfehlungen als Bezugsrahmen für das psychiatrische Versorgungsnetz. Eine Reform des Systems war unerlässlich, da sich das

[31] Vgl. Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch 2020 (Internetquelle)
[32] Vgl. Richter, Eva A. 2001

psychiatrische Versorgungssystem als lückenhaft erwies und weder den Bedarfen noch dem wissenschaftlichen Stand zu dieser Zeit entsprachen.

Deutliche Mängel und Lücken zeigten sich in allen Bereichen der Versorgung. Nach Meinung der Experten aber vor allem in den Bereichen der:

- Komplementären Dienste (z.B. Übergangseinrichtungen, beschützende Wohneinrichtungen und Tagesstätten),
- Ambulanten Versorgung (z.B. Beratungsdienste, ambulante Einrichtungen an Krankenhäusern, niedergelassene Psychotherapeuten, Neurologen, psychotherapeutische Psychologen) und der
- Gemeindenahen stationären Versorgung (z.B. Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern).
- Koordination aller an der Versorgung psychisch kranker Menschen beteiligten Akteure und Einrichtungen.

Weiterhin stellten sie fest, dass es zu einer weitgehenden Ausklammerung psychisch kranker Menschen aus der Allgemeinmedizin kam, welche eine Gleichstellung der psychisch kranken Menschen mit denjenigen verhinderte, die körperlich krank waren. Außerdem kam die Gruppe aus Experten zu dem Schluss, dass es an qualifiziertem Fachpersonal mangelte, dass für die Versorgung psychisch kranker unerlässlich ist. Besonders unzureichend wurde die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten und Behinderungen eingeschätzt. Dies traf ebenfalls auf Suchtkranke, chronisch psychisch kranke, alte Menschen mit einer psychischen Störung und auf Erwachsene behinderte Menschen zu.[33]

Ziel der Enquete war es Missstände und Lücken in der Versorgung aufzudecken, aufzuzeigen und Handlungsempfehlungen zu geben die, von den einzelnen Bundesländern umgesetzt, zu Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung führen sollten. Kernforderungen der Sachverständigen-Kommission waren der Aufbau einer gemeindenahen Versorgung, der Abbau von sozialen und rechtlichen Benachteiligungen psychisch kranker Menschen gegenüber Menschen mit körperlichen Erkrankungen sowie die Umstrukturierung der Psychiatrie zu einem therapeutischen und rehabilitativen Versorgungsnetz.[34]

Die weiteren Handlungsempfehlungen, bezogen auf die verschiedenen Bereiche der psychiatrischen Versorgung, lassen sich aus der Aufdeckung der Lücken und Mängel ableiten. Für den Bereich der Vorsorge hat man festgestellt, dass Allgemeinärzte und sozialpsychiatrische Dienste, insbesondere Beratungsstellen einen hohen Stellenwert haben, denn sie leisten einen wichtigen Beitrag in der Prävention von psychischen Erkrankungen im Rahmen der

[33] Vgl. Deutscher Bundestag 1975, S. 4 ff. (Internetquelle)
[34] Vgl. Beine, Karl H. 2015 (Internetquelle)

Früherkennung. Des Weiteren bilden sie die Anlaufstelle für erste Hilfs- und Beratungsangebote und sind für die Überweisung bzw. Vermittlung fachgerechter Behandlung zuständig.

Beratungsstellen waren nach Ansicht der Kommission in ihrer Gesamtzahl zu gering, woraus man ableiten konnte, dass ein Ausbau dieses strukturellen Elements vorangetrieben werden musste. Weiterhin waren diese ungleichmäßig verteilt, was zur Folge hatte, dass bereits von sozialer Benachteiligung betroffene Menschen die Angebote nur schwer in Anspruch nehmen konnten. Dies führte man des Weiteren darauf zurück, dass Mitarbeiter der Einrichtungen sich nicht in der Lage sahen ins Feld zu gehen, um soziale Randgruppen, wie z.B. Wohnungslose zu erreichen. Mängel in diesem Bereich waren aber nicht nur struktureller, sondern auch fachlicher Natur. Die Sachverständigen hielten fest, dass die Beratungsstellen nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ nicht ausreichend besetzt waren und forderten zum einen, dass Beratungsstellen multiprofessionell aufgestellt, Aus- und Weiterbildungen die neuesten wissenschaftlich entwickelten Verfahren und Methoden berücksichtigten und das die Beratungsstellen bzw. deren Mitarbeiter in der Lage sein sollen, komplexe Problemlagen bearbeiten zu können.

Wie zuvor festgestellt, zählte man auch Allgemeinärzte in den Bereich der Vorsorge und wies ihnen eine Art Filterfunktion zu. Nach Auffassung der Kommission sollte ein Allgemeinmediziner die psychischen und sozialen Ursachen der Krankheitssymptome erkennen, in einem gewissen Maß selbst psychotherapeutisch tätig werden, die Behandlung mit Psychopharmaka in einem notwendigen Umfang durchführen und Patienten an die jeweiligen sozialtherapeutischen und rehabilitativen Hilfen vermitteln. Dies war zum damaligen Zeitpunkt aufgrund des zeitlich hohen Aufwands bei der Behandlung psychisch kranker Menschen und mangels ungenügender Kenntnisse der Ärzte jedoch kaum bis gar nicht möglich. Ob sich dies bis heute verändert hat, wird sich aus den Untersuchungen zu der aktuellen Versorgung in Deutschland ergeben, welche unter Punkt 3.4 zu finden sind.[35]

Auch im Bereich der ambulanten Dienste wurden durch die Kommission erhebliche Lücken aufgedeckt. Die gesamte ambulante Versorgung bestand zum damaligen Zeitpunkt hauptsächlich aus niedergelassenen Nervenärzten und Psychotherapeuten, welche die Aufgaben dieses Tätigkeitsfeldes nur unzureichend oder gar nicht abdecken konnten. Eine rund um die Uhr funktionierende Krisenintervention, weitere ambulante Maßnahmen wie Beratung und die Betreuung von Patienten im Bereich der komplementären Hilfen konnten und können auch heute nicht von Nervenärzten und Psychotherapeuten wahrgenommen werden, sodass die Handlungsempfehlung hier nur lauten konnte, die Strukturen der ambulanten Dienste auszubauen und durch Angebote der komplementären Dienste zu erweitern. Dies galt auch für die

[35] Vgl. Deutscher Bundestag 1975, S. 8 f.

nervenärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungsangebote, die nicht nur in Qualität, sondern ebenfalls in ihrer Quantität stark verbesserungswürdig waren.

Wie bereits erwähnt war eine der Kernforderung der Kommission die Gleichstellung psychisch Kranker mit denen, die körperlich krank waren. Dies wurde nach Ansicht der Experten aufgrund der gemeindefernen und somit exklusiven Lage der Fachkrankenhäuser verhindert. Menschen mit psychischen Erkrankungen mussten oft weite Wege auf sich nehmen, um am Ende in viel zu großen und überfüllten Krankenhäusern aufgenommen zu werden, die darüber hinaus stark sanierungs- und modernisierungsbedürftig waren und kaum über ausreichendes Fachpersonal verfügten. Es ergab sich das Bild, das ein Psychologe im Durchschnitt für 506 Betten zuständig war. Ein Facharzt für Psychotherapie oder Neurologie war zuständig für knapp 60 Patienten. Auch im Bereich der pflegerischen und sozialarbeiterischen Tätigkeiten wurden erhebliche quantitative und qualitative Mängel festgestellt. Während das Pflegepersonal unzureichend ausgebildet war, lag das Problem im Bereich der Sozialarbeit eher auf quantitativer Ebene. Ein Sozialarbeiter war nach damaligem Stand für 540 Betten zuständig. Eine Zahl an zu behandelnden Menschen, der kaum dem Anspruch gerecht werden kann, eine gute Versorgung gewährleisten zu können. Dieses sich dargebotene Bild aus den Fachkrankenhäusern scheint unter anderem auch einer der Gründe zu sein, warum über 50% der Menschen, die in einem Fachkrankenhaus untergebracht waren, dort länger als zwei Jahre verbrachten. Die Patienten, so macht es den Anschein, wurden dort nicht behandelt, sondern lediglich verwahrt, um sie vom Rest der Bevölkerung zu isolieren. Im Hinblick auf die Unantastbarkeit der Würde der Menschen war dies eine klare Verletzung der Grund- und Menschenrechte.

Als wesentlich geeigneter für die bedarfsgerechte und eine humanitäre Behandlung psychisch kranker Menschen sah die Expertenkommission Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Universitätskliniken und stationäre psychotherapeutische/psychosomatische Einrichtungen an, sodass ein Aufbau/Ausbau neuer Strukturen und vor allem der Abbau der Bettenanzahl in Fachkrankenhäusern Empfehlungen der Kommission waren. Dazu war es weiterhin nötig, eine angemessene Anzahl an Fachpersonal zu erreichen, dass über fundiertes Fachwissen verfügt und dieses in Fort- und Weiterbildung dem aktuellen Forschungsstand anpasst.

Um der starken Hospitalisierung der psychiatrischen Versorgung entgegenzuwirken, sollten nach Meinung der Sachverständigenkommission Teilstationäre Hilfsangebote stärker in den Fokus rücken und es so möglich machen, dass Betroffene umfangreich behandelt werden können, ohne dafür ihr bisheriges Lebensumfeld verlassen zu müssen.[36] Das Netz der psychiatrischen Versorgung sollte außerdem durch den stärkeren Ausbau und die Einbindung

[36] Vgl. Deutscher Bundestag 1975, S. 9 ff.

komplementärer Dienste, wie Heimen, Beratungsstellen, beschützenden Wohnformen, Begegnungsstätten und anderen präventiven und intervenierenden Einrichtungen komplettiert werden. Diese galten und gelten auch heute noch als wichtiger Bestandteil des Gesamtversorgungsnetzes. Sie dienen der Entlastung des klinischen Bereichs und ermöglichen die Wiedereingliederung und Reintegration in die Gesellschaft.[37]

Besonders problematisch war nach Ansicht der Kommission der Umstand, dass es keinerlei Koordination beim Aufbau, der bis zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Strukturen gab. Die verschiedenen Verwaltungsbereiche, Träger und Einrichtungen, die im Zusammenhang mit der psychiatrischen Versorgung tätig sind, arbeiteten unkoordiniert nebeneinander her, sodass viele der Patienten nicht in den richtigen Hilfen platziert wurden und die Behandlung nicht dem Bedarf des Patienten entsprach. Dies galt es zu verbessern und Strukturen heraus zu arbeiten, die eine Zusammenarbeit auf allen Ebenen möglich macht. Kooperation und Koordination sind auch heute noch Schlüsselbegriffe, wenn es darum geht, ein gut funktionierendes Versorgungsnetz zu beschreiben.

Die hier kurz zusammengefassten Ergebnisse und die sich daraus ergebende Forderung der Sachverständigenkommission nach einem Modellprogramm Psychiatrie, bilden bis heute den Rahmen der Veränderungen in der gesamten psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen und sozialpsychiatrischen Versorgung von Patienten mit Erkrankungen der Psyche. Dieser Rahmen wird kontinuierlich durch weitere Studien, Berichte und Leitlinien für Fachpersonal aber auch für die Betroffenen und ihre Angehörigen selbst weiterentwickelt und an die gegebenen Forschungsstände aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Psychiatrie und Sozialpsychiatrie angepasst, sodass sich das Netzwerk auch weiterhin in einem stetigen Wandlungsprozess befindet. Nach einem Bericht der Bundesregierung aus dem Jahr 1988 wurde die Forderung laut, gemeindepsychiatrische Verbünde zu organisieren, die die Versorgung eines überschaubaren Pflichtversorgungsgebietes übernehmen.[38] Weiterhin forderte man im Jahr 1996 die Versorgung personenzentriert und nicht wie weitgehend verbreitet institutionsbezogen zu gestalten.[39] Weitere wichtige Veränderungen waren die Anerkennung der UN-Behindertenrechtskonvention und das von der Bundesregierung verabschiedete und kürzlich in Kraft getretene Bundesteilhabegesetz.

Doch wie genau ist das Versorgungsnetz für psychisch kranke Menschen in Deutschland ausgestaltet? Konnten die Forderungen und Handlungsempfehlungen, die sich aus den einzelnen Berichten aber vor allem aus der Psychiatrie Enquete ergeben haben bis heute erfüllt werden und sind diese ausreichend, um eine quantitative und qualitative an den Bedarfen der

[37] Vgl. ebd. S. 14 f.
[38] Vgl. Beine, Karl H. 2015 (Internetquelle)
[39] Vgl. Steinhart, Ingmar/ Kleinwort, Kordula 2001, S.3

Betroffenen orientierten Versorgung zu gewährleisten ? Diesen Fragen wird die Ihnen vorliegende Arbeit im Folgenden nachgehen. Zunächst einmal werden die gesetzlichen Grundlagen der psychiatrischen Versorgung erläutert, um im Anschluss die Strukturen der Versorgung in Deutschland zum heutigen Zeitpunkt darzustellen.

3.2 rechtliche Grundlagen

3.2.1 rechtliche Grundlagen -international-

Mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention im Jahr 2009 verpflichtete sich Deutschland die Inklusion körperlich aber auch seelisch behinderter Menschen zu fördern. Dies hatte ein weitreichendes Umdenken in der Behindertenpolitik zur Folge. Während man in früheren Jahren psychisch kranke Menschen gemeindefern unterbrachte und somit exkludierte verfolgt die Behindertenpolitik heute das gegenteilige Ziel. Mit Annahme der Konvention ging man die Verpflichtung ein, bei allen Planungen und strukturellen Festlegungen zu prüfen, ob diese in der Lage sind Barrieren abzubauen und Menschen mit körperlichen und seelischen Behinderungen in die Gesellschaft zu inkludieren. Damit bildet die UN-Behindertenrechtskonvention einen sehr bedeutenden Rahmen für die psychiatrische Versorgung in Deutschland. Weiterhin ist die Konvention im Rahmen des Betreuungs- und Unterbringungsrecht von enormer Bedeutung. Nach § 14 der Konvention muss der Staat gewährleisten, dass Menschen mit körperlicher und/oder seelischer Behinderung gleichberechtigt mit allen anderen ihr persönliches Recht auf Freiheit wahrnehmen können. [40]

3.2.2 rechtliche Grundlagen auf Bundesebene

Das deutsche Gesundheitssystem ist ein sehr komplexes Konstrukt, bestehend aus einer Vielzahl verschiedener Akteure und Einrichtungen, die den gesamten Bereich der medizinischen Versorgung übernehmen.

Die Bundesregierung gibt durch Gesetzgebung und Leitlinien lediglich den Rahmen für die psychiatrische Versorgung vor. Betrachtet man die Gesetzgebung, ausschließlich bezogen auf die Versorgung, so stellt man fest, dass die einzelnen Bundesländer diese weitestgehend und nach dem gesetzlichen sowie fachlichen Rahmen selbst gestalten. Dennoch sind Menschen mit psychischen Erkrankungen Teil eines komplexen Rechtsgefüges aus gesundheitsbezogenen und sozialen Leistungsansprüchen, die von der Bundesregierung entworfen sind und ihren Niederschlag in den Sozialgesetzbüchern fanden. Zu nennen sind hier vor allem das SGB V, das größtenteils zum Einsatz kommt, wenn es um die Behandlung oder die Verhinderung einer Verschlimmerung akuter psychischer Erkrankungen geht. Sollen Patienten im Rahmen der Eingliederungshilfe versorgt werden, spielt vor allem das SGB IX eine übergeordnete Rolle.[41]

[40] Vgl. AG Psychiatrie der AOLG 2012, S. 6 (Internetquelle)
[41] Vgl. Speck, Andreas 2016, S. 18

Mit der Verabschiedung und stufenweisen Umsetzung des Bundesteilhabegesetz wurden die Rechte und Pflichten der Leistungsträger aber auch die der Leistungsempfänger den aktuellen Maßstäben für eine bedarfsgerechte und humanorientierte Versorgung angepasst. Dies verdeutlicht sehr gut, dass der Bereich Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen einem ständigen Weiterentwicklungsprozess unterliegt.

3.2.3 rechtliche Grundlagen auf Länderebene

Wie bereits festgestellt, liegt die Umsetzung der Leitlinien der Bundesregierung und anderen Verbänden aus dem Bereich Psychiatrie in der Hand der Länder. Jedes Bundesland hat ein eigenes Gesetz zu Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch kranke Menschen. Das Psychischkrankengesetz Mecklenburg-Vorpommern (PsychKG M-V) regelt demnach die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern. In diesem sind alle relevanten Fragen in Bezug auf die Versorgung geregelt. Auf die inhaltlichen Grundlagen werde ich zu einem späteren Zeitpunkt der Arbeit zurückkommen, da diese relevant für die Untersuchung der Versorgung von Menschen mit einer psychischen Störung in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock hinsichtlich qualitativer und quantitativer Gesichtspunkte sind.

Zunächst einmal werden nun die strukturellen Grundlagen, die psychiatrische Versorgung für Gesamtdeutschland untersucht.

3.4 Strukturelle Grundlagen der psychiatrischen Versorgung

Wie zuvor festgestellt, gibt es in Deutschland keine einheitliche Struktur des psychiatrischen Versorgungssystems. Es lässt sich allerdings feststellen, dass die Versorgung von Menschen mit Erkrankungen der Psyche in Deutschland zum heutigen Zeitpunkt auf vier Ebenen erfolgt. Dabei handelt es sich um:

- die stationäre,
- die teilstationäre,
- die ambulante und
- die Ebene der komplementären Dienste.

Im Folgenden werde ich die verschiedenen Einrichtungen und Akteure, die als Leistungserbringer auf den verschiedenen Ebenen angesiedelt sind vorstellen, damit ein deutliches Bild des Versorgungsnetzwerkes entsteht.

3.4.1. Zentrale Versorgungsmodule im stationären und teilstationären Bereich

Die stationäre und teilstationäre Versorgung erfolgt innerhalb von Psychiatrischen Fachkrankenhäusern, Fachabteilungen, Tages- und Nachtkliniken sowie forensischen Kliniken. Die Art und der Umfang der Krankenhausbetten und der teilstationären Behandlungsplätze obliegt der

Krankenhausplanung der Länder und fällt somit für jedes Bundesland anders aus. An der psychiatrischen Versorgung sind im ganzen Bundesgebiet nach einem Bericht des Robert-Koch-Instituts und dem statistischen Bundesamt Destatis aus dem Jahr 2015 405 Fachkrankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie mit insgesamt 54.433 Betten beteiligt. Die durchschnittliche Verweildauer lag zum Zeitpunkt der Erhebung im Jahr 2013 bei 22,4 Tagen. Darüber hinaus gibt es 220 Krankenhäuser mit Fachabteilungen Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik mit insgesamt 9.679 Betten, 427 Krankenhäuser mit Fachabteilungen Neurologie mit insgesamt 23.922 Betten und 268 sonstige Krankenhäuser, die mit insgesamt 43.887 Betten Leistungen für psychisch kranke Menschen erbringen. [42]

In Mecklenburg- Vorpommern stehen für die stationäre und teilstationäre Behandlung insgesamt 10 psychiatrische und 3 psychosomatische Kliniken oder 38 Tageskliniken zur Verfügung. Diese sind ausgestattet mit 1.190 Betten und 852 tagesklinischen Plätzen für erwachsene Menschen.[43]

1. Psychiatrische Fachkrankenhäuser

Während psychiatrische Fachkrankenhäuser zum Zeitpunkt der Psychiatrie Enquete eher sanierungsbedürftigen und überfüllten Verwahrungsanstalten als einem Ort der Gesundheitsfürsorge glichen, zeigt sich heute ein ganz anderes Bild. Nicht nur die Anzahl und die Lage der Krankenhäuser an sich hat sich verändert, sondern auch die Bettenanzahl, die Patienten-Fachpersonal-Relation, die Verweildauer und die bauliche und technische Ausstattung der Einrichtungen wurden den heutigen Standards angepasst. Fachkrankenhäuser bilden eine wichtige Schnittstelle in der psychiatrischen Versorgung und sind aufgrund der Teilhabeorientierung dazu verpflichtet, die Behandlung so zu gestalten, dass jedem Patienten mit einem Nachsorgebedarf ein individuelles Entlassmanagement nach § 39 SGB V zur Sicherung der kontinuierlichen Versorgung zuteilwird.[44] Dies geschieht auf Grundlage des § 11 Abs. 4 SGB V nach dem jeder Versicherte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement hat, das insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche dient.[45]

Diese Entwicklung geht zurück auf die Forderungen der Psychiatrie Enquete und den weiter folgenden Reformbestrebungen. Im Rahmen einer gemeindenahen, inklusiven und integrierten Versorgung wird die stationäre Behandlung demnach in den meisten Fällen nur bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Betracht gezogen. Es gilt der Grundsatz ambulant vor stationär, da für Menschen mit psychischen Erkrankungen ihre Lebensbezüge

[42] Vgl. Robert-Koch-Institut 2015 S. 118 f. (Internetquelle)
[43] Vgl. Ministerium für Wirtschaft, Arbeit Gesundheit M-V 2018 (Internetquelle)
[44] Vgl. AG Psychiatrie der AOLG 2017 S.19 (Internetquelle)
[45] Vgl. § 11 Abs. 4 SGB V

in der Regel von enormer Bedeutung sind. Weiterhin spricht für dieses Paradigma, das eine vollstationäre Behandlung den Patienten aufgrund der Herausnahme aus seinem Lebensumfeld nicht ganzheitlich behandeln kann. Die therapeutischen Maßnahmen finden in einem geschütztem „Raum“ statt, der fernab von den Lebensbezügen der Patienten ist. Dieser Umstand erschwert es erheblich, die gelernten therapeutischen Ansätze in seinen Lebensalltag zu übertragen.

Demgegenüber steht die Entwicklung eines neuen psychiatrischen Fachkrankenhaussektors, der außerhalb der Regel- und Pflichtversorgung der Länder von privaten und in der Regel profitorientierten Trägern getragen wird und unkontrolliert wächst. In diesen speziellen psychotherapeutischen Krankenhäusern, die meist fernab der Gemeinde zu finden sind, liegt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei 57 Tagen und damit fast doppelt so hoch wie in Einrichtungen, die in die Regel- und Pflichtversorgung eingebunden sind.

Darüber hinaus hat der Abbau vollstationärer Betten dafür gesorgt, dass der Wettbewerb unter den Krankenhäusern gestiegen ist. Dies führt zu immer spezielleren und differenzierten Angeboten, wie Einrichtungen für Patienten mit Essstörungen, Depressionen, Borderline und posttraumatischen Belastungsstörungen. Was auf den ersten Blick sinnvoll erscheint hat bei genauerem Hinsehen einen sehr entscheidenden Nachteil, denn durch diese Entwicklungen zeichnet sich zunehmend eine Zwei-Klassen-Psychiatrie ab, die es verhindert, dass allen Menschen und besonders chronisch psychisch kranken Menschen Hilfe unabhängig von ihrem sozialen Status zuteilwird.[46]

2. Forensische Kliniken

Ein besonderes Versorgungsmodul im Bereich der stationären Versorgung stellen forensische Kliniken dar. In diesen werden auf Grundlage der §§ 20, 21, 63, 64 StGB Menschen untergebracht, die eine Straftat begangen haben, aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung aber nicht schuldfähig sind. Grundlage für die Anordnung einer Unterbringung im Maßregelvollzug ist die Prognose in Bezug auf das Begehen weiterer Straftaten in Verbindung mit einer Erkrankung der Psyche. Dies geschieht sowohl um eine Fremd- als auch eine Eigengefährdung durch die erkrankten Personen zu vermeiden und ihnen die Möglichkeit zu geben ihr Leiden zu vermindern, indem sie intensiv psychotherapeutisch betreut werden. Übergeordnetes Ziel ist dabei immer die Re-integration in die Gesellschaft. [47]

Die Zahl der Patienten, die nach § 63 StGB im Maßregelvollzug untergebracht werden ist über die Jahre kontinuierlich angestiegen. Gleiches gilt ebenfalls für die Unterbringungsdauer obwohl es keine Belege gibt, dass die Gefährlichkeit der Patienten zugenommen hat. Um die

[46] Vgl. Speck, Andreas 2016 S.26 ff.
[47] Vgl. Speck, Andreas 2016 S.28

Rechte dieser schwer kranken Menschen zu stärken, wurde im Jahr 2016 eine Veränderung der den Maßregelvollzug umfassenden Paragrafen vorgenommen. So wurden die in § 63 StGB festgelegten Anordnungsvoraussetzungen im Sinne einer stärkeren Fokussierung auf schwerwiegende Straftaten konkretisiert. Weiterhin wurde in § 67d eine zeitliche Befristung der Unterbringung für weniger schwerwiegende Straftaten eingeführt.[48] Demnach ist eine Unterbringung von mehr als 6 Jahren nur zulässig, wenn die Gefahr besteht, dass der Patient aufgrund seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Straftaten begeht. Gleiches gilt, wenn ein Patient bereits 10 Jahre im Maßregelvollzug untergebracht war.[49] Um unverhältnismäßig lange Unterbringungen zu vermeiden, müssen nach einer Umgestaltung des § 463 StPO jährlich gutachterliche Stellungnahmen der Kliniken und externe Gutachten auf Anordnung und im Auftrag der Strafvollstreckungskammern erfolgen.[50]

3. Tageskliniken

Tageskliniken stellen im Rahmen der stationären bzw. teilstationären Versorgung eine zentrale Versorgungsinstanz dar. Sie sind sowohl an psychiatrischen Fachkrankenhäusern bzw. Fachabteilungen angegliedert oder werden von freien Trägern angeboten. Eine tagesklinische Behandlung kann:

- eine Alternative zu einer vollstationären Behandlung darstellen,
- eine Übergangsbehandlung sein, die die Dauer eines stationären Aufenthalts verkürzt,
- der Rehabilitation chronisch kranker Menschen dienen oder
- als intensivierende Behandlung bei einer nicht ausreichenden ambulanten Behandlung genutzt werden.

Die teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik ist wie die vollstationäre Behandlung multiprofessionell ausgelegt und beinhaltet somit alle relevanten Bausteine, die der Gesundung der Patienten zuträglich sind. Darüber hinaus bleibt bei einer tagesklinischen Behandlung das Lebensumfeld des Patienten erhalten. Dies bietet den Vorteil, dass in der Therapie erlernte Inhalte sofort im normalen Lebenskontext des Betroffenen erprobt und in der Therapie ausgewertet werden können. Weiterhin können in diesem Kontext hinsichtlich des Bedarfs einer weiterführenden Rehabilitationsmaßnahme gezielt Vorbereitungen auf eben diese getroffen werden, sodass eine kontinuierliche Unterstützung des Patienten erfolgen kann. Tagesklinische Angebote sind besonders für Menschen geeignet, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung

[48] Vgl. AG Psychiatrie der AOLG 2017 S.13 (Internetquelle)
[49] Vgl. § 67d StGB
[50] Vgl. AG Psychiatrie der AOLG 2017 S.13 (Internetquelle)

am Tage einen stabilen Behandlungsrahmen benötigen, in der Nacht und an den Wochenenden aber über genügend Eigenständigkeit und Stabilität verfügen, um den Alltag zu meistern.[51]

Es lässt sich feststellen, dass die Versorgung im tagesklinischen und damit teilstationären Bereich kontinuierlich erweitert wurde. Während im Jahr 2002 348 Krankenhäuser mit 8.278 Plätzen zur Verfügung standen sind 15 Jahre später 538 Krankenhäuser mit 17.392 Plätzen vorhanden.[52] Weiterhin hat man in der EDEN-Studie feststellen können, dass die Effektivität der tagesklinischen Akutbehandlung gleichwertig mit der vollstationären Behandlung ist.[53]

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass stationäre und teilstationäre Angebote ein zentrales und bedeutendes Versorgungsmodul darstellen, dass sich seit der Psychiatrie- Enquete aus dem Jahr 1975 grundlegend verändert hat und sich auch heute noch in einem stetigen Wandel befindet. Die Forderungen der Sachverständigenkommission der Enquete nach Enthospitalisierung, einer gemeindenahen, zentralen Versorgung sowie die Verbesserung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit haben die strukturellen Veränderungen geprägt und sind heute weitestgehend erfüllt.

3.4.2 Zentrale Versorgungsmodule im ambulanten Sektor

Ambulante Leistungen sind von enormer Bedeutung und bilden somit einen Grundpfeiler für das psychiatrische Versorgungsnetz. Die Behandlung in diesem Bereich ist bis auf vereinzelt spezialisierte Angebote lebensweltorientiert und gemeindenah ausgerichtet, sodass die Menschen für die Behandlung ihre Lebensbezüge nicht verlassen müssen.[54]

Zu den wichtigsten Versorgungsinstanzen und Leistungen im ambulanten Sektor, die als kurative Behandlungsmöglichkeiten im SGB V geregelt sind zählen:

- Hausärzte,
- Niedergelassene Fachärzte, insbesondere für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde und Psychosomatische Medizin,
- Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA),
- Psychologische Psychotherapeuten sowie ärztliche Psychotherapeuten,
- die häusliche Pflege für psychisch kranke Menschen,
- ambulante Soziotherapie und
- ambulante Ergotherapie.

[51] Vgl. DGPPN 2019 S. 367 f. (Internetquelle)
[52] Vgl. Gbe-Bund 2017 (Internetquelle)
[53] Vgl. DGPPN 2019 S. 368 (Internetquelle)
[54] Vgl. AG Psychiatrie der AOLG 2017, S. 18 (Internetquelle)

Da ich aufgrund der Länge der Arbeit nicht alle ambulanten Leistungen vorstellen kann werden im Folgenden zwei ausgewählte Versorgungsinstanzen etwas näher erläutert, um die Bedeutung des ambulanten Sektors in der gesamtpsychiatrischen Versorgung kenntlich zu machen.

1. Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)

Psychiatrische Institutsambulanzen haben mit der Reformierung des psychiatrischen Versorgungsnetzes, vor allem aber im Hinblick auf die Einführung der integrierten Versorgung eine besondere Stellung inne. Sie sind in aller Regel an psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie angegliedert und vereinen mit Hilfe eines multiprofessionellen Teams alle wichtigen Bestandteile einer therapeutischen Behandlung. Institutsambulanzen richten sich im Kern an Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die einen chronischen oder chronisch rezidivierenden Verlauf haben und eine langfristige, kontinuierliche Behandlung erfordern. Dies gilt in besonderem Maße für Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formkreis, therapieresistenten affektiven Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen. Auch Menschen, die an einer Abhängigkeitserkrankungen mit einem schweren komorbiden Verlauf leiden sind Adressaten von psychiatrischen Institutsambulanzen. Ziel ist die Vermeidung langer stationärer Aufenthalte, die Optimierung der Behandlung, um die soziale Integration der Patienten in ihre sozialen Lebensbezüge zu stärken.

Bundesweit waren im Jahr 2010 491 PIAS an Kliniken etabliert. Diese haben im selben Jahr rund 1.300.000 Millionen Behandlungsfälle von jungen Erwachsenen und Erwachsenen Menschen verzeichnet. Zwei Drittel aller behandelten Personen waren mittelgradig bis schwer erkrankt.[55]

2. Psychologische Psychotherapeuten/ ärztliche Psychotherapeuten

Die ambulante Psychotherapie, welche durch ärztliche Psychotherapeuten sowie psychologische Psychotherapeuten durchgeführt wird, stellt ein zentrales Versorgungsmodul zur Behandlung von psychisch kranken Menschen dar. Dies zeigen auch die Zahlen, die 2019 von der DGPPN veröffentlicht wurden. Demnach nehmen in jedem Quartal 1,5 Millionen Versicherte psychotherapeutische Leistungen in einer entsprechend niedergelassenen Praxis in Anspruch. Für die Versorgung erwachsener Menschen standen im Jahr 2018 6.302 ärztliche Psychotherapeuten und 20.801 psychologische Psychotherapeuten zur Verfügung. Um die Wartezeiten auf einen Termin zu verkürzen, wurde im Jahr 2017 die Akutsprechstunde eingeführt. So konnte die Wartezeit auf einen Ersttermin beim Psychotherapeuten von 12,5 Wochen auf 5,7 Wochen verringert werden. Bis zum Beginn einer Richtlinientherapie wartet man im

[55] Vgl. DGPPN 2019, S. 359 ff. (Internetquelle)

Jahr 2018 aber noch immer knapp 20 Wochen. [56] Auch, wenn eine Verkürzung der Wartezeiten erreicht werden konnte, zeigen sich doch regional sehr große Unterschiede in der Quantität der Versorgung. So zeigt sich, dass vor allem Großstädte eine hohe Dichte bei der Versorgung durch ärztliche Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeuten erreichen, wohingegen ländliche Regionen und kleine Städte unterversorgt scheinen. Deutlich zeigt dies der Unterschied zwischen der Großstadt München und dem Flächenland Mecklenburg-Vorpommern. Während in München auf einen Psychotherapeuten 1.194 Einwohner kommen sind es in Mecklenburg-Vorpommern 13.459 Einwohner, für die ein Psychotherapeut zur Verfügung steht.[57] Weiterhin problematisch ist der Fakt, dass nur Leistungen erbracht werden können, die auch im Rahmen der Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen (SGB V) anerkannt und abrechenbar sind. Um eine flexiblere Struktur zu erreichen gilt seit 2017 eine neue Psychotherapie-Richtlinie.[58]

3.4.3 Komplementäre Dienste

Über den medizinischen und psychotherapeutischen Sektor hinaus steht Menschen, besonders denjenigen mit schweren chronischen Erkrankungen der Psyche ein breites Angebot im Bereich der Sozialpsychiatrie nach SGB IX und SGB XII zur Verfügung. Unter Sozialpsychiatrie versteht man zunächst einmal eine sozialwissenschaftliche Theorie, die sich mit dem Zusammenhang zwischen sozialen Aspekten und der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen befasst. Weiterhin ist Sozialpsychiatrie aber auch ein Arbeitsfeld, dass innerhalb der Gemeinde um die klinisch-psychiatrischen Angebote aufgestellt ist und zum größten Teil über die Eingliederungshilfe nach SGB IX/ SGB XII finanziert wird.

Angebote der komplementären Dienste umfassen Einrichtungen des stationären und ambulanten Wohnens sowie sozialpsychiatrische Beratungsstellen, Begegnungsstätten sozialpsychiatrische Zentren und Tagesstätten.[59] Weiterhin zählen auch Selbsthilfegruppen und Angehörigengruppen zum Sektor der komplementären Dienste.[60]

4. Qualität in der psychiatrischen Versorgung

Mit der Psychiatrie Enquete vor 45 Jahren begann in der Bundesrepublik Deutschland eine Reformbewegung im Bereich der psychiatrischen Versorgung, die wie im vorherigen Kapitel bereits erwähnt, nach der Wende 1989 auch in der Psychiatrielandschaft der ehemaligen DDR ihren Niederschlag fand und die, obwohl sich ein breites und differenziertes Versorgungsnetz entwickelt hat, bis heute noch nicht beendet ist. Da die verschiedenen Versorgungsbereiche

[56] Vgl. DGPPN 2019, S. 2 (Internetquelle)
[57] Vgl. AG Psychiatrie der AOLG 2007, S. 32 (Internetquelle)
[58] Vgl. DGPPN 2019, S. 2 (Internetquelle)
[59] Vgl. Speck, Andreas 2016, S. 29 ff.
[60] Vgl. DGPPN 2019, S. 355 (Internetquelle)

die unterschiedlichsten Standards haben, um eine in Quantität und Qualität hochwertige Versorgung anzubieten und die Darstellung dieser den Rahmen der Arbeit sprengen würden, werde ich in diesem Abschnitt allgemeine Qualitätsmerkmale einer guten psychiatrischen Versorgung erläutern.

Eine qualitativ hochwertige Versorgung von psychisch kranken Menschen lässt sich sowohl an den strukturellen Kontexten als auch an den konzeptionellen Ausrichtungen der Einrichtungen/ Angebote messen.

Nach Matthias Rosemann ist eine gute psychiatrische Versorgung gekennzeichnet durch:

a. die Orientierung der Hilfen am individuellen Bedarf
   Darunter ist zu verstehen, dass sich die Hilfen sowohl in ihrer Qualität als auch in ihrem Umfang und der Dauer nach dem Bedarf des Einzelnen richten. Der persönliche Lebensweg des Einzelnen ist dabei von großer Bedeutung, denn die Hilfen sollen möglichst so gewählt und gestaltet sein, dass der Eingriff in das Leben und die Selbstbestimmung des betroffenen Menschen so gering wie möglich ist. Instrumente zur Umsetzung sind Teilhabeplankonferenzen, Teilhabepläne und die individuellen Behandlungs- und Rehabilitationspläne.

b. eine inklusive Haltung aller Beteiligten
   Damit ist nach Rosemann gemeint, dass kein Mensch aufgrund der Art und der Schwere seiner Erkrankung von den psychiatrischen Hilfen ausgeschlossen wird und, dass Hilfen so gestaltet sein sollen, dass sie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben fördern und nicht verhindern.

c. Verlässlichkeit
   Eine gute psychiatrische Versorgung schafft also Strukturen, in denen stabile Bindungen möglich sind, ohne jedoch die Betroffenen zu vereinnahmen. Sie steht darüber hinaus auch denjenigen zur Verfügung, die sich nicht immer Regelkonform verhalten oder über wenig Eigeninitiative verfügen. Dafür sind kleinräumige, kommunale Strukturen nötig, die es möglich machen, dass die einzelnen Akteure des Hilfesystems Kenntnis voneinander haben. Verlässlichkeit kann weiterhin darüber geschaffen werden, dass es die Möglichkeit von stabilen Begleitungen im Rahmen integrativer Hilfe gibt und durch das Herstellen einer Balance zwischen den Interessen des Einzelnen und den Anliegen aller hilfebedürftiger Menschen.

d. Integrierte Organisation

Darunter versteht Rosemann, dass die Koordination der vielfältigen Hilfe- und Unterstützungsangebote in Absprache zwischen dem Leistungserbringer und der betroffenen Person geschieht. Dafür sind verbindliche Strukturen, der Einsatz von personenbezogenen Hilfeplankonferenzen, regionalen Hilfeplankonferenzen und die Einrichtung koordinierender Bezugspersonen notwendig.

e. Fachliche Kompetenz

Für ein qualitativ hochwertiges Versorgungsystem psychisch kranker Menschen sind fachlich gut ausgebildete Mitarbeiter in einem multiprofessionellen Zusammenhang unablässig. Weiterhin ist es von großer Bedeutung Psychiatrieerfahrene und ihre Angehörigen in die Versorgung und die Versorgungsplanung einzubinden. Instrumente, die zur Erreichung dieses Ziels führen sind qualifizierte Aus-. Fort- und Weiterbildungen, Hospitationen und Supervisionen.[61]

Darüber hinaus spielen in diesem Zusammenhang die Begriffe „Empowerment“ und „Trialog“ eine wichtige Rolle. „Empowerment“ bedeutet in der deutschen Sprache Selbstbefähigung. In der psychiatrischen Versorgung versteht man unter „Empowerment“ ein komplexes, multidimensionales Konzept, dass Betroffenen ermöglichen soll, Kompetenzen und Fähigkeiten zurückzuerlangen, die sie aufgrund einer Erkrankung der Psyche verloren haben.[62] Dies kann sowohl durch die Bewältigung der psychischen Erkrankung, die Mitbestimmung bei der Behandlung und bei der Ausgestaltung der Behandlungs- und Versorgungsstrukturen als auch durch die Einflussnahme auf politischer Ebene geschehen.[63] Kernfähigkeiten und Kompetenzen, die es gilt im Sinne des „Empowerments“ zurückzuerlangen sind unter anderem:

- das treffen eigener Entscheidungen,
- der Zugang zu Informationen und Ressourcen,
- das verfügen über Handlungsalternativen,
- Durchsetzungsfähigkeit,
- der Glaube an sich selbst,
- kritisches Denken,
- das äußern der eigenen Gedanken,
- sich integrieren zu können,

[61] Vgl. Rosemann, Matthias 2011, S. 41 ff.
[62] Vgl. Chamberlin, Judi 2007, S. 22
[63] Vgl. Knuf, Andreas/ Osterfeld, Magret/ Seibert, Ulrich 2007, S. 7

- das Erlernen neuer Fähigkeiten und sich als Mensch mit eigenen Rechten wahrzunehmen.[64]

Um dies zu ermöglichen ist es unbedingt notwendig, dass sich die Psychiatrieerfahrenen, die Angehörigen und die ausgebildeten Fachleute, die an der psychiatrischen Versorgung beteiligt sind im Rahmen eines „Trialogs“ in einem ständigen Kontakt/Gespräch miteinander befinden und dieses zu jeder Zeit auf Augenhöhe stattfindet.

f. Gesellschaftliche Akzeptanz
Eine gute psychiatrische Versorgung hat demnach zur Aufgabe, die Akzeptanz gegenüber andersartigen Lebenserfahrungen und Lebensweisen zu fördern und Stigmatisierungen und Ausgrenzungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen abzubauen. Dies geschieht im Rahmen von kleinen und großen sowie nationalen und internationalen Projekten.

g. Transparenz
Damit meint Rosemann, dass die Nutzer des Versorgungssystems dieses auch verstehen können müssen und das das Versorgungssystem auch für Steuer- und Beitragszahler zugänglich sein muss. Dies ist unablässig, um die Unterstützungsleistungen zu legitimieren und auch so Akzeptanz in der Bevölkerung zu erzeugen. Dies wird gewährleistet, indem Psychiatrieerfahrene und ihre Angehörigen von den Leistungserbringern an der Versorgung und den dazugehörigen Prozessen beteiligt werden. Weiterhin können nach Rosemann die Einführung neuer Finanzierungsformen wie zum Beispiel evaluierte regionale Krankenhausbudgets für Transparenz sorgen. Außerdem weist er darauf hin, dass es unabhängige Beschwerdestellen und Besuchskommissionen geben muss, die dafür sorgen, dass das System immer wieder überprüft und gerechtfertigt werden muss.

Darüber hinaus stellt Rosemann fest, dass all diese Standards unbedingt zusammengehören und nur als Einheit eine gute Versorgung erzeugen können. Es bedarf einer Zusammenarbeit lokaler und regionaler Leistungserbringer, die sich einer guten psychiatrischen Versorgung verpflichten. Sinnbildlich für diese Entwicklung stehen für Rosemann die Einrichtung Gemeindepsychiatrischer Verbünde welche untereinander verbindliche Ziele festlegen und die Versorgung in gemeinsamer Verantwortung sichern.[65]

Auch Speck beschreibt ähnliche Kriterien für eine ideale sozialpsychiatrische Versorgung. Für ihn von zentraler Bedeutung sind:

---

[64] Vgl. Chamberlin, Judi 2007 S. 23 ff.
[65] Rosemann, Matthias 2011, S. 41 ff.

- Gemeindenahe und diverse Angebote,
- Eine Trägervielfalt,
- Eine gemeinsame Versorgungsverantwortung durch die Bildung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes,
- Die Koordination der Hilfen durch die kreiskommunale Verwaltung (Psychiatriekoordination),
- Die Einzelfallsteuerung durch ein systematisches Verfahren zur Bedarfsfeststellung und einer systematischen Hilfeplanung
- Die Finanzierung nach SGB IX und XII und eine
- Trialogische Gesprächskultur.[66]

5. Die psychiatrische Versorgung in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock

Dieses Kapitel der Arbeit wird untersuchen, inwieweit das aktuelle psychiatrische Versorgungsnetz der Hanse- und Universitätsstadt Rostock den Ansprüchen und Merkmalen einer qualitativ hochwertigen Versorgung entspricht. Die Untersuchung erfolgt auf Grundlage der Qualitätsmerkmale, die in Abschnitt vier ausführlich dargestellt wurden. Dafür wird zunächst eine Darstellung des „Rostocker Modells“ erfolgen, da dieses den Rahmen der Versorgung psychisch kranker Menschen in Rostock bildet.

5.1 Das „Rostocker Modell“

Mit der Vergabe des Bundesmodellprojektes „Gemeindenahe Psychiatrie“ im Jahr 1992 nach Rostock begann eine bis heute weitreichende Veränderung der psychiatrischen Versorgungslandschaft.

Zum Zeitpunkt der Vergabe beschränkte sich die Versorgung psychisch kranker Menschen weitestgehend auf die ambulante nervenärztliche und die psychiatrisch, stationäre Krankenhausbehandlung. Da es in Rostock nach Angaben der Stadt, keine ungenutzten Großkliniken und Anstalten gab, konnten neue Versorgungsstrukturen auf einer sinnbildlich gesprochen „leeren Fläche“ errichtet werden. Dabei setzte man auf die Empfehlungen der Bundesregierung aus dem Jahr 1988, welche die Reformen der Psychiatrie- Enquete ergänzten und setzte vor allem auf ambulante und komplementäre Dienste. Bis zum Jahr 2000 entstanden umfassende aber wenig vernetzte Versorgungsstrukturen, die hauptsächlich in der Verantwortung dreier konkurrierender Träger lagen. Bei diesen handelt(e) es sich um:

- Universitätsklinikum- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (KPP)

[66] Vgl. Speck, Andreas 2016, S. 31

- Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH (GGP)
- AWO- Sozialdienst Rostock gGmbH.

Um eine personenzentrierte Versorgungslandschaft zu generieren, die in der Lage ist, die Hilfsangebote so zu gestalten, das jedem akut oder chronisch psychisch kranken Menschen zu jedem Zeitpunkt und unter Berücksichtigung seiner individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten eine Betreuung und Behandlung zu Teil wird funktioniert nur, indem Strukturen geschaffen werden, in denen Kooperation und Vernetzung einen besonderen Stellenwert einnehmen. Aus diesem Grund übernahmen die Verantwortlichen die personenzentrierten Konzepte und Modelle, die aus dem Forschungsprojekt „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“ des Bundesministeriums für Gesundheit im Jahr 1996 hervorgegangen sind. Dazu zählen vor allem die Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (IBRP) in Verbindung mit Hilfeplankonferenzen (HPK) und der verbundförmigen Organisation aller Hilfen.

So beschlossen die Beteiligten die Gründung des ersten Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) in Mecklenburg-Vorpommern, bestehend aus Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbund (GPSV) und Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbund (GPLV).

Der GPSV ist ein steuerndes und beratendes Gremium aller an der Versorgung psychisch kranker Menschen beteiligter Akteure. Er organisiert, legitimiert und beobachtet darüber hinaus die Gremien der Hilfeplankonferenz unter dem Gesichtspunkt einer einrichtungsübergreifenden Kooperation.[67]

Folgende Verbände und Vereinigungen sind Mitglied des GPSV:

Leistungsträger:

- Krankenkassen,
- Bundesagentur für Arbeit,
- Hanse-Jobcenter Rostock (ARGE),
- Regionale Arbeitsgemeinschaften der Grundsicherung,
- Optionskommunen,
- Ausgewählte Fachämter,
- Deutsche Rentenversicherung.

Leistungserbringer:

- Vertreter niedergelassener Ärzte,
- Vertreter niedergelassener Psychotherapeuten,

[67] Vgl. Hanse- und Universitätsstadt Rostock 2008, S.

- Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes,
- Versorgungskrankenhaus,
- Einrichtungen des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems,
- Vertreter der medizinischen und beruflichen Rehabilitation,
- Vertreter von Arbeitsprojekten für psychisch kranke Menschen.

Sonstige Mitglieder

- Arbeitsgruppe Sucht und Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG),
- Selbsthilfeorganisationen,
- Regionale VertreterInnen psychiatrieerfahrener Menschen und Angehörigen.[68]

Der Gemeindepsychiatrische Leistungserbringerverbund ist ein freiwilliger Zusammenschluss von komplementären Leistungserbringern. Dieser besteht bis zum heutigen Tag aus der Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH (GGP) und der AWO-Sozialdienst Rostock gGmbH. In dem 2004 abgeschlossenen und 2010 überarbeiteten Kooperationsvertrag zwischen diesen beiden Leistungserbringern sind auf der Grundlage des Konzeptes der personenzentrierten Versorgung folgende Standards festgelegt.

- Einsatz einer koordinierenden Bezugsperson im Sinne des Case-Managements,
- Anwendung eines einheitlichen Hilfeplanverfahrens,
- Übernahme der regionalen Versorgungsverpflichtung für alle psychisch kranken Menschen im Versorgungsgebiet,
- Versorgung möglichst ohne Veränderungen der „normalen“ Lebenswelt des Betroffenen,
- Sicherstellung einer individuellen und umfassenden Versorgung der hilfebedürftigen Menschen,
- Stetige Weiterentwicklung der Qualität, durch Anpassung und Erweiterung des Leistungsspektrums an den Bedarf der betroffenen Menschen und die Optimierung in der Nutzung der vorhandenen Ressourcen,
- Förderung der organisierten Selbsthilfe durch stetigen Austausch mit Selbsthilfeorganisationen,
- Beteiligung der Betroffenen und deren Angehörigen im Sinne des Empowerment Konzeptes,
- Beteiligung im GPSV,
- Bereitstellung eines psychosozialen Krisendienstes, der auch außerhalb der Kernöffnungszeiten erreichbar ist,

[68] Vgl. Bericht HRO 2011, S. 23 (Internetquelle)

- Gemeinsame Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit.[69]

Auch bei guter Vernetzung und Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren des sozialpsychiatrischen Versorgungssystems ist es kaum vermeidbar, dass Menschen durch die Lücken des Hilfesystems fallen oder eine bestimmte Form von Hilfsangeboten aufgrund ihrer Lebensbezüge nicht wahrnehmen können. Damit Menschen eben nicht durch die Schnittstellen der einzelnen Leistungsanbieter fallen, müssen Angebote niedrigschwellig gestaltet und die Zusammenarbeit der Leistungserbringer kontinuierlich gewährleistet sein.[70]

5.2 Leistungskatalog psychiatrischer Hilfen der Hanse- und Universitätsstadt Rostock

5.2.1 Stationäre Angebote

Psychiatrische Fachkrankenhäuser

- **Universitätsklinikum Rostock Zentrum für Nervenheilkunde**
  Zum Klinikum gehören:
  → Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit Institutsambulanz
  → Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin

5.2.2 Teilstationäre Angebote

Das teilstationäre Angebot für junge Erwachsene und Erwachsene der Hanse- und Universitätsstadt Rostock wird weitestgehend von der GGP mbH Rostock bereitgestellt. Aber auch an das örtliche Fachkrankenhaus für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin ist eine Tagesklinik angegliedert.

- **Psychiatrische Tagesklinik (GGP)**
  die vorrangig für die Behandlung von Menschen mit depressiven Erkrankungen, schizophrenen, schizoaffektiven und bipolaren Psychosen, somatoformen Störungen, Persönlichkeitsstörungen sowie für Belastungs- und Anpassungsstörungen ausgelegt ist.
- **Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (GGP)**
  Für die Behandlung von Menschen mit schizophrenen, schizoaffektiven und bipolaren Psychosen mit komorbider Suchterkrankung.[71]
- **Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (GGP)**
  mit dem Schwerpunkt der Behandlung von erwachsenen Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (auch mit komorbider Suchterkrankung), ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom) und depressiven Erkrankungen.

---

[69] Vgl. Hanse- und Universitätsstadt Rostock 2008, S. 15 (Internetquelle)
[70] Vgl. Bericht HRO 2011, S. 25 (Internetquelle)
[71] Vgl. Hanse- und Universitätsstadt Rostock 2008, S. 9 (Internetquelle)

- **Tagesklinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie (GGP)**
  Behandlungsangebot für ein breites Spektrum gerontopsychiatrischer Erkrankungen.[72]
- **Tagesklinik der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin (KPP)**
  Behandlung von psychischen Störungen, wie neurotische Erkrankungen und Anpassungsstörungen, Essstörungen, Schmerzstörungen, somatoforme Störungen und stressbedingte Erkrankungen.[73]

5.2.3 ambulante Angebote

Wie zuvor bereits erwähnt zählen in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock zu den zentralen Versorgungsmodulen im ambulanten Sektor vor allem Hausärzte, Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA), medizinische Versorgungszentren (MVZ), psychologische Psychotherapeuten, ärztliche Psychotherapeuten niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde und Psychosomatische Medizin. Darüber hinaus zählen auch die häusliche Pflege psychisch kranker Menschen sowie die ambulante Soziotherapie und Ergotherapie zu den ambulanten Angeboten.

In der Hanse- und Universitätsstadt Rostock beteiligen sich nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern 164 niedergelassene Hausärzte an der medizinischen Versorgung.[74] Bei einer Einwohnerzahl von 208.808 (Stand. 30.09.2019) kommt demnach 1 Hausarzt auf 1.273 Bürger.[75] Weiterhin sind in Rostock zahlreiche Psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Neurologie niedergelassen und übernehmen Aufgaben des psychiatrischen Versorgungssystems.

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA`S) gibt es in Rostock zwei. Eine der beiden ist an die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (KPP) angegliedert. Die andere befindet sich in Trägerschaft der GGP-Gruppe. Darüber hinaus bietet die GGP-Gruppe die ambulante Versorgung in zwei medizinischen Versorgungszentren an.[76] Dies ist im Rahmen einer integrierten Versorgung als sehr sinnvoll zu betrachten, denn so ist es möglich die Übergänge zwischen den einzelnen Sektoren (stationär, teilstationär, ambulant) lückenlos zu gestalten und lange Wartezeiten zu vermeiden.

---

[72] Vgl. GGP mbH Rostock 2020 (Internetquelle)
[73] Vgl. Wegweiser Psychiatrie HRO 2020
[74] Vgl. Kassenärztliche Vereinigung M-V 2020 (Internetquelle)
[75] Vgl. Hanse- und Universitätsstadt Rostock 2020 (Internetquelle)
[76] Vgl. Wegweiser Psychiatrie HRO 2020

5.2.4 komplementäre Dienste

Beratungsstellen

In dem Leistungskatalog der Hanse- und Universitätsstadt Rostock sind sieben Beratungsstellen mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten zu finden. So gibt es eine seelsorgerische und psychologische Beratungsstelle für Erziehungs-, Familien- und Lebensfragen sowie Schwangerschaftskonfliktberatung der Rostocker Stadtmission e.V., eine integrierte Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche der Caritas, eine psychologische Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen der katholischen Kirche und eine Autismus- Ambulanz der Volkssolidarität Kreisverband- Rostock e.V.. Darüber hinaus gibt es eine Fachberatungsstelle gegen sexualisierte Gewalt, eine Mediationsstelle mit den Schwerpunkten Ängste, Zwangsstörungen, Depressionen nach Burnout, Traumata und der Arbeit mit Angehörigen und eine ergänzende unabhängige Teilhabeberatung, die vor allem Inklusion als Schwerpunkt ihrer Arbeit definiert.

Weiterhin ist es allen Bürgern möglich, sich bei Fragen und/oder Problemen an die öffentlichen Träger zu wenden. Dazu zählen das Gesundheitsamt, der sozialpsychiatrische Dienst, das Amt für Jugend, Soziales und Asyl (Fachberatung Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Volljährige nach SGB IX/XII) und die Sucht- und Psychiatriekoordinatorin der Hanse- und Universitätsstadt Rostock. [77]

Unterstützung zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation

Die Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen (RPK) der GGP-Gruppe ist die einzige Einrichtung dieser Art in Rostock. Es handelt sich hierbei um eine ganztägige ambulante Einrichtung für psychisch kranke Menschen im Alter von 18 bis 60 Jahren. Es wird eine umfassende Unterstützung angeboten, die sich in drei Phasen teilt und über eine Gesamtdauer von 18 Monaten erstreckt.[78]

Tagesstrukturierende Angebote

Angebote, die der Tagesstrukturierung dienen werden in Rostock hauptsächlich durch die Arbeiterwohlfahrt- Sozialdienst Rostock gGmbH und durch die GGP-Gruppe erbracht. In Trägerschaft des AWO-Sozialdienstes Rostock befinden sich das:

- Tagesstrukturierende Zentrum- TAZ 61
  Für Menschen mit psychischer Erkrankung/Behinderung ab 18 Jahren und gerontopsychiatrischer Erkrankungen.

[77] Vgl. Wegweiser Psychiatrie HRO 2020
[78] Vgl. GGP-Gruppe 2020 (Internetquelle)

- Rehabilitative Tagesstätte Sprungfeder
  Für Menschen mit psychischer Erkrankung ab 18 Jahren

- Berufsvorbereitende Tagesstätte - BvTs
  Für Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 16-27 Jahren, die eine psychische Erkrankung haben und ohne abgeschlossene Berufsausbildung sind.[79]

Unter der Leitung der GGP-Gruppe befinden sich vier tagesstrukturierende Einrichtungen. Bei diesen handelt es sich um:

- Künstlerisch Kreatives Tun im Stadtteil – KTTS
  Richtet sich an Menschen, mit psychischen Erkrankungen ab dem18. Lebensjahr, welche Interesse an kreativem Arbeiten und künstlerischem Schaffen haben.
- Tagesstätte „Mittendrin“
  Vielseitiges Angebot und sozialpädagogische Leistungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen
- Tagesstätte „Tagewerk“
  Richtet sich an Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und an nicht abstinent lebende, chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitserkrankte, die durch arbeitstherapeutische Hilfen verloren gegangene Fähigkeiten und eine Tagesstruktur wiedererlangen möchten.
- Arbeitstagesstätte „In der Lehmkuhl“
  Zielgruppe dieser Einrichtung sind ebenfalls Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sowie Menschen, die chronisch mehrfach abhängigkeitserkrankt sind. Schwerpunkt ist hier allerdings die Stabilisierung bereits wieder erlangter Fähigkeiten.[80]

Darüber hinaus gibt es in Rostock drei weitere tagesstrukturierende Einrichtungen. Dabei handelt es sich um die Tagesstätte „Paulus“ im integrativen Betreuungszentrum der Diakonie Rostocker Stadtmission e.V., dessen Angebot sich an Menschen mit chronifizierten Alkohol- oder anderen Suchterkrankungen richtet, um das Michaelwerk INSA 39 der evangelischen Stiftung Michaelshof und Werkstätten für behinderte Menschen der Rostocker DRK Werkstätten gGmbH.[81]

[79] Vgl. Wegweiser Psychiatrie HRO 2020
[80] Vgl. GGP-Gruppe 2020 (Internetquelle)
[81] Vgl. Wegweiser Psychiatrie HRO 2020

Unterstützende Angebote zum Wohnen

In der Hanse- und Universitätsstadt Rostock gibt es eine große Anzahl von Einrichtungen, die Unterstützung zum Wohnen anbieten. Insgesamt umfasst das Angebot 22 Einrichtungen, die in der Regel mehrere Wohngruppen betreuen. Die Angebote sind zum großen Teil ambulant oder ambulant aufsuchend konzipiert, um den Menschen die Möglichkeit zu bieten, in ihrem gewohnten Umfeld Unterstützung zu erhalten. Die Hilfen sind sowohl personenzentriert als auch lebensweltorientiert. Weiterhin gibt es aber auch die Möglichkeit, teilstationäre oder stationäre Angebote in Anspruch zu nehmen. Dies ist besonders bedeutend im Hinblick auf Menschen, die in „normalen" Einrichtungen aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung nicht mehr aufgenommen und betreut werden können.

Die meisten Angebote in diesem Bereich werden von der GGP und der AWO Sozialdienst Rostock gGmbH bereitgestellt. Darüber hinaus, stellen unter anderem aber auch Vereine wie die Obdachlosenhilfe Rostock e.V., der Abstinenzverein Trockendock e.V. und die Diakonie Rostocker Stadtmission e.V. Angebote zum unterstützenden Wohnen bereit.[82]

Das weitere Angebot in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock umfasst die Unterstützung zur Teilhabe am Arbeitsleben, die Unterstützung zur sozialen Teilhabe in Form der niedrigschwellig konzipierten Begegnungsstätte „Treffbunt38", mehrere Selbsthilfegruppen, Angehörigeninitiativen sowie das Modellprojekt „Genesungsbegleitung MV" vom Verein EX-IN M-V e.V.

5.3 Bewertung der Versorgung

In diesem Abschnitt der Arbeit wird eine Bewertung des Versorgungssystems der Hanse- und Universitätsstadt Rostock auf Grundlage der in Abschnitt vier dargestellten Kriterien für eine gute psychiatrische/sozialpsychiatrische Versorgung vorgenommen.

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass die psychiatrische Versorgung nach dem Rostocker Modell über sehr gute strukturelle Grundlagen verfügt. Mit der Einrichtung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes bestehend aus dem Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbund (GPSV) und dem Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbund (GPLV) schuf man kleinräumige und kommunale Strukturen und rückte die stationäre Behandlung aus dem Zentrum der Versorgung, um eine personenzentrierte und lebensweltorientierte Versorgungslandschaft zu ermöglichen. Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang auch die freiwillig entstandene Kooperation der an der Regelversorgung beteiligten Leistungserbringer GGP mbH und der AWO-Sozialdienst Rostock gGmbH, die sich wie zuvor bereits dargestellt zur Leistungserbringung im komplementären Bereich unter festgelegten Standards verpflichtet

[82] Vgl. Wegweiser Psychiatrie HRO 2020

haben. Diese grundlegenden Strukturen sind für eine gute psychiatrische Versorgung unerlässlich, denn sie ermöglichen eine koordinierte und flächendeckende Versorgung psychisch kranker Menschen in allen relevanten Settings (stationär, teilstationäre, ambulant und komplementär). Darüber hinaus generieren diese Strukturen Verlässlichkeit und bieten den Betroffenen eine Orientierung. Weiterhin fördert der Einsatz koordinierender Bezugspersonen den Aufbau von Bindungen und Vertrauen zwischen den an der Versorgung beteiligten Menschen.

Einen besonderen Stellenwert in der Versorgung nach dem Rostocker Modell hat die Orientierung der Hilfen am individuellen Bedarf der Betroffenen. Wie bereits festgestellt, gelingt dies in der Praxis über Hilfeplankonferenzen (HPK) und die individuellen Behandlungs- und Rehabilitationspläne (IBRP). Sowohl Hilfeplankonferenzen als auch die IBRP werden als Instrument einer personenzentrierten Versorgung in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock genutzt, um eine dem Bedarf entsprechende Behandlung der Betroffenen gewährleisten zu können. Nach der Mustergeschäftsordnung der Landesarbeitsgruppe Hilfeplanung/Hilfeplankonferenz für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen M-V tagt die Hilfeplankonferenz in regelmäßigen Abständen von zwei Wochen mit einer Dauer von 30 Minuten pro Antragstellung. Um die Rechte der Betroffenen zu wahren, hat man in der Geschäftsordnung festgehalten, die Antragsteller aktiv an der HPK zu beteiligen, die Datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten und Transparenz aller für die Behandlung notwendigen Informationen zu gewährleisten. Um die Qualität der HPK zu sichern wird diese in regelmäßigen Abständen und unter Zuhilfenahme einheitlicher Instrumente, wie zum Beispiel Checklisten und Nutzerfragebögen evaluiert. [83]

Die Darstellung der Unterstützungsangebote und die zwischen den Leistungserbringern festgelegten Standards zeigen darüber hinaus, dass in der Versorgung psychisch kranker Menschen in Rostock großen Wert daraufgelegt wird, dass die Angebote vielfältig konzipiert sind, sodass niemand von der psychiatrischen Versorgung ausgeschlossen und die soziale- und berufliche Teilhabe im Rahmen einer integrativen und inklusiven Haltung aller Beteiligten gefördert wird.

Fachliche Kompetenz zeichnet sich nach Rosemann nicht nur darüber aus, dass die Professionellen, die an der Versorgung beteiligt sind über eine fachlich gute und multiprofessionelle Ausbildung verfügen, sondern auch durch die Beteiligung von Psychiatrieerfahren und ihren Angehörigen sowohl im Rahmen der eigenen Behandlung als auch bei Entscheidungen, die über die Organisation und Planung der psychiatrischen/sozialpsychiatrischen Versorgung entscheiden.[84]

[83] Vgl. LAG HPK M-V 2010 (Internetquelle)
[84] Vgl. Rosemann, Matthias 2011, S. 42

Auch dieses Merkmal guter Versorgungsstrukturen ist in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock wiederzufinden. Nicht nur das Vorhandensein von Selbsthilfe- und Angehörigenorganisationen, sondern vor allem die systematische Einbindung ebendieser in die Organisation und Entwicklung des sozialpsychiatrischen Versorgungsnetzes (im GPSV) zeigen sehr deutlich, dass die Versorgungsplanung immer mit und im Sinne der Betroffenen und ihren Angehörigen gestaltet werden. Die Wertschätzung der Psychiatrieerfahrenen drückt sich ebenfalls über die Durchführung des Modellprojektes „Genesungsbegleitung MV“ vom Verein EX-IN M-V e.V. und über das regelmäßig stattfindende Rostocker Psychiatrieforum aus, dass besonderen Wert auf eine trialogische Gesprächskultur aller Beteiligten setzt.

Die Einbindung Psychiatrieerfahrener, Angehöriger und die Durchführung von Modellprojekten sowie der regelmäßige Austausch sorgen weiterhin dafür, dass das Versorgungsystem sowohl für die Betroffenen als auch für die restliche Bevölkerung Transparent gemacht wird. Dies ermöglicht es, die Unterstützungsleistungen zu legitimieren und die Akzeptanz in der Gesellschaft zu erhöhen. Weiterhin wichtig in Bezug auf die Entstigmatisierung/Enttabuisierung von psychisch kranken Menschen sind Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit durch die Leistungserbringer. Diese haben sich im Rahmen des bestehenden Kooperationsvertrages dazu verpflichtet, im Rahmen von Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit dafür Sorge zu tragen, dass die Akzeptanz von Menschen mit psychischen Erkrankungen gefördert wird. Beispielhaft dafür ist die Anti Stigma Kampagne e.V., die in den Jahren 2016/2017 durch den Landesverband Sozialpsychiatrie M-V e.V. durchgeführt wurde. Unter den Beteiligten befanden sich sowohl die Hanse- und Universitätsstadt Rostock als auch die GGP mbH und die AWO-Sozialdienst Rostock gGmbH.[85]

6. Fazit

Abschließend kann man also festhalten, dass die psychiatrische bzw. sozialpsychiatrische Versorgung psychisch kranker Menschen in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock als gut bezeichnet werden kann. Dieses Urteil fällt auf Grundlage der für die Arbeit zur Verfügung stehenden Unterlagen, die weitestgehend aus dem Papier zum Rostocker Modell und dem Kooperationsvertrag zwischen der GGP mbH und der AWO-Sozialdienst Rostock gGmbH bestehen, da es weder Erhebungen zur Qualität durch die Hanse- und Universitätsstadt Rostock selbst, noch durch die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer gibt, die für meine Arbeit zugänglich waren.

Dennoch kann man die Aussage treffen, dass durch die Bestrebungen und Anstrengungen aller an der Versorgung Beteiligten über die Jahre ein komplexes, personenzentriertes und

[85] Vgl. Anti Stigma Kampagne M-V 2016/2017 (Internetquelle)

lebensweltorientiertes Versorgungssystem entstanden ist, dass sich mit dem heutigen Forschungs- und Wissenstands einer guten psychiatrischen Versorgung messen lassen kann.

Trotz aller positiven Entwicklungen und dem wirklich gut aufgestellten Versorgungssystem darf nicht vergessen werden, dieses hinsichtlich der Qualität, auf Grundlage des jeweils aktuellen Forschungsstandes und den Forderungen/Hinweisen der Betroffenen und ihren Angehörigen immer wieder zu evaluieren und weiterzuentwickeln.

Meiner Meinung nach fehlt es dem psychiatrischen Versorgungssystem in Rostock an aufsuchenden und niedrigschwelligen Angeboten, die auch die Menschen erreichen, die von der Gesellschaft exkludiert sind oder aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind den Erstkontakt zum Hilfesystem selbst herzustellen. Darüber hinaus ist mir bei Gesprächen mit psychisch kranken Menschen aufgefallen, dass Probleme darin bestehen, Kenntnis über vorhandene Unterstützungsleistung zu erlangen. Es muss also Aufgabe des Versorgungssystems sein, die Leistungen, die es für Betroffene bereit hält für die gesamte Bevölkerung und ohne große Barrieren zugänglich zu machen.

7.Quellenverzeichnis

Literaturquellen

Bohus, Martin/ Schmahl, Christian: Psychopathologie und Therapie der Borderline- Persönlichkeitsstörung. In: Deutsches Ärzteblatt 103 (2006), H. 49 A3345- A3352

Chamberlin, Judi: Empowerment – eine Arbeitsdefinition von Betroffenenseite. In: Knuf, Andreas/ Osterfeld, Magret/ Seibert, Ulrich (Hrsg.): Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn 2007, S. 20- 27

Frauenheim, Michael T.: Borderline- Störung. In: Kircher, Tilo (Hrsg.): Kompendium der Psychotherapie. Berlin/ Heidelberg 2012, S. 335-369

Giertz, Karsten: Die Borderline- Persönlichkeitsstörung in der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie und Sozialen Psychiatrie. Notwendigkeiten und Möglichkeiten für einen psychodynamisch orientierten Ansatz in der psychosozialen Versorgung von Borderline- Klienten. Neubrandenburg 2013

Hanse- und Universitätsstadt Rostock: Wegweiser für Menschen mit psychischen Erkrankungen. 2020

Knuf, Andreas/ Osterfeld, Magret/ Seibert, Ulrich: Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn 2007

Losekam, Stefanie/ Konrad, Carsten: Depression. In: Kircher, Tilo (Hrsg.): Kompendium der Psychotherapie. Berlin/ Heidelberg 2012, S. 95- 134

Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V: Plan zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen in Mecklenburg-Vorpommern. 2011

Richter, Eva A.: Psychiatrie in der DDR: Stecken geblieben – Ansätze vor 38 Jahren. In: Deutsches Ärzteblatt 98 (2001), H. 6

Rosemann, Matthias: Die Reform geht weiter – Handlungsfelder und Standards. In: Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiß (Hrsg.): Psychiatriereform 2011…der Mensch im Sozialraum. Bonn 2012, S. 40-51

Rüsch, Nicolas u.a.: Das Stigma psychischer Erkrankungen- Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. In: Berger, M. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie, elektronisches Zusatzkapitel Stigma 2004

Sendera,Alice/ Sendera, Martin: Borderline- die andere Art zu fühlen. Beziehungen verstehen und erleben. Heidelberg 2016

Speck, Andreas: Strukturelle Kontexte der Psychiatrie in Deutschland. Vorlesungsskript Hochschule Neubrandenburg. Neubrandenburg 2016

Steinhart, Ingmar/ Kleinwort, Kordula: Lebensfeldorientiert in einem Flächenland – Das Basis-Struktur- Modell als Ausgangspunkt gemeindepsychiatrischer Planungen in Mecklenburg-Vorpommern. In. Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): 25 Jahre Psychiatrie- Enquete. Bonn 2001, S. 253- 265

Internetquellen

Anti Stigma Kampagne M-V. URL:

http://antistigma-mv.de/

[Stand 17.07.2020]

AG Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden: Psychiatrie in Deutschland. Strukturen, Leistungen, Perspektiven. 2007 URL:

https://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage1_Psychiatrie-Bericht.pdf

[01.07.2020]

AG Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden: Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven. 2012 URL:

https://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/GMK-Bericht_2012_der_AG_Psychiatrie_de__AOLG.pdf

[Stand 25.06.2020]

AG Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden: Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Schwerpunkthemen „Inklusion- Auftrag und Umsetzung, Trialog und Selbsthilfe“ und „Zusammenhang Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie.“ 2017 URL:

https://www.gmkonline.de/beschluesse_oeffentl/90-GMK-Beschluss-Anlage-TOP-10-2.pdf

[26.06.2020]

Bundeszentrale für politische Bildung. URL:

https://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/handwoerterbuch-politisches-system/202030/gesellschaft-sozialstruktur

[Stand 26.06.2020]

Beine, Karl H.: 40 Jahre Psychiatrie Enquete: von heute aus gesehen – Die Forderungen sind noch nicht erfüllt. 2015 URL:

https://www.dgvt.de/aktuelles/details/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=3950&cHash=300a32736a4ce3cfc507840d1924cb05

[Stand 29.06.2020]

Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/Psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. 1975 URL:

https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/80a99fbacaed5e58ef5c0733bdf8af78f8017e3c/Psychiatrie_Enquete_WEB.pdf

[Stand 28.06.2020]

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN): Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung. 2018 URL:

https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f80fb3f112b4eda48f6c5f3c68d23632a03ba599/DGPPN_Dossier%20web.pdf

[Stand 28.06.2020]

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN): Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie. 2019 URL: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/154e18a8cebe41667ae22665162be21ad726e8b8/Factsheet_Psychiatrie.pdf

[Stand 20.06.2020]

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN): S-3 Leitlinie. Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2019 URL:

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020l_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf

[Stand 27.06.2020]

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. 2015 URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf;jsessionid=E3D79D0DBDC96A02D1EC98D40FD1811F.internet102?__blob=publicationFile

[Stand 20.06.2020]

Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH (GGP). URL:

https://www.ggp-gruppe.de/therapie-reha-erwachsene/tagesklinisch/

[06.07.2020]

Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH (GGP). URL:

https://www.ggp-gruppe.de/teilhabeleistungen-erwachsene/tagesstrukturierende-angebote/

[06.07.2020]

Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH (GGP). URL:

https://www.ggp-gruppe.de/therapie-reha-erwachsene/rehabilitativ/rehabilitationseinrichtung-fuer-psychisch-kranke-menschen-rpk/

[Stand 06.07.2020]

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Gbe). 2017 URL:

http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=74958723&nummer=547&p_sprache=D&p_indsp=6097&p_aid=26347594

[Stand 06.07.2020]

Hanse- und Universitätsstadt Rostock: Das >> Rostocker Modell <<. Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Hansestadt Rostock. Rostock 2011. URL:

https://www.q-acht.net/downloads/2013/2013-01-31-Rostocker-Modell.pdf

[08.07.2020]

Hanse- und Universitätsstadt Rostock. URL:

https://rathaus.rostock.de/de/bevoelkerungsentwicklung_nach_stadtbereichen/254079

[13.07.2020]

ICD-Code. URL: https://www.icd-code.de/icd/code/F00-F99.html

[Stand 22.06.2020]

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. URL:

https://www.kvmv.de/service/arztsuche/

[13.07.2020]

Klipker, Kathrin u.a.: Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland- Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: Robert-Koch-Institut (HRSG.): Journal of Health Monitoring- KiGGS Welle 2- Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen. 2018, S.37-45 URL:

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBE-DownloadsJ/JoHM_03_2018_KiGGS-Welle2_Gesundheitliche_Lage.pdf?__blob=publicationFile

[20.06.2020]

Lambert, Martin/ Kellner Michael. URL:

https://studylibde.com/doc/3263/powerpoint-präsentation---universitätsklinikum-hamburg

[Stand 17.06.2020]

Landesarbeitsgruppe Hilfeplanung/ Hilfeplankonferenz für psychisch Kranke und seelisch Behinderte M-V: Mustergeschäftsordnung für eine Hilfeplankonferenz (HPK) für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen. 2010 URL:

https://www.sozialpsychiatrie-mv.de/PDF/Mustergeschaeftsordnung2010.PDF

[14.07.2020]

Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern. URL:

https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/wm/gesundheit/Gesundheitsversorgung/Psychiatrische-Hilfen/

[29.06.2020]

Psychiatrienetz. URL:

https://www.psychiatrie.de/psychische-erkrankungen/depressionen.html

[Stand 24.06.2020]

Rank, Maria: Rodewischer Thesen. URL:

https://www.skh-rodewisch.sachsen.de/ueber_uns/rodewischer_thesen/

[Stand 08.07.2020]

Stiftung Deutsche Depressionshilfe. URL:

https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/was-ist-eine-depression

[Stand 24.06.2020]

Stiftung Deutsche Depressionshilfe. URL:

https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/was-ist-eine-depression/diagnose-der-depression

[Stand 24.06.2020]

Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch: Rodewischer Thesen. 1963 URL:

https://www.skh-rodewisch.sachsen.de/fileadmin/user_upload/rodewisch/pdf/Publikationen/Rodewischer_Thesen_1963.pdf

[Stand 06.07.2020]