

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 291, Juni 2023

Branchenanalyse ambulante Psychiatrie

**Entwicklungstrends und fragmentierte Strukturen –
Auswirkungen auf Arbeit und Beschäftigung in den
Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie**

Katharina Schöneberg und Katrin Vitols

Auf einen Blick

Neben stationären Einrichtungen und der Versorgung durch ambulante Praxen bieten auch Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie Leistungen für psychisch Kranke an. Die Ausgestaltung und Entwicklung dieser Einrichtungen ist in hohem Maße von externen Einflussfaktoren bestimmt; die Branche gilt als strukturell und finanziell fragmentiert. Die Studie untersucht die Auswirkungen der komplexen Rahmenbedingungen auf Arbeit und Beschäftigung. Beleuchtet werden Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen, Digitalisierung, Mitbestimmung und Geschäftsstrategien in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie.

Katharina Schöneberg, M. A. Internationale Wirtschaftsbeziehungen / Commerce International, ist Senior Consultant bei der Unternehmensberatung wmp consult – Wilke Maack in Hamburg mit den Themenschwerpunkten sozialer Dialog und industrielle Beziehungen, Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik, Personal- und Organisationsentwicklung und Mitarbeiterbeteiligung.

Katrin Vitols, Dr. sc. pol, ist Politologin und Senior Consultant bei der Unternehmensberatung wmp consult – Wilke Maack. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Arbeitsmarkt- und Beschäftigungssysteme, industrielle Beziehungen, Corporate Social Responsibility / Nachhaltigkeit und Corporate Governance.

© 2023 by Hans-Böckler-Stiftung
Georg-Glock-Straße 18, 40474 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Branchenanalyse ambulante Psychiatrie“ von Katharina Schöneberg und Katrin Vitols ist lizenziert unter

Creative Commons Attribution 4.0 (BY).

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell.
(Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

ISSN 2509-2359

Inhalt

Zusammenfassung.....	6
1. Einleitung.....	11
1.1 Methodik der Untersuchung	12
1.2 Die Einbettung der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie in die psychiatrische Versorgungslandschaft.....	15
1.3 Strukturelle Merkmale von Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie	20
1.4 Die Klientel der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie	26
1.5 Anzeichen einer Unterversorgung von psychisch Kranken.....	33
2. Politische und rechtliche Rahmensetzungen in der ambulanten Psychiatrie	35
2.1 Einschätzung der Lage der ambulanten psychiatrischen Versorgung im politischen und rechtlichen Kontext	43
3. Finanzierungsgrundlagen und Kostenträger der Leistungen	48
4. Geschäftsstrategien und wirtschaftliche Entwicklungen der Leistungsträger	58
5. Arbeit und Beschäftigung in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie	69
5.1 Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen.....	78
6. Mitbestimmung, Interessenvertretung und tarifliche Abdeckung	93
6.1 Verbandliche Interessenvertretung	95
6.2 Tarifverträge und tarifliche Abdeckung.....	100
7. Trends der Digitalisierung und Auswirkungen auf die Beschäftigten.....	105
7.1 Die Treiber der Digitalisierung.....	109
7.2 Stand der Digitalisierung in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie.....	112
7.3 Hemmnisse für die Digitalisierung in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie.....	117
7.4 Die Auswirkungen der Digitalisierung auf die Beschäftigten....	120

8. Ergebnisse.....	123
9. Ausblick: Arbeit und Beschäftigung in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie gestalten	132
Literatur.....	135
Anhang.....	156
A1 Interviewleitfaden	156
A2 Übersicht Expert*innen-Interviews	160

Abbildungen

Abbildung 1: Relevanz von Faktoren für die Geschäftsstrategie in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie	59
Abbildung 2: Bewertung der Belastungen.....	79
Abbildung 3: Bewertung der Sicherheit.....	82
Abbildung 4: Einschätzung der Arbeitszeiten.....	83
Abbildung 5: Bewertung Personal und Fachkräfte	86
Abbildung 6: Verbesserungen und Verschlechterungen der Arbeits- bedingungen in den letzten fünf Jahren	88
Abbildung 7: Einschätzung von Qualifizierung und Weiterbildung	92
Abbildung 8: Digitalisierung in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie	112
Abbildung 9: Einschätzungen der Auswirkungen von Digitalisierung auf die ambulante psychiatrische Versorgung.....	118
Abbildung 10: Auswirkungen der Digitalisierung auf die Arbeits- bedingungen der Beschäftigten in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie	120

Tabellen

Tabelle 1: Anzahl der Mitglieder und Partner der Bundesinitiative ambulante psychiatrische Pflege (BAPP).....	25
Tabelle 2: Ausgewählte psychiatrische Unterstützungsangebote und ihre Finanzierungsgrundlagen.....	50
Tabelle 3: Aufgabenbereiche und Kostenträger in der Sucht- und Drogenhilfe	54

Zusammenfassung

Mehr als ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung ist in Deutschland von einer psychischen Erkrankung betroffen. Psychische Störungen zählen in Deutschland inzwischen zu den am weitesten verbreiteten Krankheiten. Vor dem Hintergrund medizinischer und therapeutischer Fortschritte in der Behandlung und korrekteren und häufigeren Diagnosestellungen sowie einer Entstigmatisierung psychischer Leiden, nimmt die Anzahl von Personen mit psychischen Störungen, die Leistungen in Anspruch nehmen, zu.

Neben stationären Einrichtungen und der Versorgung durch ambulante Praxen bieten Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie Leistungen für psychisch Kranke an. Da sich die verschiedenen psychischen Erkrankungen erheblich voneinander unterscheiden und zu einem individuellen Versorgungs- und Behandlungsbedarf führen, ist das Leistungsangebot der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie entsprechend vielseitig und deckt die Bereiche Prävention, Beratung, Betreuung und Behandlung ab.

Die vorliegende Branchenstudie untersucht die komplexen Zusammenhänge von Faktoren, die auf die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie einwirken. Sie verfolgt das Ziel, Einflüsse, die die Ausgestaltung von Arbeit und Beschäftigung in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie prägen, darzulegen und Veränderungstendenzen in diesem Zusammenhang aufzuzeigen.

Untersucht werden die strukturellen, gesetzlichen, finanziellen und wirtschaftlichen, aber auch technologischen Rahmenbedingungen und Entwicklungstrends, die in der Branche vorherrschen und ihre Auswirkungen auf die Beschäftigten, die Qualifizierungsanforderungen und die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen. Ferner werden die Interessenvertretung innerhalb der kleinteiligen Betriebsstrukturen und die Tarifbindung in der Branche analysiert.

Die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie weisen eine Reihe von spezifischen Besonderheiten auf: Die Trägerlandschaft der ambulanten Psychiatrie ist vielfältig und das Leistungsspektrum im Bereich der psychiatrischen Versorgung weitgehend fragmentiert (vgl. Kapitel 1.3). Viele psychisch Kranke benötigen mehr als eine und verschiedenartige Leistungen, die auf unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen und Rechtskreisen basieren. Häufig wird auf das Fehlen ganzheitlicher Behandlungskonzepte und aufeinander abgestimmter psychiatrischer Hilfsangebote verwiesen (vgl. Kapitel 2.1 und 4); siehe auch Crefeld 2007; Greve et al. 2021; Steinhart/Wienberg 2017, S. 18–19).

Da kaum bundesweite Vorgaben existieren, unterscheiden sich die Angebote in der psychiatrischen Versorgung zwischen und innerhalb der

einzelnen Bundesländer mitunter stark und es existieren zum Teil bedeutende regionale Unterschiede in der Ausgestaltung der Versorgung hinsichtlich Angebots, Vielfalt, Finanzierung, Qualität und Vernetzung der Versorgungsangebote der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie (vgl. Kapitel 1.3, 1.5 und 2).

Die Arbeit der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie ist im hohen Maße von externen Einflussfaktoren bestimmt. Hierzu gehören gesetzliche Regelungen und der Einfluss verschiedener Kostenträger (vgl. Kapitel 2 und 3). In Bezug auf die gesetzlichen Regelungen existiert eine Vielzahl von verschiedenen Gesetzen auf Bundes- und Landesebene, die die Leistungserbringung regeln. Zum Beispiel legen verschiedene Bücher der Sozialgesetzgebung die Rahmenbedingungen der Leistungsgewährung und ihre Finanzierungsgrundlagen fest. Die Gesetze unterliegen dabei zahlreichen und fortwährenden Änderungen und Neuregelungen, die auch Entwicklungen in politischen Kontexten und in der Wertevorstellung widerspiegeln.

Die Kostenzuständigkeit für die ambulanten Versorgungsangebote ist auf eine Vielzahl von Trägern verteilt. Öffentliche Hand, Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Bundesagentur für Arbeit, Eigenmittel der Einrichtungen u. a. spielen eine Rolle. Auszumachen ist ein zunehmender Kostendruck durch zu knapp bemessene Finanzmittel, der zur teilweisen Unterversorgung von Betroffenen führt und die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie vor Herausforderungen stellt (vgl. Kapitel 1.5, 3 und 4). Insbesondere die Erbringung freiwilliger kommunaler Leistungen gilt häufig als unterfinanziert und eine fortlaufende Finanzierung als ungewiss. Darüber hinaus existiert in einigen Fällen ein Wettbewerb zwischen den Anbietern um eine kostengünstige Leistungserbringung.

Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor auf die Arbeit in den Einrichtungen sind Veränderungen in der Gruppe der Klient*innen (vgl. Kapitel 1.4). Die Krankheitsbilder der Klient*innen werden zunehmend facettenreicher und schwerwiegender; Komorbidität, d. h. das gleichzeitige Vorliegen mehrerer (chronischer) Krankheiten, gewinnt an Bedeutung. Mit zunehmenden Schweregrad der Erkrankung steigt auch der Leistungsbedarf der Klient*innen, trotzdem steht dieser Entwicklung bisher kein Personalaufwuchs gegenüber.

Die Beschäftigungsstrukturen in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie sind insgesamt von einem hohen Frauen- und Teilzeitanteil geprägt. Viele Einrichtungen sind von dem demografischen Wandel negativ betroffen und eine Überalterung droht. Die größte Berufsgruppe in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie ist die der Sozialarbeitenden. Weitere wichtige Berufsgruppen sind Ärzt*innen und Therapeut*innen für

Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrische Krankenpflegekräfte und sonstige Therapeut*innen (vgl. Kapitel 5).

Als relativ neue Beschäftigtengruppe kommen „Peerberater*innen“ hinzu. Es handelt sich dabei um Psychiatrieerfahrene mit spezifischer Weiterbildung, die in der Beratung und Betreuung von psychisch Kranken eingesetzt werden. Angemerkt werden muss, dass Peerberater*innen aufgrund fehlender Finanzierung wenig eingesetzt werden, obwohl die Beteiligung von Peerberater*innen Erfolge aufzeigt.

Die Beschäftigten in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie müssen für ihre Tätigkeit in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie oft umfassende Zusatzausbildungen absolvieren, die durch gesetzliche Regelungen oder von den Kostenträgern eingefordert werden (vgl. Kapitel 5). Die vorliegende Branchenstudie zeigt allerdings auf, dass die Finanzierung der Zusatzausbildungen häufig nicht zufriedenstellend ist. Die Kostenträger bezahlen z. B. die eingeforderten Schulungen nicht; Arbeitgeber beteiligen teilweise Arbeitnehmer*innen an den Kosten.

Hinzu kommt, dass sich die Teilnahme an Fort- und Weiterbildung finanziell für die Beschäftigten häufig nicht lohnt. Zum Beispiel hat der Abschluss der Fort- und Weiterbildungen kaum Auswirkungen auf die tarifliche Einstufung der Beschäftigten. Eine weitere Herausforderung in der Branche besteht in den fehlenden beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten in vielen Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie.

Die Arbeit in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie findet in einem schwierigen und komplexen Kontext statt (vgl. Kapitel 5.1). Die emotionalen und mentalen Arbeitsanforderungen an die Beschäftigten sind sehr hoch. Psychische Belastungen und physische Gefährdungen haben durch eine zunehmende Gewaltbereitschaft der Klient*innen ebenfalls an Bedeutung gewonnen. Eine steigende Anzahl der Klient*innen pro Mitarbeiter*in und der erhöhte Betreuungsbedarf durch den gestiegenen Schweregrad der Erkrankungen führen bei den Beschäftigten zu einer zunehmenden Arbeitsmenge.

Die Personalbemessung wird in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie selten als angemessen eingeschätzt. Verbindliche Vorgaben für die Personalbemessung fehlen weitgehend. Die unangemessene Personalbemessung ist vor allem auf den Trend hin zu Kosteneinsparungen und Effizienzsteigerungen der Mitarbeiterleistungen zurückzuführen und führt bei den Beschäftigten zu Arbeitsverdichtung und Arbeitsintensivierung. Darüber hinaus ist die Branche von einem massiven Fachkräftemangel betroffen, der verschiedene Berufsgruppen betrifft – insbesondere jedoch die Berufsgruppen der Ärzt*innen und Sozialarbeitenden.

In den letzten Jahren verändern außerdem Digitalisierungstrends die Tätigkeiten von Mitarbeiter*innen (vgl. Kapitel 7). Zwar ist der Einsatz von

digitalen Technologien in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie unterschiedlich weit entwickelt, jedoch hat insgesamt die Digitalisierung in der Verwaltung und Organisation in den Einrichtungen verstärkt Einzug erhalten.

An der Schnittstelle zu den Klient*innen sind Digitalisierungsbemühungen hingegen selten. Die Branchenstudie hat ergeben, dass digitale Angebote hier insbesondere für Klient*innen offenstehen sollen, die nicht durch klassische Kommunikationswege und Vor-Ort-Angebote erreicht werden können. Hemmenden Faktoren für die Digitalisierungsbemühungen in der Branche werden im Krankheitsbild der Klient*innen sowie in finanziellen und technischen Herausforderungen gesehen.

Insgesamt haben die Digitalisierungsprozesse in der Wahrnehmung der Mitarbeiter*innen nur wenig positive Auswirkungen auf Arbeit und Beschäftigung mit sich gebracht. Zwar schreiben die Beschäftigten der Digitalisierung positive Effekte zu (wie Arbeitserleichterungen), sie verweisen aber gleichzeitig auch auf eine Reihe negativer Folgen der Digitalisierung. Hierzu gehört eine Zunahme der Arbeitskomplexität und des Arbeitsvolumens. Insbesondere ergibt sich aus der Digitalisierung auch ein steigender Qualifizierungsbedarf für Beschäftigte, der allerdings nur selten durch Schulungen abgedeckt wird.

Die eher kleinteiligen betrieblichen Strukturen in der Branche führen dazu, dass Arbeitnehmervertretungen in den Einrichtungen häufig fehlen (vgl. Kapitel 6). Dort, wo betriebliche Interessenvertretungen vorhanden sind, grenzt der Kostendruck den Handlungsspielraum der Arbeitnehmervertretungen für die Ausgestaltung der Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen ein. Unzureichende oder nicht pünktliche Informationen oder gar Behinderungen durch die Geschäftsführung erschweren die Arbeit der Interessenvertretungen zusätzlich. Trotzdem zeigt die Studie auf, dass Arbeitnehmervertretungen erfolgreich arbeitnehmerrelevante Themen platzieren können.

Die Entgelte der Beschäftigten basieren auf verschiedenen Regelungen und auch die tariflichen Grundlagen in der Branche variieren zwischen den Trägergruppen und teilweise auch zwischen den Berufsgruppen. Dies führt zu Ungleichbehandlungen und Gehaltsunterschieden in der Branche. Eine Herausforderung der tariflichen Bezahlung und insbesondere hinsichtlich Tarifsteigerungen liegt darin, dass bei Zuwendungen durch die öffentliche Hand die tariflichen Entwicklungen mitunter keine Berücksichtigung finden.

Die Branchenstudie nutzt verschiedene empirische Untersuchungsmethoden und basiert neben einer Literaturanalyse auf Expert*innen-Interviews und einer Befragung von 28 Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie. Die 18 semi-

strukturierten Expert*innen-Interviews wurden unter Nutzung von Leitfäden mit Vertreter*innen von Verbänden, Mitgliedern der Geschäftsführung und weiteren Personen in leitenden Funktionen der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie, Wissenschaftler*innen sowie Beschäftigten der Einrichtungen geführt (siehe Anhang).

Schwerpunkte der Untersuchung bilden die Bereiche Sozialpsychiatrische Dienste, Sucht- und Drogenhilfe und psychiatrische häusliche Krankenpflege, da sie als Kernbestandteile der Branche der Einrichtung der ambulanten Psychiatrie gelten können (vgl. Kapitel 1.2).

1. Einleitung

In Deutschland ist mehr als ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung im Zeitraum eines Jahres von einer psychischen Erkrankung betroffen (Jacobi/Höfler et al. 2016). Vor dem Hintergrund medizinischer und therapeutischer Fortschritte in der Behandlung und korrekteren und häufigeren Diagnosestellungen sowie einer Entstigmatisierung psychischer Leiden nimmt die Anzahl von Personen mit psychischen Störungen, die Leistungen in Anspruch nehmen, zu. Neben stationären Einrichtungen und der Versorgung durch ambulante Praxen bieten Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie Leistungen für psychisch Kranke an.

Die verschiedenen psychischen Erkrankungen unterscheiden sich erheblich voneinander und führen zu einem individuellen Versorgungs- und Behandlungsbedarf (BPtK o. J., S. 3). Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie, wie Sozialpsychiatrische Dienste, Anbieter von Hilfen zur Selbstversorgung, Kontakt- und Beratungsstellen, Krisendienste und Einrichtungen für spezielle Hilfen oder spezifische Zielgruppen, verfügen entsprechend über ein vielseitiges Leistungsangebot in den Bereichen Prävention, Beratung, Betreuung und Behandlung, das häufig niederschwellig angelegt ist.

Die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie weisen eine Reihe von spezifischen Besonderheiten auf. Sie werden von verschiedenen Trägern unterhalten und die Branche gilt als strukturell fragmentiert. Die Versorgungsstrukturen weichen in und zwischen den Bundesländern voneinander ab. Zum Teil existieren bedeutende regionale Unterschiede in der Ausgestaltung der Versorgung (Eichenbrenner 2017, S. 118f.; SVR 2012, S. 50).

Darüber hinaus sind die Ausgestaltung und Entwicklung der Einrichtungen im hohen Maße von externen Einflussfaktoren bestimmt. Hierzu gehören gesetzliche Regelungen, die vor allem Finanzierungs- und Leistungsaspekte festlegen, und der Einfluss der verschiedenen Kostenträger, die über Bewilligung von Maßnahmen sowie die Vergütung von Einrichtungen entscheiden.

Die strukturelle und finanzielle Fragmentierung verursacht Intransparenz und Schnittstellenverluste. Ein zunehmender Kostendruck durch zu knapp bemessene Finanzmittel führt teilweise zur Unterversorgung von Betroffenen und stellt die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie vor Herausforderungen. Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor sind Veränderungen in der Gruppe der Klient*innen. Insbesondere nehmen Fall-schwere und -komplexität zu.

Diese Faktoren wirken sich unmittelbar auch auf die in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie beschäftigten Personen aus und bestim-

men ihre Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen. In dem personalintensiven Sektor führt der Kostendruck u. a. zu einer gesteigerten Arbeitsintensität, einem erhöhten Arbeitsvolumen und Zeitdruck bei der Arbeit und einer nicht angemessenen Vergütung. In den letzten Jahren verändern außerdem Digitalisierungstrends die Tätigkeiten von Mitarbeiter*innen. Zudem wird der Fachkräftemangel in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie bei verschiedenen Berufsgruppen immer deutlicher spürbar.

Die vorliegende Branchenstudie untersucht die komplexen Zusammenhänge, die auf die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie einwirken. Sie verfolgt das Ziel, Faktoren, die die Ausgestaltung von Arbeit und Beschäftigung in der Branche prägen, darzulegen und Veränderungstendenzen in diesem Zusammenhang aufzuzeichnen. Untersucht werden die strukturellen, gesetzlichen, finanziellen und wirtschaftlichen sowie technologischen Rahmenbedingungen und Entwicklungstrends, die in der Branche vorherrschen und ihre Auswirkungen auf Arbeit und Beschäftigung.

Hierfür werden Branchen- und Klientenstruktur, Leistungsangebot, gesetzliche und politische Rahmensetzung, Finanzierung und Geschäftsstrategien untersucht. Ein Schwerpunkt der Untersuchung liegt auf den Beschäftigten, den Qualifizierungsanforderungen, den Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen, der Tarifbindung und der Interessenvertretung innerhalb der kleinteiligen Betriebsstrukturen. Außerdem werden in der Untersuchung auch die Auswirkungen von Digitalisierungstrends auf die Branche, Arbeitsprozesse sowie Arbeitsbedingungen dargestellt.

Die Branchenanalyse zu Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie basiert schwerpunktmäßig auf einer Untersuchung der Bereiche Sozialpsychiatrische Dienste, Sucht- und Drogenhilfe und psychiatrische häusliche Krankenpflege.

1.1 Methodik der Untersuchung

Die Branchenstudie nutzt verschiedene empirische Untersuchungsmethoden und basiert neben einer Literaturanalyse auf Expert*innen-Interviews und einer Befragung von Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie. Hinsichtlich der Sekundärliteratur basiert die Branchenstudie auf Auswertungen von Studien und anderen Publikationen der letzten zehn Jahre.

Die Expert*innen-Interviews wurden im Winter 2021 und Frühjahr 2022 mit insgesamt 18 Branchenexpert*innen durchgeführt. Die Gruppe der Interviewpartner*innen setzt sich zusammen aus: Vertreter*innen träger-,

berufs- oder krankheitsspezifischer Verbände oder Organisationen (n=10), Mitgliedern der Geschäftsführung und weiteren Personen in leitenden Funktionen (n=5), einer Wissenschaftlerin* einem Wissenschaftler sowie Beschäftigte in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie (n=2).

Anzumerken ist, dass einige der interviewten Verbands- und Organisationsvertreter*innen gleichzeitig in führenden Positionen in einer oder mehreren Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie tätig waren. Fünf Interviewpartner*innen arbeiteten gleichzeitig in einer oder mehreren Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie als Führungskräfte. Zusätzlich wurden fünf weitere Interviews mit Personen in leitenden Funktionen in ausgewählten Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie durchgeführt.

Zwei Interviews wurden mit Beschäftigten, die zum Teil einer Arbeitnehmervertretung angehörten, und ein Interview mit einer Universitätsprofessor*in für Soziale Arbeit durchgeführt. Die Expertengespräche dienten dazu, Erkenntnisse zur Struktur und Entwicklung der Branche zu gewinnen und damit verbundene Herausforderungen festzumachen. Des Weiteren wurden die Einschätzungen der Befragten zu Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen und zentralen Problemlagen hinsichtlich der Beschäftigten erfasst.

Als Ergänzung zu den Expert*innen-Interviews wurde im Frühjahr 2022 in der Gruppe der Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten eine gesonderte Online-Befragung durchgeführt. Die Befragung wurde über die gewerkschaftlichen Netzwerke der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) verteilt. Insgesamt nahmen 28 Personen an der Befragung teil, darunter 18 Beschäftigte und zehn Mitglieder der betrieblichen Arbeitnehmervertretung (Personalrat, Betriebsrat oder Mitarbeitervertretung).

Die Gruppe der befragten Beschäftigten setzt sich aus psychologischen Psychotherapeut*innen, Ärzt*innen (einschließlich ärztlichen Psychotherapeut*innen), Sozialpädagog*innen, Sozialarbeiter*innen, Heilpädagog*innen, Pflegefachkräften und Bewegungstherapeut*innen/Physiotherapeut*innen zusammen, wobei der Anteil von Sozialarbeitenden (Sozialpädagog*innen, Sozialarbeiter*innen) unter den Antwortenden am höchsten ist.

Die befragten Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten arbeiteten für Einrichtungen in öffentlich-rechtlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft, die hauptsächlich in den Bereichen Sucht- und Drogenhilfe, Sozialpsychiatrische Dienste, Betreutes Wohnen, psychosoziale Tagesstätten und psychiatrische häusliche Krankenpflege Leistungen anboten.

Ziel der Befragung war es, Auffassungen und Forderungen von Arbeitnehmervertretung und Beschäftigten hinsichtlich struktureller Herausforderungen und wirtschaftlicher Entwicklungen in der Branche, Beschäftigung und Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen, Interessenvertretung,

Umsetzung und Auswirkung von Digitalisierung sowie zukünftiger Entwicklungen in der Branche zu erfassen.

Bei der Verteilung von Befragungen über gewerkschaftliche Netzwerke ist bei der Analyse zu berücksichtigen, dass gewerkschaftlich organisierte Beschäftigte unter Umständen über bessere Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen verfügen als nicht organisierte Beschäftigte. In der Befragung sind 74 Prozent der Antwortenden Mitglied in einer Gewerkschaft.

Hinsichtlich weiterer Analysen ist anzumerken, dass die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie statistisch kaum erfasst sind (Heinig 2010). Die Versorgung durch Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie bildet keine eigene Wirtschaftsklasse, sondern ist auf verschiedene Klassen im Wirtschaftszweig „Gesundheits- und Sozialwesen“ verteilt. Strukturelle Unternehmens- oder Branchendaten, z. B. aus einer Unternehmens-, Kostenstruktur- oder Beschäftigtenstatistik, existieren – auch für Teilbereiche der ambulanten Psychiatrie – kaum.

Die Branchenstudie ist in mehrere Teile gegliedert. Im ersten Kapitel werden Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie sowie ihre Rolle im Kontext der psychiatrischen Versorgungslandschaft in Deutschland dargestellt. Außerdem beinhaltet das Kapitel Ausführungen zu den Trägerstrukturen und der Klientel der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie. Die Entwicklung der gesetzlichen Regulierung mit Bezug auf die Leistungen der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie wird im Kontext politischer Rahmenbedingungen in Kapitel 2 dargestellt.

Es folgt in Kapitel 3 eine Analyse der Finanzierungsgrundlagen und Leistungsgewährung. Anschließend werden in Kapitel 4 die Geschäftsstrategien von Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie dargestellt. In Kapitel 5 werden die Beschäftigungsstruktur sowie die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen analysiert. Die betrieblichen Interessenvertretungen und Ausgestaltung der Mitbestimmung sowie verbandliche Interessenvertretungen und Positionen werden in Kapitel 6 betrachtet.

Kapitel 7 untersucht Digitalisierungsprozesse in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie und die Auswirkungen der Digitalisierung auf Arbeitsprozesse und Arbeitsbedingungen. Kapitel 8 beinhaltet ein Fazit zu den Gegebenheiten und Entwicklungen, die auf die Arbeit und Beschäftigung in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie einwirken, sowie eine Zusammenfassung der Herausforderungen, mit denen sich in absehbarer Zeit auseinandergesetzt werden sollte.

1.2 Die Einbettung der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie in die psychiatrische Versorgungslandschaft

Im deutschen Gesundheitssystem kann zwischen ambulant und stationär erbrachten Gesundheitsleistungen unterschieden werden. Die stationäre medizinische Versorgung wird von öffentlichen, gemeinnützigen und privaten Krankenhäusern bereitgestellt. Eine stationäre Behandlung liegt vor, wenn die Patientin*der Patient zeitlich ununterbrochen im Krankenhaus untergebracht ist. In die ambulante medizinische Versorgung fallen Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsleistungen, die außerhalb von stationären Einrichtungen erbracht werden.

Die psychiatrischen Hilfeleistungen¹ werden entsprechend in ambulante und stationäre, aber zusätzlich auch in teilstationäre und komplementäre (ergänzende) Angebote untergliedert (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker 2009; Kempinski 2020; Kivelitz/Dirmaier/Härter 2021; Melchinger 2008).

Stationäre Leistungen werden von psychiatrischen Krankenhäusern oder entsprechenden Fachabteilungen erbracht. Die stationäre Krankenhausbehandlung sollte insbesondere bei schweren Erkrankungen oder in akuten Notfällen veranlasst werden, wenn die ambulante Versorgungsangebote nicht bestehen oder ausgeschöpft sind bzw. eine weiterführende medizinische Behandlung unter vollstationärer Behandlung unumgänglich erscheint. Stationäre psychiatrische Leistungen umfassen u. a. Diagnostik, Therapie und Rehabilitation für psychisch Kranke.

Tageskliniken und Tagesstätten werden häufig dem teilstationären Bereich zugeordnet. In Tageskliniken sind Patient*innen nur tagsüber in der Klinik und abends und/oder am Wochenende zu Hause. Tageskliniken sind häufig an Krankenhäuser angegliedert. Die Behandlungsangebote gleichen denen der vollstationären Behandlung.

Tagesstätten sind im Gegensatz zu Tageskliniken nicht ärztlich geleitet. Zielgruppe der Tagesstätten sind häufig Menschen, die nicht in der Lage sind, zu arbeiten oder sich selbst ausreichend zu versorgen. Die Tagesstätten bieten den Betroffenen z. B. psychiatrische Leistungen, Beschäftigung, ein soziales Umfeld und eine Tagesstrukturierung an. Teilweise sind sie mit Beratungsstellen oder betreuten Wohneinrichtungen

1 Die vorliegenden Branchenstudie unterscheidet in der Analyse meist nicht zwischen psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen oder soziotherapeutischen Leistungen, sondern verwendet überwiegend zusammenfassend den Begriff psychiatrische Leistungen.

verbunden. Die Tagesstätten sind in den Bundesländern unterschiedlich aufgestellt und finanziert.

Ambulante psychiatrische Leistungen werden von verschiedenen Leistungserbringern erbracht. Unter die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie fallen Sozialpsychiatrische Dienste, Kontakt- und Beratungsstellen, Krisendienste, Anbieter von Hilfen zur Selbstversorgung (z. B. ambulant Betreutes Wohnen, psychiatrische häusliche Krankenpflege) und Einrichtungen für spezielle Hilfen (z. B. für Suchtkranke oder andere spezifische Zielgruppen).

Ambulante psychiatrische Leistungen werden außerdem in ambulanten Praxen angeboten. Niedergelassene Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie niedergelassene ärztliche oder psychologische Psychotherapeut*innen in ambulanten Praxen bieten Diagnostik und Therapie für Menschen mit psychischen Störungen an oder leiten Rehabilitationsmaßnahmen ein. Als Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen werden beispielsweise Verhaltenstherapie, Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in ambulanten Praxen finanziert.

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) sind an Krankenhäuser angegliedert und bieten ebenfalls ambulante Leistungen an. Die Institutsambulanzen verfügen über multiprofessionelle Teams und sind vor allem für die Nachbehandlung einer entlassenen Patientin*ines entlassenen Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt zuständig. Sie spielen aber auch eine wichtige Rolle für die Ein- und Überweisung von Patient*innen in die Klinik und sind damit für die Bettenbelegung relevant.

Einige Institutsambulanzen dienen auch als erste Anlaufstelle für eine Diagnose und beraten zu passenden Behandlungsangeboten. Darüber hinaus bieten Institutsambulanzen auch sozialarbeiterische oder kunst- und musiktherapeutische Leistungen an.

In den folgenden Abschnitten wird die Versorgung durch die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie anhand ihrer Tätigkeitsfelder und Zielsetzungen näher erläutert.

Sozialpsychiatrische Dienste

Die Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste sind in der Landesgesetzgebung definiert und unterscheiden sich je nach Bundesland (Elgeti 2020, S. 19). Es besteht eine „regionale Versorgungsverpflichtung“ (Elgeti 2020, S. 65), sodass eine flächendeckende Verfügbarkeit gegeben ist. Sozialpsychiatrische Dienste dienen der Bündelung ärztlicher und sozialer Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Störungen. Die Dienste sind auch dazu verpflichtet, aufsuchend tätig zu werden und Klient*innen Hausbesuche abzustatten.

Ziel ist es im Rahmen der Krisenprävention und -intervention, Klinikeinweisungen von chronisch psychisch Erkrankten möglichst zu vermeiden (Regus/Gries 2005, S. 9 und 88). Die wichtigsten und umfangreichsten Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste sind die niedrigschwellige Beratung und Betreuung für Menschen mit psychischen Erkrankungen (z.B. Depressionen, Psychosen, Ängste, Zwangserkrankungen) sowie insbesondere auch Unterstützung für ältere psychisch erkrankte Menschen, die ohne Hilfe nicht allein zurechtkommen, und mitunter geistig behinderte Menschen sowie Angehörige, Nachbar*innen und Bekannte der Betroffenen.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste unterscheiden sich hinsichtlich der Integration von Suchtberatung. Nicht alle Dienste bieten diese an, manche sind allerdings auch anerkannte Suchtberatungsstellen (Melchinger 2008, S. 51). Hinzu kommen Krisenintervention in akuten seelischen Notlagen oder bei psychiatrischen Notfällen. Bei Selbst- oder Fremdgefährdung kann der Sozialpsychiatrische Dienst bei einer (auch erzwungenen) Unterbringung mitwirken. Des Weiteren übernehmen die Dienste die Planung und Koordination von Einzelfallhilfen (Elgeti 2020, S. 67 f.).

Netzwerkarbeit und Steuerung der regionalen Zusammenarbeit werden ebenfalls als Kernaufgabe betrachtet, spielen bisher jedoch im täglichen Geschäft eine eher untergeordnete Rolle (Elgeti 2018a, S. 14). Auch die Nachbetreuung entlassener Patient*innen und die Vermittlung in (teil-)stationäre Einrichtungen sind für die Arbeit der Dienste von Bedeutung (Schäffler/Finke 2014).

Sucht- und Drogenhilfe

Das Segment der Sucht- und Drogenhilfe umfasst ein breites Spektrum an Leistungen. Da die Sucht- und Drogenhilfe auf ein Krankheitsbild – die Sucht – zielt, ist die Struktur der Leistungsträger mit der der psychiatrischen Versorgung in Deutschland insgesamt identisch – mit dem Unterschied, dass sich das Angebot an eine spezifische Zielgruppe, die suchterkrankten Menschen², richtet. So umfasst die Sucht- und Drogenhilfe stationäre, ambulante und selbsthilfebezogene Hilfeformen (Höke et al. 2021).

Stationäre Behandlungsangebote der Sucht- und Drogenhilfe werden von psychiatrischen Fachabteilungen oder Fachkliniken angeboten. Im Rahmen der stationären Sucht- und Drogenhilfe werden z. B. Kriseninterventionen, Entgiftungen und Entzugsbehandlungen sowie medizinische Maßnahmen zur Rehabilitation durchgeführt. Zum Teil werden Suchtkranke von psychiatrischen Tageskliniken und Tagesstätten mit betreut.

2 Suchterkrankte Menschen werden, soweit nicht anders vermerkt, im Rahmen dieser Studie mit psychisch Erkrankten zusammengefasst.

Aufgabe niedergelassener Ärzt*innen ist es in erster Linie die Abhängigkeitserkrankung zu diagnostizieren und die Betroffenen an Beratungsstellen oder in eine therapeutische Behandlung zu vermitteln. Sie übernehmen aber auch medizinische Behandlungen, einschließlich der Verschreibung von Substituten. Psychiatrische Institutsambulanzen bieten für suchterkrankte Menschen häufig Leistungen der angegliederten Klinik an, wie z. B. eine Entwöhnungsbehandlung im Setting einer ambulanten medizinischen Rehabilitation.

Im Rahmen der vorliegenden Branchenstudie werden vorrangig ambulante Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe untersucht. Hierunter fallen vor allem Sucht- und Drogenberatungsstellen, die als niedrighschwellige Einrichtungen, die Betroffenen durch offene Kontakt- und Gesprächsangebote einen einfachen Zugang zum Hilfesystem der Sucht- und Drogenhilfe bieten sollen.

Während die Rolle der Sucht- und Drogenberatungsstelle in der Vergangenheit hauptsächlich in der Vermittlung von Klient*innen in (stationäre) Behandlung und in der Therapievorbereitung gesehen wurde, haben die Beratungsstellen mit der abnehmenden Bedeutung des Behandlungsziels der Abstinenz und der zunehmenden Bedeutung des Ziels der gesundheitlichen und sozialen Schadensminimierung in ihrer Funktion der begleitenden Hilfe an Relevanz gewonnen.

Wichtige Aufgaben der Sucht- und Drogenberatung sind deshalb die psychosoziale Begleitung der Substitutionsbehandlung und die Intervention bei Krisen und Rückfällen. Zum Teil bieten die Beratungsstellen auch selbst ambulante medizinische Rehabilitation an. Sie führen darüber hinaus Präventionsarbeit und Frühintervention durch (z. B. im Rahmen der Straßensozialarbeit).

Außerdem bieten einige Leistungsträger Formen des ambulant Betreuten Wohnens für suchterkrankte Menschen an. Ein solches Angebot ist insbesondere relevant, da substanzbezogene Störungen häufig zu Wohnungslosigkeit führen (fdr 2017). Ferner ist der Bereich Arbeitsförderung für Suchtkranke in der Sucht- und Drogenhilfe bedeutend. Hierunter fallen Anbieter von Qualifizierungsmaßnahmen sowie beschützende Arbeitsplätze für suchterkrankte Menschen.

Unter die Anbieter von Hilfen zur Selbstversorgung fallen Betreiber von Betreutem Wohnen, Anbieter von beschützender Arbeit und die psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP). Hinsichtlich des Betreuten Wohnens existieren verschiedene Leistungstypen, die in ambulante oder stationär betreute Wohnformen unterschieden werden können. So können psychisch Kranke dauerhaft in einem Wohnheim untergebracht werden oder in ein Übergangswohnheim für eine befristete Zeit wohnen. Betreutes Wohnen in einer Wohngemeinschaft oder in einer Einzelwohnung

des*der psychisch Kranken (mit eigenem Mietvertrag) wird in der Regel als ambulant Betreutes Wohnen bezeichnet.

Die einzelnen Träger bieten zum Teil verschiedene Wohnformen (Wohnen im Verbund) an, sodass z. B. ein Wechsel von einer Wohnform zu einer anderen bei gleichbleibenden Bezugspersonen möglich ist. Die Betreuung umfasst den Umgang mit der Krankheit, die Unterstützung beim Aufbau von sozialen Kontakten und bei der Bewältigung von häuslichen Tätigkeiten (Einkaufen, Kochen), die Strukturierung des Alltags und Behördenangelegenheiten. Die Betreuungsintensität richtet sich nach dem individuellen Bedarf des*der zu Betreuenden.

Durch Neuregelungen im Bundesteilhabegesetz (BTHG) wird jedoch eine Trennung von Mietverhältnis und Betreuungsleistungen angestrebt (vgl. Kapitel 2). Diese Trennung findet auch durch neue Begriffsbezeichnungen, wie z. B. „mobile Unterstützung“ für die Betreuungsleistungen im Rahmen des Betreuten Wohnens, ihren Ausdruck. Der Begriff „Betreutes Wohnen“ ist für die Angebote insgesamt jedoch weiterhin geläufig und wird deshalb auch in der vorliegenden Branchenstudie verwendet.

Anbieter von beschützender Beschäftigung für psychisch Kranke unterhalten häufig besondere Werkstätten. Sie geben psychisch Kranken die Möglichkeit, unter weniger leistungsorientierten Bedingungen einer Tätigkeit nachzugehen.

Psychiatrische häusliche Krankenpflege

Die psychiatrische häusliche Krankenpflege (u. a. auch ambulante psychiatrische Pflege [APP] genannt) umfasst Hilfsangebote zur Versorgung psychisch kranker Menschen im eigenen Wohnbereich (Karsten 2018; Tschinke 2022c, S. 17). Sie richtet sich an psychisch kranke Personen, die nicht in der Lage sind, andere bestehende Hilfsangebote selbstständig aufzusuchen und/oder ihren Alltag allein zu bewältigen. Als aufsuchende Hilfeleistung bezieht die psychiatrische häusliche Krankenpflege das persönliche Umfeld der Klientin*des Klienten mit den entsprechenden Bedingungen (Wohn-, Arbeits- und finanzielle Situation, Vernetzung mit Familie, Freund*innen, Nachbarschaft) ein.

Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten, eine Sicherstellung der Behandlung der Krankheit und die Vorbeugung von Rückfällen. Durch die psychiatrische häusliche Krankenpflege soll vor allem die Selbstbefähigung der Klient*innen gefördert werden. Hierzu werden die Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege auch mit Angeboten weiterer Leistungsträger vernetzt und abgestimmt (z. B. andere Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie, Psychiatrische Institutsambulanzen und ambulante Praxen; Tschinke 2022c, S. 17–19).

Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch kranke Menschen werden häufig durch Kommunen, Wohlfahrtsverbände und andere freie Träger angeboten. Die Leistungen der Kontakt- und Beratungsstellen beinhalten beratende Einzelgespräche und verschiedene Gruppenangebote (Kontaktfindung, Freizeitgestaltung). In den Beratungsstellen sind neben Sozialarbeitenden zum Teil auch Ärzt*innen und Therapeut*innen beschäftigt, sodass entsprechende Einrichtungen auch Behandlungen durchführen können. Viele Kontakt- und Beratungsstellen sind auf bestimmte Diagnosen oder Personengruppen spezialisiert (LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen 2019, S. 9).

Psychiatrische Krisennotdienste und Krisenhilfen bieten eine überbrückende Hilfe im Notfall an, bis eine reguläre Beratung und Behandlung in Anspruch genommen werden kann. Krisendienste sind teilweise an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr erreichbar. Des Weiteren existiert eine Vielzahl von ambulanten Einrichtungen, die nicht explizit psychiatrische Leistungen anbieten, aber auch Hilfen erbringen, die im weiteren Sinne unter der psychiatrischen Versorgung subsumiert werden können. Unter sogenannte komplementäre Angebote fällt z.B. die Telefonseelsorge (Melchinger 2008, S. 7).

1.3 Strukturelle Merkmale von Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie

Die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie werden von verschiedenen Trägern unterhalten. Die Branche gilt als stark fragmentiert. Es existieren öffentlich-rechtliche, freigemeinnützige und privatwirtschaftliche Träger. Einrichtungen in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft werden z. B. von den Kommunen oder Bezirken getragen.

Die freigemeinnützigen Träger setzen sich zusammen aus Trägern der Freien Wohlfahrtspflege und sonstigen gemeinnützigen Trägern. Wichtige Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sind die Arbeiterwohlfahrt (AWO), der Deutsche Caritasverband (DCV), der Paritätische Wohlfahrtsverband (Der Paritätische), das Deutsche Rote Kreuz (DRK), das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (DW der EKD) und die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland (ZWST). Die Wohlfahrtsverbände sind häufig föderalistisch strukturiert und die Mitgliedsorganisationen überwiegend rechtlich selbstständig (Stock et al. 2020, S. 72 f.).

Neben den Trägern, die gemeinnützig arbeiten, existieren privatwirtschaftliche Träger, die das Ziel verfolgen, mit ihrem Leistungsangebot,

Gewinne zu erzielen. Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie in privatwirtschaftlicher Trägerschaft besitzen häufig die Rechtsform der GmbH.

Während statistische Angaben zu dem stationären Bereich der psychiatrischen Versorgung sowie zur Anzahl der ambulanten Praxen existieren, fehlen Daten hinsichtlich der Anzahl der Einrichtungen im Bereich der ambulanten Psychiatrie weitestgehend.

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie – als Zusammenschluss gemeindepsychiatrischer Trägerorganisationen, die ambulante und netzwerkbasierende Hilfen für psychisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen anbieten – listet in seinem Online-Atlas „Hilfen der Gemeindepsychiatrie“ rund 1.500 gemeindepsychiatrische Angebote im Rahmen von Beratung, Behandlung, Wohnen, Selbsthilfe und bürgerschaftlichem Engagement in Deutschland auf (DVGP o. J.).

Davon entfallen 408 Einträge auf die Kategorie „Alltagsgestaltung und Beratung“ (einschließlich ambulanter Hilfen, Betreuung, Kontakt- und Beratungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste), 233 Einträge auf die Kategorie „Arbeit“ (u. a. Arbeitsgelegenheiten, Belastungs- und Arbeitserprobung und Werkstätten) und 469 Einträge auf die Kategorie „Wohnen“ (z. B. ambulant Betreutes Wohnen, Gastfamilien, Tagespflege).

Die Einträge beinhalten jedoch auch Angaben von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), psychiatrischen Kliniken und psychiatrischen Institutsambulanzen.³ Darüber hinaus wurde in entsprechenden Interviews eingeräumt, dass der Atlas nicht repräsentativ für die Versorgungslage in Deutschland ist, sondern eher die Angebote von Anbietern widerspiegeln, die als Mitglied im Dachverband eine politische Stimme haben wollen.

Statistische Angaben existieren für den Trägerkreis der Freien Wohlfahrtspflege: Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die sechs Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege vertritt, gibt in der zuletzt veröffentlichten Gesamtstatistik für das Jahr 2016 an, dass 6.882 Beratungsstellen oder Einrichtungen für ambulante Dienste in der Freien Wohlfahrtspflege existierten (BAGFW 2019). Die Beratungsstellen und Einrichtungen für ambulante Dienste beschäftigten insgesamt 23.432 Personen.

Weitere Angaben sind in der Gesamtstatistik für ausgewählte Teilbereiche der ambulanten Psychiatrie zu finden (unter „Statistik der Arbeitsbereiche: Hilfe für Personen in besonderen sozialen Situationen“):

- Krisendienste: 115 Einrichtungen, 779 Beschäftigte
- Beratungs- und Betreuungsstellen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen: 1.294 Einrichtungen, 6.357 Beschäftigte

³ Zur Bedeutung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) siehe auch Schöneberg/Vitols 2023.

- ambulant Betreutes Wohnen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen: 106 Einrichtungen, 408 Beschäftigte

Aus den Angaben lässt sich auch die durchschnittliche Beschäftigungsgröße der Einrichtungen errechnen. So beträgt die durchschnittliche Anzahl der Beschäftigten bei Krisendiensten sieben Beschäftigte, bei Beratungs- und Betreuungsstellen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen fünf Beschäftigte und im Bereich ambulant Betreutes Wohnen vier Beschäftigte. Demnach weisen die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie aus dem Trägerkreis der Freien Wohlfahrtspflege eher kleinteilige Einstellungsstrukturen auf. Die Anzahl der betreuten Personen wurde in der Statistik nicht erfasst.

Anzumerken ist, dass durch die Länderzuständigkeit in der psychischen Versorgungslandschaft (vgl. Kapitel 2 und 3) die Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen in den Bundesländern voneinander abweicht und zum Teil bedeutende regionale Unterschiede in der Versorgung existieren. Die Versorgungslandschaft ist dabei nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb, der Bundesländer verschieden ausgestaltet und unterscheidet sich hinsichtlich Angebots, Vielfalt, Finanzierung, Qualität und Vernetzung der Versorgungsangebote (Eichenbrenner 2017, S. 118f.; SVR 2012, S. 50).

Hinzu kommt, dass weder die Leistungen der Einrichtungen noch die Bezeichnung der Leistungen einheitlich sind. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wies 2012 daraufhin, dass das Antrags- und Zulassungsgeschehen über die Bundesländer hinweg Unterschiede aufweist, die nicht über Populations-, Alters- oder Morbiditätsunterschiede erklärt werden können, sodass davon auszugehen ist, dass Unterschiede im landesspezifischen Bewilligungsverhalten existieren (SVR 2012).

Eine Untersuchung, die allerdings bereits aus dem Jahr 2004 stammt, zeigt auf, dass die Versorgungsdichte der vertragsärztlichen Versorgung, des Betreuten Wohnens und der Krankenhausbetten im Bereich der Psychiatrie in den städtischen Regionen höher ist. Die Dichte der Institutsambulanzen wurde in der Untersuchung in der Stadt und auf dem Land hingegen als ungefähr gleich angegeben. Zumindest in der Vergangenheit existierte im ländlichen Raum dagegen eine höhere Dichte an Heimplätzen (Schulz et al. 2008, S. 12–14).

In der Befragung der Beschäftigten und Arbeitnehmervertretungen im Rahmen der vorliegenden Branchenstudie stimmen nur 18 Prozent der Aussage „vollkommen“ oder „eher“ zu, dass es in ihrer Region ein flächendeckendes Versorgungsnetz gibt und eine Unterversorgung nicht

festgestellt werden kann. Dagegen stimmen 68 Prozent der Aussage „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ zu.

Sozialpsychiatrische Dienste

Hinsichtlich der Strukturen der Sozialpsychiatrischen Dienste existieren in allen kommunalen Gebietskörperschaften Sozialpsychiatrische Dienste. Aktuelle Daten zur genauen Zahl der Sozialpsychiatrischen Dienste in Deutschland liegen allerdings nicht vor. Interviewpartner*innen schätzten sie auf ca. 400 ohne Außenstellen.

Es liegt allerdings eine vom Sozialministerium Baden-Württemberg (2017) erstellte Erhebung mit Stand 31.12.2015 vor, die 393 Sozialpsychiatrischen Dienste ohne Außenstellen zur Wahrnehmung von Aufgaben nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Bundesländer oder entsprechender Rechtsgrundlage in Deutschland ausweist. Mit Außenstellen waren es 530. Im Zeitraum 2010 bis 2015 ist die Zahl der Dienste inklusive Außenstellen demnach um etwa 20 Prozent gestiegen.

Die Entwicklung der Anzahl der Einrichtungen ist grundsätzlich von vielen Faktoren abhängig, vor allen den Akteuren, der finanziellen Lage der Kommune und auch dem politischen Willen und der Prioritätensetzung. Interviewpartner*innen gingen zum Zeitpunkt der Interviews im Frühjahr 2022 insgesamt von einer gleichbleibenden Zahl von Sozialpsychiatrischen Diensten aus.

Eine mögliche Zunahme der Trägerzahl wird im Zusammenhang mit neuen Aufgabestellungen im Bereich der Eingliederungshilfe gesehen. Mit dem Ausbau der Plätze im Betreuten Wohnen wurden in den letzten 20 Jahren weniger Klient*innen in der Eingliederungshilfe durch die Sozialpsychiatrischen Dienste betreut. Durch das Bundesteilhabegesetz (vgl. Kapitel 2) werden die Hürden zur Beantragung der Eingliederungshilfe jedoch höher, sodass davon ausgegangen wird, dass Sozialpsychiatrische Dienste hier vermehrt tätig werden müssen.

Im Regelfall sind die Sozialpsychiatrischen Dienste Teil der Gesundheitsversorgung der Kommune und gehören zum Gesundheitsamt. In Baden-Württemberg und Bayern werden die Sozialpsychiatrischen Dienste jedoch von Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege getragen. Zwar existiert auch in den anderen Ländern nach den jeweiligen Psychisch-Kranken-Gesetzen die Möglichkeit der Übertragung der Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste an freie Träger, es wird aber nur selten Gebrauch davon gemacht.

Nach Angaben der Interviewpartner*innen gibt es z.B. in Nordrhein-Westfalen 53 Gebietskörperschaften und in nur drei davon ist der Sozialpsychiatrische Dienst in freier Trägerschaft. In Niedersachsen wurden nach Angaben der Interviewpartner*innen die Leistungen in vier Fällen an

freie Träger vergeben und mit der Kommune ein öffentlich-rechtlicher Vertrag geschlossen.

Sucht- und Drogenhilfe

In Bezug auf die Strukturen in der Sucht- und Drogenhilfe existierten im Jahr 2020 in Deutschland laut Einrichtungsregister der deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 1.399 ambulante Einrichtungen (Suchthilfeträger) im Bereich der Sucht- und Drogenhilfe. Darunter fallen ambulante Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, niedrigschwellige Einrichtungen und Fach- und Institutsambulanzen (Höke et al. 2021, S. 8).

Die Anzahl der soziotherapeutischen Einrichtungen im Bereich Sucht- und Drogenhilfe (ambulant Betreutes Wohnen, Arbeits- und Beschäftigungsprojekten, stationären Einrichtungen der Sozialtherapie) belief sich im Jahr 2020 auf 890. In 2.545 ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxen wurden Substitutionsbehandlungen durchgeführt. Im stationären Bereich existierten 340 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (inkl. teilstationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaption) und 394 psychiatrische Fachabteilungen in Krankenhäusern zur Behandlung und Betreuung von Suchterkrankungen (davon 92 ausschließlich zur Behandlung von Suchterkrankungen). Ein Vergleich der Anzahl mit den Vorjahren ist durch eine Änderung in der statistischen Erfassung nicht möglich.

Mit einem Anteil von 91 Prozent befindet sich die überwiegende Mehrheit der ambulanten Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe in freigemeinnütziger Trägerschaft. Auf öffentlich-rechtliche Träger entfallen sechs Prozent der Einrichtungen und auf privatwirtschaftliche Träger ein Prozent (Höke et al. 2021, S. 12). Die Verteilung der Anteile unter den Trägergruppen hat sich in den letzten zehn Jahren nicht verändert. Einrichtungen in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft sind überwiegend kommunal geführte Einrichtungen.

Auch Sozialpsychiatrische Dienste sind teilweise in die Sucht- und Drogenberatung eingebunden (s. o.). Zum Anteil der Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe in der Hand von Sozialpsychiatrischen Diensten liegen allerdings keine Daten vor. Ebenfalls existieren keine Angaben zu Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe im Strafvollzug.

Psychiatrische häusliche Krankenpflege

In Deutschland variiert das Angebot für die psychiatrische häusliche Krankenpflege stark (Weißflog/Schoppmann/Richter 2016, S. 181). Psychiatrische häusliche Krankenpflege wird durch Pflegedienste in privater, öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft erbracht. Offizielle statistische Angaben über die Anzahl und Verteilung der Pflegedienste auf die verschiedenen Träger existieren nicht.

In der Mitglieder- und Partnerliste der Bundesinitiative ambulante psychiatrische Pflege (BAPP) sind 143 Einträge zu finden (vgl. Tabelle 1). Für Hamburg, Saarland und Mecklenburg-Vorpommern befindet sich jeweils nur ein Eintrag auf der Liste. Dagegen sind in Niedersachsen (n=51), Nordrhein-Westfalen (n=22) und Baden-Württemberg (n=14) wesentlich mehr Mitglieder bzw. Partner zu finden.

Tabelle 1: Anzahl der Mitglieder und Partner der Bundesinitiative ambulante psychiatrische Pflege (BAPP)

Bundesland	Anzahl der Mitglieder/Partner
Baden-Württemberg	14
Bayern	5
Berlin	9
Brandenburg	7
Bremen	6
Hamburg	1
Hessen	5
Mecklenburg-Vorpommern	1
Niedersachsen	51
Nordrhein-Westfalen	22
Rheinland-Pfalz	3
Saarland	1
Sachsen	4
Sachsen-Anhalt	4
Schleswig-Holstein	4
Thüringen	6

Quelle: eigene Berechnung auf Grundlage von BAPP (2022), Stand Juni 2022

Die Expert*innen-Interviews ergaben, dass die Verbreitung von Einrichtungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege in einem Zusammenhang mit der Bewilligungspraxis der Krankenkassen steht (vgl. auch Kapitel 3). So gibt es in Hamburg, im Saarland und auch in Schleswig-Holstein kaum Pflegedienste für psychiatrische häusliche Krankenpflege, da diese von den Kassen nicht finanziert werden. Auch in Rheinland-Pfalz

und Hessen gilt nach Meinung der Interviewpartner*innen durch die geringe Zahl von Anbietern das Angebot an psychiatrischer häuslicher Krankenpflege als nicht flächendeckend.

Die flächendeckende Abdeckung in Niedersachsen resultiert vor allem daraus, dass die Dienste ehemals aus der Integrierten Versorgung entstanden sind, und damit die Gründung von ambulanten Pflegediensten gefördert wurde. Auch in Nordrhein-Westfalen gibt es verschiedene ambulante Pflegedienste, die sich über die Integrierte Versorgung finanzieren. Des Weiteren gibt es in Nordrhein-Westfalen einige Modellprojekte, die den Ausbau der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ferner unterstützen. Von einem weitgehend flächendeckenden Angebot an Leistungen wird außerdem in Baden-Württemberg und den Stadtstaaten Berlin und Bremen ausgegangen.

In Berlin und Bremen sind nach Meinung der Interviewpartner*innen eher kleinere privatwirtschaftliche Fachpflegedienste am Markt, während im restlichen Bundesgebiet die Pflegedienste meist an Klinikketten angeschlossen (bzw. der psychiatrischen Institutsambulanzen zugehörig) sind. Die Pflegedienste, die in den östlichen Bundesländern existieren, sind vor allem in größeren Städten tätig.

1.4 Die Klientel der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie

Psychische Störungen zählen in Deutschland inzwischen zu den am weitesten verbreiteten Erkrankungen. Rund 28 Prozent der erwachsenen Bevölkerung sind in Deutschland von einer psychischen Erkrankung betroffen (Jacobi/Höfler et al. 2016). Zwischen ein und zwei Prozent der Erwachsenenbevölkerung leiden an einer schweren psychischen Erkrankung (Gühne et al. 2015, S. 415).

Eine Untersuchung aus dem Jahr 2014 zeigt, dass nur 19 Prozent der psychisch Erkrankten in den letzten zwölf Monaten zu Leistungserbringern Kontakt aufgenommen haben (Mack et al. 2014, S. 296). Angststörungen, gefolgt von affektiven Störungen (insbesondere Depressionen) und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum gehören zu den häufigsten Erkrankungen.

Psychisch Kranke werden gesetzlich häufig mit Körper-, Sinnes- und geistig Behinderten gleichgestellt. Sie werden deshalb auch als seelisch Behinderte bezeichnet (Elgeti 2020, S. 75). Der Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen spricht von psychischer Behinderung (Deutscher Bundestag 2021).

Behinderte sind nach dem Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Behindertengleichstellungsgesetz, BGG)

„Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Als langfristig gilt ein Zeitraum, der mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate andauert“ (§3 BGG).

Ferner können Menschen mit Behinderung in verschiedene Teilgruppen untergliedert werden. Häufig spielt bei der Kategorisierung der Grad der Beeinträchtigung eine Rolle (z. B. Menschen mit Beeinträchtigungen, Menschen mit Behinderungen, Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung; Deutscher Bundestag 2021, S. 20–29).

Die Umfrage unter 22.065 Privathaushalten im Oktober 2020 im Rahmen der Teilhabebefragung des dritten Teilhabeberichts der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen weist auf einen hohen Anstieg der Anzahl der Menschen mit einer psychischen Behinderung hin (Deutscher Bundestag 2021). Im Zeitraum 2009 bis 2017 ist die Gruppe der Menschen mit einer psychischen Behinderung um 47 Prozent (von 433.000 auf 644.000 Personen, hochgerechnete Zahlen) angestiegen. Die Anzahl der Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung ist im gleichen Zeitraum um neun Prozent angestiegen (ebd.).

Der Anteil von Frauen (53 Prozent) und Männer (47 Prozent) unter den Personen mit einer psychischen Behinderung war im Jahr 2017 ungefähr gleich groß (Deutscher Bundestag 2021, S. 35). 16 Prozent der Personen mit einer psychischen Behinderung waren unter 45 Jahre alt, 54 Prozent waren zwischen 45 und 64 und 29 Prozent über 65 Jahre alt.

Die Einschätzung, dass die Prävalenz von psychischen Erkrankungen in Deutschland ansteigt, findet auch in anderen Studien Erwähnung (Deutscher Bundestag 2021; SVR 2018, S. 686–688). Nach Analysen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen gibt es allerdings keine Belege für eine Zunahme der tatsächlichen Prävalenz psychischer Erkrankungen (SVR 2018, S. 688–689).

Stattdessen werden andere Gründe für den vermeintlichen Trend aufgeführt, wie eine andere Wahrnehmung und eine gestiegene Sensibilität gegenüber psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung, eine teilweise Entstigmatisierung psychischer Krankheiten, eine korrektere oder/und häufigere Diagnosestellung, verbesserte Therapieangebote und ein verändertes Hilfesuchverhalten seitens der Betroffenen.

Auch in den im Rahmen dieser Branchenanalyse durchgeführten Expert*innen-Interviews wurde angenommen, dass die Anzahl von Personen mit psychischen Störungen, die Leistungen der ambulanten Psychi-

atrie in Anspruch nehmen, zunimmt. Das trifft insbesondere auf die Gruppe der jüngeren Klient*innen zu. Die Entwicklungen hinsichtlich junger Klient*innen spielt für die Versorgung eine besondere Rolle, da psychische Erkrankungen insbesondere an der Schwelle zum Erwachsenwerden diagnostiziert werden.

Psychische Erkrankungen bedingen hohe volkswirtschaftliche Kosten. Das Statistische Bundesamt gibt an, dass die Krankheitskosten, die aufgrund psychischer Störungen und Verhaltensstörungen entstanden sind, sich im Jahr 2015 auf 44,4 Milliarden Euro beliefen (Statistisches Bundesamt 2019, S. 154).

Ferner fasst die Gesellschaft aus verschiedenen Quellen zusammen, dass im Jahr 2019 17 Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage durch eine psychische Erkrankung verursacht wurden und die Dauer von Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen durchschnittlich bei 43 Tagen liegt. Psychische Erkrankungen sind mit 42 Prozent auch der häufigste Grund für Frühverrentungen.

Die Gesamtkosten aufgrund psychischer Erkrankungen – bestehend aus den direkten Kosten für die medizinische Versorgung und Sozialleistungen und den indirekten Kosten (z. B. durch Produktivitätseinbußen) – werden nach Angaben der Europäischen Kommission in Deutschland auf etwa 147 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt (4,8 Prozent des Bruttoinlandsprodukts; a. a. O., S. 3).

Psychische Erkrankungen bedeuten darüber hinaus eine große Belastung für die Betroffenen und sind mit erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität verbunden. Die Lebenserwartung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist um zehn Jahre verkürzt (Schneider et al. 2019).

Neben den Belastungen durch die Krankheitssymptomatik sind schwer psychisch kranke Menschen außerdem von gesellschaftlicher Exklusion bedroht (Deutscher Bundestag 2021, S. 90; Elgeti 2020, S. 75–77; Gerlinger/Prestin/Schmid 2019, S. 5). Psychisch Kranke sind vom Arbeitsmarkt teilweise ausgeschlossen.

In der Teilhabebefragung der Bundesregierung antworteten 35 Prozent (im Alter von 16 bis unter 65 Jahren) mit schweren seelischen oder psychischen Problemen, dass sie zum Kreis der Nichterwerbspersonen gehören. Weitere 14 Prozent gaben an, arbeitslos zu sein (Deutscher Bundestag 2021, S. 241 und 244). Psychische Erkrankungen gehen deshalb auch häufig mit einer Armutsgefährdung einher (Steinhart 2017, S. 6).

In den Expert*innen-Gesprächen wurde darauf verwiesen, dass Komorbidität bei psychischen Störungen, d. h. das gleichzeitige Vorliegen mehrerer (chronischer) Krankheiten, von wachsender Bedeutung ist. Die

Krankheitsbilder der Klient*innen werden zunehmend komplexer, facettenreicher und schwerwiegender. Mit zunehmenden Schweregrad der Erkrankung steigt auch der Leistungsbedarf der Klient*innen. In der Befragung im Rahmen dieser Branchenstudie stimmen 67 Prozent der Teilnehmer*innen der Aussage „eher zu“ oder „voll zu“, dass die Krankheiten der Klient*innen vielfältiger und/oder schwerwiegender geworden sind.⁴

Sozialpsychiatrischen Dienste

In Bezug auf die Klientel der Sozialpsychiatrischen Dienste ist festzustellen, dass die Dienste in erster Linie für die Betreuung und Beratung von Menschen mit psychischen und sozialen Problemen sowie von deren Angehörigen und anderen um sie besorgten Personen zuständig sind. Hierunter fallen chronisch und schwer psychisch Erkrankte, z. B. mit chronisch verlaufenden Psychosen, schweren Abhängigkeitserkrankungen und schweren Persönlichkeitsstörungen. Hier ist insbesondere die Klientel von Bedeutung, die vom Regelsystem (noch) nicht erreicht wird. Zum Teil erkennen die Betroffenen die Erkrankung selbst nicht und akzeptieren die Behandlung nicht (Obert 2001, S. 271).

Nach Angaben der Interviewpartner*innen steigt die Zahl der durch die Sozialpsychiatrischen Dienste versorgten Menschen stetig. Vermehrt werden auch junge Erwachsene unter 25 Jahren betreut. In den Expert*innen-Interviews wurden als Gründe hierfür genannt, dass die Psychiatrie heute als weniger abschreckend wahrgenommen und somit eher Hilfe in Anspruch genommen wird. Zudem sorgen weniger festgelegte Berufswege, bei denen viele individuelle Entscheidungen notwendig sind, dafür, dass junge Leute eher verunsichert sind und Unterstützung benötigen.

Zusätzlich führt die zunehmende Vereinsamung älterer Menschen dazu, dass die Zahl der Hilfesuchenden zunimmt. Außerdem führt nach Meinung der interviewten Expert*innen die Wohnungsnot in vielen Regionen zu erhöhten Bedarfen. Auffällig ist auch, dass Einrichtungen für Menschen ohne Obdach sehr stark von Menschen mit schweren psychischen Störungen in Anspruch genommen werden. Die Betreuung dieser Menschen durch Sozialpsychiatrische Dienste in diesen Einrichtungen ist eine große Herausforderung, da dort eine Vielzahl schwerkranker Menschen Hilfeleistungen ablehnen. Da trotz der Zunahme von Hilfesuchenden kein Personalzuwachs zu verzeichnen ist, wird die Betreuungsdichte geringer.

⁴ Auf die Antwortkategorie „stimme nicht zu / stimme überhaupt nicht zu“ entfallen 15 Prozent der Antworten, auf „teils/teils“ entfallen elf Prozent der Antworten, auf die Antwortkategorie „weiß nicht / keine Angaben“ sieben Prozent der Antworten.

Nach Meinung der interviewten Expert*innen hat außerdem eine Verschiebung der Krankheitsbilder bzw. zugrundeliegenden Störungen bei der Klientel der Sozialpsychiatrischen Dienste stattgefunden. Während die Zahl der schweren Neurosen und affektiven Störungen in etwa gleichgeblieben ist, gibt es ein deutliches Wachstum bei depressiven und Borderline-Störungen. Zum Teil wird die Zunahme von depressiven Störungen auf die Covid-19-Pandemie zurückgeführt.

Hinzu kommen in den letzten Jahren vermehrt Klient*innen mit Befindlichkeitsstörungen. Zwar gelten diese nicht als psychische Krankheit und entfallen damit auch nicht in den Aufgabenbereich der Tätigkeiten der Sozialpsychiatrischen Dienste, aufgrund ihrer Niedrigschwelligkeit sind die Dienste aber dennoch für die Betroffenen eine wichtige Anlaufstelle.

Eine deutschlandweite Statistik über die Anzahl der Klient*innen der Sozialpsychiatrischen Dienste liegt nicht vor. In der Landespsychiatrie-berichterstattung für Niedersachsen wird aber z. B. angegeben, dass die 35 Sozialpsychiatrischen Dienste im Jahr 2020 insgesamt 43.714 Menschen mit psychischen Erkrankungen betreuten, davon etwa drei Viertel im Alter zwischen 18 und 64 Jahren. Am häufigsten waren Klient*innen mit der Diagnose „affektive Störung“ (ca. 18 Prozent), gefolgt von Klient*innen ohne angebbare psychische Störung (ca. 17 Prozent). Mit 49 Prozent wurden etwas weniger Frauen als Männer betreut (Lingnau/Laiberandt/Stegbauer 2021, S. 17).

Für Hamburg werden im Psychiatriebericht für 2017 10.649 Klient*innen in den sieben Sozialpsychiatrischen Diensten angegeben, ein Vergleich mit den Vorjahren ist aufgrund einer Softwareumstellung und der damit verbundenen Erfassung der Daten nicht möglich. Es wird allerdings von einem Anstieg der Fallzahlen berichtet (Freie und Hansestadt Hamburg 2019, S. 59).

Ältere Daten liefert der Thüringer Psychiatriebericht, der auf Grundlage einer Hochrechnung für 2010 15.000 Klient*innen angibt, die in 23 Sozialpsychiatrischen Diensten beraten, behandelt und betreut wurden. Der Frauenanteil betrug hier 52 Prozent und hatte damit seit 2000 von 47 Prozent zugenommen. Knapp 85 Prozent fielen in die Altersgruppe 18 bis 64 Jahre (Jaschke et al. 2012, S. 44f.).

Sucht- und Drogenhilfe

Hinsichtlich der Klientel der Sucht- und Drogenhilfe existieren Angaben zur Prävalenz von Sucht und Drogenmissbrauch in Deutschland nur für den Bereich der illegalen Drogen. Basierend auf Hochrechnungen des Bevölkerungssurvey „Epidemiologische Suchtsurvey (ESA)“ aus dem Jahr 2018 haben in Deutschland 30 Prozent der Erwachsene zumindest einmal in ihrem Leben eine illegale Droge konsumiert, acht Prozent davon

in den letzten zwölf Monaten und drei Prozent in den letzten 30 Tagen (Karachaliou et al. 2022, S. 6).

Der Anteil der Männer unter den Klient*innen der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe ist in Hinblick auf alle Hauptdiagnosen deutlich höher als der Anteil der Frauen. Das Geschlechterverhältnis beträgt z. B. beim pathologischen Glücksspielverhalten 7:1, bei Cannabinoiden 5:1 und bei Alkohol 2:1 (Scharzkopf et al. 2021, S. 24).

Im Bevölkerungssurvey wurden insbesondere Indikatoren zum klinisch relevanten bzw. problematischen Drogenkonsum erhoben. Demnach liegen die Prävalenzen für Cannabismissbrauch bzw. -abhängigkeit bei jeweils 0,6 Prozent der Gesamtbevölkerung, der Missbrauch und die Abhängigkeit hinsichtlich Amphetamine oder Methamphetaminen bei 0,1 Prozent bzw. 0,2 Prozent und der Missbrauch und die Abhängigkeit von Kokain bei 0,1 Prozent (Karachaliou 2022, S. 7, mit Verweis auf Atzendorf et al. 2019 und Seitz et al. 2019).

Nach Angaben der deutschen Suchthilfestatistik für das Jahr 2020 sind die häufigsten Hauptdiagnose bei Klient*innen im ambulanten Bereich der Sucht- und Drogenhilfe (Schwarzkopf et al. 2021, S. 145):

- alkoholbezogene Störungen (48 Prozent)
- Störungen im Zusammenhang mit Cannabinoiden (20 Prozent)
- opioidbezogene Störungen (10 Prozent)
- Problemen aufgrund des Konsums von Stimulanzien (7 Prozent)
- pathologisches Glücksspielverhalten (5 Prozent)
- Probleme aufgrund anderer psychotroper Substanzen (4 Prozent)
- Kokainabhängigkeit (3 Prozent)
- exzessive Mediennutzung (1 Prozent)

Im Vergleich zu den Vorjahren zeigt sich im ambulanten Bereich der Sucht- und Drogenhilfe ein Rückgang opioidbezogener Störungen und pathologischen Spielens sowie eine Zunahme von kokain- und stimulanzenbezogenen Störungen und Störungen in Folge des Konsums anderer psychotroper Substanzen. Cannabinoidbezogene Störungen verzeichnen eine leichte, aber stetige Zunahme. Der Anteil von alkoholbezogenen Störungen ist etwa gleichbleibend (a. a. O., S. 98).

Zusätzlich existieren häufig suchtbetragene Komorbiditäten bei den Klient*innen. Klient*innen mit stimulanzenbezogenen Störungen konsumieren z. B. (in missbräuchlicher oder abhängiger Weise) zusätzlich Alkohol (26 Prozent), Cannabis (42 Prozent) und Tabak (24 Prozent). Bei der Klientel mit der Hauptdiagnose opioidbezogene Störungen existieren zusätzlich Einzeldiagnosen in Bezug auf Alkohol (23 Prozent), Cannabinoiden (27 Prozent), Kokain (19 Prozent) und Tabak (29 Prozent; a. a. O., S. 22). In den Expert*innen-Interviews im Bereich der Sucht- und Drogen-

hilfe wurde darauf verwiesen, dass die Anzahl der Doppeldiagnosen in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat.

Im Jahr 2020 haben in 854 Einrichtungen der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe 315.586 Betreuungen (ohne Einmal-Kontakte) stattgefunden. 87 Prozent der Maßnahmen der ambulanten Einrichtungen entfielen auf den Bereich Beratung und Betreuung. Zu diesem Bereich gehören vor allem die Sucht- und Drogenberatung, die psychosoziale Begleitung substituierter Menschen, niedrigschwellige Hilfen und Leistungen im Bereich Prävention und Frühintervention. Neun Prozent der Maßnahmen entfielen auf den Bereich Suchtbehandlung. Dazu gehören ambulante medizinische Rehabilitation und Nachsorge sowie ambulant Betreutes Wohnen.

Die Hälfte der Betreuten kommt ohne Vermittlung Dritter über Selbstmeldungen in die ambulanten Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe. Weitere wichtige Zugangswege bilden Vermittlungen über Polizei/Justiz/Bewährungshilfe (10 Prozent), das soziale Umfeld (9 Prozent) sowie allgemeine oder psychiatrische Krankenhäuser und ärztliche oder psychotherapeutische Praxen (jeweils 6 Prozent; a. a. O., S. 34). 29 Prozent der in ambulanten Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe betreuten Klient*innen wurden im Jahr 2020 nach Betreuungsende in andere Einrichtungen weitervermittelt, die meisten davon erhielten eine Suchtbehandlung (68 Prozent; a. a. O., S. 41).

Psychiatrische häuslicher Krankenpflege

Zur Zahl der Inanspruchnahmen von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege konnten keine statistischen Angaben gefunden werden. Generell kann die psychiatrische häusliche Krankenpflege bei einer Vielzahl von Diagnosen verordnet werden. Hierzu gehören z. B. Schizophrenie, verschiedene wahnhaftige Störungen, manische Episoden, bipolare affektive Störungen, Angststörungen, Zwangshandlungen, posttraumatische Belastungsstörungen und verschiedene Formen der Demenz.

Eine Studie zur sozialpsychiatrischen Versorgungssituation in der Region Hannover kommt zu dem Ergebnis, dass die verordneten Diagnosen der Klient*innen der teilnehmenden ambulanten psychiatrischen Pflegedienste zu 67 Prozent manischen Episoden, bipolaren affektiven Störungen, depressiven Episoden und rezidivierenden depressiven Störungen und zu 33 Prozent Schizophrenie, schizotypen oder schizoaffektiven Störungen und anhaltenden oder induzierten wahnhaften Störungen zugeordnet werden können (Tschinke et al. 2022, S. 28 f.).

Die Expert*innen-Interviews in dem Bereich der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege belegen, dass auch hier die Klientel sich geändert hat und vermehrt schwerkranke Personen mit komplizierteren Diagnosen im Rahmen der psychiatrischen Krankenpflege betreut werden. Darüber

hinaus wurde auch hier darauf hingewiesen, dass die Klientel jünger geworden ist. Die Interviewpartner*innen gehen von einem ungefähr gleich hohen Anteil von Frauen und Männer unter den Klient*innen aus.

1.5 Anzeichen einer Unterversorgung von psychisch Kranken

Psychische Erkrankungen unterscheiden sich bei den betroffenen Personen hinsichtlich Dauer, Chronizität, Verlauf, Beschwerdeintensität und Schweregrad der resultierenden Beeinträchtigungen sowie subjektiven Akzeptanz der Behandlungsbedürftigkeit und Akzeptanz der zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahmen (BPtK o. J., S. 3). Aus der individuellen Lage der Betroffenen ergibt sich ein unterschiedlicher Versorgungs- und Behandlungsbedarf.

Die Ergebnisse aus unseren Expert*innen-Interviews weisen darauf hin, dass insbesondere schwer psychisch Kranke die Versorgungsleistungen teilweise nicht in Anspruch nehmen. Für Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung stellen die Zugangsmöglichkeiten und die Ausgestaltung des Regelsystems der gesundheitlichen Versorgung eine hohe Barriere dar, weil meist erwartet wird, dass sich die Betroffenen eigenständig bemühen, die Leistungen der Beratung, Betreuung oder Behandlung zu erhalten. Dazu sind sie allerdings nicht in allen Fällen in der Lage (siehe auch Steinhart/Wienberg 2016).

Personen mit schweren psychischen Erkrankungen profitieren darüber hinaus ebenfalls weniger vom Angebot der niedergelassenen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, weil sie das Angebot z. B. nicht (zuverlässig) wahrnehmen oder in den Praxen die Ressourcen für ihre aufwendige Behandlung fehlen (Steinhart 2017, S. 6). Auch die Teilhabebefragung der Bundesregierung zeigt auf, dass Menschen mit schweren psychischen Problemen eine Behandlungslücke erfahren (Deutsche Bundesregierung 2021).

Gesprächspartner*innen wiesen im Rahmen unserer Expert*innen-Interviews ferner darauf hin, dass zum einen weniger Behandlungsbedürftige die Leistungen stärker und eher in Anspruch nehmen als stärker Behandlungsbedürftige und dass zum anderen eine angebotsinduzierte Nachfrage existiert, d. h. dass Leistungen, die eigentlich benötigt werden, nicht nachgefragt werden, weil das Angebot hierzu nicht existiert.

Des Weiteren zeigen Studien auf, dass ein Zusammenhang zwischen der Versorgungsdichte und der Inanspruchnahme von Leistungen von niedergelassenen Ärzt*innen und Therapeut*innen existiert: In Regionen mit sehr hohen psychotherapeutischen Versorgungsdichten liegt z. B. der Anteil der Personen mit einer depressiven Symptomatik, der sich behan-

deln lässt, etwa 15 Prozent höher als in Regionen mit einer geringen Versorgungsdichte (Rommel et al. 2017, S. 3).

Allerdings sollte einschränkend angemerkt werden, dass solche Zusammenhänge nur für Personen mit diagnostizierten psychischen Störungen gelten, nicht aber für Personen ohne Diagnose: Zwischen Arztdichte und den durchschnittlichen Prävalenzraten und auch den Prävalenzraten von besonders belastenden und beeinträchtigten Fällen mit psychischen Störungen besteht kein signifikanter Zusammenhang (Jacobi/Becker et al. 2016, S. 4f.).

Bestimmte Gruppen der Bevölkerung gelten als besonders vulnerabel dem Risiko einer Unterversorgung ausgesetzt zu sein. Hinzu kommt, dass zum Teil eine vermehrte Häufigkeit von psychischen Krankheiten unter marginalisierten Gruppen existiert: So wird die Prävalenz von (schweren) psychischen Erkrankungen bei Menschen in Strafhaft oder bei wohnungslosen Menschen auf über 70 Prozent eingeschätzt (Steinhart 2017, S. 4).

Gleichzeitig gibt es für diese Gruppen ein vergleichsweise geringes Leistungsangebot. Zusätzlich wird auch davon ausgegangen, dass für aggressive oder gewalttätige Klient*innen Hilfsangebote nicht ausreichend zur Verfügung stehen (Schu et al. 2017, S. 50). Ebenfalls erfahren psychisch Kranke im höheren Lebensalter häufig keine bedarfsgerechte Versorgung.

Eine Lücke existiert ferner hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund (Arnemann 2017; Schu et al. 2017, S. 22). Der ungedeckte Versorgungsbedarf ist hier vor allem auf Sprachbarrieren zurückzuführen, ergibt sich aber in Teilen auch aus dem Fehlen eines kultursensiblen Angebots. Erschwerend kommt hinzu, dass psychische Erkrankungen in einigen Kulturen tabuisiert und schambelegt sind (Arnemann 2017, S. 6 und S. 23).

Asylbewerber*innen haben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) im Allgemeinen in den ersten 15 Aufenthaltsmonaten lediglich Anspruch auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände (§ 4 AsylbLG). Gerade Asylbewerber*innen haben jedoch häufig Fluchterfahrungen erleben müssen, die vermehrt mit posttraumatischen Belastungsstörungen einhergehen und deshalb einer besonderen psychiatrischen Versorgung bedürfen (Arnemann 2017, S. 7f.).

In der im Rahmen der Branchenstudie durchgeführten Befragung stimmen nur vier Prozent der Befragten der Aussage zu, dass es genug Angebote für spezifische Gruppen in der Bevölkerung (z. B. Flüchtlinge, Obdachlose) gibt. Dagegen stimmen 66 Prozent der Antwortenden der Aussage „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ zu. Nur ein Viertel der Befragten stimmt der Aussage zu, dass die Klient*innen durch die Leistungen bedarfsgerecht versorgt sind, während 46 Prozent ihr nicht zustimmen.

2. Politische und rechtliche Rahmensetzungen in der ambulanten Psychiatrie

Die Entwicklungen im Bereich ambulante Psychiatrie sind eng verknüpft mit medizinischen Erkenntnissen, politischen Kontexten und gesellschaftlichen Wertvorstellungen, die entsprechende gesetzliche Regelungen beeinflusst haben.

Bis in die 1960er Jahre wurden psychisch kranke Menschen überwiegend stationär in großen Landeskrankenhäusern, meist abseits von Städten, behandelt. Der Aufenthalt der Patient*innen war meist langfristig ausgelegt und die Stationen wurden überwiegend geschlossen geführt. Die Krankenhäuser wiesen häufig eine mangelhafte Versorgungsqualität und eine unzureichende personelle Ausstattung auf (SVR 2018, S. 686f.). Seitdem wurden eine Reihe von verschiedenen Reformprozessen für die adäquate Versorgung psychisch kranker Menschen eingeleitet, die auch die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie grundlegend geprägt haben.

Ein erster Wendepunkt in Richtung Enthospitalisierung und Deinstitutionalisierung leitete der Bericht der Psychiatrie-Enquete-Kommission im Jahr 1975 mit dem Titel „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ ein (Deutscher Bundestag 1975). Der Bericht forderte den Abbau der stationären Bettenzahlen in den großen Landeskrankenhäusern sowie eine Liegezeitverkürzung und den Ausbau von teilstationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen.

Psychisch Kranke sollten bedarfsgerecht und wohnortnahe versorgt werden. Darüber hinaus wurde eine rechtliche Gleichstellung somatisch und psychisch Kranker gefordert. Die Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete-Kommission wurden in den Folgejahren bundesseitig und in den Bundesländern aufgegriffen. Reformprogramme und Modellprojekte wurden vom Bund eingeleitet und die Erkenntnisse der Enquete spiegelten sich auch in den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Bundesländer wider.

Gesetze wurden z. B. dahingehend geändert, dass die Selbstbestimmungsfähigkeit von psychisch kranken Menschen durch Hilfs- und Unterstützungsangeboten sowie therapeutische Ansätze stärker Beachtung findet und Zwangsbehandlungen weitgehend unterbleiben sollten.

Im Nachgang der „Deklaration von Helsinki“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahre 2005, die sich das Ziel gesetzt hatte, die psychische Gesundheit in den Fokus gesundheitspolitischer Debatten zu stellen, haben sich Deutschland und andere europäische Mitgliedstaaten auf

Prinzipien und Ziele hinsichtlich psychischer Gesundheit in einem gemeinsamen Aktionsplan geeinigt.

Dieser wurde in einem Grünbuch (2005) und einem Weißbuch (2007) festgeschrieben und beinhaltet einen Fokus auf die Prävention psychischer Erkrankungen und eine Verbesserung der Lebensqualität psychisch kranker und geistig behinderter Menschen durch soziale Integration sowie den Schutz ihrer Rechte und Menschenwürde (Schulz et al. 2007, S. 30).

Als richtungweisend erwies sich auch die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) aus dem Jahr 2006, die 2009 in Deutschland übernommen worden ist. Die UN-Behindertenrechtskonvention stärkte die Selbstbestimmungsfähigkeit von psychisch kranken Menschen ferner und hat zu verschiedenen gesetzlichen Änderungen in Deutschland geführt.

Die rechtlichen Grundlagen für die Arbeit in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie bilden verschiedene Bücher der Sozialgesetzgebung (fortan SGBs), die vor allem die Rahmenbedingungen der Leistungsgewährung festlegen, sowie weitere Gesetze auf Bundesebene und verschiedene Landesgesetze. Eines der bedeutendsten Gesetze auf Bundesebene der letzten Jahre hinsichtlich der Versorgung psychisch Kranker war das Bundesteilhabegesetz (BTHG), das im Jahre 2016 verabschiedet wurde (vgl. Kasten).

Das Bundesteilhabegesetz

Im Zuge der Umsetzung der Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention wurde in Deutschland u. a. das Bundesteilhabegesetz (BTHG) verabschiedet. Das Bundesteilhabegesetz (vollständige Bezeichnung: Gesetz zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) soll Menschen mit Behinderungen zu mehr Teilhabe und individueller Selbstbestimmung verhelfen. Als Zielgruppe werden explizit auch Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen genannt. Das Gesetz soll in vier Reformstufen (Inkrafttreten 2017, 2018, 2020 und 2023) bestehende andere Gesetze reformieren (Beta Institut 2022).

Inhalte des Bundesteilhabegesetzes betreffen die Bereiche Prävention, Durchführung eines Teilhabeplanverfahren / Erstellung eines Teilhabeplans und eine unabhängige Teilhabeberatung (auch durch Personen, die ebenfalls von einer Behinderung betroffen sind – sogenanntes „peer counseling“), sowie die Neuausrichtung verschiedener Leistungen (Budget für Arbeit, Teilhabe an Bildung etc.). Auf den Bereich des Betreuten Wohnens wirkt dabei insbesondere, dass es zu einer Trennung von Leistungen der Grundsicherung (Le-

benshaltung und Unterkunft) und Fachleistungen kommt. Die neue Rechtslage gibt vor, dass Beträge für die Grundsicherung direkt auf das Konto der Betroffenen überwiesen werden und diese dann die Kosten (z. B. für Essensversorgung und Miete) den Leistungsträgern bezahlen.

Mit der dritten Reformstufe des Bundesteilhabegesetzes im Jahr 2020 sind ferner die besonderen Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen (sogenannte Eingliederungshilfe) nicht mehr Gegenstand der Sozialhilfe. Im Rahmen des persönlichen Budgets kann dem*der Betroffenen auf Antrag für die Dauer von sechs Monaten ein Geldbetrag zur Verfügung gestellt werden, mit dem die Eingliederungshilfeleistungen und andere Leistungen finanziert werden.

Des Weiteren wurde durch das Bundesteilhabegesetz das Verfahren zur Bedarfsermittlung (Verwaltungsverfahren) reformiert. Es existieren ein Teilhabeplanverfahren und ein Gesamtplanverfahren. Der Teilhabeplan beinhaltet die bei den Kostenträgern eingegangenen Anträge sowie das Ergebnis der Zuständigkeitserklärung, ein Überblick über die beteiligten Träger sowie gutachterliche Stellungnahmen und die festgestellten Bedarfe (Stock et al. 2020).

Das Gesamtplanverfahren beinhaltet die Wünsche des Leistungsberechtigten, die Bedarfsermittlung, Inhalt, Umfang und Dauer der Leistungen sowie Maßstäbe und Kriterien der Wirkungskontrolle und deren Überprüfung. Durch die Wirkungsorientierung sollen die Leistungen zugleich ökonomisch und nutzbringend sein. Allerdings ist die Wirkungsabsicht nicht genau definiert und Neckien (2021) merkt an, dass damit eine Ausrichtung der Wirkungsabsicht sowohl an betriebswirtschaftlichen Zielen als auch an Teilhabezielen möglich ist.

Darüber hinaus sieht der Gesetzgeber auf Trägerebene die Möglichkeit vor, einen Leistungserbringer anlassbezogen hinsichtlich der „Wirtschaftlichkeit und Qualität einschließlich der Wirksamkeit der erbrachten Leistungen“ (§ 128 SGB IX) zu überprüfen.

Neben der Bundesgesetzgebung initiieren die Bundesregierung und entsprechende Ministerien Bundesmodellprojekte und -programme im Bereich der ambulanten psychiatrischen Versorgung.

Daneben ist die Ausgestaltung der ambulanten psychiatrischen Versorgung weitgehend Ländersache und wird im Rahmen von Landesgesetzen und anderen Durchführungsbestimmungen sowie Landespsychiatrieplänen festgeschrieben. Diese beinhalten die Grundsätze der psychi-

atrischen Versorgung, die Zielgruppen, die Funktionsbereiche (z. B. Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, gesellschaftliche Eingliederung ect.) sowie Leistungen und Maßnahmen (z. B. hinsichtlich niedergelassener Ärzt*innen, Institutsambulanzen, Sozialpsychiatrische Dienste).

Verschiedene Bundesländer haben Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) verabschiedet, die die Versorgungssicherheit und Schutzmaßnahmen für psychisch kranke Menschen (z. B. in Bezug auf Unterbringung zur Gefahrenabwehr, ärztlichen Zwangsbehandlung) beinhalten. Allerdings besteht für die in den Psychisch-Kranken-Gesetzen genannten Hilfen kein einklagbarer Rechtsanspruch.

69 Prozent der Antwortenden der Befragung im Rahmen dieser Branchenstudie empfinden (geplante) gesetzliche Veränderungen als „relevant / sehr relevant“ für ihre Geschäftsführung. Auf die Antwortkategorie „weniger relevant / nicht relevant“ entfallen dagegen nur acht Prozent der Antworten. 77 Prozent der Teilnehmenden schätzen politischen Entscheidungen (auf kommunaler, Landes- oder nationaler Ebene) für Geschäftsführung als „relevant / sehr relevant“ ein. Auf die Antwortkategorie „weniger relevant / nicht relevant“ entfallen acht Prozent der Antworten (vgl. Abbildung 1 in Kapitel 4).

Sozialpsychiatrische Dienste

Wichtige Impulse zur Gründung Sozialpsychiatrischer Dienste setzten die Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages von 1975 und die Empfehlungen einer Expertenkommission der Bundesregierung von 1988 (Elgeti/Albers 2010), die die Sozialpsychiatrischen Dienste als „Baustein der allgemeinspsychiatrischen Versorgung“ sah. Ab Ende der 1970er Jahre wurden in Deutschland modellhaft Sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet (Melchinger 2008).

Als Aufgaben wurden die Beratung chronisch psychisch Kranker und Behinderter, Vorsorge, Gewährung nachgehender und intervenierender Hilfen und ggf. die Veranlassung und Durchführung von Unterbringungen benannt. Eine medizinische und soziale Abklärung sollte ebenfalls durch die Dienste erfolgen. Im Rahmen der Arbeit sollten Sprechstunden und Hausbesuche angeboten werden. Außerdem wurde den Sozialpsychiatrischen Diensten eine Initiativrolle bei der Gründung von notfallpsychiatrischen Diensten und Kriseninterventionsdiensten zugeschrieben.

Als Zielgruppe der Tätigkeiten Sozialpsychiatrischer Dienste wurden Behandlungsbedürftige genannt, die durch das Regelsystem nicht erreicht werden. Hinsichtlich der Zusammensetzung der Beschäftigten sollten die Sozialpsychiatrischen Dienste aus multiprofessionellen Teams unter ärztlicher Leitung bestehen (Deutscher Bundestag 1990).

Die gesetzliche Grundlage für die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste in Deutschland sind die Gesetze über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) und die Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) auf Landesebene. Die Gesetze sind keine Leistungsgesetze, sodass zusätzlich Leistungsstandards entwickelt werden müssen. Bis auf Thüringen haben alle Bundesländer ein Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst; in Thüringen existiert eine Verordnung über den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Mit Ausnahme des Saarlandes, wo Regelungen im Unterbringungsgesetz getroffen wurden, gibt es in allen Bundesländern Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG). Bis auf das Bayerische Psychisch-Kranken-Hilfegesetz (BayPsychKHG), wo der Sozialpsychiatrische Dienst nicht erwähnt wird, definieren diese Gesetze die Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste.

Für die praktische Ausgestaltung der Arbeit der Dienste spielten die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung von 1988 eine größere Rolle als die Gesetze, die allerdings für eine verstärkte Umsetzung der Empfehlungen sorgten (Albers 2011, S. 1).

Zum Zeitpunkt der Recherche (Sommer 2022) hat das Bundesteilhabegesetz (BTHG) einen großen Einfluss auf die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste. Die Sozialpsychiatrischen Dienste werden im Gesetz jedoch nicht genannt, sodass sie auf ganz unterschiedliche Weise von den Kommunen bei der Umsetzung des Gesetzes eingebunden werden. Dies hat dazu geführt, dass die Diversität der Sozialpsychiatrischen Dienste noch mehr zugenommen hat.

Wie oben dargestellt, hat das Bundesteilhabegesetz (BTHG) Veränderungen für die Eingliederungshilfe mit sich gebracht. In einigen Landkreisen nimmt der Sozialpsychiatrische Dienst in der Folge nur noch wenig Einfluss auf die Gestaltung und Entwicklung von Eingliederungshilfen. In anderen Landkreisen dagegen übernimmt der Sozialpsychiatrische Dienst das gesamte Aufgabenfeld im Zuge der Umsetzung des Gesetzes, ohne dass es hier zu einer Aufstockung des Personals gekommen ist.

Sucht- und Drogenhilfe

Die Behandlung suchtkranker Menschen wurde durch die Anerkennung der Sucht als Krankheit durch das Bundessozialgericht im Jahr 1968 in die stationäre medizinische Versorgung und das Leistungsspektrum von ambulanten Praxen integriert. Die Leistungen, die heute hauptsächlich den ambulanten Einrichtungen für Sucht- und Drogenhilfe zugeordnet werden können, gehen in ihren Anfängen hingegen auf ehrenamtliche Tätigkeiten (häufig im Zusammenhang mit eigener direkter oder indirekter

Betroffenheit) und Angebote der kirchlichen Fürsorge zurück und haben in den 1970er Jahren verstärkt Verbreitung gefunden.

In Bezug auf die Soziale Arbeit in entsprechenden Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe wurde schließlich eine Professionalisierung der Tätigkeiten angestrebt und die Sucht- und Drogenhilfe dem Feld der klassischen Sozialarbeit und der kommunalen Daseinsvorsorge zugeordnet (Hansjürgens 2016, S. 1).

Ansatzpunkte für die Leistungen der Einrichtungen waren in den 1970er Jahren zunächst die Alkoholsucht gefolgt vom problematischen Heroinkonsum. Im Zeitverlauf wurde die Arbeit der Sucht- und Drogenhilfe auf weitere illegale Substanzen und andere Suchtformen ausgeweitet (Hansjürgens 2018, S. 6).

Neben Veränderungen der fachlichen Grundlagen, die aus medizinischen oder therapeutischen Erkenntnissen resultieren, prägt eine Reihe von politischen und gesetzlichen Rahmensetzungen die Arbeit der ambulanten Einrichtungen (DHS 2019c, S. 61–80; Sipp et al. 2022). Die Zuständigkeit für Drogen- und Suchtpolitik ist zwischen Bund, Ländern und Kommunen aufgeteilt.

Auf Ebene der Bundesregierung und den Ministerien werden Bundesgesetze verabschiedet, Modellprojekte initiiert und bundesweite Kampagnen (z. B. Präventionskampagnen) gefahren. Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und Verwaltungsvorschriften über den Betäubungsmittelverkehr regeln den legalen Umgang mit Suchtmitteln und enthalten Sanktionen für Betäubungsmitteldelikte. Die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) wirkt sich auf den Anspruch auf Leistungen in der Sucht- und Drogenhilfe aus (z. B. betäubungsmittelrechtliche Regelungen zur substitions-gestützten Behandlung, Regelungen zu Drogenkonsumräumen).

Für viele gesetzliche Regelungen wurden im Zuge der Covid-19-Pandemie vorübergehende Abweichungsmöglichkeiten eingeräumt, z. B. um die Versorgung von Substitutionspatient*innen während der Pandemie zu gewährleisten (Sipp et al. 2022, S. 24 f.). Das Thema Legalisierung von Cannabis zu Rauschzwecken wird seit 2020 intensiv im Bundestag diskutiert. Laut Koalitionsvertrag 2021 will die Bundesregierung die kontrollierte Abgabe von Cannabis an Erwachsene zu Genusszwecken in lizenzierten Geschäften legalisieren (Werse 2022).

In der Position des*der Drogenbeauftragten der Bundesregierung wird die Drogen- und Suchtpolitik koordiniert und weiterentwickelt. Die aktuelle „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“, die bereits seit dem Jahr 2012 gilt, betont die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention in der Sucht- und Drogenpolitik (Neumeier et al. 2022, S. 5 f.).

Die Leistungsgewährung von Beratungs- und Behandlungsleistungen für abhängigkeiterkrankte Menschen sind in verschiedenen SGBs, die gleichzeitig die Finanzierungsgrundlage darstellen, geregelt (vgl. Kapitel 3). Die Abdeckung durch das SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) und SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung) hinsichtlich der Übernahme von Behandlungskosten aus Versicherungsleistungen erfolgte vor dem Hintergrund der Anerkennung der Sucht als Krankheit im Jahr 1968 und kommt z. B. bei der ambulanten Rehabilitation Sucht (ARS) und der Nachsorge zum Tragen.

Die Bundesländer sind für die Umsetzung der Bundesgesetze zuständig und können im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben unterschiedliche Schwerpunkte setzen. Darüber hinaus beeinflussen sie die Sucht- und Drogenpolitik durch eigene Landesgesetze (Gesundheitsrecht, Strafvollzug). Ein Bundesgesetz, das Leistungen und Standards inhaltlich definiert oder z. B. eine systematische Bedarfserhebung vorschreibt, existiert nicht (Hansjürgens/Schulte-Derne 2021, S. 250).

Die Umsetzung der Drogen- und Suchtpolitik – insbesondere auch ihre Finanzierung – liegt damit überwiegend in der Verantwortung der Länder und Kommunen (Neumeier et al. 2022, S. 15; Sipp et al. 2022, S. 4). Sie bestimmen über die Zulassung von Drogen- und Suchtberatungsstellen, das Leistungsangebot sowie einer entsprechenden Finanzierung. So unterscheidet sich die Sucht- und Drogenhilfe zwischen und innerhalb der einzelnen Bundesländer mitunter erheblich (Höke et al. 2021, S. 8).

Darüber hinaus spielen Vereinbarungen und Verfahrensabsprachen der Kostenträger für die ambulanten Einrichtungen in der Sucht- und Drogenhilfe eine Rolle. Zum Beispiel setzen Rahmenkonzepte von der Deutschen Rentenversicherung und den gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeiterkrankte den Leistungsrahmen hinsichtlich der Gruppengröße sowie der Anzahl und Dauer der Gesprächseinheiten fest. Von den Bundesländern werden zum Teil Mindeststandards hinsichtlich des Leistungsangebots und der Qualitätssicherung für Sucht- und Drogenberatungsstellen herausgegeben.

Psychiatrische häusliche Krankenpflege

In Bezug auf die geschichtliche Entwicklung im Bereich der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege wurde im Zuge der Bestrebungen zur Enthospitalisierung und Dezentralisierung der Psychiatrie-Enquete-Kommission psychisch Kranke mit Pflegebedarf in der zweiten Hälfte der 1970er Jahre zunächst überwiegend von multiprofessionellen Teams der psychiatrischen Institutsambulanzen betreut. Später entstanden auch hier

neue Hilfsangebote, wie Tagesstätten, Kontakt- und Beratungsstellen, die psychiatrische Pflegeleistungen übernahmen (Anderl-Doliwa 2017).

Das erste Modellprojekt für die psychiatrische häusliche Krankenpflege wurde im Jahr 1980 in Nordrhein-Westfalen ins Leben gerufen. In den Folgejahren entstanden aufgrund eigenständiger Länderregelungen verschiedene Angebote im Bereich der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, die in den Inhalten der Pflegeleistungen zum Teil stark variierten (BAPP 2008, S. 2). Ab dem Jahr 2004 wurde die psychiatrische häusliche Krankenpflege im Rahmen der Integrierten (später Besonderen) Versorgung (§ 140a SGB V) und Modellvorhaben zur psychiatrischen oder psychosomatischen Versorgung (§ 64b SGB V) weiterentwickelt und ausgebaut (Anderl-Doliwa 2017; vgl. auch Kapitel 3).

Im Jahr 2005 wurde die psychiatrische häusliche Krankenpflege erstmalig in die Regelversorgung aufgenommen. Entsprechend § 37 SGB V kann die ambulante Pflege als Sonderfall der Krankenpflege zur Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausaufenthalten und zur Sicherstellung der Behandlung durch niedergelassene Ärzt*innen und Therapeut*innen verordnet werden.

Grundlagen für die Erbringung von Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist die Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, HKP), die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Jahr 2005 erstmals beschlossen und seitdem mehrfach überarbeitet wurde – zuletzt im November 2021 (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021). Der Gemeinsame Bundesausschuss setzt sich aus den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen, der Fachärzteverbände sowie den Betroffenen- und Angehörigenverbänden zusammen.

Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie enthält Regelungen zur Indikation, Frequenz und Dauer der Pflege. Voraussetzung für die psychiatrische häusliche Krankenpflege ist eine Verordnung. Dabei darf die Erstverordnung ausschließlich von niedergelassenen Fachärzt*innen oder Fachärzt*innen einer psychiatrischen Institutsambulanz verordnet werden und – bei gesicherter Diagnose – auch durch Hausärzt*innen. Der Verordnungszeitraum ist auf vier Monate angelegt (oder auf sechs Wochen, wenn die Verordnung durch eine Hausärztin*einen Hausarzt erfolgt). Innerhalb der vier Monate können pro Woche bis zu 14 Termine stattfinden.

Ein Behandlungsplan muss die Indikation, Fähigkeitsstörungen, Behandlungsschritte und Ziele der Behandlung aufführen (Tschinke 2022a, S. 21–23). Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie enthält jedoch keine weiteren Umsetzungsbestimmungen, sodass gravierende Unterschiede zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Leistungen der psychiatri-

schen häuslichen Krankenpflege festgestellt werden können (Karsten 2018, S. 1–3).

Nach Paragraph 132a SGB V sollen Rahmenempfehlungen zur Versorgung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Pflegediensten, die einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, u. a. zu Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung, Grundsätze der Vergütung und ihrer Strukturen (einschließlich Nachweis der gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte) sowie Anforderungen an die Eignung der Pflegefachkräfte abgeschlossen werden.

In den „Rahmenempfehlungen nach Paragraph 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege vom 10.12.2013“ wurde zum 16.7.2020 auch die psychiatrische häusliche Krankenpflege aufgenommen und Qualifikationsanforderungen an die Pflegefachkräfte festgeschrieben (GKV-Spitzenverband 2021; vgl. Kapitel 4).

2.1 Einschätzung der Lage der ambulanten psychiatrischen Versorgung im politischen und rechtlichen Kontext

Seit der Psychiatrie-Enquete-Kommission sind verschiedene ambulante Beratungs- und Betreuungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen entstanden und sozialpsychiatrische Konzepte wurden als Gegenentwurf zu einer anstaltsgeprägten Psychiatrie entwickelt.

Trotzdem werden die Ansprüche der Enquete-Kommission und nachfolgenden Konventionen und Vereinbarungen vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen als nur unvollständig eingelöst betrachtet und ein weiterer Handlungsbedarf abgeleitet (SVR 2018, S. 686 f.). So hat sich der Trend zur Enthospitalisierung nicht fortgesetzt, da vorhandene ambulante Versorgungsangebote für psychisch kranke Menschen nicht im ausreichenden Umfang vorhanden sind.

Ansatzpunkte für Verbesserungen in der Versorgung werden in der Stationsäquivalente Behandlungen (StäB) und in der Gründung von Gemeindepsychiatrischen Verbünden gesehen. Infolge der Forderungen nach Enthospitalisierung wurden die psychiatrischen Landeskrankenhäuser ab Mitte der 1970er Jahre deutlich verkleinert und psychiatrische Abteilungen zunehmend an Allgemeinkrankenhäuser angegliedert.

Außerdem entstand eine Vielzahl von ambulanten Einrichtungen. Die Zahl stationärer Betten nahm zwischen Mitte der 1970er Jahre und Mitte der 2000er Jahre um mehr als die Hälfte ab. Allerdings hat sich dieser

Trend seither nicht fortgesetzt und die Bettenzahlen in den psychiatrischen Abteilungen steigen seither leicht, aber kontinuierlich an (SVR 2018, S. 701 f.).

Angemerkt werden muss auch, dass sich die stationären Behandlungsfälle seit 1990 mehr als verdoppelt haben. Der Bettenabbau wurde also nicht durch eine Verringerung der Patientenzahlen erreicht, sondern durch eine Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer (Gerlinger/Prestin/Schmid 2019, S. 10).

Als wesentlicher Grund für die Zunahme stationärer Behandlungsfälle sehen Steinhart und Wienberg (2017, S. 23 f.) nicht im ausreichenden Umfang vorhandene ambulante Versorgungsangebote für psychisch kranke Menschen. Zwar hat die Anzahl der niedergelassenen Ärzt*innen und Therapeut*innen in ambulanten Praxen zugenommen, aber es bestehen Unklarheiten hinsichtlich der Abdeckung des tatsächlichen Bedarfs sowie der Anzahl und der Abdeckung durch Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie.

In der Befragung im Rahmen der vorliegenden Branchenstudie stimmen 21 Prozent der Befragten der Aussage „vollkommen“ oder „eher“ zu, dass das Angebot an Leistungen der ambulanten Psychiatrie ausreicht. Dagegen stimmen 57 Prozent der Teilnehmer*innen der Aussage „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ zu. Auf die Antwortkategorie „teils/teils“ entfallen 21 Prozent der Antworten.

Das Befragungsergebnis weist auch auf die regionalen Ungleichverteilungen und einer möglichen Unterversorgung ausgewählter Gruppen hin (vgl. Kapitel 1.3 und 1.5). Darüber hinaus wird auf ein fehlendes Angebot im Bereich Prävention und Frühintervention hingewiesen. 68 Prozent der Befragten im Rahmen der Branchenstudie stimmen der Aussage zu, dass die ambulante Psychiatrie kurativ und rehabilitativ aber kaum präventiv ausgerichtet ist.⁵

Es kann davon ausgegangen werden, dass stationäre Fälle unter der hypothetischen Bedingung, dass mehr ambulante Angebote verfügbar wären, vermeidbar oder verkürzbar wären (SVR 2018, S. 729). Bei geschätzt einem Drittel der stationären Aufenthalte im Rahmen von Krisenfällen verlassen die Patient*innen das Krankenhaus gleich am nächsten Tag. So wird vermutet, dass wenigstens in diesen Fällen die Versorgung in ambulanten Einrichtungen ausgereicht hätte (Schu et al. 2017, S. 7).

Als wesentlicher Grund für die mangelnde ambulante Versorgung sehen Steinhart und Wienberg (2017), dass die gestiegene ambulante Ver-

⁵ Auf die Antwortkategorie „teils/teils“ entfallen 14 Prozent der Antworten, auf die Kategorie „stimme eher nicht zu / stimme überhaupt nicht zu“ entfallen 18 Prozent der Antworten.

sorgungslast durch einen Bettenabbau in stationären Einrichtungen keine Entsprechung in der Finanzierung ambulanter Angebote findet. Besonders wenig ambulante Angebote gibt es für Krisensituationen, insbesondere wenn sie nachts oder am Wochenende auftreten, sodass psychisch Kranke hier weitgehend auf stationäre Angebote angewiesen sind (Gerlinger/Prestin/Schmid 2019, S. 11).

Angemerkt werden muss jedoch, dass die im Rahmen dieser Studie interviewten Expert*innen darauf hinweisen, dass es auch in stationären Einrichtungen keine ausreichende Anzahl an Betten gibt, um bedarfsgerecht schwer psychisch Kranke aufnehmen und behandeln zu können.

Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), das am 1. Januar 2017 in Kraft getreten ist, setzt an der Schnittstelle zwischen den ambulanten und stationären Bereichen an. Es berechtigt Krankenhausunternehmen zur ambulanten psychiatrischen Behandlung von als krankenhausbedürftig eingestuften Patient*innen im Rahmen Stationsäquivalenter Behandlungen (StäB).

Die Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung besteht aus einer Behandlung im häuslichen Umfeld der Erkrankten (sog. „home treatment“) durch mobile fachärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie soll hinsichtlich der Inhalte sowie der Komplexität einer vollstationären Behandlung entsprechen.

Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat 2017 eine „Vereinbarung zur Stationsäquivalenten Behandlung nach § 115d Absatz 2 SGB V“ zu den Anforderungen an die Dokumentation, die Qualität der Leistungserbringung und die Beauftragung von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern abgeschlossen. Ferner wurde die Behandlungsform mit Vorgaben zur Personalausstattung gekoppelt.

Ein Behandlungsteam soll aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einer Vertreterin* einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe oder eine Spezialtherapeutin* ein Spezialtherapeut bestehen. Das Krankenhaus hat sicherzustellen, dass mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams mindestens einmal täglich einen direkten Patientenkontakt hat. Eine ärztliche Visite im direkten Patientenkontakt ist wöchentlich vorgesehen (GKV-Spitzenverband 2017).

Der „Gemeinsame Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung“ gibt die Anzahl der Krankenhäuser mit einem Angebot an Stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung mit 13 für das Jahr 2018, 30 für das Jahr 2019 und 36 für 2020 an (GKV-Spitzenverband / Verband der

Privaten Krankenversicherung e. V. / Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. 2021, S. 6).

Die Anzahl der Standorte mit Stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung der entsprechenden Krankenhäuser belief sich im Jahr 2020 auf 36 (2018: 15, 2019: 33). Während im Einführungsjahr 2018 erst 401 Fälle im Rahmen der Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung behandelt wurden, stieg die Anzahl im Jahr 2019 auf 1.529 Fälle und im Jahr 2020 auf 2.437 Fälle an (a. a. O., S. 8).

Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen weist darauf hin, dass sich die Sektorengrenzen hinsichtlich stationärer und ambulanter Versorgung bei psychisch kranken Menschen besonders negativ bemerkbar machen (SVR 2018, S. 745). Ergebnisse aus den Expert*innen-Interviews legen nahe, dass es für die psychisch Erkrankten häufig schwer ist, den Weg zum zuständigen Leistungsträger zu finden.

Darüber hinaus sind viele Erkrankte nicht in der Lage, die nötigen verschiedenartigen Leistungen zu koordinieren (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020, S. 3). Hinzu kommt die von der Fragmentierung verursachte mangelnde Kontinuität in der Behandlung und die mitunter fehlende Unterstützung beim Wechsel von Unterstützungssettings (Steinhart/Wienberg 2017, S. 27).

Kooperationen und Vernetzungen unter den Leistungsträgern können hier Abhilfe schaffen. Ein Ansatzpunkt für Verbesserungen in der Versorgung wird von Vertreter*innen der Gemeindepsychiatrie in der Gründung von Gemeindepsychiatrischen Verbünden gesehen. Das Konzept der Gemeindepsychiatrie setzt auf beteiligungsorientierte Ansätze (Partizipation), Empowerment und Vernetzung der Institutionen und der Erkrankten im Sozialraum (Gerlinger/Prestin/Schmid 2019, S. 12 f.; Seckinger/Neumann 2016).

In den Verbünden sollen sich verschiedene (ambulante und stationäre) Leistungsträger einer Region zusammenfinden und in Absprache mit der Kommune den regionalen Bedarf hinsichtlich einer Psychiatrieplanung abstimmen. Außerdem soll das ambulante Versorgungssystem im Rahmen der Verbünde so weit ausgebaut werden, dass auch akute Krankheitsphasen durch die ambulante Versorgung abgedeckt werden und eine stationäre Behandlung weitgehend entfällt (Greve et al. 2021, S. 151–168).

Grundlage der Arbeit der Verbünde ist das sogenannte Funktionale Basismodell (Steinhart und Wienberg 2016 und 2017), das u. a. auf eine fallspezifische Früherkennung- und Frühinterventionsstrategie setzt (Steinhart 2017). Die Mitglieder der Verbünde verpflichten sich ferner zur Kooperation und zur Organisation umfassender psychiatrischer Hilfen,

vor allem für Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen und einem komplexen Hilfebedarf. Bisher sind Gemeindepsychiatrische Verbünde in Deutschland jedoch sehr unterschiedlich vorhanden und in einigen Regionen gar nicht.

3. Finanzierungsgrundlagen und Kostenträger der Leistungen

Die Leistungen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung sind sowohl im Gesundheits- als auch im Sozialwesen angesiedelt (vgl. Melchinger 2008) und entfallen sowohl auf Leistungen nach dem Sozialversicherungsprinzip (Prinzip der Versicherungsleistung) als auch auf Leistungen auf Grundlage der Daseinsvorsorge (Prinzip der Fürsorge).

Die Kostenzuständigkeit für die ambulanten Versorgungsangebote ist auf eine Vielzahl von Trägern verteilt. Hierunter fallen Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Pflegeversicherung, Bundesagentur für Arbeit und die öffentliche Hand mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe und den Landkreisen, kreisfreien Städten und Kommunen als Träger der örtlichen Sozialhilfe.

Über die Beteiligungspflicht bei Leistungen der Sozialhilfe sind ggf. auch die Kranken selbst sowie ihre Angehörigen an den Kosten beteiligt (Selbstbeteiligung). Auch Eigenmittel der Einrichtungen spielen eine Rolle. Die Krankenkassen sind primär für die ärztliche Behandlung psychisch kranker Versicherter bzw. mitversicherter Familienangehöriger zuständig und übernehmen darüber hinaus auch unterhaltssichernde Leistungen.

Die Rentenversicherung übernimmt die Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit für die bei ihr versicherten Personengruppen. Sie bezahlt auch Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben sowie unterhaltssichernde Leistungen. Die Bundesagentur für Arbeit beteiligt sich an Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben sowie ebenfalls an unterhaltssichernden Leistungen.

Die Zuständigkeit der Kommunen ergibt sich aus ihren Aufgaben im Rahmen der Daseinsvorsorge. Die Kommunen unterhalten dafür eigene Leistungsträger, finanzieren aber auch Leistungen anderer Träger. Dabei handelt es sich bei der psychiatrischen ambulanten Versorgung häufig um ein freiwilliges Angebot der Kommunen. Bundesweit gültige Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen existieren nicht. Die Vergütungssätze und Leistungen werden zwischen den Ausgabenträgern und Einrichtungen meist einzelvertraglich festgelegt. Das Leistungsangebot und seine Finanzierung sind deshalb in den Kommunen in Deutschland recht unterschiedlich ausgestaltet.

Eng verknüpft mit der Daseinsvorsorge ist das Prinzip der Subsidiarität. Nach dem Subsidiaritätsprinzip ist der Staat zur Bereitstellung von Hilfe nur verpflichtet, wenn sich die betroffene Person nicht selbst helfen kann sowie andere nichtstaatliche Anbieter kein ebenwertiges Angebot

machen können. Freie und kirchliche Träger haben grundsätzlich Vorrang vor kommunaler oder staatlicher Hilfe.

Auf das Subsidiaritätsprinzip ist also zurückzuführen, dass ein hoher Anteil der Versorgung psychisch kranker Menschen durch die Freie Wohlfahrtspflege erfolgt. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege finanzieren sich über die Vergütung der Leistungen durch öffentlich-rechtliche Rahmenverträge (Stock et al. 2020, S. 72f.). Darüber hinaus spielen staatliche Zuschüsse und Geldspenden, Finanzmittel aus Stiftungen und Entgelte für Leistungen von eigenen Krankenhäusern oder Heimen eine Rolle. Die konfessionellen Verbände nutzen darüber hinaus Mittel aus der Kirchensteuer.

Im Rahmen von Modellvorhaben (§ 64b SGB V) können alternative Finanzierungsmodelle erprobt werden – wie z. B. regionale Psychatriebudgets, die die Budgets für stationäre und ambulante Leistungen zusammenfassen und so eine integrative, koordinierte Versorgung über Sektorengrenzen hinweg schaffen sollen. Mittel aus Modellprojekten und anderer Projektförderung werden von 54 Prozent der im Rahmen dieser Studie Befragten als „relevant“ oder „sehr relevant“ für die Geschäftsführung eingeschätzt. Alle Ergebnisse der Befragung zum Themenbereich Finanzierung und Geschäftsstrategie sind in Abbildung 1 in Kapitel 4 dargestellt.

Die Rahmenbedingungen der Leistungsgewährung und ihre Finanzierungsgrundlage sind in den SGBs geregelt. Für die verschiedenen Phasen einer psychischen Krankheit oder nach Lebenslage der betroffenen Person sind häufig verschiedene Kostenträger zuständig. Für die akute Erkrankung liegt die Zuständigkeit in der Regel bei den Krankenkassen.

Dauert die Krankheit länger als sechs Monate, wird sie zu einer Behinderung mit Folgen für die Teilhabe im Bereich der Alltagsbewältigung und Arbeit. Zuständig ist dann z. B. die Eingliederungshilfe, die Bundesagentur für Arbeit oder die Rentenversicherung. Die Übernahme alltäglicher Verrichtungen und die Aktivierung oder Stabilisierung längerfristig erkrankter Menschen fallen in den Bereich der Pflege, die je nach Leistung und Anspruchsberechtigung von der Krankenkasse, der Pflegeversicherung oder der Sozialhilfe finanziert wird.

In der Regel sind die sozialrechtlichen Leistungen nicht miteinander kompatibel. Eine Übersicht über verschiedene Leistungen in der psychiatrischen Versorgung und ihre gesetzlichen und finanziellen Grundlagen enthält Tabelle 2.

Tabelle 2: Ausgewählte psychiatrische Unterstützungsangebote und ihre Finanzierungsgrundlagen

Beratung und Begleitung	Behandlung ambulant und stationär	Unterstützung zur Alltagsbewältigung und Teilhabe in der Gemeinschaft	Teilhabe am Arbeitsleben	Pflege ambulant und stationär	Medizinische Rehabilitation
Sozialpsychiatrische Dienste <i>Länder (PsychKG, Ausführungsrichtlinien)</i>	Hausärzt*in, Fachärzt*in <i>SGB V</i>	Kontakt- und Beratungsstelle, Sozialpsychiatrisches Zentrum <i>Steuermittel, SGB XII § 53</i>	Arbeitsgelegenheiten <i>SGB II §§ 16 d, e</i>	Häusliche Krankenpflege <i>SGB V</i>	Stationäre medizinische Rehabilitation (psychosomatisch, psychotherapeutisch und Sucht) <i>SGB VI § 15, SGB V § 40</i>
Kommunale Beratungsstellen <i>Freiwillige Leistungen, Selbsthilfe</i>	Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) <i>SGB V §§ 27, 118</i>	(Beschäftigungs-) Tagesstätte <i>SGB XII § 53</i>	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), Berufliche Reha <i>SGB IX § 33</i> Unterstützte Beschäftigung (UB) <i>SGB IX § 38a</i>	Hilfe zur Pflege <i>SGB XI, SGB XII</i>	Ambulante medizinische Rehabilitation (auch ambulante Entwöhnungsbehandlung) <i>SGB V § 40, SGB VI § 15</i>

Beratung und Begleitung	Behandlung ambulant und stationär	Unterstützung zur Alltagsbewältigung und Teilhabe in der Gemeinschaft	Teilhabe am Arbeitsleben	Pflege ambulant und stationär	Medizinische Rehabilitation
Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen <i>Selbsthilfeförderung SGB V § 20</i>	Psychiatrische häusliche Krankenpflege <i>SGB V §§ 27, 37, 38, 132a</i>	Mobile Unterstützung, Betreutes Wohnen allein oder im Verbund <i>SGB XII § 53, Teil 2 des SGB IX</i>	Zuverdienst <i>Länderbezogene Unterschiede (Basis SGB XII § 53 oder 56) oder kommunale Regelungen (Basis § 11)</i>	Ambulante Betreuungsleistungen <i>§ 45b SGB XI</i>	Berufliche Rehabilitation (Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke; RPK) <i>SGB III §§ 112 ff., SGB V § 107, SGB VI § 15, SGB XII § 54</i>
Krisendienst <i>Steuermittel, Leistungserbringer</i>	Ambulante Sozialtherapie <i>SGB V §§ 27, 37a, 132b</i>	Sozialpsychiatrisches Wohnheim <i>SGB XII § 53, Teil 2 des SGB IX</i>	Integrationsfirmen <i>SGB IX §§ 132 ff.</i>	Tagespflege <i>SGB XI, SGB XII</i>	
	Ambulante Ergotherapie <i>SGB V §§ 27, 92, 125</i>	Übergangswohnheim <i>SGB XII § 53, Teil 2 des SGB IX</i>	Integrationsfachdienste <i>SGB §§ 109 ff.</i>	Verhinderungspflege <i>SGB XI § 39</i>	
	Ärztliche und psychologische Psychotherapie <i>SGB V §§ 27, 95 PsychThG</i>		Berufsförderungswerke <i>SGB IX §§ 13, 20, 35</i>	Pflegeheim <i>SGB XI, SGB XII</i>	

Beratung und Begleitung	Behandlung ambulant und stationär	Unterstützung zur Alltagsbewältigung und Teilhabe in der Gemeinschaft	Teilhabe am Arbeitsleben	Pflege ambulant und stationär	Medizinische Rehabilitation
	Integrierte Versorgung (IV) <i>SGB V § 140</i>		Berufstrainingszentrum (BTZ) <i>SGB III §§ 112 ff., SGB VI §§ 16–19, SGB IX § 35</i>		
	Tageskliniken (teilstationär) <i>SGB V §§ 27, 39</i>		Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) <i>SGB III §§ 112 ff., SGB V §§ 107, SGB VI § 15, SGB XII § 54, SGB IX § 26</i>		
	Klinik, Abteilung (stationär), Entzugsbehandlung <i>SGB V §§ 27, 39a</i>		Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM) <i>SGB IX §§ 136 ff., Werkstattverordnung (WVO), SGB XII § 53, Fördergruppe § 56</i>		

Quelle: Eichenbrenner 2017, S. 118f. (Angaben hinsichtlich „Unterstützung zur Alltagsbewältigung und Teilhabe in der Gemeinschaft“ durch die Verfasserinnen aktualisiert nach Neureglungen des Bundesteilhabegesetzes)

Anzumerken ist, dass zwischen den unterschiedlichen Kostenträgern Überschneidungen hinsichtlich der Zuständigkeit zur Übernahme von Leistungen existieren können (Stock et al. 2020, S. 454 f.). Grundsätzlich soll gelten, dass die Leistungen von einem Kostenträger übernommen werden, soweit nicht ein anderer Sozialleistungsträger dazu verpflichtet ist. Die Anspruchsgrundlage und die Voraussetzung sind nach den einzelnen Leistungsgesetzen zu prüfen.

Zusätzlich enthalten die SGBs Bestimmungen über die Koordination zwischen den Leistungsträgern. Das Bundesteilhabegesetz hat außerdem im Rahmen des Teilhabeplans dazu beigetragen, dass die Zuständigkeit zwischen den Kostenträgern besser geklärt wird und bestimmte Fristen für Entscheidungen eingehalten werden müssen.

Jedoch wurde von den interviewten Expert*innen darauf hingewiesen, dass durch die Verteilung der Kostenzuständigkeit für die Beratung, Betreuung und Behandlung psychisch Kranker auf verschiedene Kostenträger, eine Finanzfragmentierung auftritt, die zu einer weiteren Zerstückelung der Versorgung psychisch Kranker beiträgt. Angemerkt wurde, dass die strukturelle und finanzielle Fragmentierung der ambulanten Versorgung in psychiatrischen Einrichtungen zu Intransparenz und Schnittstellenverlusten führt (vgl. auch DVGP 2020, S. 6 f.; Steinhart/Wienberg 2017).

In der Befragung im Rahmen der vorliegenden Branchenstudie stimmen 46 Prozent der Befragten der Aussage „eher“ oder „vollkommen“ zu und 36 Prozent teilweise zu, dass Schnittstellenverluste bei der ambulanten psychiatrischen Versorgung existieren. Nur 14 Prozent stimmen der Antwort „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ zu. Forderungen gehen in die Richtung, die Koordination der Leistungserbringer und Kostenträger sowie die (fallbezogene) Vernetzung von Hilfeangeboten zu verbessern (Gerlinger/Prestin/Schmid 2019, S. 18 f.).

Es existieren keine statistischen Angaben über die Verteilung der Kosten auf die einzelnen Kostenträger hinsichtlich der Finanzierung der Leistungen der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie. Entsprechende Daten zu den hier betrachteten drei Teilbereichen sind ebenfalls nur sehr eingeschränkt verfügbar.

Sozialpsychiatrische Dienste

Die Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste werden überwiegend als Teil der Daseinsvorsorge über die Kommunen und somit durch Steuergelder finanziert. Zur Finanzierung müssen von Sozialpsychiatrischen Diensten keine Anträge gestellt werden. In Bayern und Baden-Württemberg werden die Leistungen jedoch über Zuschüsse finanziert. Für die Klient*innen selbst entstehen in allen Bundesländern keine Kosten.

Bei Sozialpsychiatrischen Diensten, die nicht zum Gesundheitsamt gehören, sondern von einem freigemeinnützigen Träger unterhalten werden, erfolgt die Finanzierung oft über eine pauschale Mischfinanzierung mit festgelegten Prozentanteil durch das Land, die Stadt bzw. Kommune, die Krankenkassen und einem Eigenanteil des jeweiligen Trägers (Melchinger 2008, S. 51; Obert 2001, S. 28).

Der Eigenmittelanteil wird z. B. über die Abrechnung einer ambulanten Suchttherapie mit der Deutschen Rentenversicherung oder einer Sozialtherapie mit einer Krankenkasse erwirtschaftet. Es existieren kaum Angaben zu den für die Sozialpsychiatrischen Dienste zur Verfügung gestellten Finanzmitteln, da diese nicht offengelegt werden müssen (Elgeti 2020, S. 71).

Sucht- und Drogenhilfe

Die Sucht- und Drogenhilfe umfasst verschiedene Tätigkeitsbereiche und führt eine Vielzahl von Leistungen aus. Dementsprechend sind auch ihre Finanzierungsstrukturen komplex und heterogen. Es existieren steuerfinanzierte Leistungen der freiwilligen Daseinsvorsorge und Sozialversicherungsleistungen. Die klassische Sucht- und Drogenberatung, Prävention und Frühintervention sowie niedrigschwellige Hilfen fallen in den Bereich der freiwilligen Daseinsvorsorge. Medizinische Leistungen, wie die Rehabilitation, sind dagegen Sozialversicherungsleistungen. Tabelle 3 enthält einen Überblick über die verschiedenen Aufgabenbereiche und Kostenträger in der Sucht- und Drogenhilfe.

Tabelle 3: Aufgabenbereiche und Kostenträger in der Sucht- und Drogenhilfe

Aufgabenbereich	Kostenträger
Suchtprävention	Kostenübernahme i. d. R. durch die Kommunen und Länder (freiwillige Leistung); Eigenleistung der Leistungsträger
Frühintervention	Kostenübernahme i. d. R. durch die Kommunen und Länder (freiwillige Leistung); Eigenleistung der Leistungsträger. Mitunter werden Ausschnitte aus den Angeboten z. B. über gesetzliche Krankenkassen mitfinanziert.

Aufgabenbereich	Kostenträger
Niedrigschwellige Hilfen (i. d. R. Hilfen gemäß den §§ 53 ff. oder 67 SGB XII) und Drogenkonsumräume	Kostenübernahme i. d. R. durch die Kommunen und Länder (freiwillige Leistung); Eigenleistung der Leistungsträger
Ambulante Suchtberatung (inklusive Professionelle Sucht-Beratung (PSB) bei laufender Substitution)	Kostenübernahme i. d. R. durch die Kommunen und Länder (freiwillige Leistung); Eigenleistung der Leistungsträger
Ambulant Betreutes Wohnen	Kostenübernahme i. d. R. bisher durch die überörtlichen Sozialhilfeträger
Ambulante Rehabilitation und Nachsorge (nach stationärer Rehabilitation) sowie stationäre Rehabilitation	Kostenträger sind i. d. R. die Rentenversicherung, gesetzliche Krankenkassen und subsidiär die Träger der Sozialhilfe.
Suchtakutbereich (stationärer qualifizierter Entzug und der Entgiftungsbehandlung)	Kostenträger sind überwiegend die gesetzlichen Krankenkassen.

Quelle: eigene Zusammenstellung auf Grundlage von DG-SAS (2016)

Es existieren kaum Angaben über die Verteilung der finanziellen Kosten auf die einzelnen Kostenträger oder die verschiedenen Aufgabenbereiche.

In einer Untersuchung wurden exemplarisch in einer Befragung die Kosten für Opioid-Abhängigkeit für die gesetzlichen Krankenkassen und die Deutsche Rentenversicherung erfasst. Für 2016 beliefen sich die Kosten für die beiden Sozialversicherungsträger hochgerechnet auf insgesamt ca. 712 Millionen Euro. Die Ausgaben aufgrund von Opioid-Abhängigkeit betrugen bei der Deutschen Rentenversicherung rund 26,7 Millionen Euro und bei den gesetzlichen Krankenkassen ca. 685 Millionen Euro (darunter 82 Millionen Euro Ausgaben für Substitutionsmittel und 126 Millionen Euro für Krankenhausaufenthalte; Neusser et al. 2020).

Effertz/Verheyen/Linder (2016) beziffern die medizinisch-ökonomischen Kosten des Cannabiskonsums anhand einer Stichprobe von Daten der Techniker Krankenkasse (TK) auf 2.438 Euro an zusätzlichen Kosten pro konsumierende Person und Jahr. Insgesamt ergeben sich nach dieser Berechnung Kosten in Höhe von 975 Millionen Euro pro Jahr. Nach An-

gaben der Deutschen Suchthilfestatistik betrug im Jahr 2015 die durchschnittliche Finanzierung von Beratungsstellen 346.278 Euro (2011: 339.968 Euro; fdr 2017, S. 2)

Fast alle Einrichtungen der Sucht- und Drogenberatung (90 Prozent) wurden im Jahr 2015 zu knapp zwei Drittel kommunal finanziert. Drei Viertel der Einrichtungen enthielten Landesmittel (etwa 20 Prozent der Zuwendungen). Eigenmittel setzten über die Hälfte der Einrichtungen für bis zu 30 Prozent des Finanzbedarfs ein. Darüber hinaus spielten in einigen Einrichtungen Mittel der Bundesagentur für Arbeit eine Rolle.

Insgesamt haben sich die Zuwendungen für die ambulante Sucht- und Drogenberatung innerhalb von fünf Jahren (im Vergleich zu 2010) um knapp zwei Prozent erhöht. Allerdings ist zu bedenken, dass sich die Finanzierung der Sucht- und Drogenhilfe zwischen den Bundesländern und auch innerhalb eines Bundeslandes erheblich unterscheidet: Wie aufgezeigt, sind die Einrichtungen der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe im hohen Maße von öffentlichen Zuwendungen abhängig.

Da es freiwillige Leistungen sind, hängen die Finanzbudgets mitunter von der Haushaltslage der Kommunen vor Ort ab. Darüber hinaus sind die Zuwendungen der Landesebene und kommunaler Ebene komplementär aufeinander bezogen, sodass das Wegbrechen einer Finanzierung Kürzungen weiterer Mittel nach sich ziehen kann.

Psychiatrische häusliche Krankenpflege

Die psychiatrische häusliche Krankenpflege zählt zu den Regelleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Voraussetzung für die Leistungserbringung ist allerdings die Zulassung durch die Krankenkassen, die dabei sehr unterschiedlich agieren (Anderl-Doliwa 2017, S. 16; Tschinke 2013, S. 1–3; Tschinke 2022a, S. 21–23; Tschinke et al. 2022, S. 27–36). So existieren aufgrund restriktiver Bewilligungspraktiken der Krankenkassen in einigen Bundesländern nur wenige Angebote an psychiatrischer Pflege (vgl. Kapitel 2).

Besonders ausschlaggebend ist hier das Agieren der Allgemeinen Ortskrankenkassen (fortan AOKen), die die größte Anzahl von Versicherten versichern. Die Zulassung der psychiatrischen Pflegedienste wird durch die verschiedenen Landesverbände der AOKen festgelegt. Wenn ein AOK-Landesverband einen Regelversorgungsvertrag für die psychiatrische häusliche Krankenpflege abschließt, folgen die Verbände der anderen Krankenkassen meist nach (Tschinke 2013, S. 2). Problematisch ist dabei, dass bestimmte AOK-Landesverbände keine Verträge abschließen und damit in entsprechenden Bundesländern keine oder kaum psychiatrische häusliche Krankenpflege angeboten wird.

Für die Finanzierung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist neben der Regelversorgung auch die Besondere Versorgung von Bedeutung. Die Regelungen des § 140a SGB V zur Besonderen Versorgung knüpfen an die ursprüngliche Integrierte Versorgung an. In Niedersachsen entfallen auf die Besondere Versorgung 30 bis 50 Prozent des Gesamtleistungsvolumens der Pflegedienste und in Bremen wird die Finanzierung komplett im Rahmen der Besonderen Versorgung ausgeführt.

Im Rahmen der Besonderen Versorgung schließen Krankenkassen auf freiwilliger Basis mit ausgewählten Leistungserbringern Verträge ab, die über die Regelversorgung hinausgehen. Die Konditionen in der Besonderen Versorgung sind für die Leistungserbringer und Klient*innen häufig vorteilhaft (z.B. längere Laufzeiten, zuzahlungsfreie Leistungen, verschiedene Angebotsformen).

Angaben zu den Kosten der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege in Deutschland oder den Umsätzen der Pflegedienste existieren nicht. Karsten (2019, S. 9) weist darauf hin, dass die Vergütung für psychiatrische häusliche Krankenpflege zwischen 19,50 Euro und 85,16 Euro pro Stunde liegt.

4. Geschäftsstrategien und wirtschaftliche Entwicklungen der Leistungsträger

Die Befragung im Rahmen der Branchenstudie sowie die Expert:innen-Interviews kommen zu dem Ergebnis, dass die Struktur der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie stabil ist: Übernahmen oder Aufkäufe von anderen Einrichtungen sowie die Schließung von Einrichtungen sind eher selten. Auch werden Tätigkeiten nur selten auf externe Anbieter im Rahmen von Outsourcing ausgelagert.

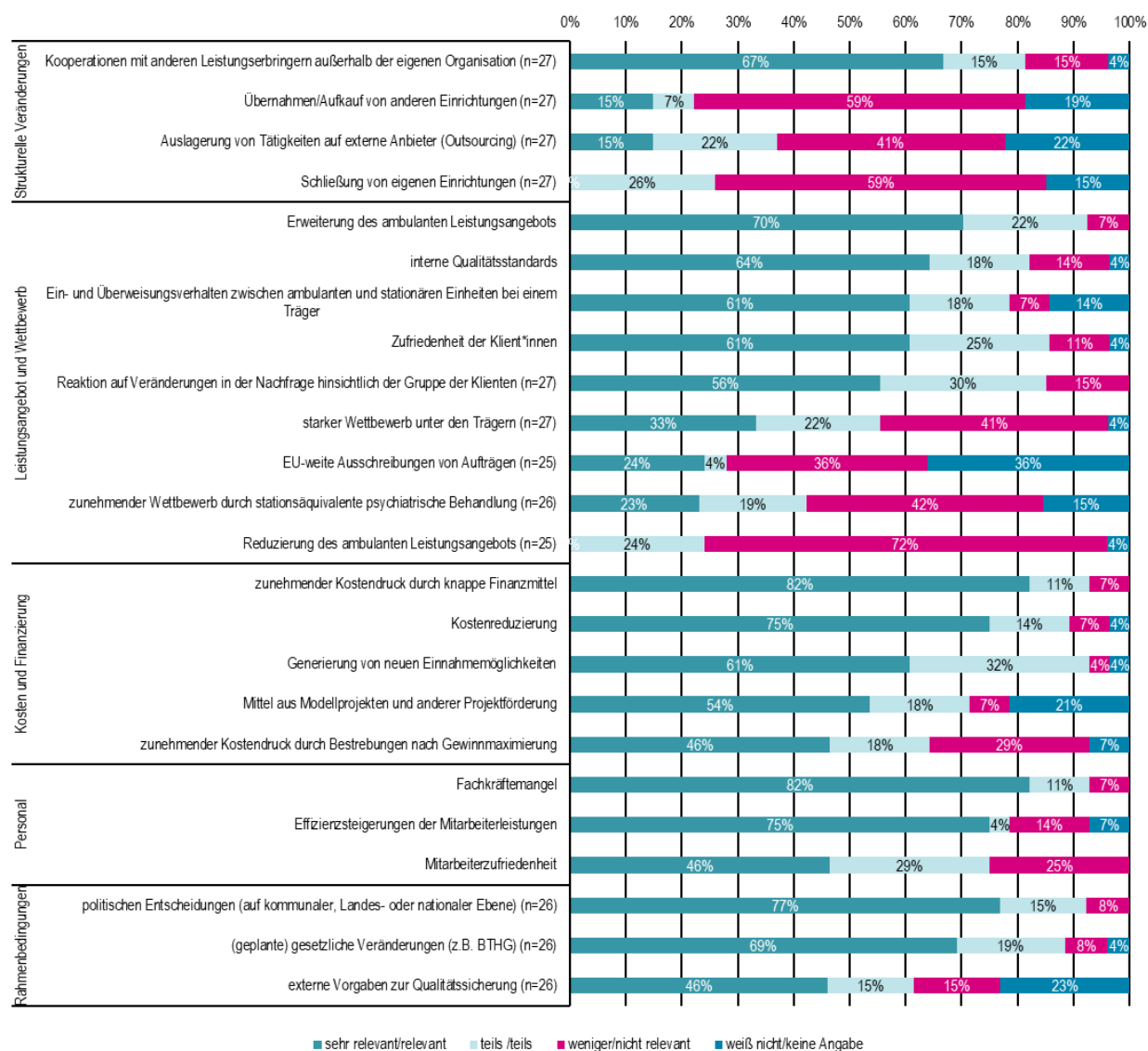
Zunehmende Bedeutung kommt dagegen dem Ausbau von Kooperationen mit anderen Leistungserbringern (Krankenhäuser, niedergelassenen Ärzt*innen/Therapeut*innen, nichtmedizinische Angebote) zu. In der Befragung befinden 66 Prozent der antwortenden Beschäftigten und Arbeitnehmervertreter*innen die Kooperation mit anderen Leistungserbringern aus Perspektive ihrer Geschäftsführung für „relevant / sehr relevant“ (vgl. Abbildung 1).

Auch Regus und Gries (2005) führen aus, dass stärker als in anderen medizinischen oder sozialen Bereichen die medizinische Psychiatrie und Psychotherapie mit nichtmedizinischen Einrichtungen und Diensten (Beratung, Sozialarbeit und Rehabilitation) verflochten sind und die Gesundheitsvorsorge und -fürsorge auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit nur im Rahmen einer engen, partnerschaftlichen Kooperation möglich ist. Kooperationen sollen die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Leistungserbringern fördern und multiprofessionell arbeitende Versorgungsnetze aufbauen.

Für die *Sozialpsychiatrischen Dienste* spielt laut Angaben der Interviewpartner*innen insbesondere die Vernetzung mit den Kostenträgern (Sozialamt oder überörtlicher Sozialhilfeträger), Kliniken und Leistungserbringern, wie der AWO oder der Caritas, eine wichtige strategische Rolle. Die Mitarbeit in psychosozialen Arbeitsgemeinschaften ist ebenfalls wichtig, allerdings aufgrund begrenzter personeller Kapazitäten nicht immer möglich.

Angemerkt werden muss auch, dass die Zusammenarbeit und die Förderung von Netzwerken zwar als Aufgabe der Sozialpsychiatrischen Dienste definiert sind, eine Finanzierung der Kooperationsbemühungen aber nicht in ausreichendem Maße erfolgt (Elgeti/Albers 2010, S. 7).

Abbildung 1: Relevanz von Faktoren für die Geschäftsstrategie in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervvertretungen und Beschäftigten in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie (n=28, sofern nicht anders angegeben)

Insgesamt wird für die psychiatrische Versorgung in Deutschland festgestellt, dass es an Koordination und Kooperation, und zwar insbesondere zwischen den ambulanten und stationären Bereichen, mangelt (Gerlinger/Prestin/Schmid 2019, S. 10; Steinhart/Wienberg 2017, S. 26; SVR 2018, S. 686f.). Es wird auf das Fehlen ganzheitlicher Behandlungskonzepte und aufeinander abgestimmter psychiatrischer Hilfsan-

gebote verwiesen (Crefeld 2007; Greve et al. 2021; Steinhart/Wienberg 2017, S. 18f.).

In unserer Befragung stimmen nur 18 Prozent der Antwortenden der Aussage „eher“ oder „vollkommen“ zu, dass die Hilfsangebote ausreichend vernetzt und aufeinander abgestimmt sind (ohne Abbildung).⁶ Die Ergebnisse der Befragung zur Relevanz von Faktoren für die Geschäftsstrategie, die die Befragten aus Perspektive ihrer Geschäftsführung beurteilen sollten, ist in Abbildung 1 dargestellt.

Ein starker Wettbewerb unter den Leistungsträgern spielt nur für einen Teil der im Rahmen der Branchenstudie Befragten eine Rolle. 33 Prozent empfinden Wettbewerb für ihre Geschäftsführung als „relevant / sehr relevant“, während 41 Prozent ihn als „weniger relevant / nicht relevant“ einschätzen.

Einen zunehmenden Wettbewerb durch Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bezeichnen 23 Prozent der Befragten als „relevant / sehr relevant“, während 42 Prozent das nicht tun.

Der „Gemeinsame Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung“ kommt zu dem Ergebnis, dass die Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung „eine wichtige Ergänzung bestehender Versorgungsformen“ darstellt (GKV-Spitzenverband / Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. / Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. 2021, S. 34).

Coenen, Haucap und Loebert (2021, S. 44f.) weisen dagegen darauf hin, dass „redundante Doppelstrukturen“ durch Überschneidungen zwischen Stationsäquivalenter Behandlung von Krankenhausunternehmen und dem vertragsärztlichen Angebot nicht ausgeschlossen werden können. Ferner merken die Autoren an, dass die Stationsäquivalente Behandlung auf eine kritische Ausweitung der ambulanten Betätigung durch Krankenhausunternehmen in der psychiatrischen Versorgung und eine „weitere Inwettbewerbstellung der Leistungen“ von Krankenhäusern mit den Leistungen von Vertragsärzt*innen hinweist (a. a. O., S. 43).

Viele Einrichtungen haben in den letzten Jahren ihr Leistungsangebot erweitert. In der Befragung schätzen 70 Prozent der Antwortenden die Erweiterung des ambulanten Leistungsangebots für ihre Geschäftsführung als „relevant / sehr relevant“ ein. Eine Reduzierung des Leistungsangebotes sehen lediglich 24 Prozent der Befragten teilweise als gegeben an, 72 Prozent können eine solche Entwicklung nicht bestätigen.

56 Prozent der Befragten geben an, dass die Erweiterung des Leistungsangebotes eine Reaktion auf Veränderungen in der Nachfrage hin-

⁶ Auf die Antwortkategorie „teils/teils“ entfallen 36 Prozent der Antworten, auf die Kategorie „stimme eher nicht zu / stimme überhaupt nicht zu“ entfallen 46 Prozent der Antworten.

sichtlich der Gruppe der Klient*innen ist. Hiermit verbunden ist auch die Generierung von neuen Einnahmemöglichkeiten, die 61 Prozent der Befragten als „relevant / sehr relevant“ einschätzen.

Ein zunehmender Kostendruck durch knappe Finanzmittel spielt für ein Großteil der Einrichtung der ambulanten Psychiatrie eine Rolle. 82 Prozent der Antwortenden der Befragung schätzen den zunehmend Kostendruck als „sehr relevant / relevant“ ein. Kostenreduzierungen spielen bei vielen Einrichtungen ebenfalls eine bedeutende Rolle. 75 Prozent der Befragten stufen Kostenreduzierung als „relevant / sehr relevant“ für ihre Geschäftsführung ein.

Eine besondere Herausforderung stellt nach Meinung der Interviewpartner*innen die Finanzierung freiwilliger kommunaler Leistungen dar. Die Erbringung freiwilliger kommunaler Leistungen gilt häufig als unterfinanziert und eine fortlaufende Finanzierung als ungewiss. Einrichtungen, die Leistungen im Rahmen der Daseinsvorsorge ausführen, können von Finanzknappheit betroffen sein, wenn Kommunen entsprechende Ausgaben zu knapp bemessen.

Blank (2011) weist darauf hin, dass zum Teil ein Wettbewerb zwischen den Anbietern um eine kostengünstige Leistungserbringung durch die öffentliche Hand initiiert wird, der sich durch kurze Laufzeiten der Zuschläge noch verstärkt. EU-weite Ausschreibungen von Aufträgen spielen für rund ein Viertel der Befragten im Rahmen unserer Befragung eine Rolle. Auch das Aufbringen von Eigenmitteln kann für die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie problematisch sein.

Zum Teil arbeiten die Einrichtungen defizitär, werden aber z. B. von angeschlossenen Kliniken mitgetragen, da diese vom Ein- und Überweisungsverhalten profitieren. Auf die Relevanz eines Ein- und Überweisungsverhaltens zwischen ambulanten und stationären Einheiten bei einem Träger weisen 61 Prozent der Antwortenden der Befragung im Rahmen der Branchenstudie hin.

Auch hinsichtlich des Kostenträgers Sozialversicherungen wurde im Rahmen der Expert*innen-Interviews auf Herausforderungen verwiesen: Krankenkassen und andere Sozialversicherungen erkennen Leistungen für psychisch Kranke mitunter nicht als Bestandteil der medizinischen Versorgung und damit ihrer Zahlungsverpflichtung an.

Viele der interviewten Geschäftsführer*innen von Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie merkten an, dass die Umsetzung des Bundesteilhabegesetz (BTHG) – insbesondere im Bereich des Betreuten Wohnens – zukünftig zu Veränderungen hinsichtlich der Finanzierung führen wird.

Der zunehmende Kostendruck durch Bestrebungen nach Gewinnmaximierung wurde von 46 Prozent der Antwortenden der Befragung als „relevant / sehr relevant“ eingeschätzt. Der geringe Zustimmungswert ergibt

sich daraus, dass die Einrichtungen der Antwortenden in freigemeinnütziger oder öffentlich-rechtlicher Trägerschaft gemeinnützig geführt werden. Trotzdem wirkt sich auch hier der Kostendruck auf das Personal aus: 75 Prozent der Befragten empfinden Effizienzsteigerung der Mitarbeiterleistungen für die Geschäftsführung ihrer Einrichtung als „relevant / sehr relevant“ und nur 14 Prozent halten Effizienzsteigerung für weniger relevant.

Für die Geschäftsführungen von Einrichtungen der *Sucht- und Drogenhilfe* spielt vor allem die Finanzmittelknappheit eine Rolle. Die Vergabe der Verträge der Sucht- und Drogenberatung wird von den Kommunen zum Teil europaweit ausgeschrieben und die Vertragsdauer läuft ggf. nur ein Jahr. Außerdem müssen Eigenmittel von den Einrichtungen erbracht werden (z. B. durch ambulante Rehabilitation, Präventionsmaßnahmen, Nichtraucherentwöhnung, Kurse zur Führerscheinwiedererlangung, Spenden).

Die Höhe des Eigenmittelanteils variiert zwischen den Einrichtungen; die im Rahmen dieser Branchenstudie interviewten Geschäftsführer*innen aus ambulanten Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe nennen einen Eigenanteil von 25 bis 30 Prozent. Zum Teil werden die Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe von anhängenden Kliniken mitgetragen. Vermittlungen aus den Suchtberatungs- und Behandlungsstellen machen den größten Anteil der Vermittlungen in die medizinische Rehabilitation für Suchtkranke aus (Höke et al. 2021, S. 9).

Eine Umfrage der Caritas Suchthilfe im Jahr 2018 unter 61 ambulanten Einrichtungen zeigt auf, dass die wirtschaftliche Situation im Bereich ambulante Rehabilitation suchtkranker Menschen in den befragten Einrichtungen in den letzten fünf Jahren (vor 2018) sich bei 69 Prozent der Einrichtungen verschlechtert hat und sich bei drei Prozent verbessert hat. Bei den restlichen Einrichtungen ist die wirtschaftliche Situation gleichgeblieben (Caritas Suchthilfe 2018, S. 5).

Gefordert wird deshalb eine stabile, verlässliche und kostendeckende Finanzierung der ambulanten Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe und vergleichbare Voraussetzungen für die Sucht- und Drogenberatung zwischen den Kommunen und Bundesländern in Deutschland (DHS 2019b).

Im bundesweiten Aufruf „Notruf Suchtberatung – stabile Finanzierung jetzt!“, der von den Wohlfahrtsverbänden, der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, der Deutschen Gesellschaft für soziale Arbeit in der Suchthilfe und weiteren Verbänden und Organisationen im Jahr 2019 unterzeichnet wurde, wird darauf hingewiesen, dass eine gravierende Unterfinanzierung der Beratungsstellen existiert und die kommunale Finanzierung der Suchtberatungsstellen in den letzten Jahren weitgehend stag-

niert ist. Hinzu kommt, dass die Personalkosten steigen, die Hilfeangebote flexibler und individueller gestaltet werden müssen und die Anforderungen an die Qualität der Arbeit zunehmen (DHS 2019d).

In Hinblick auf die *Sozialpsychiatrischen Dienste* sind die Veränderungen der letzten 30 Jahre im kommunalen Finanzmanagement, insbesondere die Umstellung auf kaufmännische Buchhaltung im öffentlichen Dienst im Jahr 2003, von Bedeutung. Mit der Einführung dieser doppelten Buchführung rückte auch in der öffentlichen Verwaltung die Erfassung von Ertrag und Aufwand in den Vordergrund. So wurden im Gegensatz zur Kameralistik Überschuldung und tatsächlicher Ressourcenverbrauch erkennbar. Wirkungsziele für kommunale Dienstleistungen wurden festgelegt und mit Finanzmitteln verknüpft (Krems 2017).

Allerdings sind bei den Sozialpsychiatrischen Diensten Kennzahlen kaum zu definieren, da man z. B. nicht von vornherein festlegen kann, dass man im nächsten Jahr ganz bestimmte Betreuungsleistungen oder eine gewisse Anzahl von Behandlungsmaßnahmen durchführen möchte. Das Angebot muss kontinuierlich vorgehalten werden, unabhängig von der tatsächlichen Nutzung.

In Anbetracht der häufig begrenzten finanziellen kommunalen Ressourcen wird die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste erschwert. Wirtschaftliche Zwänge sorgen dafür, dass die Handlungsspielräume der Dienste begrenzt sind. Sparmaßnahmen und Kürzungen sorgen außerdem für begrenzte personelle Ressourcen (vgl. auch Kapitel 5; Albers/Obert 2016, S. 53f.).

Die finanzielle Lage der Pflegedienste für *psychiatrische häusliche Krankenpflege* steht in einem engen Zusammenhang mit der Bewilligungspraxis der Krankenkassen. Allgemeingültige Aussagen lassen sich in diesem Teilsegment kaum treffen. Allerdings gilt auch für viele Pflegedienste, dass durch eine zu knappe Bemessung der Finanzierung, die Arbeitszeit der Beschäftigten besonders effektiv und effizient geplant und eingesetzt werden muss und die Arbeit so häufig von einer engen Taktung geprägt ist.

In unserer Befragung stimmen dennoch die Hälfte der Antwortenden der Aussage zu, dass die Leistungen der ambulanten Psychiatrie insgesamt ausreichend finanziert sind. Nur elf Prozent stimmen der Aussage „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ zu (ohne Abbildung).⁷ In den Expert*innen-Interviews wurde angemerkt, dass die Ausgaben für die psychiatrische Versorgung insgesamt angemessen erscheinen, jedoch die Verteilung der Ressourcen umstritten ist.

⁷ Auf die Antwortkategorie „teils/teils“ entfallen 18 Prozent der Antworten und auf die Kategorie „weiß nicht / keine Angabe“ 21 Prozent der Antworten.

In Steinhart und Wienberg (2017, S. 75) wird angemerkt, dass innerhalb des ambulanten Sektors die Ressourcenverteilung deutlicher auf die schwer und chronisch erkrankten Menschen ausgerichtet werden sollte, für deren Behandlung im Vergleich zu Personen mit leichten psychischen Erkrankungen zu wenig Geld verfügbar ist.

Die Zufriedenheit der Klient*innen ist für die Geschäftsführung nach Meinung der im Rahmen dieser Studie Befragten relevant: 61 Prozent der Antwortenden meinen, dass die Zufriedenheit der Klient*innen für die Strategie der Geschäftsführung „relevant / sehr relevant“ ist.

Debatten um die Qualität der Leistungen der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie gehen bereits auf die 1990er Jahre zurück. Besonders diskutiert wurde die Frage nach Qualitätsstandards im Zusammenhang mit Wirksamkeit und Effektivität Sozialer Arbeit und den begrenzten finanziellen Ressourcen (auch verstärkter betriebswirtschaftlicher Orientierung; Nothdurfter/Nagy/Frei 2021).

In verschiedenen SGBs finden sich Formulierungen, die auf die Notwendigkeit von Qualitätssicherung (SGB III, V, IX, XI), Qualitätsprüfung (SGB II, XI, XII) und Qualitätsentwicklung (SGB VIII) hinweisen. Interne Qualitätsstandards werden von 64 Prozent der im Rahmen dieser Studie Befragten als „relevant / sehr relevant“ eingeschätzt. Hier kommen z. B. auch Qualitätsmanagementsysteme der Normenreihe DIN/EN/ISO und insbesondere die Norm ISO 9001:2008 für prozessorientierte Anforderungen an das Qualitätsmanagement zum Tragen (vgl. auch Görden/Deimel 2017).

Externe Vorgaben zur Qualitätssicherung sind für die eigene Geschäftsführung für 46 Prozent der Befragten von Bedeutung. Für die vertragsärztliche Versorgung, Krankenhausbehandlung und Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen existieren gesetzliche Regelungen für eine verpflichtende Qualitätssicherung (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg 2018, S. 75–77). Auch Ausführungen in dem Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) der Bundesländer tragen zur Qualitätssicherung bei.

Hinsichtlich der stationären Versorgung gibt es durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), das 2017 in Kraft getreten ist, und durch die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL), die im Jahr 2020 die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) von 1991 abgelöst hat, Vorgaben zur Personalstruktur in psychiatrischen Kliniken.

Für die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie gibt es solche gesetzlichen Vorgaben zur Personalstruktur – abgesehen vom Bereich der ambulanten Rehabilitation – allerdings nicht (vgl. auch Kapitel 5). Zum

Teil werden von den gewährten Fachleistungsstunden Rückschlüsse auf den Personalbedarf gezogen.

Darüber hinaus haben verschiedene Fachgesellschaften und Verbände Qualitätsleitlinien für einzelne Behandlungsstandards oder Leistungen herausgegeben, wie beispielsweise für das ambulant Betreute Wohnen für psychisch Kranke, die ambulante Sucht- und Drogenberatung oder die Wohnungslosenhilfe. Die Leitlinien beschreiben dabei aus einer fachlichen Perspektive, unter welchen Umständen (Personalschlüssel, Mitarbeiterqualifikation, Betreuungsformat) eine spezifische Leistung erbracht werden soll. Nach Görgen und Deimel (2017, S. 426) dienen diese fachlichen Standards auch dem „zunehmenden Legitimierungsdruck“ vonseiten der Leistungsträger vor allem, wenn es um Leistungsgewährung und der Finanzierung von Leistungen geht.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Qualitätssicherung und fachliche Überwachung im Bereich Beratung und Betreuung überwiegend in den Händen der Einrichtungen bzw. der Länder und Kommunen liegt, während bei Behandlungen (z. B. Rehabilitation, Entgiftung und Entwöhnung im Bereich Sucht- und Drogenhilfe) die jeweiligen Kostenträger der Sozialversicherung (hauptsächlich gesetzliche Krankenkassen und Deutsche Rentenversicherung) federführend sind (Höke et al. 2021, S. 43–45).

Das Netzwerk *Sozialpsychiatrischer Dienste* in Deutschland hat es sich zur Aufgabe gemacht, Qualitätsstandards für die Kernaufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste festzulegen und veröffentlichte diese 2018 zusammen mit Empfehlungen zur Personalausstattung. Es wurden Angaben zum Leistungsumfang (Anzahl, Umfang und Frequenz von Angeboten), zum zuständigen Fachpersonal und zur Art der zu erbringenden Leistung gemacht (Albers/Elgeti 2018a). Aufgrund der uneinheitlichen Strukturen und heterogenen Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste wird eine einheitliche Umsetzung als schwierig angesehen. Zudem sind die Standards nicht bindend.

In den Einrichtungen der *Sucht- und Drogenberatung* spielt ein internes als auch externes Qualitätsmanagement eine Rolle. Die Befragung im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik für 2021 zeigt auf, dass 71 Prozent der Einrichtungen ein Qualitätsmanagementsystem implementiert haben. In 31 Prozent der Einrichtungen wurde das Qualitätsmanagementsystem zertifiziert. Außerdem nahmen 41 Prozent der Einrichtungen an einer externen Qualitätssicherung teil (Tabelle E7, Qualitätsmanagement Beteiligung, in: Künzel et al. 2021). Es existieren verschiedene Leitlinien und Handlungsempfehlungen zu Behandlungsstandards und zur Behandlung von Drogenabhängigkeit (insbesondere zur Substitution; Höke et al. 2021, S. 41–43).

Auch Träger haben zum Teil ihre eigene Rahmenanforderungen und Audits entwickelt, wie das zertifizierbare Qualitätsmanagement-System der Caritas für Suchthilfeeinrichtungen (Caritas Suchthilfe 2017). Hinsichtlich der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker gibt es eine Reihe von Vereinbarungen und Verfahrensabsprachen der Leistungserbringer und Kostenträger.

Die Deutsche Rentenversicherung hat z. B. ein Rahmenkonzept zur Adaption in der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen (2019), Empfehlungen zur Zusammenarbeit bei der Unterstützung arbeitsuchender abhängigkeitskranker Menschen (zusammen mit der Bundesagentur für Arbeit, 2018) und ein Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge (2016) herausgegeben. Diese umfassen auch Anforderungen hinsichtlich der Qualifikation der Beschäftigten (DRV o. J.).

Eine vergleichende Auswertung zwischen minimalen und maximalen Anforderungen an die Regelzulassung der *psychiatrischen häuslichen Krankenpflege* zeigt, dass die Bedingungen für die psychiatrische häusliche Krankenpflege zwischen den Bundesländern stark variieren (Karsten 2019). Dies wirkt sich auch auf die Strategien der Einrichtungen aus, da diese sich an unterschiedlichen Vorgaben zu Behandlungsdauer und Pauschalvergütungen orientieren müssen.

Auch das Qualitätsmanagement unterscheidet sich zwischen den Bundesländern. So existiert in Niedersachsen z. B. ein Qualitätsmanagementhandbuch, das Kriterien für die psychiatrische häusliche Krankenpflege definiert. Ein psychiatrischer Pflegedienst muss demnach für die Zulassung und bei der Überprüfung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) Struktur-Prozesse und Ergebniskriterien in einem Qualitätsmanagementhandbuch nachweisen können (Tschinke 2022b, S. 141–146).

In Bezug auf die Relevanz der Mitarbeiterzufriedenheit geben 46 Prozent der Befragten an, dass diese für ihre Geschäftsführung „sehr relevant“ oder „relevant“ ist. Weitere 29 Prozent meinen, dass die Mitarbeiterzufriedenheit zumindest teilweise relevant ist. Vor dem Hintergrund, dass z. B. 82 Prozent der Befragten zustimmen, dass der Fachkräftemangel für die Geschäftsführung „sehr relevant / relevant“ ist, erscheint die Relevanz der Bedeutung der Mitarbeiterzufriedenheit gering. Niemand antwortet in der Befragung, dass der Fachkräftemangel die eigene Einrichtung nicht trifft.

Die Covid-19-Pandemie hatte weitreichende Auswirkungen auf die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie. Im Kontext der Pandemie und des Lockdowns sowie der damit einhergehenden Kontaktbeschränkungen waren viele Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie von der Schließung der Örtlichkeiten betroffen. Hinzukam, dass Beschäftigte oder Kli-

ent*innen als zugehörig zu einer Risikogruppe klassifiziert worden sind und vor allen in Zeiten vor Existenz eines Impfstoffes soziale Interaktionen begrenzen sollten.

Anzumerken ist auch, dass nach Angaben der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sich häufiger mit Covid-19 infizieren, einen schwereren Verlauf zeigen und ein höheres Sterberisiko als die Allgemeinbevölkerung aufweisen (DGPPN o. J.). Neben teilweisen Schließungen kam es zu einer Reduzierung der Kontakte und der Kontaktzeit mit Klient*innen. Außerdem sind Gruppenangebote weggefallen. Zeitweise wurden Termine online, vor allem telefonisch, durchgeführt (vgl. Kapitel 7). Insgesamt ergibt sich aber aus den Expert*innen-Interviews, dass die Unterbrechungen in der Beratung, Betreuung und Behandlung durch die Covid-19-Pandemie von kurzer Dauer waren.

Für die *Sozialpsychiatrischen Dienste* in kommunaler Trägerschaft war der Abzug von Personal zur Kontaktnachverfolgung im Rahmen des Infektionsschutzes von besonderer Bedeutung. Es wurden zudem Aufgaben anderer Anbieter im Versorgungssystem übernommen, wenn diese pandemiebedingt ausfielen. Neue Aufgaben wurden außerdem in der Beratung und Unterstützung von Menschen, die aufgrund der eigenen Covid-19-Erkrankung oder durch Corona-Maßnahmen in psychische Not geraten, übernommen. Auch die Versorgung mit Medikamenten wurde teilweise durch die Sozialpsychiatrischen Dienste sichergestellt (Albers/Erven/Bispinck 2022).

Zu Beginn der Covid-19 Pandemie mussten *Sucht- und Drogenberatungsstellen* weitgehend schließen. Zum Teil wurden Termine in dieser Zeit online durchgeführt. Da die Betreuung, Beratung und Behandlung im Bereich der Sucht- und Drogenhilfe allerdings als systemrelevant eingestuft wurde, war die Schließung der Beratungsstellen von kurzer Dauer. Angebote in Selbsthilfegruppen wurden jedoch längerfristig ausgesetzt.

Höke et al. (2021) weisen darauf hin, dass psychosoziale Stressoren durch die Pandemie zu einem erhöhten Konsum- und Rückfallrisiko geführt haben. Expert*innen in den Interviews im Rahmen dieser Studie gehen allerdings davon aus, dass Abhängigkeitserkrankungen während der Pandemie nicht generell zugenommen haben, sondern Unterschiede zwischen den verschiedenen Suchtformen existieren. So hat z. B. die Glücksspielsucht abgenommen, weil die Spielhallen geschlossen waren. Zur Aufrechterhaltung der Substitutionsbehandlung während der Covid-19-Pandemie trat im April 2020 die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung in Kraft.

Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe (fdr 2020a) hat im Juni 2020 95 seiner Mitgliedsorganisationen und -einrichtungen zu den Auswirkun-

gen der Covid-19-Pandemie auf die Suchtprävention, Suchthilfe und Suchtselbsthilfe befragt. Die Befragung zeigt auf, dass die meisten Angebote auch während der Pandemie aufrechterhalten wurden. Zu einem Rückgang an Angeboten kam es in den Bereichen Selbsthilfe, Prävention, Suchtberatung im Betrieb und niedrigschwellige Hilfen.

70 Prozent der befragten Mitgliedsorganisationen und -einrichtungen schätzten, dass sich durch die Pandemie ihre Liquidität verringern wird. Teilweise wurde Kurzarbeitergeld beantragt oder bereits gezahlt. Die deutliche Mehrheit der Befragten gab an, dass entstandene finanzielle Defizite durch die Schutzpakete des Bundes und der Länder nicht kompensiert wurden und zum Zeitpunkt der Befragung oder perspektivisch nicht kompensierte Einnahmehausfälle zu verzeichnen sind.

90 Prozent der Einrichtungen oder Organisationen bestätigten eine Mehrbelastung des Personals durch die Pandemie. Die Ursachen hierfür lagen im Mehraufwand durch Schutzmaßnahmen, in veränderten Kommunikationsformen und Kontaktaufnahmen und eigenen psychischen Belastungen sowie psychischen Belastungen der Klient*innen. Darüber hinaus hat die Pandemie zu Mehrarbeit / verdichteten Arbeitszeiten und erhöhten Krankenständen sowie einem gestiegenen Spannungspotenzial zwischen den Mitarbeiter*innen (untereinander) und mit der Klientel geführt.

Die Covid-19-Pandemie hat auch die *psychiatrische häusliche Krankenpflege* vor Herausforderungen gestellt. Das soziale Gefüge, das einen wichtigen Bezugspunkt der Arbeit darstellt, wurde durch die Beschränkungen im Zuge der Pandemie stark eingeschränkt. Der Betreuungsbedarf wurde bei vielen Klient*innen akuter und aufwendiger.

Aufgrund der Herausforderungen der Covid Pandemie wurden zwei wesentliche Positionspapiere herausgearbeitet. Unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) wurde in einer multidisziplinären Arbeitsgruppe die Leitlinie „Häusliche Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität bei Menschen mit Pflegebedürftigkeit im Kontext ambulanter Pflege unter den Bedingungen der Covid-19 Pandemie“ entwickelt (BAPP 2020). Die Leitlinie befasst sich einerseits mit Hygienemaßnahmen und der Vermeidung der Übertragung des Virus und andererseits mit der Aufrechterhaltung der sozialen Teilhabe der Klient*innen.

Die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP) und der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest forderten außerdem in einem Positionspapier hinsichtlich der Herausforderung der Pandemie eine verbindliche qualitativ und quantitativ angemessene Personalausstattung sowie die hundertprozentige Refinanzierung der Pflegepersonalkosten (DFPP; DBfK 2022). Außerdem sollte Telepflege generell als Regelleistung zur Verfügung stehen.

5. Arbeit und Beschäftigung in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie

Übergreifende Informationen zur Beschäftigtenzahl in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie liegen nicht vor, da – wie in Kapitel 1.1 dargestellt – die Branche statistisch nicht erfasst ist. Die Ergebnisse der Expert*innen-Interviews und der befragten Beschäftigten und Arbeitnehmervertretungen ergeben, dass die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen je nach Träger, Tätigkeitsbereich und auch Region unterschiedlich ist.

Eine Statistik zur Anzahl der Beschäftigten im *Sozialpsychiatrischen Dienst* gibt es nicht. Lediglich die Anzahl der benötigten Stellen kann ermittelt werden. Ob diese auch besetzt sind, ist nicht ersichtlich (vgl. Kapitel 5.1). Ein Stellenabbau kommt nach Meinung der interviewten Expert*innen in den Sozialpsychiatrischen Diensten selten vor. Ergebnis der Interviews ist vielmehr, dass einzelne Stellen aufgestockt werden.

In der *Sucht- und Drogenhilfe* waren der Deutschen Suchthilfestatistik zufolge im Jahr 2020 durchschnittlich acht Mitarbeiter*innen in Festanstellung in den 765 an der Erhebung teilnehmenden Einrichtungen der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe tätig. Im Jahr 2017 waren es 7,4 Mitarbeiter*innen in den 755 teilnehmenden Einrichtungen gewesen. Hinzu kamen durchschnittlich 1,9 Honorarmitarbeiter*innen im Jahr 2020. Die Zahl der Honorarstellen ist seit 2017 ungefähr gleichgeblieben. Besonders hoch war der Anteil von Honorarmitarbeiter*innen unter Erzieher*innen und Fachkräften für Soziale Arbeit (Braun et al. 2018; Künzel et al. 2021).

Die Anzahl der in den ambulanten Einrichtungen der Grundversorgung Sucht (Suchtberatungsstellen) tätigen Personen wurde vom Gesamtverband für Suchthilfe für das Jahr 2014 auf 7.000 geschätzt (Gesamtverband für Suchthilfe 2017).

Zur Beschäftigtenzahl in der *psychiatrischen häuslichen Krankenpflege* liegen keine Daten oder Schätzungen aus den Expert*innen-Interviews oder der Befragung vor. Anzumerken ist, dass sich die Anforderungen an die psychiatrische häusliche Krankenpflege in den Bundesländern – trotz der „Rahmenempfehlungen nach Paragraph 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege“ (vgl. Kapitel 3) – stark im Hinblick auf die Anzahl der benötigten Mitarbeiter*innen (sowie der Behandlungsdauer) unterscheiden (Konhäuser 2020, S. 22f.).

Zu den Berufsgruppen, in denen die Beschäftigten der ambulanten Psychiatrie tätig sind, gehören insbesondere Sozialarbeitende (Sozialarbeiter*innen oder -pädagog*innen), Heilpädagog*innen, Pflegefachkräfte,

Ärzt*innen und Therapeut*innen. Als relativ neue Beschäftigtengruppe kommen „Peerberater*innen“ hinzu. Es handelt sich hierbei um Psychiatrieerfahrene mit spezifischer Weiterbildung.

Je nach Ausrichtung der Einrichtung sind die verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich häufig vertreten. In größeren Einrichtungen gibt es zusätzlich Verwaltungs- und technisches Personal. Daneben sind zum Teil auch Hilfskräfte, Praktikant*innen und Studierende aus sozialen oder medizinischen Fachrichtungen in den Einrichtungen beschäftigt.

In der Befragung geben knapp 90 Prozent der Befragten an, dass Sozialarbeitende und Heilpädagog*innen in ihrer Einrichtung bzw. bei ihrem Arbeitgeber beschäftigt sind. An zweiter Stelle stehen mit 71 Prozent Pflegefachkräfte, gefolgt von Ärzt*innen (einschließlich ärztlicher Psychotherapeut*innen) und Spezialtherapeut*innen (z. B. Ergotherapeut*innen und künstlerische Therapeut*innen) mit je 61 Prozent. Hinzu kommen außerdem Büro- und Verwaltungsmitarbeiter*innen und Praktikant*innen (je 54 Prozent), psychologische Psychotherapeut*innen und studentische Mitarbeiter*innen (je 39 Prozent), Peerberater*innen (36 Prozent) sowie Bewegungstherapeut*innen und Physiotherapeut*innen (14 Prozent).

Übereinstimmend gehen die im Rahmen dieser Studie interviewten Expert*innen davon aus, dass die Berufe der Sozialen Arbeit zahlenmäßig am häufigsten in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie vertreten sind. Im Zuge des Bologna-Prozesses wurden vielfach die Studiengänge Sozialarbeit und Sozialpädagogik zu Soziale Arbeit zusammengefasst (Stock et al. 2020, S. 37), dementsprechend werden die Berufe Sozialpädagog*in und Sozialarbeiter*in heute meist unter dem Begriff „Sozialarbeitende“ zusammengefasst.

Sozialarbeitende sowie auch Heilpädagog*innen können Bachelor- oder Masterabschlüsse (früher Diplome) mit verschiedenen Schwerpunktsetzungen von Fach(hoch)schulen, Universitäten, Gesamthochschulen oder Berufsakademien besitzen. Die Qualifikationsprofile der Absolvent*innen sind meist sehr heterogen (Henn/Lochner/Meiner-Teubner 2017, S. 12).

Nach Aussagen der interviewten Expert*innen ist auffällig, dass gerade in den letzten Jahren – hervorgerufen durch den massiven Fachkräftemangel – vermehrt Bachelorabsolvent*innen statt Master- (oder Diplom-)Absolvent*innen von den Einrichtungen eingestellt werden. Hier sind die formalen Qualifikationsanforderungen gesunken, ohne dass jedoch die Qualifikationserfordernisse der Arbeit angepasst wurden. Zuweilen wird versucht, durch personelle Umstrukturierung der Teams, entsprechende Defizite aufzufangen.

Im Gegensatz zu Ergo- und Physiotherapie sowie zur Krankenpflege, wo es Berufsgesetze gibt, fehlen im Tätigkeitsbereich Soziale Arbeit ein-

heitliche Regelungen. Zum Beispiel erwähnt das SGB XII Leistungen der Sozialen Arbeit, der entsprechende Beruf taucht dort aber nicht auf. So gibt es von gesetzlicher Seite keine Absicherung, dass berufliche Standards nicht unterlaufen werden und Personal ohne ausreichende Qualifikationen aufgrund geringerer Kosten eingestellt wird. Wie in Kapitel 4 dargestellt, sind es allerdings häufig die Kostenträger, die entsprechende Mindestqualifikationen für die Leistungserbringung festsetzen.

Bei den ärztlichen Berufen spielen in der ambulanten Psychiatrie Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie (nach alter Weiterbildungsordnung: Psychiater*in bzw. Facharzt*in für Psychiatrie, Facharzt*in für Psychiatrie und Neurologie bzw. Nervenarzt*in) und ärztliche Psychotherapeut*innen (Humanmediziner*innen mit zusätzlicher mehrjähriger fachärztlicher Ausbildung zur Ärztin*zum Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) eine Rolle.

Hinzu kommen psychologische Psychotherapeut*innen mit einem Studienabschluss in Psychologie und mehrjähriger Weiterbildung in der Psychotherapie, denen es seit 2017 erlaubt ist, Soziotherapie, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, eine Krankenhausbehandlung sowie einen Krankentransport zu verordnen, nicht aber andere körperliche Behandlungen oder Arzneimittel (Coenen/Haucamp/Loebert 2021, S. 20; Schäffler 2014).

Das neue Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz (Psychotherapeutengesetz/PsychThG) ist seit dem 1. September 2020 in Kraft. Mit einer zwölfjährigen Übergangsfrist wird die bisherige Ausbildung, bei der auf ein psychologisches, pädagogisches oder sozialpädagogisches Studium eine fünfjährige psychotherapeutische Ausbildung folgte, umstrukturiert. Nun können Absolvent*innen eines psychotherapeutischen Masterstudiengangs nach erfolgreicher Approbationsprüfung die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut*in“ führen. Daran schließt sich eine fünfjährige (Teilzeit mit entsprechender Verlängerung möglich) Weiterbildung an. Damit erwerben sie die Fachkunde als Fachpsychotherapeut*in.

Spezialtherapeut*innen, wie Ergotherapeut*innen und künstlerische Therapeut*innen, spielen in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie ebenfalls eine wichtige Rolle. Die Leistungen von Ergotherapeut*innen können über das Heilmittelgesetz verschrieben und damit abgerechnet werden. In der Ausbildung zur Ergotherapeutin*zum Ergotherapeuten hat nach Angaben von Interviewpartner*innen ein Paradigmenwechsel hin zu Betätigungsorientierung, d. h. zu zielorientiertem Arbeiten an definierten Themenbereichen (z. B. berufliche Integration, Umgang mit Alltagsthemen) stattgefunden.

Zudem gibt es eine beginnende Akademisierung des Ausbildungsberufes und den Versuch, die Arbeit fachlich qualitativ aufzuwerten. Inzwischen

gibt es bereits ein Modellprojekt für einen eigenständigen Studiengang „Ergotherapie“, das vom Bundesminister für Gesundheit gefördert wird.

Hinsichtlich der künstlerischen Therapeut*innen (z. B. in den Fachrichtungen Kunst-, Musik- oder Theatertherapie) wird von der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien eine gesetzliche Regulierung des Berufes auf der Grundlage bestehender, zertifizierter Ausbildungen an Universitäten, Hoch- und Fachhochschulen oder gleichwertigen privaten Ausbildungsinstituten gefordert, die die Berufsbezeichnung Künstlerischer Therapeut*innen schützt (Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien 2021). Die geschützte Berufsbezeichnung soll eine qualitätsgesicherte Behandlung gewährleisten. Außerdem werden einheitliche Vergütungsregelungen hinsichtlich der Leistungen der künstlerischen Therapien gefordert.

Peerberater*innen, die auch als Ex-in-Kräfte („experienced involvement“ – Einbeziehung von Erfahrenen) oder Genesungsbegleiter*innen bezeichnet werden, sind therapieerfahrene psychisch Erkrankte mit einer zusätzlichen Ausbildung, die in die Beratung oder Betreuung eines*r andere*n Erkrankten einbezogen werden und die*den Betroffenen auf Augenhöhe begleiten.

Themen in Beratungsgesprächen mit Peerberater*innen können z. B. den Umgang mit der eigenen Erkrankung oder Behinderung, den Bedarf an Unterstützung und Hilfsmitteln, Arbeit und Beziehungen zu anderen Menschen sowie Unterstützung in Krisensituationen betreffen. Auch rechtliche und Verwaltungsfragen können besprochen werden (Geissler 2017, S. 153).

Nach Bischof et al. (2017) kann durch die Einbindung von Peerberater*innen ein niederschwelliger Zugang zu den Erkrankten gewährleistet und die psychiatrische Versorgung besser an die Bedürfnisse von Menschen in Krisen angepasst werden. Des Weiteren leistet der Einsatz von Peerberater*innen einen wichtigen Beitrag dazu, dass psychisch Erkrankte ein selbstbestimmtes Leben führen können (Gerlinger/Prestin/Schmid 2019, S. 9).

Im Zuge der Autonomieförderung und Partizipation sowie entsprechenden Regelungen in den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Bundesländer soll der Einsatz von Peerberater*innen vorangetrieben werden. Die 350 Stunden und zwei Praktika umfassende Qualifizierung zur Peerberaterin*zum Peerberater ist aus einem europäischen Projekt unter Beteiligung von psychiatrischen Einrichtungen, Ausbildungsinstituten, Universitäten und Betroffenenorganisationen hervorgegangen.

In Deutschland werden seit dem Jahr 2005 Kurse zur Peerberaterin*zum Peerberater angeboten, derzeit gibt es 35 Ausbildungsstandorte, die der Qualitätssicherung und Aufsicht des Dachverbands „EX-IN

Deutschland“ unterstehen (Stand August 2022). Inhalt der Qualifizierung sind u. a. rechtliche Grundlagen in der psychiatrischen Arbeit, Kenntnisse des Versorgungssystems, Methoden der Fürsprache, Beratung und Begleitung, Peer-Counseling, Verhandlungsstrategien und Krisenintervention (Geissler 2017, S. 152).

Obwohl die Beteiligung von Peerberater*innen in der Beratung und Betreuung von psychisch Kranken Erfolge aufzeigt und das Konzept zusätzlich dazu beiträgt, Menschen, die schwere psychische Krisen erlebt haben, in Arbeit zu bringen, gibt es beim Einsatz von Peerberater*innen auch Hindernisse. So scheitert die Beschäftigung von Peerberater*innen häufig an fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten solcher Stellen. Die Peerberater*innen werden zumeist nicht formal als Fachkräfte anerkannt, sodass ihre Beschäftigung aufgrund geltender Fachkräfteschlüssel behindert wird (Greve 2022).

Darüber hinaus fehlt eine Berufsankennung und die Entlohnung wird von den Peerberater*innen selbst als gering eingeschätzt. Die fehlende Abgrenzung kann insbesondere zum Problem werden, wenn Personen einen Abschluss in einem Gesundheitsberuf haben und Leistungen erbringen, die eigentlich diesen Beruf entsprechen, aber als Peer-Berater*innen eingestellt und vergütet werden. Hinzu kommt, dass andere Mitarbeiter*innen mitunter nicht immer die Beteiligung von Peerberater*innen akzeptieren wollen (Utschakowski 2016, S. 12f.). Errami (2016) gibt zu bedenken, dass die hierarchisch geprägte Organisation der Psychiatrie einer erfolgreichen Integration der Peerberater*innen oft im Weg steht.

Eine eigene Supervision für die Peerberatung sowie die Beschäftigung von mindestens zwei Peerberater*innen können in diesem Zusammenhang dafür sorgen, dass diese sich gegenüber anderen Berufsgruppen behaupten können (Sielaff/Ott/Bock 2017, S. 137). Als nachteilig wurde in den Interviews im Rahmen dieser Branchenstudie ferner empfunden, dass es den Peerberater*innen zum Teil an Wissen über das Gesundheitssystem fehlt und die Beratung auf individuellen Erfahrungen statt auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

Die verschiedenen Sozialpsychiatrischen Dienste unterscheiden sich hinsichtlich der Berufsgruppen, die dort tätig sind (Elgeti 2018a, S. 16). Eine ärztliche Leitung ist außer in Bayern und Baden-Württemberg in allen Bundesländern vorgeschrieben. In Bayern und Baden-Württemberg werden dagegen Ärzt*innen eher per Honorarvertrag angestellt (Albers/Obert 2016, S. 52). In einigen Sozialpsychiatrischen Diensten gibt es neben der ärztlichen Leitung nur Mitarbeiter*innen aus dem Bereich Soziale Arbeit. Andere Dienste beschäftigen hingegen auch Psycholog*innen und Krankenpfleger*innen mit psychiatrischer Zusatzqualifikation.

Die Beschäftigtenstruktur in den Sozialpsychiatrischen Diensten hängt zum einen von der Größe der Einrichtung ab. Zum anderen spielt auch die Leitung des Dienstes eine große Rolle, da der gesetzliche Rahmen unterschiedliche Zusammensetzungen zulässt. Dienste in freier Trägerschaft bieten zum Teil auch ambulante Suchtrehabilitation an und brauchen dafür mindestens eine halbe Stelle einer Psychologin*ines Psychologen.

Bezogen auf die verschiedenen Berufsgruppen gehen Interviewpartner*innen davon aus, dass pro 100.000 Einwohner*innen 1,36 Vollzeitäquivalente Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie, 0,51 Vollzeitäquivalente Psycholog*innen, 3,15 Vollzeitäquivalente Sozialarbeiter*innen und -pädagog*innen und 0,7 Vollzeitäquivalente Verwaltung benötigt werden. Insgesamt ergibt sich in den 13 Bundesländern, wo die Sozialpsychiatrischen Dienste an den Gesundheitsämtern angegliedert sind, ein Personalbedarf von 788 Stellen für Fachärzt*innen der Psychiatrie, 295 Stellen für Psycholog*innen, 1.825 in der Sozialarbeit und 405 in der Verwaltung.

Interviewpartner*innen merkten an, dass Ende 2020 224 Fachärzt*innen in den Gesundheitsämtern tätig waren, allerdings nicht unbedingt in Vollzeit und auch nicht notwendigerweise im Sozialpsychiatrischen Dienst. Zu den anderen Berufsgruppen liegt keine Statistik vor.

Laut der Deutschen Suchthilfestatistik bilden Fachkräfte der Sozialen Arbeit die größte Berufsgruppe in der ambulanten *Sucht- und Drogenhilfe*. Im Jahr 2020 waren durchschnittlich 5,2 Sozialpädagog*innen oder Sozialarbeiter*innen in den ambulanten Beratungs- und/oder Behandlungsstellen der Sucht- und Drogenhilfe in Festanstellung tätig. An zweiter Stelle folgten Krankenpflegekräfte und Pflegehelfer*innen mit durchschnittlich 2,9 Stellen.

Darüber hinaus waren folgende Berufsgruppen beschäftigt: „sonstige“ tätige Personen in Beratung und Therapie (durchschnittlich 2,5 Mitarbeiter*innen je Einrichtung), Erzieher*innen und andere Fachkräfte für Soziale Arbeit (2,1), Pädagog*innen, Sozialwissenschaftler*innen und Soziolog*innen (2,0), technisches Personal und Personal im Wirtschaftsbereich (1,9), Büro- und Verwaltungspersonal (1,6), Freiwilligendienst-Leistende und Psycholog*innen (je 1,4), Ärzt*innen und Praktikant*innen/Auszubildende (je 1,3), Ergo-, Arbeits-, Beschäftigungstherapeut*innen (1,2), Ökonom*innen oder Betriebswirt*innen (1,2) sowie Kreativtherapeut*innen (Kunst, Musik, Theater), Sport- und Bewegungstherapeut*innen und Physiotherapeut*innen (je 1,0; Künzel et al. 2021).

Die Beschäftigten brauchen für ihre Tätigkeit häufig eine suchtspezifische Zusatzausbildung, die auch von den Kostenträgern gefordert wird. Nach der Grundausbildung müssen die Beschäftigten deshalb eine zerti-

fizierte Zusatzausbildung im Bereich Suchtberatung oder Suchttherapie nachweisen, damit sie entsprechende Leistungen abrechnen können.

Sozialarbeiter*innen, Sozialpädagog*innen, Psycholog*innen (jeweils mit Diplom/Meister) oder Ärzt*innen können sich z. B. im Rahmen einer dreijährigen berufsbegleitenden Weiterbildung zur „Suchttherapeutin“ / zum „Suchttherapeuten“ weiterbilden (DHS o. J.). Suchtmediziner*innen benötigen die Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“. Zum Teil werden diese Weiterbildungen auch in Rahmen von Studiengängen mit suchtspezifischem Schwerpunkt und entsprechendem Abschluss angeboten (Höke et al. 2021, S. 43–45).

Hinsichtlich der Sozialen Arbeit in der Sucht- und Drogenhilfe wurde in den 1990er Jahren verstärkt bemängelt, dass spezifische Standards fehlen. Im Jahr 2001 wurde deshalb die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention (DG-SAS) gegründet, die die spezifischen Leistungen und Tätigkeiten der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und -prävention inzwischen definiert und mit Kompetenzprofilen unterlegt hat (DG-SAS 2016).

Die Kompetenzprofile bieten eine Orientierung über bereits bestehende Arbeitsbereiche der Sozialen Arbeit in der Sucht- und Drogenhilfe und geben darüber hinaus Anregungen für die Fachkräfte zur Weiterentwicklung der Kompetenzen in den spezifischen Arbeitsfeldern. Sie ermöglichen außerdem eine Positionierung und Differenzierung in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

In Hinblick auf die *psychiatrische häusliche Krankenpflege* hängt die Zusammensetzung des Personals von rechtlichen Vorgaben und Anforderungen der Kostenträger ab. So sieht das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz, PflBRefG), das am 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist, vor, dass ausschließlich examinierte Pflegekräfte den individuellen Pflegebedarf erheben und feststellen, den Pflegeprozess organisieren, gestalten und steuern sowie die Qualität der Pflege evaluieren, sichern und entwickeln dürfen. Dies sorgt in der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege dafür, dass andere Berufsgruppen inzwischen nur sehr begrenzt beschäftigt werden (Karsten 2019).

Wie in Kapitel 3 bereits erwähnt, wurde im Jahr 2020 die psychiatrische häusliche Krankenpflege außerdem in die „Rahmenempfehlungen nach Paragraph 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege“ aufgenommen, um künftig bundesweit einheitliche vertragliche Standards, insbesondere mit Blick auf die Qualifikation der Pflegefachkräfte zu schaffen (GKV-Spitzenverband 2021).

Demnach müssen sowohl sozialversicherungspflichtig beschäftigte verantwortliche Pflegefachkräfte in einer Einrichtung der häuslichen psy-

chiatrischen Krankenpflege eine der folgenden Ausbildungen abgeschlossen haben:

- Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem Pflegeberufereformgesetz),
- Gesundheits- und Krankenpfleger*in (nach dem Krankenpflegegesetz, KrPflG),
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in (nach dem Krankenpflegegesetz oder nach dem Pflegeberufereformgesetz),
- Altenpfleger*in (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.8.2003 oder nach dem Pflegeberufereformgesetz) oder
- Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht.

Darüber hinaus muss die beschäftigte verantwortliche Pflegefachkraft eine Zusatzausbildung und Berufserfahrung nachweisen. Als Zusatzausbildung werden anerkannt:

- eine staatlich anerkannte/zertifizierte sozialpsychiatrische Zusatzausbildung,
- eine Weiterbildung zur Fachkrankenschwester* zum Fachkrankenpfleger für Psychiatrie (nach ausgewählten Weiterbildungsordnungen),
- eine Weiterbildung auf Grundlage des Curriculums „Ambulante und gemeindenahe Pflege psychisch kranker Menschen“ der Universität Witten-Herdecke (einschließlich berufspraktischer Erfahrung) oder
- ein staatlich anerkannter Studienabschluss mit dem Schwerpunkt psychiatrische Versorgung

Die Berufserfahrung muss eine hauptberufliche Tätigkeit (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten acht Jahre von mindestens zwei Jahren nach erteilter Erlaubnis in dem oben genannten Beruf in einem psychiatrischen Krankenhaus, in einer psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses oder einer sozialpsychiatrischen Einrichtung beinhalten.

Darüber hinaus müssen Pflegefachkräfte in Leitungspositionen eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt haben. Diese Voraussetzung gilt auch durch den Abschluss eines betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer Fachhochschule oder Universität als erfüllt.

Sonstige Mitarbeiter*innen müssen über eine ausreichende Berufserfahrung in der pflegerischen Versorgung von Klient*innen mit psychischen Erkrankungen (mindestens ein Jahr in den vergangenen fünf Jahren im Umfang von mindestens 19,25 Wochenstunden) oder eine Zusatzqualifi-

kation in Psychiatrie/Gerontopsychiatrie im Umfang von mindestens 320 Zeitstunden verfügen (GKV-Spitzenverband 2021).

Aus den Interviews geht hervor, dass die Beschäftigungsverhältnisse in der ambulanten Psychiatrie insgesamt von einem hohen Frauen- und Teilzeitanteil geprägt sind. Der Frauenanteil in den *Sozialpsychiatrischen Diensten* lag z. B. in Niedersachsen im Jahr 2020 bei 73 Prozent der Vollzeitstellen (Lingnau/Laiberandt/Stegbauer 2021). Von den Interviewpartner*innen aus dem Segment der *psychiatrischen häuslichen Krankenpflege* wird angegeben, dass in ihren Einrichtungen der Frauenanteil unter den Beschäftigten zwischen 60 und 90 Prozent beträgt.

Die Interviewpartner*innen aus der *Sucht- und Drogenberatung* schätzen den Frauenanteil in entsprechenden Einrichtungen auf rund 80 Prozent. Die Geschlechterverteilung in der Branche entspricht dem hohen Anteil von Frauen in sozialen Berufen und medizinischen Gesundheitsberufen (jeweils über 80 Prozent; Statista 2023).

Häufig werden von den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie ausgeglichene Geschlechteranteile angestrebt, da davon ausgegangen wird, dass durch gemischtgeschlechtliche Teams den verschiedenen Bedürfnissen der Klient*innen besser entsprochen werden kann.

Zumeist wird eine Teilzeittätigkeit auf Wunsch der Beschäftigten aufgenommen, um Beruf und Privatleben besser vereinen zu können. Auch der Erholung und Regeneration wird angesichts der anstrengenden Berufe in der ambulanten Psychiatrie große Bedeutung beigemessen. Ergebnis der Expert*innen-Interviews ist auch, dass Arbeitgeber den Wünschen nach Teilzeittätigkeit entsprechen, um Beschäftigte zu gewinnen und zu halten.

Nicht immer geben es die Strukturen und die Organisation der Einrichtung jedoch her, Teilzeittätigkeit in den Abläufen aufzufangen. Teilweise entsteht laut Interviewpartner*innen z. B. eine unfaire Verteilung der Vertretungszeiten, sodass Vollzeitbeschäftigte mehr Vertretungen übernehmen müssen. Andererseits gaben Interviewpartner*innen aber auch an, dass durch die Verteilung der Arbeit auf mehr Köpfe durch Teilzeitarbeit Engpässe, die beispielsweise durch Krankheit entstehen, besser ausgeglichen werden können.

Angestelltenverhältnisse überwiegen bei den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie deutlich. Honorarkräfte sind im Allgemeinen häufiger in Einrichtungen in privater Trägerschaft zu finden. Wie oben aufgezeigt, existieren Honorarkräfte auch in der *Sucht- und Drogenhilfe*. Nach Angaben der Interviewpartner*innen werden sie auch im Bereich ambulant Betreutes Wohnens eingesetzt, da hier eine besondere Flexibilität gefragt ist.

Das Angebot von Stellen für Praktika und Werkstudent*innen hängt von der Art der Einrichtung ab, wie aus den Interviews im Rahmen dieser Studie hervorging. Während beispielsweise in der Sucht- und Drogenberatung weniger Praktikumsplätze angeboten werden, da eine Beteiligung in Einzelgesprächen mit den Klient*innen hier schwierig ist, greifen Einrichtungen anderer Bereiche gerne auf die kostengünstigen Arbeitskräfte zurück. Durch den angespannten Arbeitsmarkt wird in der Anstellung von studentischen Praktikant*innen nach Angaben der Interviewpartner*innen auch ein Mittel der Personalrekrutierung gesehen und die Praktikant*innen werden nach Abschluss des Studiums häufig direkt übernommen.

Befristete Beschäftigung ist den Interviewpartner*innen zufolge in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie eher selten und wird in Einzelfällen bei Berufseinsteiger*innen oder zur Überbrückung von Elternzeiten genutzt. Sie ist häufiger bei freigemeinnützigen Trägern und besonders bei privaten Trägern zu finden als bei Einrichtungen des öffentlichen Dienstes. Die Rahmenempfehlungen für die *psychiatrische häusliche Krankenpflege* beinhalten, dass der Einsatz von geringfügiger Beschäftigung nicht mehr als 20 Prozent der in der psychiatrisch häuslichen Krankenpflege eingesetzten Pflegefachkräfte betragen soll (GKV-Spitzenverband 2021, S. 11).

Der demografische Wandel zeigt sich auch in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie. Sozialarbeiter*innen waren im Jahr 2012 die durchschnittlich älteste Beschäftigtengruppe (nach den Lehrer*innen) in Deutschland (Henn/Lochner/Meiner-Teubner 2017, S. 23). In einigen Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie fehlt nach Angaben der Interviewpartner*innen allerdings eher der Mittelbau der 30- bis 50-Jährigen, da es in diesen Einrichtungen gelungen ist, über verstärkte Rekrutierungsbemühungen der letzten Jahre eine größere Zahl junger Nachwuchskräfte zu akquirieren.

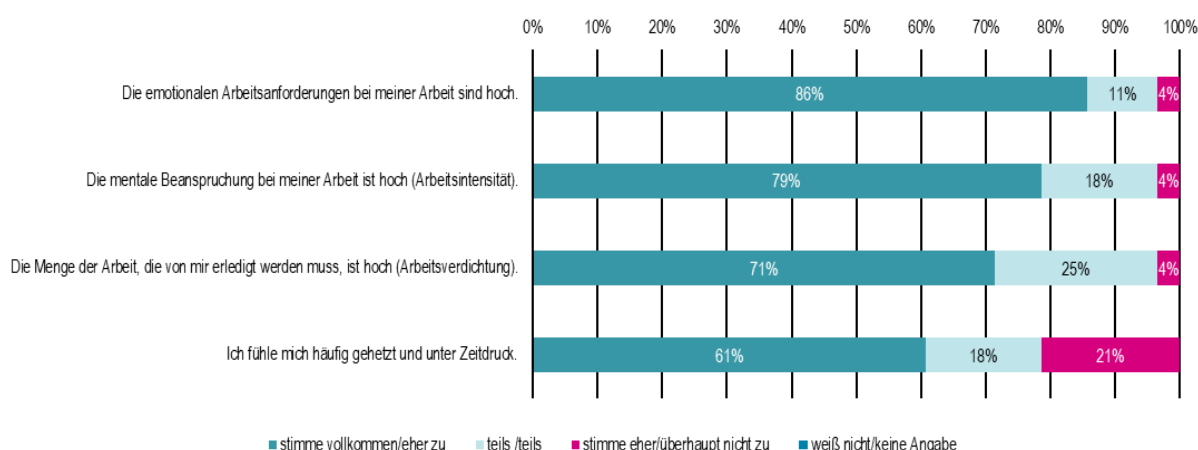
5.1 Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen

Die Arbeit in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie findet in einem schwierigen und komplexen Kontext statt. Mitarbeiter*innen müssen zu den psychisch kranken Klient*innen vertrauensvolle Beziehungen aufbauen und die Arbeitsbeziehungen gestalten. Sie sind mitunter für die Hilfebedarfsplanung zuständig und müssen je nach Krankheitszustand und/oder individuellen Wünschen des Betroffenen Anpassungen vornehmen.

Häufig müssen sie Vorkehrungen hinsichtlich einer Eigen- und Fremdgefährdung treffen und sind an Kriseninterventionen beteiligt. Sie können Leistungen der Beratung, Betreuung und Behandlung übernehmen und arbeiten dabei in einem vernetzten Kontext, wo sie sich mit verschiedenen weiteren Leistungsträgern, Institutionen oder weiteren Gruppen/Personen abstimmen müssen.

Die Ergebnisse der Befragung im Rahmen der vorliegenden Studie zur Bewertung der Belastungen sind in Abbildung 2 dargestellt. Die Befragten empfinden zu 86 Prozent die emotionalen Arbeitsanforderungen bei der Arbeit als hoch, weitere elf Prozent stimmen dieser Aussage teilweise zu. Außerdem meinen 46 Prozent der Befragten, dass sich die emotionalen Arbeitsanforderungen in den vergangenen fünf Jahren „stark verschlechtert“ oder „verschlechtert“ haben (vgl. Abbildung 6 unten).

Abbildung 2: Bewertung der Belastungen



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie (n = 28)

Neue medizinische und andere wissenschaftliche Erkenntnisse nehmen auf die Arbeit der Beschäftigten fortwährend Einfluss. Ferner spielt der komplexe gesetzliche Rahmen mit seiner Vielzahl von Bundes- und Landesgesetzen (insbesondere auch den verschiedenen Büchern der Sozialgesetzgebung) und den zahlreichen Neuregelungen eine Rolle. Ein eigenverantwortliches und fachlich selbstständiges Handeln der Mitarbeiter*innen prägt die Arbeit in vielen Einrichtungen der Psychiatrie.

Eine Herausforderung stellt darüber hinaus auch die mangelnde Leistungsgewährung aufseiten der Kostenträger und die knappe Bemessung

der Finanzierung da, sodass Klient*innen durch Ressourcenmangel nicht die Versorgung eingeräumt werden kann, die sie eigentlich benötigen. Eine Untersuchung zu den Arbeitsbedingungen von Sozialarbeiter*innen in Deutschland auf Grundlage des DGB-Index Gute Arbeit kommt zu dem Ergebnis, dass z. B. Sozialarbeiter*innen überdurchschnittlich über widersprüchliche Anforderungen bei der Arbeit klagen (Henn/Lochner/Meiner-Teubner 2017).

In der Befragung im Rahmen unserer Branchenstudie stimmen 79 Prozent der Antwortenden der Aussage „vollkommen“ oder „eher“ zu, dass die mentale Beanspruchung bei der Arbeit hoch ist (sogenannte Arbeitsintensität). Weitere 18 Prozent bezeichneten sie als teilweise hoch. 71 Prozent der im Rahmen dieser Branchenstudie Befragten stimmen der Aussage „vollkommen“ oder „eher“ zu, dass die Menge der Arbeit, die von ihnen oder den Beschäftigten insgesamt erledigt werden muss, hoch ist (sogenannte Arbeitsverdichtung). 25 Prozent stimmen dieser Aussage zumindest teilweise zu.

61 Prozent der Befragten stimmen der Aussage, dass sie oder die Beschäftigten insgesamt sich häufig gehetzt und unter Zeitdruck fühlen, „vollkommen“ oder „eher“ zu, 18 Prozent zumindest teilweise. 70 Prozent der Befragten meinen, dass sich die Arbeitsbelastungen in den letzten fünf Jahren „verschlechtert“ oder „stark verschlechtert“ haben, 22 Prozent gehen davon aus, dass die Arbeitsbelastung unverändert geblieben ist und nur vier Prozent geben an, dass sie sich „verbessert / stark verbessert“ hat (vgl. Abbildung 6 unten).

Die hohe Arbeitsmenge und die zunehmende Arbeitsbelastung sind verschiedenen Faktoren geschuldet. Neben den oben genannten Entwicklungen im Bereich der emotionalen und mentalen Belastungen bei der Arbeit, spielt u. a. auch die Digitalisierung in der Branche eine Rolle, die die Arbeit zunehmend komplexer macht und das Arbeitsvolumen erhöht (vgl. Kapitel 7).

Des Weiteren wurde in den Expert*innen-Interviews und von den Befragten im Rahmen der Branchenstudie auf einen steigenden Dokumentationsaufwand hingewiesen. Der Dokumentationsaufwand ergibt sich vor allem aus Tätigkeitsnachweisen und Zielkontrollen, die u. a. auch als Grundlage für Hilfeplanung, Stellungnahmen, Gutachten und Abrechnungen dienen. Von vielen Beschäftigten in der Sozialen Arbeit wird der Dokumentationsaufwand als belastend empfunden, da er ihrer Meinung nach zulasten der Arbeit mit den Klient*innen geht (Bischkopf et al. 2017).

In den Expert*innen-Interviews zum Bereich *Sozialpsychiatrische Dienste* in Gesundheitsämtern wurde darauf hingewiesen, dass Aufgaben von den Beschäftigten übernommen werden, die eigentlich nicht in den festgelegten Aufgabenbereich des jeweiligen Sozialpsychiatrischen Dien-

stes fallen. Hierunter fielen z. B. die Unterstützung beim Infektionsschutz durch die Gesundheitsämter im Zuge der Covid-19-Pandemie (Albers/Erven/Bispinck 2022), aber auch andere Tätigkeiten im Rahmen der Klient*innen-Betreuung (z. B. Erstellung von Gutachten im Rahmen des Betreuungsgesetzes, Teilnahme an der amtsärztlichen Begutachtung; vgl. auch Elgeti 2020).

Vermehrt werden Beratungs- und Betreuungsangebote der Sozialpsychiatrischen Dienste auch von Menschen ohne psychische Erkrankungen wahrgenommen. Dies führt für Mitarbeiter*innen zu einem Mehraufwand, da entsprechende Tätigkeiten eigentlich außerhalb des Leitungsspektrums der Dienste liegen (BVÖGD/DGPPN/LVGAFS 2019b).

Von besonderer Relevanz für die Beschäftigten in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie sind jedoch die Auswirkungen auf die Arbeit durch die zunehmenden Schweregrade der Erkrankungen der psychisch Kranken. Die Fallschwere ist eng an die zunehmende Komorbidität festgestellter psychischer Erkrankungen geknüpft (vgl. Kapitel 1.4).

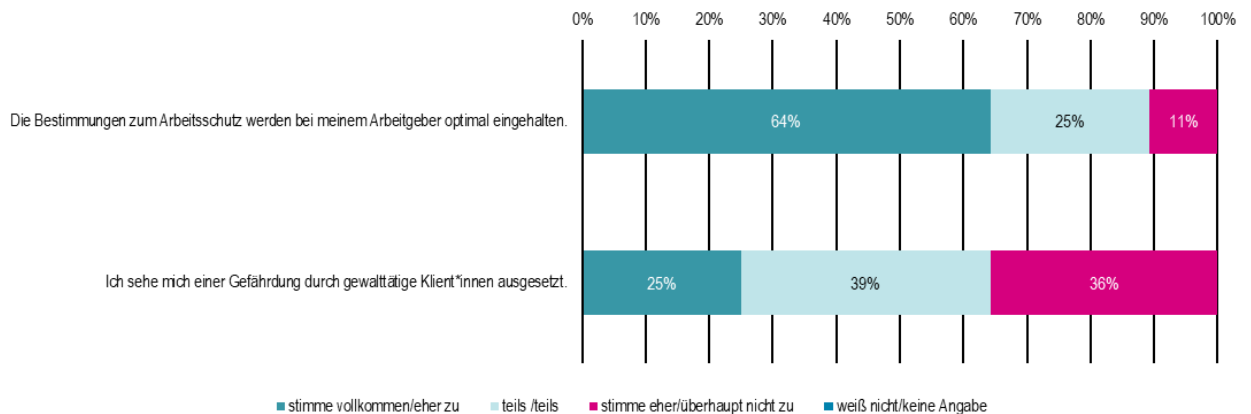
Durch diese Entwicklungen nimmt der Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsaufwand einer Klientin*eines Klienten deutlich zu: Die Arbeitsinhalte der Tätigkeiten werden komplexer, der Abstimmungsaufwand mit Kooperationspartner*innen erhöht sich und die Arbeitsintensität nimmt zu. Außerdem müssen Mitarbeiter*innen häufig ihr Wissen ausweiten und mitunter verstärkt in multiprofessionellen Teams zusammenarbeiten.

Im Umgang mit psychisch Erkrankten kann es eine Gefährdung durch aggressives oder übergriffiges, mitunter gewalttätiges Verhalten der Klient*innen geben. Dies kann eine psychische Belastung und physische Gefährdung für die Beschäftigten bedeuten. Gefährliche Situationen haben nach Meinung mehrerer interviewter Expert*innen zugenommen.

Insbesondere Interviewpartner*innen aus *Sozialpsychiatrischen Diensten* berichteten, dass Gewalt am Arbeitsplatz an Bedeutung gewonnen hat und das Thema Arbeitssicherheit im Hinblick auf die Gefährdung durch die Klient*innen wichtiger geworden ist. Häufig wurde auf die Notwendigkeit von besseren Arbeitsschutzkonzepten und Prozessbeschreibungen (z. B. für die Entscheidung, wann ein Hausbesuch allein möglich ist und wann Amtshilfe angefordert werden muss) hingewiesen.

In Gefährdungsbeurteilungen werden psychische und potenzielle Gefährdungen durch Klient*innen im Allgemeinen mitberücksichtigt. Dass die eigene Sicherheit ein bedeutendes Thema für die Beschäftigten ist, zeigt sich auch in den Befragungsergebnissen, die in Abbildung 3 dargestellt sind. Über die Hälfte der Befragten sieht sich bzw. die Beschäftigten insgesamt (im Fall der befragten Arbeitnehmervertretung) einer Gefährdung durch gewalttätige Klient*innen zumindest teilweise ausgesetzt (25 Prozent stimmen hier „vollkommen“ oder „eher“ zu, 39 Prozent teilweise).

Abbildung 3: Bewertung der Sicherheit



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie (n = 28)

64 Prozent der Befragten geben an, dass die Bestimmungen zum Arbeitsschutz bei ihrem Arbeitgeber optimal eingehalten werden (stimme vollkommen / stimme eher zu). Bei weiteren 25 Prozent ist dies zumindest teilweise der Fall.

Zu Beginn der Covid-19-Pandemie zeigte sich allerdings, dass generell nicht alle Beschäftigtengruppen gleichermaßen geschützt sind. 46 Prozent der Sozialarbeiter*innen (alle Branchen) gaben im DGB Index Gute Arbeit 2021 an, gar nicht oder nur in geringem Maß vor Ansteckung geschützt zu sein. Im Vergleich dazu waren es in den Berufen in der Werbung und im Marketing z. B. nur zehn Prozent (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2021).

Auch Meyer und Alsago (2021, S. 212) weisen auf fehlende Schutzmaßnahmen bzw. eine fehlende Steuerung durch Führungskräfte bei Schutzmaßnahmen im Bereich Soziale Arbeit hin. Wie in Kapitel 4 dargestellt, ergab sich durch die Pandemie in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie eine Vielzahl von besonderen Herausforderungen. In Bezug auf die Arbeitsbedingungen sind hier vor allem Mehrarbeit, erhöhte Krankenstände, Unsicherheiten und gestiegene Spannungspotenziale zu nennen.

Eine weitere Belastungsquelle kann die Arbeitszeit darstellen, die z. B. bei Krisendiensten oder auch Einrichtungen mit Betreutem Wohnen durch Schichtarbeit, Nachtarbeit und Arbeit am Wochenende geprägt ist. Im Gegensatz zur stationären Arbeit in Kliniken ist die Arbeit in ambulanten Einrichtungen allerdings seltener von solchen Arbeitszeiten geprägt.

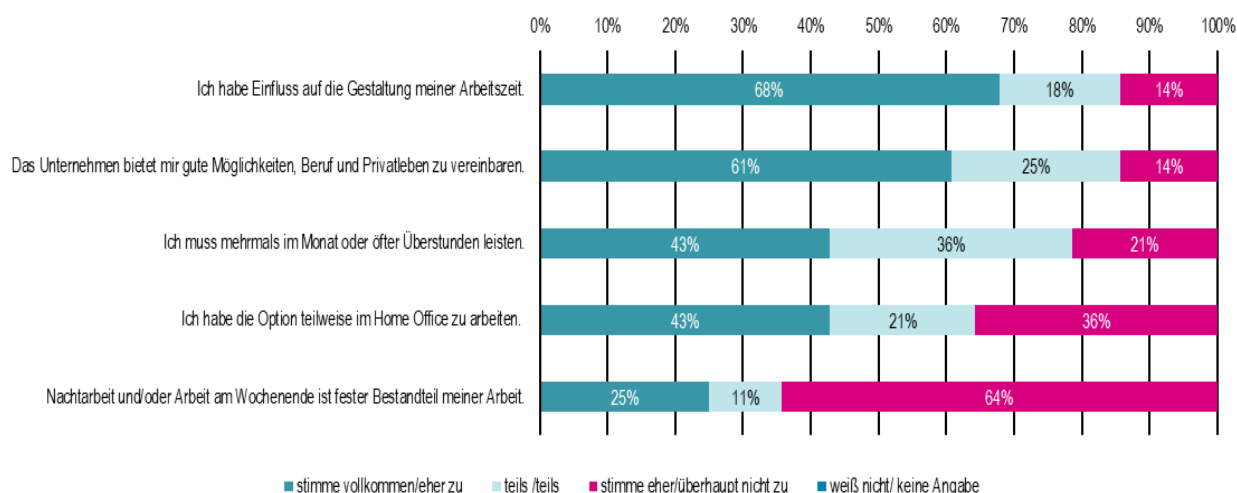
Nachtarbeit und/oder Arbeit am Wochenende ist bei einem Viertel der im Rahmen der Branchenstudie Befragten fester Bestandteil der Arbeit in

der Einrichtung (vgl. Abbildung 4 unten). Bei weiteren elf Prozent ist dies aber immerhin teilweise der Fall. Es wird jedoch insgesamt erwartet, dass sich die Arbeitszeiten mit der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes ausweiten, da mehr Angebote auch an Wochenenden oder rund um die Uhr verfügbar gemacht werden sollen.

Die befragten Beschäftigten und Arbeitnehmervertretungen in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie geben an, dass sie selbst (oder die Beschäftigten insgesamt) überwiegend Einfluss auf die Gestaltung ihrer Arbeitszeit haben; 68 Prozent der Befragten stimmen „vollkommen“ oder „eher“ zu, dass dies der Fall ist. Weitere 18 Prozent geben an, dass die Arbeitszeiten zumindest teilweise beeinflusst werden können. Auch die Möglichkeiten zu Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben werden von 61 Prozent als gut eingestuft. Ein mehrmaliges Leisten von Überstunden ist bei etwas mehr als drei Viertel der Befragten zumindest teilweise gegeben.

Knapp zwei Drittel der Befragten bzw. der Beschäftigten insgesamt können zumindest teilweise im Homeoffice arbeiten. Abbildung 4 gibt einen Überblick über die Einschätzung der Arbeitszeit durch die Befragten.

Abbildung 4: Einschätzung der Arbeitszeiten



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie (n = 28)

25 Prozent der Befragten geben an, dass sich ihre Arbeitszeiten bzw. die Arbeitszeiten der Beschäftigten insgesamt in den vergangenen fünf Jahren verschlechtert haben, überwiegend blieben sie aber unverändert (61 Prozent; vgl. Abbildung 6 unten). Künzel et al. (2021) haben festgestellt, dass sich in der ambulanten *Sucht- und Drogenberatung* zwischen 2017 und 2020 die durchschnittliche Anzahl der Wochenstunden der festangestellten Mitarbeiter*innen um acht Prozent erhöht hat.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass es in der ambulanten Psychiatrie an angemessenen Vorgaben für die Personalbemessung fehlt. In der Befragung unter Beschäftigten und Arbeitnehmervertretungen geben nur 18 Prozent der Befragten an, dass die Personalbemessung bzw. die Höhe der Fachleistungsstunden pro Klient*in angemessen ist. 57 Prozent stimmen einer solchen Aussage hingegen „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ zu.

75 Prozent der Antwortenden geben an, dass die Anzahl der Klient*innen, die zu betreuen oder zu behandeln ist, zugenommen hat, ohne dass die Arbeitszeit entsprechend angepasst wurde (vgl. Abbildung 5 unten). Die Personalbemessung hinsichtlich ihrer Entwicklung in den letzten fünf Jahren sehen ungefähr ähnlich viele Befragte als „unverändert“ (36 Prozent) wie „stark verschlechtert“ oder „verschlechtert“ (32 Prozent) an. Ein Viertel der Befragten gibt an, dass sie sich verbessert hat (vgl. Abbildung 6 unten).

In der stationären psychiatrischen Versorgung in Kliniken werden durch die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) verbindliche Personalschlüssel vorgegeben. Allerdings wird die Nichteinhaltung der Personalvorgaben aktuell nicht sanktioniert (Stand Sommer 2022). Zukünftig ist vorgesehen, dass sich der Vergütungsanspruch in Abhängigkeit vom Umfang der fehlenden Vollkraftstunden verringert.

In der ambulanten Psychiatrie fehlt es – abgesehen vom Bereich der ambulanten Rehabilitation – hingegen weitgehend an einer entsprechenden Regelung (vgl. Kapitel 4; Gerlinger/Prestin/Schmid 2019). Jedoch existieren Empfehlungen und Vorschläge hinsichtlich einer angemessenen Personalausstattung.

So liegt der Personalbedarf eines *Sozialpsychiatrischen Dienstes* gemäß den fachlichen Empfehlungen des Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste bei Zuständigkeit für 100.000 Einwohner*innen bei 2,36 Vollzeitäquivalente für die niederschwellige Beratung und Betreuung (Kernaufgabe 1, Versorgung für 320 Personen pro Jahr) und bei 2,26 Vollzeitäquivalente für Krisenintervention und (im Notfall) Unterbringung (Kernaufgabe 2, Versorgung von 213 Personen pro Jahr).

Für Planung und Koordination von Einzelfallhilfen (Kernaufgabe 3, Versorgung von 200 Personen pro Jahr) sollen 0,56 Vollzeitäquivalente eingeplant werden, für Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund (Kernaufgabe 4) zwischen 0,5 und 1,0 Vollzeitäquivalente. Insgesamt benötigen kleinere Kommunen mehr und größere weniger Personaleinsatz (Albers/Elgeti 2018a und 2018b).

Interviewpartner*innen zufolge gibt es in Deutschland in den 13 Bundesländern, in denen der Sozialpsychiatrische Dienst beim Gesundheitsamt angesiedelt ist, insgesamt 248 Gesundheitsämter. Diese sind für rund 58 Millionen Menschen aller Altersgruppen zuständig. Damit ergibt sich in diesen 13 Bundesländern ein Gesamtbedarf von ca. 3.800 Stellen im Sozialpsychiatrischen Dienst.

Hinsichtlich der anderen Bundesländer, wo der Sozialpsychiatrische Dienst nicht beim Gesundheitsamt angesiedelt ist, werden in Bayern zwischen 700 und 800 Stellen in ca. 90 Diensten und in Baden-Württemberg zwischen 600 und 700 Stellen in ca. 60 Diensten in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege benötigt. Für das Saarland liegen keine Zahlen vor.

Elgeti und Erven (2017) haben festgestellt, dass die tatsächliche Personalausstattung insbesondere für die Kernaufgabe 2 bedeutend vom Personalbedarf abweicht, sodass „eine zuverlässig verfügbare und im Sinne der beschriebenen Leistungsstandards tätige Krisenintervention, die im Notfall auch an Unterbringungen mitwirkt, über acht Stunden an fünf Tagen pro Woche nicht zu leisten“ ist (a. a. O., S. 16).

Nur wenige Sozialpsychiatrische Dienste nehmen die Empfehlungen des Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste als Grundlage für die Berechnung ihres Personalbedarfs und die personelle Ausstattung der Dienste ist nach Angaben der Interviewpartner*innen sehr unterschiedlich (vgl. auch Albers/Obert 2016; Melchinger 2008). Dies hängt von der Struktur der Landkreise, der Zahl der Standorte, den abgedeckten Aufgaben und dem Stellenwert ab, der der aufsuchenden Arbeit beigemessen wird.

Während in Bayern und Baden-Württemberg gilt, dass die Träger der Freien Wohlfahrtspflege eher auf eine am Aufgabenspektrum ausgerichtete Personalausstattung achten, zeichnen sich die Dienste in Ostdeutschland durch einen hohen Bedarf an Einzelfallhilfen aus, dem eine zu geringe Zahl an Beschäftigten gegenübersteht (Elgeti 2020, S. 70–72).

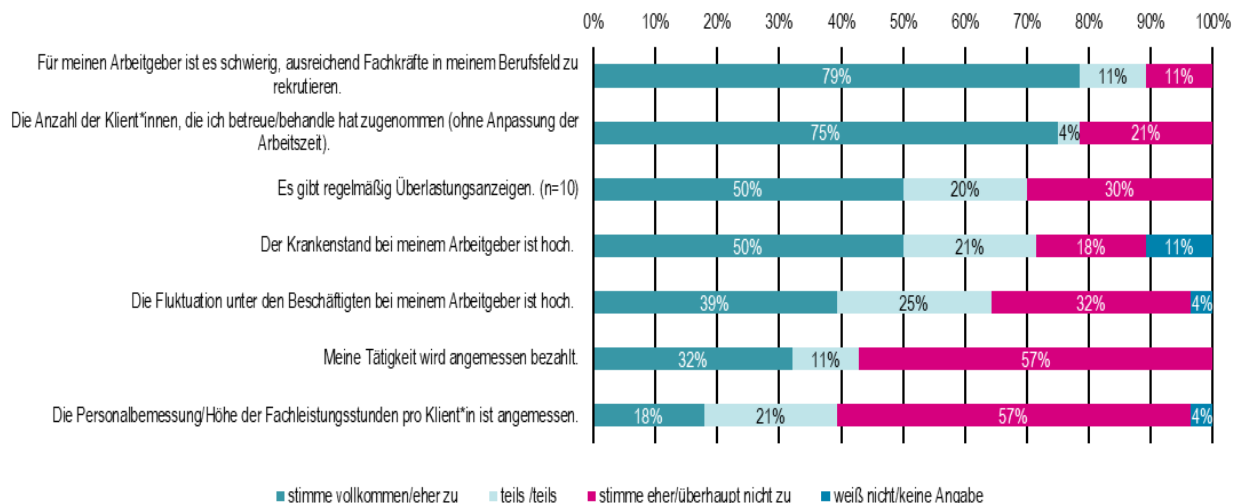
Elgeti (2018b, S. 29f.) hat festgestellt, dass bei größeren Einzugsgebieten und höherer Arbeitslosigkeit die Personalausstattung der Sozialpsychiatrischen Dienste unzureichender ist als bei kleineren Gebieten und niedriger Arbeitslosigkeit. Eine hohe Fallzahlenbelastung ergibt sich zudem auch in gering besiedelten Gebieten, in denen es kaum andere wohnortnahe Angebote gibt (Elgeti 2020, S. 69). Nach Albers und Elgeti

(2018b, S. 5) besteht grundsätzlich eine Diskrepanz zwischen den zu bewältigenden Aufgaben und dem zur Verfügung stehenden Personal. Hinzu kommt, dass zumindest für die Jahre 2004 bis 2008 eine Zunahme von Fallzahlen pro Beschäftigten zu verzeichnen ist (Elgeti 2011, S. 11).

In der *Sucht- und Drogenhilfe* hat der Fachverband Drogen- und Suchthilfe einen verbindlichen Personalschlüssel gefordert (fdr 2017; Gesamtverband für Suchthilfe 2017). Die Forderung, die inzwischen von verschiedenen weiteren Verbänden aufgegriffen wurde, verlangt einen Personalschlüssel in Beratungsstellen für den Bereich der Grundversorgung mindestens in Höhe der Kennziffer einer Fachkraft für 10.000 Einwohner*innen, zuzüglich 0,2 Verwaltungsstellen sowie einen Betreuungsschlüssel von maximal 1:25 (abhängig von der Betreuungsdichte) in der psychosozialen Betreuung suchtkranker Menschen.

Dieser Forderung (fdr 2017; Gesamtverband für Suchthilfe 2017) wird in der tatsächlichen Personalausstattung der ambulanten Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe jedoch weitgehend nicht entsprochen. Abbildung 5 enthält die Bewertungen zu Personal und Fachkräften der Befragung im Rahmen der Branchenstudie.

Abbildung 5: Bewertung Personal und Fachkräfte



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie (n = 28, sofern nicht anders angegeben)

Die hohe Arbeitsbelastung und die nicht angemessene Personalbemessung sind vor allem auf Kosteneinsparungen und Effizienzsteigerungen hinsichtlich der Mitarbeiterleistungen zurückzuführen (vgl. Kapitel 4). Der Kostendruck wird in der personalintensiven Branche oft unmittelbar an die Beschäftigten weitergegeben und schlägt sich u. a. in gesteigerter Arbeitsmenge und erhöhtem Zeitdruck nieder. Einen hohen Krankenstand beobachtet die Hälfte der Befragten. Teilweise gibt es Überlastungsanzeigen in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie (vgl. Abbildung 5).

Verschärfend kommt hinzu, dass die Branche von einem massiven Fachkräftemangel betroffen ist, der zu Herausforderungen bei der Stellenbesetzung führt und die Belastungen des vorhandenen Personals ferner verschärft. Wie in Kapitel 4 bereits dargestellt wurde, schätzen 82 Prozent der Befragten im Rahmen der Branchenstudie ein, dass der Fachkräftemangel für die Geschäftsführung „sehr relevant / relevant“ ist. Ferner geben 79 Prozent der Befragten an, dass es für ihren Arbeitgeber schwierig ist, ausreichend Fachkräfte in ihrem Berufsfeld zu rekrutieren (vgl. Abbildung 5).

Fachkräftemangel besteht – in unterschiedlich starker Ausprägung – in der ambulanten Psychiatrie über alle Bereiche und Berufsgruppen hinweg. Besonders ausgeprägt ist der Fachkräftemangel jedoch in der Berufsgruppe der Ärzt*innen und Sozialarbeitenden. Der Fachkräftemangel führt dazu, dass manche Leistungen in einigen Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie gar nicht mehr angeboten werden können. Teilweise werden Stellen in Absprache mit dem Kostenträger mit Student*innen besetzt.

Tätigkeiten von Ärzt*innen werden – soweit möglich und zulässig – von Sozialarbeitenden übernommen, obwohl auch in dieser Berufsgruppe, wie bereits angemerkt, der Fachkräftemangel massiv ist. Für den Ärztemangel in der ambulanten Psychiatrie werden verschiedene Gründe angegeben: Geburtenschwache Jahrgänge und geringe Ausbildungskapazitäten an Universitäten spielen eine Rolle. Interviewpartner*innen gaben zudem an, dass der Fachkräftemangel auf dem Land noch einmal ausgeprägter ist als in der Stadt.

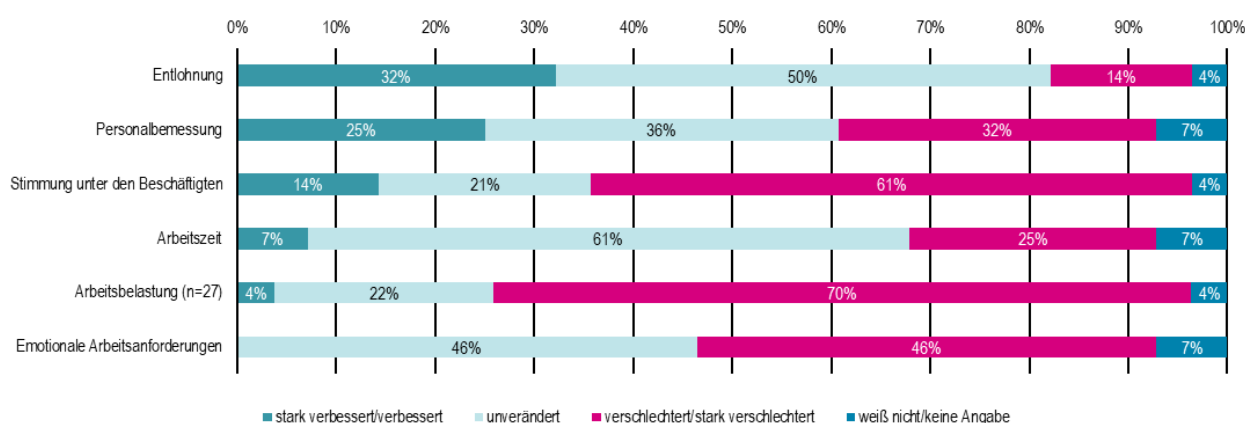
In Bezug auf die *Sozialpsychiatrischen Dienste* wird angemerkt, dass 500 Vollzeitkräfte bei den Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie im öffentlichen Gesundheitsdienst fehlen. Ein wichtiger unterstützender Faktor für die Personalrekrutierung wird vom Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Schaffung eines „arztspezifischen Tarifvertrags im Öffentlichen Gesundheitsdienst“ gesehen (BVÖGD 2021, S. 2). Zur Linderung des Fachkräftemangels soll nach Angaben der Interviewpartner*innen des Weiteren von der Notwendigkeit einer ärztlichen Leitung in den Sozialpsychiatrischen Diensten abgewichen werden.

Teilnehmende an einer Befragung für ambulante Einrichtungen der Caritas Suchthilfe gaben 2018 an, dass es schwierig ist, qualifizierte Ärzt*innen und approbierte Psycholog*innen für die *Sucht- und Drogenhilfe* zu gewinnen (Caritas Suchthilfe 2018). Auch dies gilt insbesondere für den ländlichen Raum. So ist z. B. die Präsenz einer Reha-Ärztin*ines Reha-Arzt in Therapiegruppen in der Sucht- und Drogenhilfe oft nicht umsetzbar (und/oder finanzierbar). Angemerkt wurde in Expert*innen-Interviews ferner, dass die ambulante Behandlung von Suchtkranken generell kein favorisiertes Aufgabenfeld für Mediziner*innen ist.

Alle Interviewpartner*innen gehen davon aus, dass der Mangel an Fachpersonal auch in Zukunft eine Rolle spielen wird. Im Zuge eines zunehmenden Fachkräftemangels wird zumindest für den Bereich der Sozialen Arbeit seit Längerem erwartet, dass es deshalb zu einer Aufwertung der Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen in dem Beschäftigungsfeld kommt (Moos 2015, S. 43–45; Orlanski 2015).

Die Ergebnisse aus der Analyse der vorliegenden Branchenstudie weisen jedoch kaum in diese Richtung: Insgesamt gibt die Mehrzahl der Beschäftigten und Arbeitnehmervertretungen in der Befragung im Rahmen der Branchenstudie an, dass sich die Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie in den letzten fünf Jahren verschlechtert haben. 61 Prozent der im Rahmen dieser Studie Befragten geben z. B. an, dass sich die Stimmung unter den Beschäftigten „stark verschlechtert“ oder „verschlechtert“ hat (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6: Verbesserungen und Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen in den letzten fünf Jahren



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie (n=28, sofern nicht anders angegeben)

64 Prozent der Befragten geben an, dass die Fluktuation unter den Beschäftigten bei ihrem Arbeitgeber zumindest teilweise hoch ist (vgl. Abbildung 5). Wie in Kapitel 4 dargelegt, geben nur knapp die Hälfte der Befragten an, dass sie die Mitarbeiterzufriedenheit als relevant für ihre Geschäftsführung einschätzen. Die Hälfte der Befragten gibt an, dass die Vorgesetzten ein offenes Ohr für die Anliegen der Beschäftigten haben, bei 25 Prozent ist dies aber nicht der Fall.

Mehr als die Hälfte der Befragten (57 Prozent) fühlt sich in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie nicht angemessen bezahlt (vgl. Abbildung 5) – obwohl sich bei immerhin einem Drittel die Entlohnung in den letzten fünf Jahren verbessert hat (vgl. Abbildung 6). Bei der Hälfte der Befragten ist die Entlohnung unverändert geblieben und bei 14 Prozent hat sie sich „verschlechtert“ oder „stark verschlechtert“.

Für die Gewinnung und Bindung von Fachkräften setzen die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie u. a. auf Angebote zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Zur Schaffung familienfreundlicher Arbeitsplätze werden beispielsweise flexible Arbeitszeitregelungen, gleitende Arbeitszeiten, Möglichkeit zum Jobsharing und Sonderurlaub bei Erziehung und Pflege, befristete Vertragsveränderungen hinsichtlich der Arbeitszeit nach Elternzeit, die Möglichkeit eines Sabbaticals, Unterstützung des Familienurlaubs, individuelle, der familiären Situation angepasste Lösungen und Betriebskindergärten angeboten.

Weitere von Interviewpartner*innen genannte Maßnahmen zur Fachkräfterekrutierung sind Unterkünfte für Beschäftigte, Angebot von Ausbildungsplätzen, eigene Schulen zur Ausbildung verschiedener Berufe, Zusammenarbeit mit Hochschulen, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten (z. B. Inhouse-Seminare, Führungskräfteentwicklungsseminare), Einsatz von Praktikant*innen, Nutzung von Headhuntern, Marketing (neu insbesondere über Social Media), Prämienzahlung bei Anwerbung, digitale Bewerberportale, Schaffung von Karrierechancen, Gesundheitsförderung, Einführungsveranstaltungen für neu eingestellte Beschäftigte, intensive Einarbeitungszeit, Mitarbeiterangebote (wie Einkaufsgutscheine, Fitnessstudio) und zusätzliche betriebliche Altersvorsorge.

Auch die Rekrutierung aus dem Ausland wird genannt. Die mitunter fehlende Anerkennung ausländischer Abschlüsse erschwert dies allerdings.

Fortbildungen und kontinuierliche Weiterbildungen sind in der ambulanten Psychiatrie von besonderer Bedeutung. Spezifische Kenntnisse für die Arbeit in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie werden während der Ausbildung oder dem Studium häufig nicht vermittelt. Das ist z. B. insbesondere in der *psychiatrischen häuslichen Krankenpflege* der Fall, wo im Rahmen einer normalen psychiatrischen Pflegeausbildung kaum auf

das besondere Setting einer ambulanten psychiatrischen Pflege im häuslichen Umfeld eingegangen wird (Anderl-Doliwa 2017).

Hinzu kommt die Ausdifferenzierung von Qualifikationsstrukturen in verschiedenen Berufsgruppen, der, wie oben dargestellt, insbesondere in der *Sucht- und Drogenhilfe* in den letzten Jahren vermehrt Relevanz zugesprochen wurde.

Auch sonst spielen Fort- und Weiterbildungen in fast allen Einsatzbereichen eine wichtige Rolle: In Krisendiensten und in der Arbeit mit Suizidgefährdeten ist beispielsweise eine Vorbereitung der Beschäftigten auf diese belastenden Aufgaben mittels spezifischer Schulungen notwendig. Theoretisches Wissen, praktische Fertigkeiten sowie eine gewisse Haltung spielen hier eine Rolle.

Wichtig ist zudem die regelmäßige Reflektion im Rahmen einer Supervision (Bayerischer BeziCKETag 2019). Interviewpartner*innen hoben hervor, dass angesichts der zunehmenden Aggressivität von Klient*innen Deeskalationstrainings von wachsender Bedeutung sind. An Bedeutung gewinnen auch interkulturelle Kompetenzen und Sprachkenntnisse, da eine kultursensible Hilfestellung insbesondere in der Krisenhilfe immer wichtiger wird (Schu et al. 2017, S. 5).

In Bezug auf zukünftige Qualifizierungsbedarfe gaben Interviewpartner*innen an, dass in der ambulanten psychiatrischen Versorgung eine Erweiterung zugehender Angebote in der häuslichen Umgebung des Betroffenen zu erwarten ist. Außerdem findet eine Entwicklung weg von institutionalisierten zu mehr individualisierten Hilfen statt. Auch Kompetenzen im Bereich Gerontopsychiatrie werden durch den demografischen Wandel und die Tatsache, dass Familien nicht mehr ortsnahe gebunden leben, immer wichtiger werden. Die Gerontopsychiatrie ist ein Zweig der Psychiatrie, der sich mit psychischen Störungen im höheren Lebensalter befasst.

Die Ergebnisse der Befragung im Rahmen der Studie zeigen auf, dass insgesamt davon ausgegangen werden kann, dass die Beschäftigten für ihre Arbeitsaufgaben ausreichend qualifiziert sind und Fort- und Weiterbildungen durchgeführt werden. 82 Prozent der Befragten geben an, dass sie selbst bzw. die Beschäftigten insgesamt sich ausreichend für ihre Arbeitsaufgaben qualifiziert fühlen.

83 Prozent der befragten Beschäftigten geben an, dass sie insgesamt regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teilnehmen. Mehr als die Hälfte (60 Prozent) der Mitglieder der Interessenvertretungen ist der Ansicht, dass Fort- und Weiterbildungen vom Arbeitgeber ausreichend durchgeführt werden (vgl. Abbildung 7 unten).

Die Interviewpartner*innen hoben allerdings hervor, dass die angebotenen Kurse zum Teil inhaltlich sehr heterogen sind, da Lehrinhalte nicht

einheitlich geregelt sind. Bei der Anerkennung von Zertifikaten wird deshalb von den Einrichtungen auch sehr unterschiedlich verfahren. Es findet in der Fort- und Weiterbildung nach Ansicht der Interviewpartner*innen insgesamt nur wenig Qualitätssicherung statt.

Das Netzwerk der *Sozialpsychiatrischen Dienste* hat es sich dahingehend zum Ziel gesetzt, Curricula für die praktische Umsetzung der Kernaufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste zu entwickeln und Standards zu setzen. In diesem Zusammenhang soll ein Lehrbuch für Sozialpsychiatrische Dienste sowie ein Leitfaden zur Einarbeitung neuer Fachkräfte verfasst werden (Bundesweites Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste 2019).

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungen ist oft nicht zufriedenstellend. Die im Rahmen dieser Studie interviewten Expert*innen wiesen darauf hin, dass Beschäftigte die Kosten der Fort- und Weiterbildungen häufig mittragen müssen und anschließend nur selten finanzielle Vorteile durch entsprechende Gehaltssteigerungen haben. Werden die Kosten ganz oder teilweise vom Arbeitgeber vernommen, müssen sich die Beschäftigten häufig verpflichten für einen bestimmten Zeitraum nicht zu kündigen.

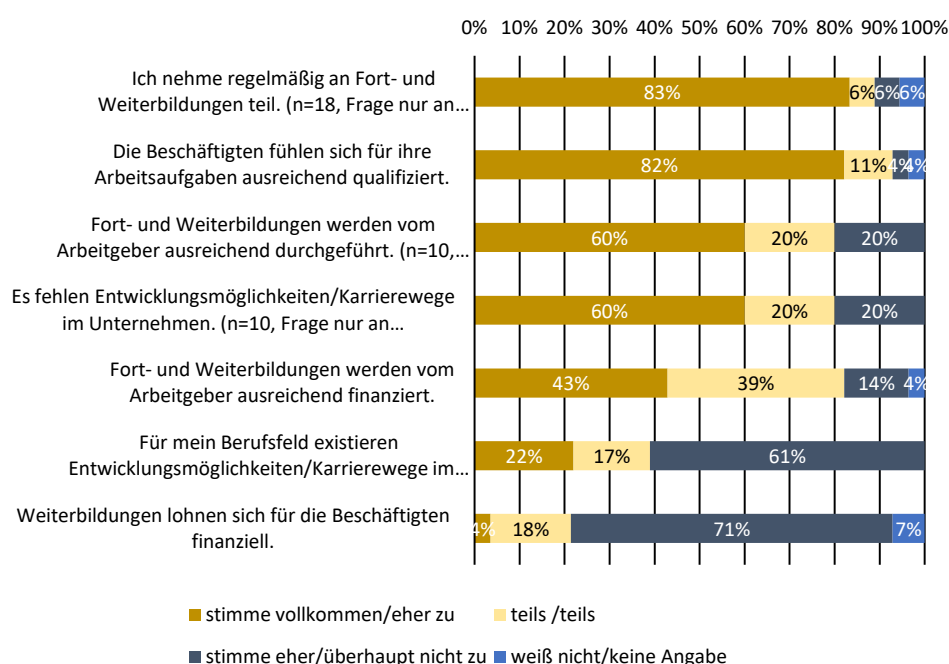
Insgesamt existieren hinsichtlich der Fort- und Weiterbildungen zu wenig Angebote, die Auswirkungen auf die tarifliche Einstufung haben. In Teilen ist dies auch auf die selektive Anwendung tariflicher Strukturen und die eingeschränkte Refinanzierung von Stellen durch die Kostenträger zurückzuführen. Lediglich im ärztlichen Bereich und auch in Teilen der *psychiatrischen häuslichen Krankenpflege* führt eine Spezialisierung zu einem höheren Gehalt.

Anzumerken ist in Bezug auf die psychiatrische häusliche Krankenpflege auch, dass nach Angaben der Interviewpartner*innen kaum fertig ausgebildete Fachkräfte auf dem Arbeitsmarkt zu finden sind. Aufbauend auf der z. B. dreijährigen Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger*in müssen – wie oben dargestellt – hinsichtlich der beschäftigten verantwortlichen Pflegefachkräfte eine Weiterbildung zur Fachkrankenpflegekraft Psychiatrie bzw. einer ähnlichen Zusatzausbildung durch die Einrichtung und/oder die Beschäftigte*den Beschäftigten finanziert werden. Dies führt zu einer großen finanziellen Belastung für die Einrichtung und/oder die Beschäftigten.

Interviewpartner*innen aus dem Bereich *Sucht- und Drogenhilfe* wiesen insbesondere darauf hin, dass die geforderte suchtspezifische Zusatzausbildung schwierig zu finanzieren ist, da die dafür eigentlich benötigte halbe Stelle nicht im Stellenplan angegeben werden kann und so von den Kostenträgern nicht finanziert wird. In einigen Einrichtungen finanziert der Arbeitgeber diese Stelle dennoch voll, in anderen dagegen müssen sich die Beschäftigten daran beteiligen.

Eine ausreichende Finanzierung attestieren dementsprechend nur 43 Prozent aller Befragten im Rahmen der Branchenstudie. Lediglich vier Prozent der Befragten stimmen der Aussage „vollkommen“ oder „eher“ zu, dass sich Weiterbildung für die Beschäftigten finanziell lohnen. Weitere 18 Prozent stimmen teilweise zu. Die Ergebnisse der Befragung zur Einschätzung von Qualifizierung und Weiterbildung ist in Abbildung 7 dargestellt.

Abbildung 7: Einschätzung von Qualifizierung und Weiterbildung



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie (n=28, sofern nicht anders angegeben)

Eine weitere Herausforderung besteht in den fehlenden beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten in vielen Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie. Die befragten Arbeitnehmervertreter*innen geben zu 60 Prozent an, dass im Unternehmen Entwicklungsmöglichkeiten bzw. Karrierewege fehlen. Übereinstimmend sind 61 Prozent der befragten Beschäftigten der Ansicht, dass für ihr Berufsfeld eher keine Entwicklungsmöglichkeiten in der Einrichtung bestehen.

6. Mitbestimmung, Interessenvertretung und tarifliche Abdeckung

Je nach Träger können die Beschäftigte in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie von einem Betriebsrat, einem Personalrat oder einer Mitarbeitervertretung vertreten werden. Betriebsräte vertreten bei Einrichtungen in privatwirtschaftlicher Trägerschaft Arbeitnehmerinteressen auf Grundlage des Betriebsverfassungsgesetzes (BetrVG). Personalräte vertreten die Interessen der Beschäftigten bei öffentlich-rechtlichen Trägern. Grundlage hierfür sind die Personalvertretungsgesetze des Bundes und der Länder.

In karitativen und kirchlichen Einrichtungen werden die Beschäftigten durch Mitarbeitervertretungen vertreten. Rechtliche Grundlagen der Arbeit sind u. a. das Kirchengesetz über Mitarbeitervertretungen in der Evangelischen Kirche in Deutschland (MVG-EKD) und die Mitarbeitervertretungsordnung (MAVO) der katholischen Kirche. Die kirchlichen Mitbestimmungsrechte sind allerdings nicht als gleichwertig mit den Rechten von Betriebsräten nach dem Betriebsverfassungsgesetz zu bewerten (ver.di 2020).

Da die Befragung unter Arbeitnehmervertreter*innen und Beschäftigten im Rahmen dieser Branchenstudie von der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) verteilt worden ist, überrascht es nicht, dass alle Antwortenden angeben, über eine betriebliche Arbeitnehmervertretung zu verfügen. In den Expert*innen-Interviews wurde nicht davon ausgegangen, dass das Ergebnis der Befragung repräsentativ für die Branche ist. Stattdessen wurde angemerkt, dass Arbeitnehmervertretungen insbesondere in den kleinen Einrichtungen häufig fehlen.

Im Einklang mit den eher kleinteiligen betrieblichen Strukturen in der Branche verfügen die Einrichtungen der Antwortenden allerdings nicht über weitere Ebenen der betrieblichen Arbeitnehmervertretung (z. B. Konzernbetriebsrat, Bezirks-, Haupt-, Gesamtpersonalrat, Arbeitsgemeinschaft der Mitarbeitervertretung, Gesamtmitarbeitervertretung, Europäischer Betriebsrat/SE-Betriebsrat oder Arbeitnehmervertretung im Aufsichtsrat).

Arbeitnehmervertretungen sind in größeren Unternehmensstrukturen, wo ambulante Einrichtungen z. B. Klinikketten angehören, eher vorhanden als in eigenständigen kleinen Einheiten. Arbeitnehmervertretungen können dort häufig auf bestehende Strukturen der betrieblichen Mitbestimmung zurückgreifen und die Interessenverhandlung findet in einem etablierten Kontext statt.

Die Beachtung der Beteiligungs- und Mitbestimmungsrechte der Arbeitnehmervertretung durch den Arbeitgeber bewertet die Hälfte der befragten Arbeitnehmervertretungen der Befragung als „mittelmäßig“. Positiv wird von den Arbeitnehmervertretungen vor allem bewertet, dass die von ihnen eingebrachten Themen Berücksichtigung finden und umgesetzt werden. Fast alle befragten Arbeitnehmervertretungen stimmen einer entsprechenden Aussage wenigstens teilweise zu.

Eine Schwierigkeit stellt dagegen dar, dass die Interessenvertretung nicht ausreichend oder pünktlich Informationen durch die Geschäftsführung zur Verfügung gestellt bekommt. Fast zwei Drittel der Antwortenden stimmen dieser Aussage „eher“ oder „vollkommen“ zu. Weitere Probleme existieren für die Befragten dadurch, dass die Arbeit der Arbeitnehmervertretung durch die Geschäftsführung teilweise behindert wird. Rund zwei Drittel der Antwortenden stimmt dieser Aussage wenigstens teilweise zu. Vereinzelt gibt es außerdem Versuche der Geschäftsführung, die Arbeitnehmervertretung einzuschüchtern sowie den Kontakt zu Gewerkschaften zu unterbinden.

Jedoch gibt keine*r der Befragten an, dass Fortbildungen der Interessenvertretung durch die Geschäftsführung verhindert werden. In einem Expert*innen-Interview wurde angemerkt, dass im Zuge von tariflichen Auseinandersetzungen Mitarbeiter*innen mit Kündigungen in einer Einrichtung der ambulanten Psychiatrie gedroht worden ist.

Ein besonderes Problem ist für Arbeitnehmervertretungen in größeren Unternehmensstrukturen, dass Verhandlungen mit der Geschäftsführung dadurch erschwert werden, dass diese keine unabhängigen Entscheidungen treffen kann. Für mehr als ein Drittel der Antwortenden stellt dies wenigstens teilweise eine Herausforderung für die Interessenvertretung dar. Angemerkt wurde, dass selbst wenn Interessenverhandlungen mit der Geschäftsführung auf Ebene der Einrichtung positiv verlaufen, letztendlich wenig Einfluss auf die Ausgestaltung und Entwicklung von Arbeit und Beschäftigung genommen werden kann, wenn entsprechende Entscheidungen auf höherer Ebene des Unternehmens getroffen werden.

Außerdem stehen fast alle Arbeitnehmervertretungen in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie vor Herausforderungen hinsichtlich des Kostendrucks und der Ressourcenknappheit, die den Handlungsspielraum für die Ausgestaltung der Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen generell eingrenzen.

Wichtige Themen für die befragten Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten sind derzeit eine gerechte Entlohnung, Tarifverhandlungen, Fachkräftemangel und Fachkräftegewinnung, Digitalisierung, mobiles Arbeiten und Datenschutz sowie Hygienemaßnahmen und Impfpflicht (Stand Frühjahr/Sommer 2022).

Alle befragten Arbeitnehmervertreter*innen geben an, dass in ihrer Einrichtung mindestens eine Betriebs- oder Dienstvereinbarung existiert. Häufig genannte Aspekte, die in den Vereinbarungen geregelt werden, sind Arbeitszeiten und damit zusammenhängende Themen, wie Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung sowie Arbeitszeitkonten. Weitere Vereinbarungen betreffen den Bereich Jahresurlaub, Sonderurlaub und freie Tage.

Hinsichtlich der Digitalisierung wurden Vereinbarungen zur Bildschirmarbeit und zur Einführung und Anwendung von Informationstechnologie (Personalverwaltungsprogramme, Einsatz elektronischer Terminkalender, digitale Übergabebücher, Internet-, Intranet- und E-Mail-Nutzung) abgeschlossen. Während der Covid-19-Pandemie haben Vereinbarungen zu mobilen Arbeiten eine besondere Relevanz bekommen.

Vereinzelt wurden außerdem Vereinbarungen im Bereich Betriebliche Altersversorgung, Betriebliches Eingliederungsmanagement, Fortbildungen, Leistungsbeurteilung und Mitarbeitergespräche, betriebliche Suchtprävention und Umgang mit und Verhinderung von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz abgeschlossen. Teilweise wurden auch Vereinbarungen zu Hygienemaßnahmen im Zuge der Pandemie verabschiedet.

Vom besonderen Interesse für Arbeitnehmervertretungen für die Zukunft ist nach den Befragungsergebnissen die Ausgestaltung der Arbeitszeit der Beschäftigten insbesondere hinsichtlich der Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben, eine gerechtere Entlohnung und die Vermeidung von hoher Arbeitsbelastung und Überlastung.

6.1 Verbandliche Interessenvertretung

Die Leistungserbringer der ambulanten Psychiatrie weisen sehr heterogene Strukturen auf. Trägerkreise, Kostenträger und Leistungsangebot unterscheiden sich zwischen den verschiedenen Einrichtungen und erschweren die gewerkschaftliche Handlungsfähigkeit. Darüber hinaus sind die Finanzgrundlagen und die Ressourcenausstattung der Einrichtungen verschieden. Viele Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie haben außerdem nur eine geringe Anzahl von Beschäftigten.

Neben den Verbänden zur Vertretung von Arbeitnehmer- und Arbeitgeberinteressen existieren verschiedene weitere Akteure, die auf die Branche einwirken. Akteure der Sozial- und Gesundheitspolitik, wie Trägerschaftsausschüsse, Dezernate und Referate (z. B. Gesundheitsreferat), Ämter der Kommunen (Sozialamt, Gesundheitsamt) sowie entsprechende Vereinigungen auf Landes- und Bundesebene, nehmen Einfluss auf die Ausgestaltung der Branche (Rieger 2021, S. 62).

Sozial- und gesundheitspolitisch verantwortliche Entscheidungsträger können ferner von Psychiatriebeiräten unterstützt werden. Psychiatriebeiräte mit Vertreter*innen von Projekten und Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie, Institutionen, Kliniken sowie niedergelassene Psychiater*innen, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen beraten z. B. auf Ebene einer Gemeinde oder eines Bezirks die für die psychiatrische Versorgung zuständigen Politiker*innen zu Themen mit lokalem Bezug.

Darüber hinaus existieren Verbände und Vereine, die sich bestimmten fachlichen Konzepten und Leistungen widmen. Im Bereich Gemeindepsychiatrie stellt der Dachverband Gemeindepsychiatrie einen Zusammenschluss gemeindepsychiatrischer Trägerorganisationen dar, die ambulante Hilfen für psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen anbieten (Konrad/Görres 2017, S. 12f.). Zu den 220 Mitgliedern des Dachverbands gehören viele Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie. Die Leistungserbringer einer definierten Versorgungsregion sind in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) zusammengefasst.

Ähnlich wie Psychiatriebeiräte existieren in der Gemeindepsychiatrie außerdem Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAG) mit Vertreter*innen von Einrichtungen, Trägern, Projekten sowie Psychiatrie-Erfahrenen und deren Angehörigen. Die Arbeitsgemeinschaften verfügen zuweilen über Arbeitsgruppen, die sich spezifischen Themen widmen (wie Sucht, Wohnungslosigkeit oder Beschäftigung).

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) setzt sich aus Ärzt*innen, Psycholog*innen und Wissenschaftler*innen zusammen. Die Fachgesellschaft widmet sich den fachlichen Grundlagen und den Diskussionen der wissenschaftlichen Forschung im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie. Hierzu wurden 34 Fachreferate gebildet, die u. a. die Bereiche Gemeindepsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen und psychiatrische Pflege abdecken.

Im Bereich der *Sozialpsychiatrischen Dienste* existiert seit 2010 das Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste, das als eine Plattform des fachlichen Austausches und der konzeptionellen Weiterentwicklung über die Grenzen von Bundesländern, Berufsgruppen und Trägern hinweg fungieren soll. Das Netzwerk wird u. a. von der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie, dem Paritätischen Bundesverband, dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband und dem Diakonie Bundesverband getragen.

Ziele des Netzwerks sind auch die Klärung des Selbstverständnisses der Sozialpsychiatrischen Dienste, die Entwicklung von auf die Bedürfnisse der Sozialpsychiatrischen Dienste zugeschnittenen Fortbildungen und Aufklärung der (Fach-)Öffentlichkeit über die Bedeutung des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Ein Thesenpapier zu den Kernaufgaben des

Sozialpsychiatrischen Dienstes und Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf für vier Kernaufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes wurden ebenfalls veröffentlicht (Elgeti 2020, S. 66).

Das Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) sieht die Bildung von sozialpsychiatrischen Verbänden durch Landkreise und kreisfreie Städte vor. Die Geschäfte der Verbände werden von den Sozialpsychiatrischen Diensten geführt. Ziel ist es, eine Zersplitterung der Angebote zu vermeiden, die Zusammenarbeit der Anbieter zu fördern und die Angebote aufeinander abzustimmen. Mitglieder des Verbandes können und sollen alle Anbieter von sozialpsychiatrischen Hilfen in der Kommune sein. Auch eine interkommunale Zusammenarbeit wird angestrebt (NI-VORIS 2017).

Auch in der *Sucht- und Drogenhilfe* existieren eine Reihe verschiedener Interessenvertretungen. Auffällig ist, dass die verschiedenen Verbände und Vereine häufig zusammenarbeiten und gemeinsam Stellungnahmen herausgeben.

Der größte Verein der Sucht- und Drogenhilfe ist die deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Die Hauptstelle für Suchtfragen wurde als Dachorganisation der Sucht- und Drogenhilfe bereits im Jahr 1947 gegründet. Mitglieder sind die Leistungserbringer der ambulanten Suchtberatung und -behandlung, der stationären Versorgung Suchtkranker und der Sucht-Selbsthilfe. Die Hauptstelle gibt wissenschaftlich fundierte Stellungnahmen zu Ursachen und Auswirkungen von Sucht gegenüber Regierung, Behörden und Kostenträgern ab (vgl. z. B. DHS 2021).

Außerdem erfasst und veröffentlicht die Hauptstelle im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik regelmäßig statistische Daten zum Suchtmittelgebrauch. Des Weiteren sieht sich die Hauptstelle als Interessenvertretung ihrer Mitglieder und hat in diesem Rahmen eine Reihe von Forderungen hinsichtlich der Sucht- und Drogenhilfe in Deutschland veröffentlicht. So hat sie im April 2019 gemeinsam mit ihren Mitgliedern mit dem „Notruf Suchtberatung – Stabile Finanzierung jetzt!“ auf die schwierige Situation vieler Suchtberatungsstellen aufmerksam gemacht (DHS 2019b). Der Aufruf fordert u. a.:

- vergleichbare Voraussetzungen zur Inanspruchnahme einer Suchtberatung für suchtgefährdete und/oder abhängigkeitskranke Menschen in allen Kommunen und Bundesländern Deutschlands
- verlässliche und kostendeckende Finanzierung der Leistungen der Suchtberatung im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge; regelmäßige Anpassung der Finanzierung der Suchtberatung an (tarifliche) Lohnsteigerungen und Inflationsraten
- Nutzung der Mittel aus Eigenleistungen der Beratungsstellen und Spenden für zusätzliche Leistungen; keine Verrechnung der Eigenleis-

tung und Spenden mit der pauschalen Finanzierung von Grundleistungen

- Personalschlüssel in Beratungsstellen für den Bereich der Grundversorgung mindestens in Höhe der Kennziffer einer Fachkraft für 10.000 Einwohner*innen, zzgl. 0,2 Verwaltungsstelle

Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V. (fdr) existiert seit dem Jahr 1979 und vertritt 67 Träger mit über 350 Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe (fdr o. J.). Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe hat sich zur Aufgabe gemacht, den Erfahrungsaustausch unter den Einrichtungen, Mitarbeiter*innen und Klientel durch Publikationen, Kongresse, Seminare und Fachausschüsse zu fördern. Er vertritt die Interessen seiner Mitglieder außerdem bei den Kostenträgern, vor allem der Deutschen Rentenversicherung, und auf politischer Ebene.

Er ist Mitglied im Paritätischen Gesamtverband und in der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen. Suchtpolitische Ziele und Maßnahmen des Fachverbands sind u. a. die ambulante Suchthilfe als Pflichtleistung in der kommunalen Daseinsvor- und -fürsorge gesetzlich zu verankern und verlässlich und leistungsgerecht zu finanzieren. Hierzu gehört auch eine angemessene Bezahlung der Gesundheitsfachberufe und der Berufsgruppen der Sozialen Arbeit und die Förderung von Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität dieser Berufsfelder (fdr 2020b und 2022).

Des Weiteren hat der Fachverband bereits im Jahre 2017 den von der Hauptstelle für Suchtfragen aufgegriffenen Personalschlüssel in Beratungsstellen (für jeweils 10.000 Einwohner*innen eine Fachkraft der Suchthilfe und 0,2 Verwaltungsstellen) sowie einen Betreuungsschlüssel von maximal 1:25 (abhängig von der Betreuungsdichte) in der psychosozialen Betreuung suchtkranker Menschen gefordert (fdr 2017, S. 4).

Der Fachverband Sucht (FVS) wurde 1976 gegründet und vertritt rund 95 Einrichtungen, die vor allem im stationären Bereich tätig sind. Der Verband widmet sich vorrangig der Qualitätssicherung von Leistungen in der Sucht- und Drogenhilfe. Stellungnahmen des Fachverbandes Sucht sind zu zahlreichen Gesetzesinitiativen veröffentlicht worden.

Der Deutsche Caritasverband, als einer der größten Anbieter von Sucht- und Drogenberatung, hat eine eigene Bundesarbeitsgemeinschaft für Suchthilfeeinrichtungen gegründet. Zur Caritas Suchthilfe gehörten im Mai 2021 2.182 Einrichtungen, darunter Sucht- und Drogenberatungen und psychosoziale Beratungsstellen für Suchtprobleme, Wohnhäuser für Betreutes Wohnen, Fachambulanzen für chronische Suchtkranke und Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen (www.caritas-suchthilfe.de/). Mit dem Gesamtverband für Suchthilfe (GVS) existierte bis zum Jahr 2021 auch bei der Diakonie ein ähnlicher Fachverband.

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS) wurde im März 2001 gegründet und hat sich zum Ziel gesetzt, das Profil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention zu schärfen (www.dg-sas.de/de/). Mitglieder der Gesellschaft sind Privatpersonen – meist Beschäftigte der Berufsgruppen der Sozialen Arbeit in Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe.

Die Gesellschaft arbeitet an der Entwicklung von Kompetenzprofilen für Soziale Arbeit, Ausbildungs- und Weiterbildungsinhalten sowie der Erhöhung der Transparenz hinsichtlich der Qualität Sozialer Arbeit in der Sucht- und Drogenhilfe. Außerdem hat die Gesellschaft sich die Vertretung der fachspezifischen Interessen der Mitglieder im Dialog mit Politik, Verwaltung, Leistungsträgern, Berufs- und Fachverbänden zur Aufgabe gemacht.

Die Einrichtungen der *psychiatrischen häuslichen Krankenpflege* werden durch die Fachgesellschaft Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP) vertreten. Die Bundesinitiative wurde 2002 gegründet und vertritt rund 6.000 Mitglieder als „berufspolitisches Sprachrohr der Ambulanten Psychiatrischen Pflege in Deutschland“ (Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 17). Die Bundesinitiative hat Kooperationspartner*innen in der Schweiz und in Österreich. Darüber hinaus gibt es ein Netzwerk aus sogenannten BAPP-Regionalgruppen in Deutschland.

Aufgaben der Bundesinitiative sind u. a. die Förderung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege durch Einflussnahme auf die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen der psychiatrischen Pflege, Empfehlungen für Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Pflegefachpersonen und die Weiterentwicklung von Qualitätsstandards. Die Bundesinitiative hat hierzu auch eine Reihe von Anforderungs- und Tätigkeitskataloge im Bereich der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege veröffentlicht.

Darüber hinaus erarbeitet die Initiative Positionen und Stellungnahmen zu aktuellen gesellschaftlichen und politischen Themen. Forderung ist hier u. a. auch eine leistungsgerechte Vergütung in der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege.

Seit dem Jahr 2007 ist die Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege anhörsungsberechtigte Organisation beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die Bundesinitiative kooperiert, z. B. in Bezug auf Stellungnahmen, mit einer Reihe von weiteren Verbänden und Fachgesellschaften, u. a. dem Dachverband Gemeindepsychiatrie (DVGP), dem Fachreferat Psychiatrische Pflege der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP).

Die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP) wurde im Jahr 2012 gegründet und ging aus dem Netzwerk für wissenschaftlich

fundierte psychiatrische Pflege (NPPW) hervor. Mitglieder sind vor allem Pflegefachpersonen. Die Fachgesellschaft widmet sich fachlichen Inhalten und veröffentlicht Praxisempfehlungen und Praxispositionen zu verschiedenen Themengebieten im Bereich der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (DFPP 2022).

Die Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP), die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP) und der Dachverband Gemeindepsychiatrie haben zu den „Rahmenempfehlungen nach Paragraf 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege“ von 2020 (vgl. Kapitel 2) eine Stellungnahme verfasst (DFPP/BAPP/DVG 2021). In der Stellungnahme begrüßen die Verbände zwar die Erstellung von bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen, dennoch gehen ihrer Meinung nach die Empfehlungen nicht weit genug, um eine flächendeckende Versorgung mit psychiatrischer häuslicher Krankenpflege in Deutschland zu erreichen.

Gefordert wird z. B. hinsichtlich der Berufserfahrung der Pflegefachkräfte eine zwei- oder besser noch dreijährige Berufserfahrung; stattdessen sehen die Rahmenempfehlungen hinsichtlich von Pflegefachkräften, die eigenverantwortlich die Versorgung übernehmen, eine einjährige berufliche Erfahrung vor. Außerdem kritisiert die Stellungnahme, dass die Zusatzqualifikation bereits innerhalb von sechs Monaten abgeschlossen werden muss, da die Weiterbildungsstätten diese Weiterbildungen nicht als kontinuierliche Schulung anbieten können und die Schulung so auch nicht berufsbegleitend durchgeführt werden kann.

Des Weiteren wird gefordert, dass Personal-, Weiterbildungs- und Freistellungskosten im Bereich ambulante psychiatrische Pflege generell durch eine Vergütungserhöhung kompensiert werden sollen.

6.2 Tarifverträge und tarifliche Abdeckung

Die Entgelte der Beschäftigten der Branchen basieren auf verschiedenen Regelungen und die tariflichen Grundlagen in der Branche variieren zwischen den Trägergruppen und teilweise auch zwischen den Berufsgruppen. So gilt in Einrichtungen in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft im Allgemeinen der Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes (TVöD) für die Beschäftigten des Bundes und der Gemeinden oder der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) für die Beschäftigten der Länder. Gegebenenfalls können die Beschäftigten verbeamtet werden.

Verhandelt werden die Tarifverträge durch die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) und einer Tarifkommission aus Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), Gewerkschaft der Polizei

(GdP), Industriegewerkschaft Bauen-Agrar-Umwelt (IG BAU) und Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW) sowie dem deutschen Beamtenbund und Tarifunion (dbb).

Dem deutschen Beamtenbund und Tarifunion ist der Deutsche Berufsverband für soziale Arbeit (BSH) zugeordnet, der sich als „Fachgewerkschaft der sozialen Arbeit“ versteht. Der Berufsverband sieht seine Aufgaben u. a. in der Definition von Anforderungsprofilen und Schlüsselkompetenzen zur Qualitätssicherung der Sozialen Arbeit sowie der Einflussnahme auf berufsgesetzliche Grundlagen (Röseler 2021, S. 263).

Seit 2005 führt der Marburger Bund eigene Tarifverhandlungen für Ärzt*innen und schließt für diese Beschäftigtengruppe eigenständige Tarifverträge (Ärztetarifvertrag, TV-Ä) ab. Der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) enthält deshalb Sonderregelungen hinsichtlich angestellter Ärzt*innen. Anzumerken ist, dass der Ärztetarifvertrag des Marburger Bunds gegenüber den Tarifverträgen des öffentlichen Dienstes höhere Monatsgehälter aber auch eine erhöhte Wochenarbeitszeit vorsieht.

Bei freigemeinnützigen Trägern existieren verschiedenen Regelungen: Es gelten kircheninterne Arbeitsvertragsrichtlinien bei kirchlichen Trägern, die Arbeitsvertragslinien (AVR) des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Haustarifverträge, wie bei der Arbeiterwohlfahrt (AWO), Anlehnungen an tarifliche Regelungen oder auch gar keine kollektiven Bestimmungen.

Bei kirchlichen Trägern finden keine Tarifverhandlungen im eigentlichen Sinne statt, sondern arbeitsrechtliche Kommissionen der evangelischen Kirche oder Kommissionen zur Ordnung des Arbeitsvertragsrechts (KODA) der katholischen Kirche handeln die Gestaltung des kirchlichen Arbeitsvertragsrechts aus. Die Regelwerke ähneln im Aufbau und Inhalt jedoch Tarifverträgen und sind an die Tarifverträge des öffentlichen Dienstes teilweise angelehnt.

Die Bezahlung in Einrichtungen, die zum Paritätischen Wohlfahrtsverband gehören, basiert häufig auf den Arbeitsvertragsbedingungen (AVB und AVB II) des Paritätischen Wohlfahrtsverband. Die Arbeitsvertragsbedingungen wurden unter Mitarbeit der Paritätischen Landesverbände entwickelt und von der Geschäftsführungskonferenz und dem Vorstand des Paritätischen Gesamtverbandes als Angebot an die Mitgliedsorganisationen verabschiedet (Der Paritätische 2022).

Eine Tarifbindung ist bei der kleinen Gruppe der Einrichtungen in privater Trägerschaft nicht immer die Regel und die Einrichtungen sind zum Teil tariflos. Allerdings wurde in den Expert*innen-Interviews angemerkt, dass sich die Entlohnung von Beschäftigten in Einrichtungen in privater Trägerschaft in den letzten Jahren positiv entwickelt hat. Grund für die Lohnsteigerungen ist vor allem der zunehmende Fachkräftemangel.

Häufig orientieren sich die Einrichtungen in privater Trägerschaft deshalb inzwischen an den oben genannten Tarifverträgen oder Arbeitsvertragsrichtlinien und lehnen zumindest ihre Entgelte an diesen an. Zum Teil handelt es sich bei den Einrichtungen in privater Trägerschaft auch um exklusive Leistungsträger, die Leistungen für privat zahlende Klient*innen anbieten und damit zum Teil eine übertarifliche Bezahlung finanzieren.

In der Befragung im Rahmen dieser Branchenstudie geben 75 Prozent der Befragten an, dass in ihrer Einrichtung nach einem Tarifvertrag oder einer Arbeitsvertragsrichtlinie bezahlt wird. Bei weiteren 18 Prozent war das Entgelt an einem Tarifvertrag orientiert. Da die Befragung unter Arbeitnehmervertreter*innen und Beschäftigten von der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) verteilt worden ist, überrascht die hohe tarifliche Abdeckung nicht.

Beschäftigte der *Sozialpsychiatrischen Dienste* in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft werden den Angaben von Interviewpartner*innen nach den Tarifverträgen für den Öffentlichen Dienst bezahlt und sind teilweise verbeamtet. Werden die Sozialpsychiatrischen Dienste von anderen Trägern, wie z. B. der Freien Wohlfahrtspflege, unterhalten, gelten nicht die Tarifverträge des öffentlichen Dienstes, sondern tarifliche Regelungen des jeweiligen Trägers. Für verschiedene Berufsgruppen gelten zum Teil unterschiedliche Tarifverträge innerhalb eines Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Während nach Angaben von Interviewpartner*innen kommunale Sozialpsychiatrische Dienste im Vergleich zu anderen Trägern von Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie gut bezahlen, wird hinsichtlich der Berufsgruppe der Fachärzt*innen dennoch ein deutlich geringeres Gehalt gezahlt, als in Tarifverträgen für Ärzt*innen in Kliniken üblich ist. Auch für einige Krankenpflegekräfte ist die Arbeit in Sozialpsychiatrischen Diensten weniger attraktiv als in einer Klinik, da durch die anderen Arbeitszeiten lukrative Zuschläge am Wochenende und für Nachtschichten wegfallen.

Wie in Kapitel 1.3 angemerkt, befinden sich rund 90 Prozent der Einrichtungen der *Sucht- und Drogenhilfe* in freigemeinnütziger Trägerschaft. Folglich spielen hier vor allem die kirchlichen Arbeitsvertragsrichtlinien und die Arbeitsvertragsbedingungen eine Rolle.

In Bezug auf die *psychiatrische häusliche Krankenpflege* gelten bereits seit 2010 die Verordnungen über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (Pflegemindestlohn). Die aktuelle 5. Pflegearbeitsbedingungenverordnung (5. PflegeArbbV), die im Mai 2022 in Kraft trat, setzt Mindeststundenentgelte und einen erweiterten Mindesturlaubsanspruch fest.

Demnach erhalten Pflegefachkräfte seit September 2022 mindestens 17,10 Euro und ab Mai 2023 17,65 Euro und nach Dezember 2023

18,25 Euro pro Stunde. Zusätzlich steigt der Mindesturlaub im Jahr 2022 auf 27 Tage und ab dem Jahr 2023 auf 29 Tage bei einer Fünf-Tage-Woche (BMAS 2022).

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz, GVWG) wurde im Jahr 2021 ergänzend eine Tariflohnpflicht für die Pflegebranche eingeführt. Um Leistungen der Pflege mit den Kassen abrechnen zu können, benötigt jede Pflegeeinrichtung und jeder Pflegedienst einen Versorgungsvertrag mit einer Pflegekasse.

Dazu muss die Einrichtung seit 1. September 2022 bestimmte Kriterien bei der Bezahlung ihrer Beschäftigten im Bereich Pflege und Betreuung erfüllen. Sie muss dazu entweder tarifgebunden sein, ihre Beschäftigten in Pflege und Betreuung nach einem Pflegetarifvertrag oder einer entsprechenden kirchlichen Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) bezahlen, der bzw. die in mindestens einer Einrichtung in der Region gilt, oder ihre Pflege- und Betreuungskräfte im Durchschnitt mindestens auf dem regionalen tariflichen Durchschnittsniveau der jeweiligen Qualifikationsstufe vergüten. Der Pflegemindestlohn definiert dabei weiterhin eine verbindliche untere Haltelinie (ver.di 2022).

Die durch diese Verordnung ansteigenden Lohnkosten sollen vollständig refinanziert werden. Für Einrichtungen, die nicht tarifgebunden sind, wird eine Refinanzierung bis zur Höhe von zehn Prozent über dem Durchschnitt der regional geltenden Tariflöhne gewährt (Bundesministerium für Gesundheit 2021).

Zusammenfassend existieren verschiedene Herausforderungen bezüglich der Regelungen der Entlohnung in der Branche: Obwohl die Regelungen zum Entgelt, die in den Einrichtungen in freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft angewendet werden, zum Teil an den Tarifverträgen des öffentlichen Dienstes angelehnt sind, bestehen dennoch Gehaltsunterschiede.

In den Expert*innen-Interviews wurde auf eine Ungleichbehandlung hinsichtlich des Entgelts zwischen Beschäftigten mit Tarifverträgen des öffentlichen Dienstes und sonstigen Arbeitnehmer*innen in der Branche hingewiesen. Die Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW) geht davon aus, dass die Differenz in der Entlohnung zwischen freigemeinnützigen Trägern und öffentlichen Dienst rund zehn Prozent beträgt (Herzig 2019, S. 8).

Anzumerken ist auch, dass Regelungen, die an Tarifverträgen angelehnt sind, häufig nur das Entgelt betreffen und andere Regelungen (Arbeitszeiten, betriebliche Altersvorsorge, Urlaubsansprüche, Jahressonderzahlungen usw.) nicht übernommen werden. Zum Teil werden Beschäftigte trotz gleicher Tätigkeit auch schlechter eingruppiert.

Kritisch wurde in den Expert*innen-Interviews außerdem angemerkt, dass absolvierte Weiter- oder Fortbildungen für die Beschäftigten kaum mit Lohnsteigerungen einhergehen. Wie in Kapitel 5.1 beschrieben, profitieren die Beschäftigten nur selten finanziell. Die Tarifverträge sehen mit Ausnahme des Bereiches der ärztlichen Mitarbeiter*innen kaum Auswirkungen von Weiter- oder Fortbildungen auf die Entlohnung vor; stattdessen orientiert sich die Einstufung an der Grundqualifikation.

Ein weiteres Problem liegt in der Finanzierung von Personalkosten in Einrichtungen durch Mittel der öffentlichen Hand. In den Zuwendungen werden tarifliche Entwicklungen kaum berücksichtigt, sodass es zu Schwierigkeiten bei der Refinanzierung von Löhnen im Zuge von Tarifsteigerungen kommt. Zum Teil wird auf Tarifsteigerungen deshalb mit einer Absenkung der Arbeitszeit reagiert.

Die „Gemeinsame Stellungnahme der Beschäftigtenvertretungen und Geschäftsführungen der *Drogen- und Suchthilfe* in Berlin zur Anpassung der Gehälter an das Lohnniveau des Öffentlichen Dienstes Berlin“ von März 2021 führt beispielhaft hierzu aus, dass in den Jahren 2019/20 die finanziellen Ressourcen für Gehaltsanpassungen analog zum Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) nur teilweise zur Verfügung standen, sodass die Tarifierhöhungen durch den Abbau von Stellenanteilen realisiert werden musste (ADV 2021).

In der Stellungnahme wird folglich gefordert, dass zur Umsetzung der Tarifierhöhungen Mittel zur Refinanzierung der Gehälter durch die Zuwendungen und Vergütungssätze sichergestellt werden müssen. Dabei soll sich am Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes orientiert werden. Zusätzlich soll einem gestiegenen Sachkostenbedarf Rechnung getragen werden und z. B. die Personalkosten der Verwaltungsmitarbeiter*innen, die Kosten für die Beschäftigtenvertretungen sowie die Mieten für Trägerwohnraum und Büros durch Zuwendungen abgedeckt werden. Die Stellungnahme wurde von verschiedenen Arbeitnehmervertretungen und Landesgeschäftsführer*innen der Freien Wohlfahrtspflege in Berlin unterzeichnet.

7. Trends der Digitalisierung und Auswirkungen auf die Beschäftigten

Die zunehmende Digitalisierung aller Lebensbereiche löst weitreichende Transformationsprozesse aus. Durch die Durchdringung mit Informations- und Kommunikationstechnologien entstehen auch vielfältige neue Möglichkeiten, Arbeit anders zu organisieren oder zu automatisieren.

Bisher liegen insgesamt wenige Untersuchungen zur Digitalisierung in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie vor. Die vorhandene Literatur beschränkt sich größtenteils auf Präsentationen und kurze Beiträge zu digitalen Innovationen in der ambulanten Psychiatrie (Görres 2019; Hörmann et al. 2019; Ruf 2016; SVR 2021). Hiervon ausgenommen ist der Bereich *Sucht- und Drogenhilfe*, wo in der Vergangenheit Befragungen und Studien zu Digitalisierung durchgeführt worden sind (fdr 2020a, 2021a und 2021b; Tietel 2020).

Gleichzeitig legt eine hohe Anzahl vorhandener Softwarelösungen für Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie einen Bedarf an digitalen Lösungen in der Branche nahe. Hinsichtlich des Bereiches Organisation und Verwaltung in der Sozialen Arbeit führt Tietel (2020, S. 6) z. B. aus, dass sich auf einer Plattform für Softwareprodukte (social-software – Softwarelösung für die Sozialwirtschaft) im Funktionsbereich „Planung und Dokumentation von Leistungen, Hilfen und Fallverläufen“ allein 89 Softwareprodukte finden lassen, die u. a. auf die Digitalisierung von Controlling, Dienst- und Einsatzplanung, Dokumentenmanagement, Leistungsabrechnung, Personalverwaltung und Rechnungswesen abzielen.

Auf der entsprechenden Plattform sind darüber hinaus eine Reihe von Assistenzprogrammen für die verschiedenen Segmente der ambulanten Psychiatrie zu finden. Zum Beispiel werden hinsichtlich der Sucht- und Drogenberatung Softwareprodukte für die Falldokumentation und Katamnese, die sozialpädagogische, psychosoziale oder therapeutische Fallbearbeitung, die Hilfeplanung einschließlich Controlling-Funktionen sowie für die Falldokumentations- und Fallführungssystem mit Statistik-Datenfunktion aufgeführt.

Tietel resümiert: „Digitale soziale Dienstleistungsangebote sind nicht zuletzt ein gewaltig ansteigender Markt, auf dem sich zahlreiche Anbieter tummeln. Klienten und Angehörige – aber auch Einrichtungen der Sozialen Arbeit – stehen vor einem kaum überschaubaren Dschungel an Programmen, Apps, Angebotsplattformen und Assistenztechnologien“ (Tietel 2020, S. 6).

Ein weiterer Bereich, der auf Grundlage der analysierten Literatur an Bedeutung gewinnt, sind Digitalisierungsleistungen an der Schnittstelle

zur Klientin* zum Klienten. So weist Görres (2019) auf die Relevanz sozialer Medien (Social Media) für die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie hin. Aufgeführt werden Facebook-Seiten als erste Anlaufstelle für Interessierte, YouTube-Kanäle und -Videos zur Dokumentation von Veranstaltungen und Aktivitäten, Image-Filme von Leistungserbringern sowie Twitter-Kanäle für Mitteilungen oder Ankündigung von Selbsthilfegruppen und anderen Terminen.

Die Präsenz in sozialen Medien soll dabei einen niedrigschwelligen Zugang zu den Leistungen der ambulanten Psychiatrie fördern und die Arbeit der Einrichtungen nach außen hin sichtbar machen.

Hieran anknüpfend bietet z. B. der Paritätische Wohlfahrtsverband als einer der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege seinen Mitgliederorganisation Unterstützungsleistungen für die Nutzung sozialer Medien an. Das Angebot „#GleichImNetz“ beinhaltet u. a. einen „Webzeugkoffer“ mit Handreichungen, Empfehlungen, Webinaren, Linktipps zu Social-Media-Kanälen und diversen Tools zur digitalen Kommunikation und Zusammenarbeit (Der Paritätische Gesamtverband o. J.).

Die Digitalisierungsbemühungen der Träger der Freien Wohlfahrtsverbände werden auch im Rahmen der Plattform „Wohlfahrt digital“ der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) unterstützt (<https://diewohlfahrt.digital/>). Die Plattform informiert über Digitalisierungsprojekte in der Freien Wohlfahrtspflege und stellt Erfahrungen, Ansätze und Instrumente verschiedener Projekte vor. Außerdem werden in zielgruppenspezifischen Veranstaltungen verschiedene Themen und Bedarfe hinsichtlich Digitalisierungs- und Transferprozesse diskutiert.

Digitalisierungsprozesse können auch das Beratungs-, Betreuungs- und Therapieangebot betreffen. Ausführungen in der Literatur beschränken sich allerdings häufig auf die beispielhafte Darstellung ausgewählter digitaler Medien der Kommunikation, wie Online-Beratung, Online-Therapie und Online-Coaching, Chat-Nachsorge und digitale Selbsthilfegruppen. Der freigemeinnützige Träger Caritas weist darauf hin, dass die Chancen der Digitalisierung in Beratung und Behandlung vor allem in dem niedrigschwelligen Zugang und der Ausweitung der verschiedenen Zugangsmöglichkeiten zum Angebot liegen (Ruf 2016).

Die Caritas selbst verfügt über ein Online-Beratungsportal, das Beratungen bundesweit in 17 Fachbereichen durch hauptamtliche Berater*innen anbietet (www.caritas.de/hilfeundberatung/onlineberatung/onlineberatung). Im Bereich Suizidprävention wird zusätzlich Peer-to-Peer-Beratung digital angeboten. Das Angebot soll das Beratungsangebot vor Ort ergänzen, indem es eine digitale Kontaktaufnahme, die kostenfrei, zeitlich flexibel und im Bedarfsfall auch anonym ist, zur Verfügung stellt.

Die Caritas weist darüber hinaus darauf hin, dass das niedrighschwellige Angebot, insbesondere auch für Personen einen Zugang ermöglicht, die mit einer Vor-Ort-Beratung nicht oder weniger gut zu erreichen sind (z. B. bei eingeschränkter Mobilität durch Krankheit oder aufgrund des Wohnortes, Berufstätige, die während der Öffnungszeiten von Beratungsstellen keine Zeit haben oder Menschen, die aus anderen Gründen die Beratungsstellen nicht aufsuchen).

Weiterentwickelt wurde die Nutzung des Ansatzes digitaler Beratungs-, Betreuungs- und Therapieangebote im Konzept „Blended Counseling“ (auch „Blended Care“). Im Rahmen von Blended Counseling werden digitale und analoge Kommunikationskanäle, d. h. z. B. die Vor-Ort-Beratung (auch Face-to-Face-Beratung genannt) mit einer Beratung über Video, Telefon, Text-Chat oder E-Mail kombiniert (Hörmann et al. 2019, S. 20).

Blended Counseling soll durch die zielgerichtete Verschränkung der verschiedenen Kommunikationskanäle eine raum- und zeitunabhängige Interaktion ermöglichen und so auf die unterschiedlichen Bedarfe verschiedener Zielgruppen, Beratungsanliegen, Lebenslagen und Beratungsphasen eingehen. Ferner soll Blended Counseling eine flexiblere und schnellere Prozessbegleitung unterstützen und langfristig auch zu betriebswirtschaftlichen Vorteilen führen.

Digitalisierung in der Sucht- und Drogenhilfe an der Schnittstelle zur Klientin* zum Klienten

Besonders stark ausgebaut erscheint das digitale Angebot an der Schnittstelle zur Klientin* zum Klienten im Bereich der Sucht- und Drogenhilfe. Hier existieren seit mehreren Jahren und auf breiterer Basis Versuche, digitale Medien in der Suchthilfe zu nutzen, um gefährdete oder an Sucht erkrankte Personen besser zu erreichen und zu betreuen.

So hat sich auch die Fachkonferenz Sucht 2019 der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) unter dem Titel „#Suchthilfe #Digital“ mit digitalen Entwicklungen in der Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten auseinandergesetzt (DHS 2019a). Beiträge der Konferenz betrafen u. a. die Themenbereiche digitale Kommunikation in der Begleitung, Beratung und Behandlung von Suchtkranken, Apps in der Suchthilfe und Blended Counseling.

Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe (fdr) hat im Jahr 2021 in einem Strategiepapier Maßnahmen und Ziele definiert, um den digitalen Wandel in der Sucht- und Drogenhilfe voranzubringen (fdr 2021b). Die Strategie soll von einem regelmäßigen Monitoring der Umsetzungsfortschritte begleitet werden. Bereits im Jahr 2020

wurde vom Fachverband der Qualitätszirkel „Digitalisierung“ eingerichtet, der das innerverbandliche Verständnis zur Digitalisierung fördern soll. Als „Denkfabrik“ stößt der Qualitätszirkel insbesondere digitale Initiativen und Projekte an und organisiert Maßnahmen zur Umsetzung des digitalen Wandels in der Sucht- und Drogenhilfe. Seit Sommer 2022 stellt der Verband außerdem die verbandsinterne digitale „fdr Kommunikationsplattform“ zur Verfügung. Die Kommunikationsplattform unterstützt den digitalen Auftritt der Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe, ermöglicht digitale Kommunikation und Netzwerkarbeit zwischen verschiedenen Akteur*innen und stellt einen gemeinsamen Methodenpool und technische Lösungen zur Verfügung. Ziel der Kommunikationsplattform ist es u. a., die Digitalisierung für die Einrichtungen kostengünstig zu gestalten.

In den letzten Jahren gab es außerdem vermehrt von Regierungsseite Bestrebungen, die Digitalisierung im Bereich der Suchthilfe zu fördern. So informiert z. B. das Internetportal „drugcom.de“ von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) über verschiedene Drogen, bietet Selbst- und Wissenstests an und stellt Beratung in Form von Chats und E-Mails zur Verfügung (www.drugcom.de/). Außerdem gibt es im Internetportal Angebote für spezifische Zielgruppen, wie z. B. ein Online-Konsumtagebuch für Cannabiskonsumierende (www.quit-the-shit.net/qts/).

Das Bundesmodellprojekt „Digitale Lotsen“ vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Zeitraum 2019 bis 2021 förderte Fortbildungen für Fachkräfte aus der Suchthilfe, um sie für die Digitalisierung in ihrem Arbeitsfeld zu sensibilisieren und dabei zu unterstützen, eine begründete Haltung zu Digitalisierungstendenzen in der Suchthilfe zu entwickeln (Hessische Landesstelle für Suchtfragen 2021).

Das Projekt „Digi-Sucht“ (Digitale Suchtberatung) vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) widmet sich dem Aufbau einer träger- und länderübergreifenden Plattform für die digitale Suchtberatung (Tossmann/Leuschner 2021), die im dritten Quartal 2022 den Modellbetrieb in ausgewählten Pilotberatungsstellen aufnehmen soll.

Die Bestandteile der Plattform umfassen die Bereiche Klientenmanagement (Kontaktaufnahme, Klientenakte), Terminmanagement (Terminvergabe, automatische Terminerinnerung), Kommunikation zwischen Klient*innen und Berater*innen (Text-Chat, Videosprechstunde), Tools/Übungen (Dokumentation von Ausgangssituation und Zieldefinition, Tagebuch zu Verhaltens- oder Stimmungsbarometer, individueller Notfallkoffer mit Anlaufstellen) und Webseiten (mit verschiedenen Funktionen für Klient*innen, wie z. B. Selbsttests).

Auf Leistungen der ambulanten psychiatrischen Einrichtungen, die sich dem Gesundheitswesen zuordnen lassen, wirken außerdem digitale Entwicklungen des Gesundheitsbereiches ein.

Hierunter fallen insbesondere digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs), wie die Telematikinfrastruktur (Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur) zum Austausch von Informationen zwischen den verschiedenen Akteur*innen im Gesundheitswesen, einschließlich der elektronischen Patientenakte (ePA), dem elektronischen Notfalldatenmanagement (NFDm), der digitalen Kommunikation über den Kommunikationsdienst „KIM“ (z. B. elektronischer Arztbrief), das elektronische Rezept (eRezept) sowie die elektronische Gesundheitskarte (eGK).

Des Weiteren gehören telemedizinischen Lösungen, wie Apps, hierzu. Apps sollen grundsätzlich die Beteiligung von Klient*innen oder Patient*innen im Beratungs-, Betreuungs- oder Behandlungsprozess stärken. Weltweit war Deutschland das erste Land, das Apps auf Rezept ermöglichte (SVR 2021). Das Angebot von Gesundheits-Apps im Bereich der ambulanten Psychiatrie ist breit; die Apps können zur Prävention, Diagnostik, Behandlung und dem Management von psychischen Herausforderungen sowie zur Überwachung und Steuerung von Lebensgewohnheiten eingesetzt werden.

Nicht nur IT-Dienstleister, sondern auch die Kostenträger im Bereich der ambulanten Psychiatrie stellen solche Apps für Klient*innen zur Verfügung. Teilweise wirken die Einrichtungen an der Entwicklung der Apps in Zusammenarbeit mit IT-Dienstleistern oder Forschungsinstituten mit. In den im Rahmen dieser Branchenstudie schwerpunktmäßig untersuchten Branchensegmenten stehen überall spezifische Apps zur Verfügung. Zum Beispiel beinhaltet das Angebot im Bereich der *psychiatrischen häuslichen Krankenpflege* Apps mit Informationen zu psychischen Erkrankungen, sogenannte „Hausaufgaben“ für Klient*innen und verschiedene Motivations- und Erinnerungsfunktionen.

7.1 Die Treiber der Digitalisierung

Aus Beiträgen der Literatur ergibt sich, dass in der Branche neben erweiterten technischen Möglichkeiten und Angeboten vor allem das Ziel einer verbesserten Versorgung der Klient*innen als grundsätzlicher Treiber der Digitalisierungsbemühungen begriffen werden kann (Albrecht/Otten/Sander 2022, S. 4; Hörmann et al. 2019, S. 20–24). Dies wurde auch in den im Rahmen dieser Branchenstudie durchgeführten Expert*innen-Interviews bestätigt. Digitale Angebote sollen insbesondere für Klient*innen

offenstehen, die nicht durch klassische Kommunikationswege und Vor-Ort-Angebote erreicht werden können.

Dabei spielen nach Meinung der interviewten Expert*innen nicht nur persönliche Eigenschaften und Vorlieben der Klientin*des Klienten eine Rolle, sondern z. B. auch regionale Diskrepanzen in der Versorgung durch Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie. Insbesondere während der Covid-19-Pandemie war die digitale Kommunikation häufig das einzige Mittel, Klient*innen zu erreichen.

Ein weiterer Treiber für Digitalisierungsprozesse in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie wird in den vielfältigen gesetzlichen Vorgaben gesehen. So wird hinsichtlich der Digitalisierungsbemühungen an der Schnittstelle zur Klientin*zum Klienten auf das Gesetz zur Verbesserung des Onlinezugangs zu Verwaltungsleistungen (Onlinezugangsgesetz – OZG) verwiesen, das im Jahr 2017 erlassen wurde.

Das Gesetz soll den übergreifenden informationstechnischen Zugang (Online-Zugang) zu Verwaltungsleistungen regeln und verpflichtet Bund, Länder und Kommunen, bis Ende 2022 eine Vielzahl von Verwaltungsleistungen auch digital anzubieten (sogenannte OZG-Leistungen). Insgesamt sollen über 6.000 Verwaltungsleistungen digitalisiert werden, wobei eine digitale OZG-Sozialplattform als zentrale Anlaufstelle für diverse Sozialleistungen dienen soll (<https://sozialplattform.de/>).

Die Sozialplattform soll Ende 2022 fertiggestellt werden. Vorgesehen ist dabei auch, dass Angebote der ambulanten Psychiatrie auf der Plattform vernetzt werden können. Zum Beispiel sollen Bürger*innen über einen Beratungsstellenfinder zu Einrichtungen der *Sucht- und Drogenhilfe* vermittelt werden können, wobei die Beratungen entweder vor Ort oder mithilfe einer Chat- oder Videofunktion über die Sozialplattform durchgeführt werden soll. Die Plattform soll auch eine Verbindung zum Projekt DigiSucht aufweisen.

Auf Leistungen der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie, die sich dem Gesundheitswesen zuordnen lassen, wirken darüber hinaus vielfältige gesetzliche Regelungen, die Anforderungen hinsichtlich der Ausgestaltung von Digitalisierung stellen (SVR 2021, S. 31–35). Aufzuführen sind:

- Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG; 2003): Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK), Einführung einer elektronischen Gesundheitsakte, Aufbau der Telematikinfrastruktur
- E-Health-Gesetz (2015): Fristen für den Anschluss der Leistungsträger an die Telematikinfrastruktur und der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)

- Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG; 2019): Verpflichtung der Krankenkassen, Versicherten ab Januar 2021 eine elektronische Patientenakte anzubieten
- Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV; 2019): E-Rezepte
- Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG; 2019): verpflichtende Fristen für Vertragsärzt*innen und Krankenhäuser zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur, die Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz durch die Krankenkassen, weitere Regelungen zum E-Rezept, Abrechenbarkeit von telemedizinischen Leistungen und Videosprechstunden
- Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG; 2020): Datenschutz hinsichtlich der Anwendungen der Telematikinfrastruktur
- Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz, DVPMG; 2021): E-Health-Kontaktstelle zur Förderung der Telematikinfrastruktur, Erweiterung der Funktionen der elektronischen Patientenakte (schrittweise Überführung des Notfalldatensatzes in die Akte, Integration des elektronischen Medikationsplans).

Häufig werden in den Debatten um Digitalisierung auch Effizienzsteigerungen und Kostenersparnisse als Treiber für Digitalisierungsbemühungen genannt. Anzumerken ist hier, dass in den Expert*innen-Gesprächen im Rahmen dieser Branchenstudie diese Gründe jedoch selten als ausschlaggebend angesehen wurden. Nur bei Einrichtungen, die eine enge Verbindung zu einem Klinikkonzern aufweisen und in dessen IT eingebunden sind, wurde das Argument der Kostenersparnis aufgeführt. In der Befragung unter Arbeitnehmervertreter*innen und Beschäftigten gehen nur zwölf Prozent der Antwortenden davon aus, dass Digitalisierung zu Kosteneinsparungen führt (vgl. Abbildung 9 in Kapitel 7.3).

Hinsichtlich der *Sucht- und Drogenhilfe* hat der Qualitätszirkel des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe im Frühjahr 2021 eine Mitgliederbefragung unter 65 Einrichtungen zur Digitalisierung durchgeführt. Die Erfolgsfaktoren der Anwendung/Nutzung von IT-gestützten Prozessen sowie Hard- und Software wurden von den Befragten insbesondere in der Optimierung der Arbeitsprozesse und Angebote sowie der Verbesserung des Zugangs/Kontaktes zur Klientel gesehen (fdr 2021a, S. 7). Auch Verbesserungen in der Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit wurden als Erfolgsfaktoren genannt.

7.2 Stand der Digitalisierung in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie

In den Expert*innen-Interviews und der Befragung unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten im Rahmen dieser Branchenstudie wurden aktuelle Digitalisierungstrends in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie abgefragt. Die Ergebnisse der Befragung sind in Abbildung 8 dargestellt.

Abbildung 8: Digitalisierung in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in Einrichtung der ambulanten Psychiatrie

In Hinblick auf die Digitalisierung der Verwaltung und Organisation zeigen die Ergebnisse der Analyse, dass Digitalisierung in vielen Einrichtungen schon häufig Praxis ist. So geben 76 Prozent der Antwortenden der Befragung an, dass Akten von Klient*innen „digitalisiert / stark digitalisiert“ sind, weitere 20 Prozent vermerken, dass die Akten teilweise digitalisiert sind und nur vier Prozent der Befragten weisen darauf hin, dass ihre Einrichtung ausschließlich mit Papierakten arbeitet.

Arbeitsleistung und geleistete Fachstunden werden zu 72 Prozent digital erfasst; werden die Antwortkategorien „teils/teils“ hinzugerechnet, dann ergibt sich eine – zumindest teilweise – Digitalisierung von 92 Prozent in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie.

Ferner geben 64 Prozent der Antwortenden an, dass Dienstpläne und Einsatzplanung „digitalisiert / stark digitalisiert“ sind. 52 Prozent der Befragten antworten, dass der Einkauf und die Bestellung von Material „digitalisiert / stark digitalisiert“ verläuft. In den Expert*innen-Interviews wurde außerdem darauf hingewiesen, dass verschiedene Erfassungsbögen für Daten von Klient*innen digital zur Verfügung stehen sowie Anwendungen für die statistische Dokumentation digitalisiert sind.

In Hinblick auf digitale Formen der Kommunikation antworten 52 Prozent der Befragten, dass die Kommunikation mit den Kostenträgern „digitalisiert / stark digitalisiert“ ist, 28 Prozent der Antwortenden weisen darauf hin, dass sie teilweise digitalisiert verläuft. Hier sind es vor allem Vorgaben aufseiten der Kostenträger, die die ambulanten Einrichtungen dazu veranlassen, entsprechende Prozesse zu digitalisieren.

Die in der Arbeit der ambulanten psychiatrischen Einrichtungen häufig sehr umfangreiche Kommunikation mit Kooperationspartnern wird von 40 Prozent der Teilnehmer*innen der Befragung als „digitalisiert / stark digitalisiert“ und von 56 Prozent als teilweise digitalisiert angegeben. Im Gegensatz hierzu ist die Kommunikation unter den Beschäftigten kaum digitalisiert; nur 13 Prozent der Antwortenden meinen, dass diese „digitalisiert / stark digitalisiert“ verläuft.

In Hinblick auf die digitale Kommunikation unter den Beschäftigten ist vor allem die Nutzung von E-Mails selbstverständlich. Andere Formen der digitalen Kommunikation sind als offizielle Kommunikationswege wenig verbreitet (z. B. Online-Foren, Blogs, Social-Media-Gruppen).

In den Expert*innen-Interviews wurde darauf hingewiesen, dass bei der Nutzung solcher Kommunikationswege die Gefahr besteht, dass nicht bei allen Mitarbeiter*innen ein Bewusstsein vorhanden sein könnte, welche Inhalte über diese Kommunikationswege kommuniziert werden dürfen. Die Praxis zeigt aber, dass auch ohne eine offizielle Kommunikationsplattform vom Arbeitgeber die Mitarbeiter*innen selbstständig allgemein zugängliche Messenger-Dienste für den Austausch untereinander nutzen.

Der Einsatz von digitalen Technologien hinsichtlich der Arbeit der Beschäftigten ist ebenfalls in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie verbreitet. In Bezug auf Assistenzsysteme bei der Arbeit geben 76 Prozent der Befragten an, dass entsprechende Systeme in „digitalisierter / stark digitalisierter“ Form eingesetzt werden. Werden die Antworten einer teilweisen Digitalisierung von Assistenzsystemen hinzugezählt, ergibt sich eine Abdeckung von 92 Prozent. Assistenzsysteme bei der Arbeit unterstützen vor allem Dokumentationspflichten.

Digitale Formen der Fort- und/oder Weiterbildung für Beschäftigte, z. B. in Form von E-Learning, spielen bei 44 Prozent der Befragten eine bedeutende Rolle, bei weiteren 44 Prozent sind sie teilweise im Einsatz. In den Expert*innen-Interviews wurde darauf hingewiesen, dass zwischen einzelnen Fort- und/oder Weiterbildungen Unterschiede hinsichtlich der Digitalisierungstendenzen existieren. So wird E-Learning z. B. besonders häufig angeboten, wenn es sich um regelmäßig stattfindende Pflichtfortbildungen (z. B. zum Datenschutz) handelt.

In den *Sozialpsychiatrischen Diensten* gewinnt die Nutzung digitaler Medien auch bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter*innen an Bedeutung. Im Rahmen der Förderung des Wissenstransfers zwischen älteren und jüngeren Mitarbeiter*innen strebt das Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland an, einen Leitfaden zum Vorgehen zu entwickeln (BVÖGD/DGPPN/LVGAFS 2019a).

Im Vergleich zu den oben aufgeführten Bereichen der Digitalisierung sind Digitalisierungsprozesse, die sich direkt auf die Klient*innen beziehen, nach den Angaben der Befragten wenig verbreitet: Kaum eine Teilnehmerin*kaum ein Teilnehmer der Befragung gibt an, dass Informationen für Klient*innen weitgehend digital zur Verfügung gestellt werden. 40 Prozent der Befragten antworten, dass ihre Einrichtung teilweise digitale Informationen zur Verfügung stellt. 56 Prozent nutzen hingegen digitale Informationsangebote gar nicht. Häufig sind die digitalen Informationen gegenüber den Klient*innen auf ein webbasiertes Informationsangebot zu Leistungen und Kontaktmöglichkeiten beschränkt.

Auch digitale Terminvergaben finden in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie selten statt. 60 Prozent der Antwortenden der Befragung geben an, dass ihre Einrichtung solche Möglichkeiten nicht anbietet. Apps für Klient*innen, Online-Beratungen, Online-Therapien oder Online-Nachsorge, Videos, Podcasts und vergleichbare Angebote für Klient*innen sowie der Blended-Counseling-Ansatz finden in den Einrichtungen der Befragten ebenfalls selten Anwendung. Reine Online-Selbsthilfegruppen existierten bei den Befragten ebenfalls nicht.

Die Ergebnisse der Expert*innen-Interviews ergaben allerdings, dass im Zuge der Covid-19-Pandemie die digitalen Angebote an der Schnitt-

stelle zur Klientin* zum Klienten deutlich ausgebaut worden sind. Im Kontext der Pandemie und des Lockdowns sowie der damit einhergehenden Kontaktbeschränkungen waren viele Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie von der Schließung der Örtlichkeiten betroffen (vgl. Kapitel 4). Zur Vermeidung des Erliegens des Leistungsangebots wurden deshalb der Einsatz digitaler Lösungen in den Einrichtungen deutlich ausgeweitet und in einigen Fällen durch die Pandemie auch erst angestoßen.

Zur Aufrechterhaltung des Angebots wurden neben einer Umstellung auf telefonische Kommunikationsmittel zur Beratung, Betreuung und Behandlung von Klient*innen, vor allem eine Reihe von verschiedenen Video-Tools genutzt, um Vor-Ort-Termine zu ersetzen. Festzustellen ist jedoch, dass mit Abklingen der Pandemie fast alle Einrichtungen ihre digitalen Angebote zurückgefahren haben, sodass die Erfahrungen digitaler Beratung, Betreuung und Behandlung in vielen Einrichtungen eine zeitlich begrenzte Situation darstellen.

In den *Sozialpsychiatrischen Diensten* wird dennoch überlegt, ob Angebote wie z. B. Arbeits- oder Selbsthilfegruppen im digitalen Format als eine eigene Sparte der Betreuung ausgebaut werden können. Expert*innen-Interviews aus dem Bereich Sozialpsychiatrische Dienste weisen darauf hin, dass der Kontakt mit jungen Leuten digital teilweise besser funktioniert, da sie diese klassischen Methoden der Kommunikation, zum Teil nicht mehr nutzen.

Hinzu kommt, dass z. B. durch Kreisreformen (wie in Mecklenburg-Vorpommern) einige Klient*innen sehr weit entfernt wohnen, sodass digitale Kommunikation den Zeitaufwand für Klient*innen deutlich verringert. Einschränkung wird berichtet, dass insbesondere in Krisensituationen jedoch Mitarbeiter*innen vor Ort unterstützen müssen.

Insgesamt hatte die Pandemie die Digitalisierung in den Sozialpsychiatrischen Diensten deutlich vorangetrieben. Eine Ausstattung mit Dienstlaptops erfolgte und Möglichkeiten, mobil zu arbeiten, wurden geschaffen. Zuvor hatten teilweise erst Mitte der 2010er Jahre alle Beschäftigten einen eigenen Rechner erhalten. Ergebnisse einer bundesweiten durch das „Bundesweite Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste“ (BNSpDi) in Kooperation mit dem Fachausschuss Psychiatrie des BVÖGD durchgeführten Onlinebefragung zeigen, dass in den Sozialpsychiatrischen Diensten insbesondere mobiles Arbeiten, Online-Einzelberatung, Videokonferenzen und Onlinefortbildungen existieren (Albers/Erven/Bispinck 2022).

Die Digitalisierungsinitiative der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland (vgl. Kasten) zeigt auf, dass digitale Angebote an der Schnittstelle zu Klient*innen tatsächlich in der Lage sind eventuelle Behandlungslücken zu schließen.

Die Digitalisierungsinitiative der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland⁸

In Deutschland existieren 105 jüdische Gemeinden, die im gesamten Bundesgebiet verteilt sind. Viele Gemeindemitglieder sind aus der ehemaligen Sowjetunion eingewandert. Die Gemeinden zeichnen sich dadurch aus, dass sie unabhängig von ihrer Größe ein umfassendes soziales Angebot zur Verfügung stellen. In jeder Gemeinde gibt es eine Verantwortliche* einen Verantwortlichen für soziale und/oder psychosoziale Fragen – entweder als ausgebildete und angestellte Kraft (z. B. Absolvent*innen im Bereich Soziale Arbeit) oder im Ehrenamt, wobei die Erfüllung des Postens durch entsprechende Schulungen unterstützt wird.

Digitalisierung wurde von der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland früh als Chance begriffen, die kleinen und weit verstreuten Gemeinden zu vernetzen und die soziale und psychiatrische Gemeindearbeit zu fördern. Die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden hat hierfür unter den Namen „MABAT“ eine umfassende Digitalisierungsstrategie entworfen, die die Gemeinden auf den Weg der digitalen Transformation unterstützt, um ein qualitativ hochwertiges digitales Angebot zur Verfügung zu stellen.

Bestandteile der Strategie sind (finanzielle) Unterstützung im Aufbau der digitalen Infrastruktur und Vermittlung digitaler Kompetenzen (auch in Form von „Digitalen Helfer*innen“, die Ansprechpersonen für verschiedene digitale Fragestellungen vermitteln), die Bereitstellung von digitalen Tools (hinsichtlich Kommunikation, Präsentation, Darstellung, Umfragen, Projektmanagement) und „Digital Agents“, die die digitale Transformation in den Gemeinden begleiten und voranbringen.

Besondere Relevanz haben in der Digitalisierungsstrategie Bereiche der Sozialarbeit – gerade auch, weil insbesondere die älteren Gemeindemitglieder durch ihre Migrationserfahrungen häufig wenig in deutsche Beratungs- und Hilfsangebote eingebunden sind. Für die Verantwortlichen für soziale und/oder psychosoziale Fragen in den Gemeinden existieren verschiedene digitale Unterstützungsangebote und es finden regelmäßig Qualifizierungsangebote online statt.

Zur Betreuung von Gemeindemitgliedern mit psychologischen Problemen steht eine russischsprachige Psychotherapeutin zur Verfügung, die einmal im Monat für die Betroffenen kostenlos Videosprechstunden anbietet.

⁸ Quelle: Expert*innen-Interview mit der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland am 19. Januar 2022

Des Weiteren werden für Personen mit seelischer Behinderung verschiedene digitale Angebote zur Verfügung gestellt, z. B. digitale Gesprächsrunden zum persönlichen Austausch aber auch Freizeitangebote wie digitale Kunstworkshops.

7.3 Hemmnisse für die Digitalisierung in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie

Zusammenfassend zeigt die Auswertung der Befragung und die Ergebnisse der Expert*innen-Interviews zum Stand der Digitalisierung, dass Digitalisierungsprozesse in vielen Bereichen in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie Einzug erhalten haben, diese aber noch nicht in allen Bereichen so weit ausgebaut wurden, dass sie von den Befragten als „digitalisiert“ bzw. „stark digitalisiert“ eingeschätzt werden. Digitalisierungsprozesse in den Einrichtungen betreffen bisher vor allem die Bereiche Verwaltung und Organisation, Kommunikation mit den Kostenträgern und Kooperationspartnern sowie Assistenzsysteme und Fort- und/oder Weiterbildung für Beschäftigte.

Dagegen werden Bereiche an der Schnittstelle zu den Klient*innen von den Befragten selten oder nur in Ansätzen als digitalisiert wahrgenommen. Festgestellt werden kann, dass die identifizierten Anknüpfungspunkte für Digitalisierungsbestrebungen an der Schnittstelle zu den Klient*innen, wie digitale Medien der Kommunikation gegenüber Klienten*innen, Blended Counseling sowie Apps gerade Bereiche darstellen, die aktuell in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie noch wenig in Digitalisierungsstrategien einbezogen werden.

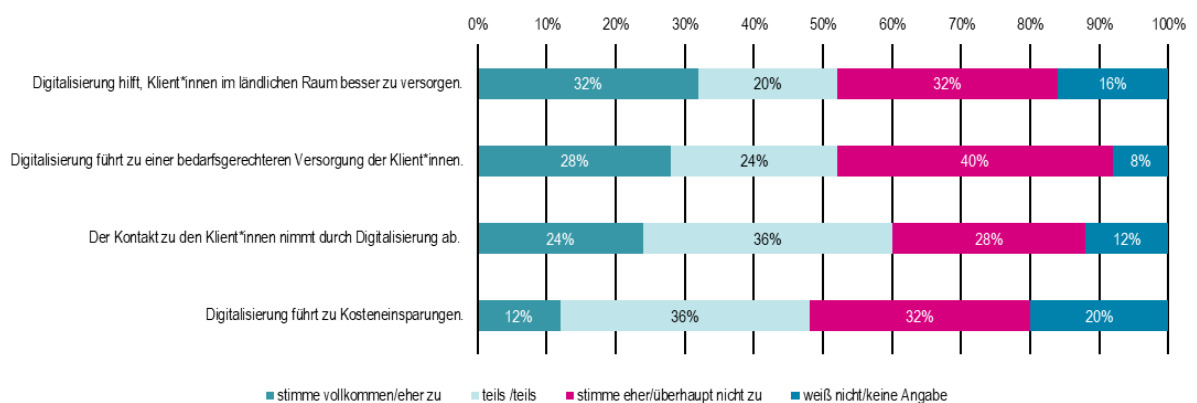
Das bisher fehlende Engagement in diesen Bereichen wurde in den Expert*innen-Interviews vor allem durch die Eigenschaften der Klient*innen erklärt. So wurde in den Expert*innen-Interviews erläutert, dass große Teile der Klientel krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, digitale Angebote zu nutzen. Ferner müssen auf Seite der Klient*innen die technische Ausstattung (z. B. ein Computer oder ein Smartphone) und entsprechende digitale Kompetenzen zur Nutzung der Geräte vorhanden sein. Häufig wird außerdem angenommen, dass aufgrund der hohen Bedeutung der sozialen Interaktion bei der Arbeit der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie eher geringe Digitalisierungspotenziale an der Schnittstelle zu den Klient*innen existieren.

Trotzdem wurde gleichzeitig anerkannt, dass sich psychische Beschwerden und Erkrankungen bei den Betroffenen hinsichtlich Akuität und Chronizität, Verlauf, Beschwerdeintensität und Schweregrad der resultierenden Beeinträchtigungen unterscheiden und der individuelle Versor-

gungs- und Behandlungsbedarf entsprechend unterschiedlich ist. So wurde auch angemerkt, dass für ausgewählte Zielgruppen ein digitalisiertes Angebot mitunter besser geeignet ist als herkömmliche Methoden in Beratung, Betreuung und Behandlung.

Digitale Leistungen sollen nach Meinung verschiedener Interviewpartner*innen vor allem eine Ergänzung des Angebotes für spezifische Gruppen von Klient*innen darstellen, die womöglich von dem klassischen Angebot der Einrichtungen nicht erreicht werden können. Wie Abbildung 9 zu den Einschätzungen der Auswirkungen von Digitalisierung auf die ambulante psychiatrische Versorgung aufzeigt, stimmen in der Befragung im Rahmen dieser Branchenstudie 28 Prozent der Befragten der Aussage zu, dass Digitalisierung zu einer bedarfsgerechteren Versorgung der Klient*innen beiträgt.

Abbildung 9: Einschätzungen der Auswirkungen von Digitalisierung auf die ambulante psychiatrische Versorgung



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie (n=25)

32 Prozent der Antwortenden gehen davon aus, dass Digitalisierung hilft, Klient*innen im ländlichen Raum besser zu versorgen. Vor dem Hintergrund, dass die Interaktion mit den Klient*innen in den Einrichtungen bisher wenig digitalisiert ist, stimmen auch nur 24 Prozent der Antwortenden zu, dass der Kontakt zu den Klient*innen in ihren Einrichtungen durch Digitalisierung abnimmt.

Als weiteres Hemmnis für die Umsetzung von Digitalisierungsbemühungen in den Einrichtungen wurden in den Expert*innen-Interviews auch technische Herausforderungen identifiziert. So wurde von den Interview-

partner*innen berichtet, dass die IT störungsanfällig ist und digitale Kommunikationsmittel gar nicht funktionieren. Andere verwiesen auf eine zu geringe Internetgeschwindigkeit und Datenübertragungsrate.

Außerdem ist zu bedenken, dass auch auf Seite der Beschäftigten die technischen Endgeräte vorhanden sein müssen, um entsprechende digitale Anwendungen in Anspruch nehmen zu können. Die Befragung hat ergeben, dass Arbeitsgeräte für Beschäftigte in knapp 50 Prozent der Einrichtungen „stark digitalisiert“ oder „digitalisiert“ sind. Werden die Antwortenden mitgezählt, die die Arbeitsgeräte als zumindest teilweise digitalisiert wahrnehmen, steigt der Anteil auf 80 Prozent.

Die Ausstattung der Beschäftigten mit digitalen Arbeitsgeräten unterscheidet sich dabei nach Leistungsspektrum der Einrichtungen. Während bei mobilen Tätigkeiten, wie in der *psychiatrischen häuslichen Krankenpflege*, alle Beschäftigten grundsätzlich mit diensteigenem Handy und einem weiteren digitalen Endgerät ausgestattet sind, teilen sich Beschäftigte in der *Sucht- und Drogenberatung* z. B. häufig ein Endgerät.

In diesem Zusammenhang wird auch auf die fehlende Finanzierung für solche Geräte verwiesen. Viele Einrichtungen hängen hinsichtlich der Beschaffung der IT von öffentlichen Förderprogrammen für Digitalisierungsstrategien ab, weil die Kostenträger der Leistungen der ambulanten Psychiatrie entsprechende Ausgaben nicht übernehmen.

Die Umfrage des Qualitätszirkel des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe zu Digitalisierung hat ergeben, dass knapp 30 Prozent der befragten Einrichtungen/Organisationen die notwendige technische Ausstattung für Digitalisierung fehlt und in 25 Prozent der Einrichtungen/Organisationen private Geräte hinzugezogen werden, um den digitalen Anforderungen gerecht werden zu können (fdr 2021a, S. 10 und 19).

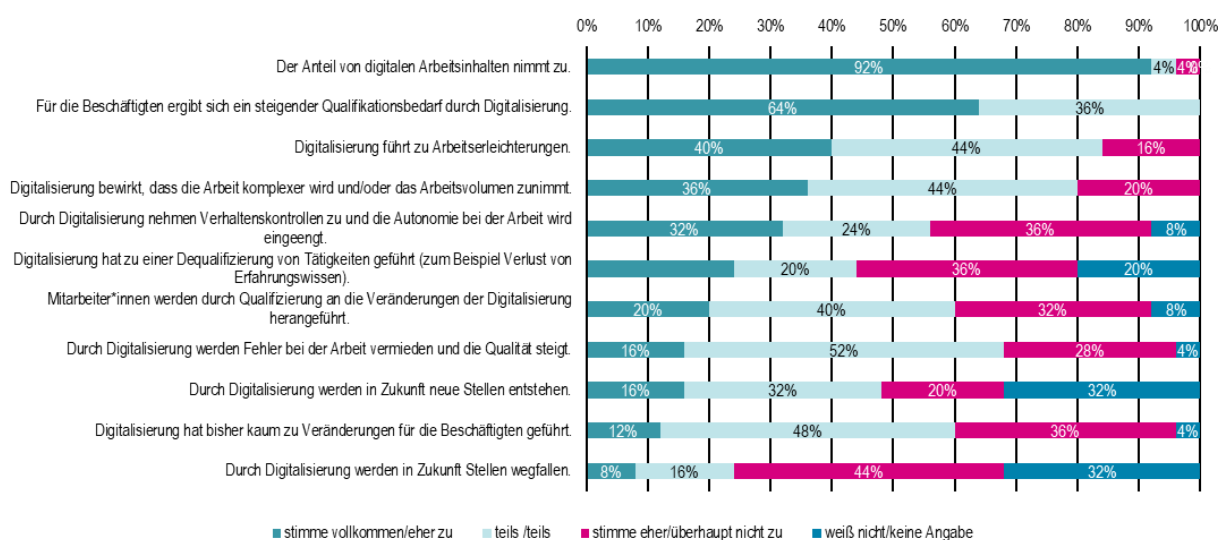
Von den Befragten wird die fehlende Finanzierungsbasis als die größte Herausforderung zur Umsetzung des bestehenden Digitalisierungsbedarfs angegeben. Neben der fehlenden technischen Ausstattung spielen auch unzureichende IT-Kompetenzen und die Gefährdung der Datenschutzeinhaltung eine Rolle. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch die Umfrage des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe unter 95 Einrichtungen aus dem Frühjahr 2020, wobei allerdings hier fehlende technische Ausstattung als „technische Kompatibilitätsdefizite, z. B. bei der digitalen Vernetzung mit anderen Akteur*innen“ konkretisiert worden ist (fdr 2020a, S. 49).

Auch in den im Rahmen dieser Branchenstudie durchgeführten Expert*innen-Interviews und in der Befragung werden die hohen datenschutzrechtlichen und datensicherheitstechnischen Anforderungen als hemmende Faktoren für digitales Arbeiten genannt. Insbesondere vor dem Hintergrund des sensiblen Themas psychische Erkrankungen sehen viele Beschäftigten davon ab, digital zu arbeiten.

7.4 Die Auswirkungen der Digitalisierung auf die Beschäftigten

In der Befragung unter Arbeitnehmervertreter*innen und Beschäftigten und in den Expert*innen-Interviews im Rahmen der Branchenstudie wurde auch abgefragt, wie sich die Digitalisierungstendenzen auf die Beschäftigten und deren Arbeitsbedingungen auswirken. Die Ergebnisse sind in Abbildung 10 dargestellt.

Abbildung 10: Auswirkungen der Digitalisierung auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie



Quelle: eigene Befragung unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie (n = 25)

Im Einklang mit den Digitalisierungsprozessen in verschiedenen Teilbereichen der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie überrascht es nicht, dass mehr als 90 Prozent der befragten Arbeitnehmervertreter*innen und Beschäftigten davon ausgehen, dass der Anteil von digitalen Arbeitsinhalten zunimmt. Dementsprechend meinen auch nur zwölf Prozent der Antwortenden, dass Digitalisierung bisher kaum zu Veränderungen für die Beschäftigten geführt hat. 64 Prozent stimmen der Aussage zu, dass sich infolge der Digitalisierungsprozesse ein steigender Qualifizierungsbedarf für Beschäftigte ergibt. Die restlichen 36 Prozent der Antwortenden erwarten wenigstens einen teilweise steigenden Qualifizierungsbedarf.

Gleichzeitig geben nur 20 Prozent der Befragten an, dass Mitarbeiter*innen durch Qualifizierung an die Veränderung der Digitalisierung herangeführt werden. Die Interviewergebnisse zeigen auf, dass unter Arbeitnehmervertretungen und Beschäftigten jedoch ein breiter Konsens existiert, dass in der Schulung des Personals eine Grundvoraussetzung liegt, um die digitalen Kompetenzen der Mitarbeiter*innen zu stärken.

Die Auswirkungen der Digitalisierung auf die Arbeitsbedingungen stehen in einem engen Zusammenhang mit der tatsächlichen Ausgestaltung und Umsetzung von Digitalisierungsbestrebungen auf Ebene der individuellen Einrichtung: Während 40 Prozent der Antwortenden meinen, dass Digitalisierung zu Arbeitserleichterungen führt und 44 Prozent der Aussage teilweise zustimmen, geben 16 Prozent der Antwortenden an, dass dies nicht zutrifft. Bei der letzten Gruppe der Antwortenden spielt vor allem Mehrarbeit eine Rolle, die durch Funktionsfehler in der IT und einen zusätzlichen Zeitaufwand durch parallellaufende analoge und digitale Prozesse in der Verwaltung entsteht.

Außerdem stimmen 36 Prozent der Antwortenden der Aussage zu, dass Digitalisierung zu einer höheren Komplexität bei der Arbeit und einem zunehmenden Arbeitsvolumen führt. Zusätzliche 44 Prozent stimmen der Aussage teilweise zu. Nur ein kleiner Teil der Befragten (16 Prozent) meint, dass durch Digitalisierung Fehler bei der Arbeit vermieden werden und die Qualität der Arbeitsleistung ansteigt. Allerdings weisen 52 Prozent der Antwortenden darauf hin, dass Fehler zumindest teilweise durch Digitalisierung vermieden werden.

Insgesamt stimmen 24 Prozent der Antwortenden der Aussage zu, dass Digitalisierung zu einer Dequalifizierung von Tätigkeiten führt, während 36 Prozent dies nicht tun. 16 Prozent der Antwortenden meinen, dass durch Digitalisierung in Zukunft neue Stellen entstehen, während acht Prozent angeben, dass durch Digitalisierung Stellen wegfallen werden.

Ergebnis der Expert*innen-Interviews ist, dass die Beschäftigten in der Regel offen für die eingeleiteten Digitalisierungsprozesse sind und die Digitalisierungsbestrebung insbesondere hinsichtlich der Verwaltung und Organisation der Einrichtungen begrüßen. Einige Interviewpartner*innen verweisen auf einen Zusammenhang zwischen dem Alter der Beschäftigten und der Offenheit gegenüber Digitalisierung, wobei die Technikaffinität mit zunehmendem Alter abnimmt.

Digitalisierungsprozesse laufen meist reibungsloser ab, wenn bei der Planung und Umsetzung die Ansprüche der Beschäftigten berücksichtigt werden (Tietel 2020, S. 8). Entsprechende Einflussmöglichkeiten werden auch aus den Mitbestimmungsrechten hinsichtlich der Einführung und Anwendung von technischen Ausstattungen abgeleitet, die dazu bestimmt

sind, das Verhalten oder die Leistung der Beschäftigten zu überwachen. Die Ergebnisse der Expert*innen-Interviews und die Antworten der Gruppe der Interessenvertretungen in der Befragung legen nahe, dass Arbeitnehmervvertretungen bei der Umsetzung von Digitalisierungsbemühungen in den befragten Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie beteiligt werden.

In vielen Fällen wurde auf Vereinbarungen oder Absprachen im Rahmen des sozialen Dialogs hingewiesen, die die Beschäftigten bei der Umsetzung von Digitalisierungsbemühungen unterstützen oder vor den negativen Folgen der Digitalisierung schützen sollen. Hierunter fallen insbesondere auch Vereinbarungen zum mobilen Arbeiten. Trotz dieser Ergebnisse weisen die Befragten darauf hin, dass generell nicht davon auszugehen ist, dass Arbeitnehmervvertretungen oder Beschäftigte am Prozess der Digitalisierung regelmäßig beteiligt werden.

Diese Erkenntnis legen auch die verschiedenen Einschätzungen der Befragten hinsichtlich der Auswirkungen der Digitalisierung auf die Arbeitsbedingungen nahe. So ist der Prozentanteil der Befragten, der der Aussage zustimmt, dass durch Digitalisierung die Möglichkeit von Verhaltenskontrollen zunehmen und die Autonomie bei der Arbeit eingeengt wird, fast gleich so hoch, wie der Prozentanteil der Befragten, der der Aussage nicht zustimmt (32 bzw. 36 Prozent).

8. Ergebnisse

Die vorliegende Branchenstudie hat die komplexen Zusammenhänge von Faktoren, die auf die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie und ihre Beschäftigten einwirken, untersucht. Hierbei lag der Schwerpunkt der Untersuchung auf den Sozialpsychiatrischen Diensten, der Sucht- und Drogenhilfe und der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege. Es wurden Trägerstrukturen der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie nachgezeichnet sowie die Klientel der Einrichtungen und die Herausforderungen für die Klientenversorgung analysiert.

Des Weiteren wurden die politischen und rechtlichen Rahmensetzungen, Finanzierungsgrundlagen und die Leistungsgewährung von Kostenträgern in Zusammenhang mit der Geschäftsstrategie und den wirtschaftlichen Entwicklungen der Einrichtungen untersucht.

Die Arbeit und Beschäftigung in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie wurde dargestellt und im Kontext der Rahmenbedingungen und Entwicklungstrends, die in der Branche vorherrschen, analysiert. Insbesondere wurden Auswirkungen auf die Beschäftigten, die Qualifizierungsanforderungen und die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen festgehalten. Herausforderungen der Mitbestimmung, Interessenvertretung und tarifliche Abdeckung wurden diskutiert. Außerdem wurden Digitalisierungsprozesse und deren Auswirkungen auf die Beschäftigten untersucht.

Die Branchenstudie zeigt deutlich die spezifischen Besonderheiten und Herausforderungen auf, mit denen die Beschäftigten in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie bei ihrer Arbeit umgehen müssen. Hierzu gehören stark fragmentierte Strukturen und vielfältige externe Einflussfaktoren, die fortwährenden Veränderungen unterliegen. Diese Faktoren wirken sich unmittelbar auch auf die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen der Mitarbeiter*innen der Einrichtung der ambulanten Psychiatrie aus. Im Folgenden werden Ergebnisse, die sich aus den einzelnen Untersuchungsbereichen der Branchenstudie ergeben, zusammenfassend dargestellt.

Es existieren große Unterschiede in der psychiatrischen Versorgung durch Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie in Deutschland.

Das Leistungsangebot der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie unterscheidet sich zwischen aber auch innerhalb der einzelnen Bundesländer mitunter stark. Es existieren wenig bundesweite Vorgaben und neben dem Bund sind auch die Länder und Kommunen im Rahmen der Daseinsvorsorge für die ambulante psychiatrische Versorgung vor Ort zuständig.

Insbesondere die Länder- bzw. kommunale Zuständigkeit führt dazu, dass die Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen in der psychischen

Versorgung voneinander abweicht. Bedeutende regionale Unterschiede in der Versorgung können hinsichtlich Angebots, Vielfalt, Finanzierung, Qualität und Vernetzung der Versorgungsangebote auftreten. Außerdem sind Unterschiede in der Versorgungsdichte zwischen ländlich und städtisch geprägten Gebieten auszumachen.

Die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie sind von einer starken strukturellen und finanziellen Fragmentierung geprägt.

Die Trägerlandschaft der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie ist vielfältig und das Leistungsspektrum im Bereich der psychiatrischen Versorgung strukturell und finanziell weitgehend fragmentiert. Es existieren öffentlich-rechtliche, freigemeinnützige und privatwirtschaftliche Träger. Viele psychisch Kranke benötigen verschiedenartige Leistungen, die auf unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen und Rechtskreisen basieren und Veränderungen unterworfen sind. Hinzu kommt, dass in der Regel sozialrechtliche Leistungen meist nicht miteinander kompatibel sind. Ferner existiert eine Fragmentierung im deutschen Gesundheitssystem hinsichtlich stationärer und ambulanter Leistungsangebote.

Die Verteilung der Kostenzuständigkeit für die Beratung, Betreuung und Behandlung psychisch Kranker sind auf verschiedene Kostenträger verteilt. Öffentliche Hand, Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Bundesagentur für Arbeit, Eigenmittel der Einrichtungen u. a. spielen eine Rolle. Für die verschiedenen Phasen einer psychischen Krankheit oder nach Lebenslage der betroffenen Person sind häufig verschiedene Kostenträger zuständig.

Die Finanzfragmentierung trägt zu einer weiteren Zerstückelung der Versorgung psychisch Kranker bei. Die Schnittstellenverluste durch die Fragmentierung führen mitunter zu fehlenden ganzheitlichen Behandlungskonzepten und aufeinander abgestimmter psychiatrischer Hilfsangebote.

Die Klientel sind von dieser Fragmentierung teilweise überfordert. Insbesondere für schwer psychisch Kranke kann die Ausgestaltung des Systems eine Barriere darstellen, sodass sie Versorgungsleistungen nicht in Anspruch nehmen. Flächendeckende gemeindepsychiatrische Versorgungskonzepte, die an einer Netzwerkbildung ansetzen, sind noch selten. Sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen beruhen meistens nur auf zeitlich begrenzten Modellprojekten. Zur Geschäftsstrategie der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie gehört jedoch zunehmend, die Vernetzung und Kooperation mit anderen Leistungsträgern auszubauen.

Eine Unterversorgung in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie kann nicht ausgeschlossen werden.

Auffällig ist ferner, dass insgesamt nicht genug Angebote in den Leistungsbereichen der ambulanten Psychiatrie existieren und der Grundsatz „ambulant vor stationär“ in der psychiatrischen Versorgung nicht durchgängig eingehalten wird. Stationäre Behandlungsfälle nehmen zu, obwohl davon auszugehen ist, dass stationäre Fälle vermeidbar wären, wenn mehr ambulante Angebote verfügbar wären.

Vor allem spielt die Finanzierung und die Bewilligungspraxis der Kostenträger eine prägende Rolle für die Existenz und das Angebot der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie. So wurde z. B. in der Studie aufgezeigt, dass die psychiatrische häusliche Krankenpflege in vielen Regionen Deutschlands nicht flächendeckend angeboten wird, da die Krankenkassen diese nicht bewilligen, obwohl die Leistung eigentlich zur Regelversorgung gehören soll.

Teilweise wird sich erhofft, dass die ambulante Versorgung durch Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung verbessert wird. Ein Teil der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie sieht in der Ausweitung der ambulanten Betätigung durch Krankenhausunternehmen jedoch eine Inwettbewerbstellung von Leistungen mit den Angeboten der Einrichtungen.

Generell gilt außerdem, dass psychisch Kranke einen individuellen und unterschiedlichen Versorgungs- und Behandlungsbedarf haben, dem man nicht überall gerecht werden kann. Bestimmte Gruppen der Bevölkerung gelten als besonders vulnerabel dem Risiko einer Unterversorgung ausgesetzt zu sein, hierzu gehören z. B. auch Menschen mit Migrationshintergrund.

Finanzmittelknappheit und Kostendruck prägen die Arbeit der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie.

Die Leistungen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung entfallen sowohl auf Leistungen nach dem Sozialversicherungsprinzip als auch auf Leistungen auf Grundlage der Daseinsvorsorge. Im Rahmen der Daseinsvorsorge unterhalten Kommunen eigene Leistungsträger und finanzieren auch Leistungen anderer Träger, die entsprechend im hohen Maße von öffentlichen Zuwendungen abhängig sind. Es handelt sich bei der Daseinsvorsorge um ein freiwilliges Angebot der Kommunen, dass z. B. auch von der Haushaltslage der jeweiligen Kommune abhängt. Die Erbringung freiwilliger kommunaler Leistungen gilt deshalb häufig als unterfinanziert und eine fortlaufende Finanzierung als ungewiss.

Darüber hinaus existiert teilweise ein von der öffentlichen Hand initiiertter Wettbewerb zwischen den Anbietern um eine kostengünstige Leistungserbringung. Des Weiteren gehen auch die Sozialversicherungsträ-

ger mitunter restriktiv bei der Bezahlung von Leistungen für psychisch Kranke vor. Dabei entscheiden Sozialversicherungsträger nicht nur über die Leistungsgewährung, sondern setzen z. B. auch Mindeststandards hinsichtlich des Leistungsangebot und Qualitätsvorgaben fest. Finanzmittelknappheit und Kostendruck sind unter den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie weitverbreitet.

Die Beschäftigungsstrukturen in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie sind weitgehend homogen. Verschiedene Berufsgruppen spielen in den Einrichtungen eine Rolle.

Die Beschäftigungsstrukturen in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie sind insgesamt von einem hohen Frauen- und Teilzeitanteil geprägt. Die Mitarbeiter*innen können weitgehend auf die Ausgestaltung der Arbeitszeit Einfluss nehmen und die Möglichkeit, Beruf und Privatleben zu vereinbaren, gilt als gut. Angestelltenverhältnisse überwiegen bei den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie deutlich.

Viele Einrichtungen sind von dem demografischen Wandel negativ betroffen und eine Überalterung droht. Die größte Berufsgruppe in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie ist die der Sozialarbeitenden. Weitere wichtige Berufsgruppen sind Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie und ärztliche Psychotherapeut*innen, psychologische Psychotherapeut*innen, psychiatrische Krankenpflegekräfte und sonstige Therapeut*innen.

Als relativ neue Beschäftigtengruppe kommen „Peerberater*innen“ hinzu. Die Psychiatrieerfahrenen werden (nach einer spezifischen Weiterbildung) in der Beratung und Betreuung von psychisch Kranken eingesetzt. Obwohl die Beteiligung von Peerberater*innen Erfolge aufzeigt, scheitert die Beschäftigung von Peerberater*innen häufig an der fehlenden Finanzierungsmöglichkeit solcher Stellen. Darüber hinaus ist die Entlohnung der Peerberater*innen meist gering. Insgesamt liegen kaum statistische Daten zur Beschäftigung in der ambulanten Psychiatrie vor.

Die Beschäftigten in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie brauchen häufig Zusatzqualifikationen, die allerdings weder finanziert werden noch sich in Gehaltssteigerungen niederschlagen.

Die Beschäftigten brauchen für ihre Tätigkeiten in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie oft umfassende Zusatzausbildungen, die auch von den Kostenträgern oder gesetzlichen Regelungen eingefordert werden. Spezifische Kenntnisse für die Arbeit in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie werden während der Ausbildung oder dem Studium häufig nicht vermittelt. Hinzu kommen regelmäßige Fort- und Weiterbildung, ins-

besondere auch, da die Rahmensetzungen der Arbeit komplex und Veränderungen unterworfen sind.

Die Studie zeigt auf, dass die Finanzierung der beruflichen Bildung häufig nicht zufriedenstellend ist. Die Kostenträger bezahlen z. B. die eingeforderten Schulungen nicht, Arbeitgeber beteiligen teilweise Arbeitnehmer*innen an den Kosten. Hinzu kommt, dass sich die Teilnahme an Fort- und Weiterbildung finanziell für die Beschäftigten häufig nicht lohnt. Zum Beispiel hat der Abschluss einer Fort- oder Weiterbildung keine Auswirkungen auf die tarifliche Einstufung der Beschäftigten. Eine weitere Herausforderung besteht in den fehlenden beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten in vielen Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie.

Die Anforderungen an die Beschäftigten sind hoch. Arbeitsmenge und Arbeitsbelastungen nehmen zu.

Die Arbeit in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie findet in einem schwierigen und komplexen Rahmen statt. Die emotionalen und mentalen Arbeitsanforderungen sind hoch. Die Beschäftigten müssen zwischen Leistungsempfängern, Kostenträgern und Leistungserbringern vermitteln. Neue medizinische und andere wissenschaftliche Erkenntnisse nehmen auf die Arbeit der Beschäftigten fortwährend Einfluss.

Ferner spielt der komplexe gesetzliche Rahmen mit seiner Vielzahl von Bundes- und Landesgesetzen und den zahlreichen Neuregelungen eine Rolle. Weitere Herausforderungen stellen darüber hinaus auch die mangelnde Leistungsgewährung aufseiten der Kostenträger und die knappe Bemessung der Finanzmittel sowie der Kostendruck dar. Zusätzlich hat die Covid-19-Pandemie zu Mehrarbeit, erhöhten Krankenständen, Unsicherheiten und gestiegenen Spannungspotenzialen sowohl zwischen den Beschäftigten als auch zwischen Beschäftigten und Arbeitgeber*innen geführt.

Psychische Belastungen und physische Gefährdungen haben durch eine zunehmende Gewaltbereitschaft der Klient*innen ebenfalls an Bedeutung gewonnen. Die Mehrzahl der im Rahmen der vorliegenden Untersuchung Befragten geht davon aus, dass die Arbeitsbelastung in den letzten fünf Jahren angestiegen ist. Des Weiteren nimmt die Anzahl der Klient*innen, die zu betreuen oder zu behandeln sind, zu, ohne dass die Personalausstattung entsprechend angepasst wurde.

Außerdem wird die Komorbidität, d. h. das gleichzeitige Vorliegen mehrerer (chronischer) Krankheiten, bei psychischen Störungen immer häufiger und führt zu schwereren Erkrankungen bei den Klient*innen. Mit zunehmendem Schweregrad steigt auch der Betreuungsbedarf der Klient*innen und führt zu einer erkennbaren Arbeitsverdichtung.

Eine unangemessene Personalbemessung und der Fachkräftemangel zeichnen die Arbeit in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie aus.

Die Personalbemessung wird in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie selten als angemessen eingeschätzt. Verbindliche Vorgaben für die Personalbemessung fehlen weitgehend. Es tritt eine Diskrepanz zwischen den zu bewältigenden Aufgaben und dem zur Verfügung stehenden Personal auf, sodass die Menge der Arbeit für die einzelnen Mitarbeiter*innen zunimmt. Die Auswirkungen der Arbeitsverdichtung und Arbeitsintensivierung äußern sich auch in einem teilweise hohen Krankenstand sowie Überlastungsanzeigen in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie.

Die nicht angemessene Personalbemessung ist vor allem auf Kosteneinsparungen und Effizienzsteigerungen hinsichtlich der Mitarbeiterleistungen zurückzuführen. Darüber hinaus ist der Personalmangel ein weiteres Problem. Die Branche ist von einem massiven Fachkräftemangel betroffen, der verschiedene Berufsgruppen trifft – insbesondere jedoch die Berufsgruppe der Ärzt*innen und Sozialarbeitenden.

Zur Linderung des Fachkräftemangels zeigen sich zum Teil auch Ansätze von De-Qualifizierung (Einstellung von Bachelorabsolvent*innen statt Master- [oder Diplom-]Absolvent*innen, Beschäftigung von Praktikant*innen). Ansonsten versuchen die Einrichtungen durch eine Vielzahl von verschiedenen Rekrutierungsmaßnahmen Personal zu gewinnen.

In den Einrichtungen existieren wenig betriebliche Interessenvertretungen. Trotz Hindernissen können dort, wo Arbeitnehmervertretungen existieren, Erfolge verzeichnet werden.

Die eher kleinteiligen betrieblichen Strukturen in der Branche führen dazu, dass Arbeitnehmervertretungen in den Einrichtungen häufig fehlen. Dort, wo betriebliche Interessenvertretungen vorhanden sind, grenzt der Kostendruck den Handlungsspielraum der Arbeitnehmervertretungen für die Ausgestaltung der Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen ein. Unzureichende oder nicht pünktliche Informationen oder gar Behinderungen durch die Geschäftsführung erschweren die Arbeit der Arbeitnehmervertretungen zusätzlich.

Trotzdem zeigt die Studie auf, dass Arbeitnehmervertretungen erfolgreich Themen platzieren können und Betriebs- oder Dienstvereinbarungen zu zahlreichen arbeitnehmerrelevanten Themen abgeschlossen wurden.

Pluralistische Strukturen erschweren die gewerkschaftliche Handlungsfähigkeit.

Die Branche weist sehr heterogene Strukturen auf: Trägerkreise, Kostenträger, Leistungsangebot und gesetzliche Finanzierungsgrundlagen unterscheiden sich zwischen den verschiedenen Einrichtungen und erschweren die gewerkschaftliche Handlungsfähigkeit.

Neben den Gewerkschaften und Arbeitgebervereinigungen existiert eine Vielzahl weiterer Interessengruppen, die auf die Branche einwirken. Hierzu gehören Verbände und Vereine, die sich bestimmten fachlichen Konzepten, Leistungen oder Berufsgruppen verschrieben haben, und sich im Rahmen ihrer Tätigkeiten auch arbeitnehmerrelevante Fragen, wie Aus-, Fort- und Weiterbildungen, Qualitätsstandards bei der Arbeit und einer leistungsgerechten Vergütung, widmen.

Die tariflichen Grundlagen in der Branche sind verschieden und führen zu Ungleichbehandlungen und Gehaltsunterschieden.

In Einrichtungen in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft kommen die Tarifverträge des öffentlichen Dienstes zum Einsatz, bei freigemeinnützigen Trägern basiert die Entlohnung auf verschiedenen Regelungen, wie Arbeitsvertragsrichtlinien oder Haustarifverträgen. Auch bei Einrichtungen in privater Trägerschaft ist die tarifliche Basis uneinheitlich. Zum Teil sind die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie tariflos. In Bezug auf die Pflegefachkräfte existieren außerdem gesetzliche Vorgaben zu Mindesthöhen von Entgelten.

Da die kollektiven Grundlagen in der Branche voneinander abweichen und teilweise auch zwischen den Berufsgruppen variieren, existieren Unterschiede, die zu Ungleichbehandlungen zwischen den Beschäftigten führen. Mehr als die Hälfte der im Rahmen der Studie befragten Beschäftigten ist mit ihrer Entlohnung unzufrieden.

Anzumerken ist außerdem, dass in Einrichtungen, wo die Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen an Tarifverträgen angelehnt ist, sich die Anlehnung nur auf das Entgelt bezieht. Regelungen zu weiteren Arbeitsbedingungen (z. B. Arbeitszeiten, betriebliche Altersvorsorge, Urlaubsansprüche) werden nicht übernommen.

Ein Problem hinsichtlich tariflicher Bezahlung und insbesondere Tarifsteigerungen liegt darin, dass bei Zuwendungen durch die öffentliche Hand, die tariflichen Entwicklungen kaum Berücksichtigung finden. Zum Teil wird auf Tarifsteigerungen deshalb mit einer Absenkung der Arbeitszeit reagiert. Die Tarifverträge sehen außerdem kaum Auswirkungen von Fort- oder Weiterbildungen auf die Entlohnung vor; stattdessen orientiert sich die Einstufung an der Grundqualifikation.

Die Digitalisierung hält Einzug in die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie. Allerdings existieren auch eine Reihe von Hemmnissen hinsichtlich der Umsetzung von Digitalisierungsbemühungen.

In Bezug auf die Digitalisierungstendenzen in der Branche zeigt die Studie auf, dass der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie Einzug hält und Folgewirkungen für die Beschäftigten festgemacht werden können. Digitalisierungsprozesse in den Einrichtungen betreffen bisher vor allem die Bereiche Verwaltung und Organisation, Kommunikation mit den Kostenträgern und Kooperationspartnern sowie Assistenzsysteme und Fort- und/oder Weiterbildung für Beschäftigte.

Weitere Ansätze zur Digitalisierung werden an der Schnittstelle zur Klientin* zum Klienten gesehen. Insbesondere im Zuge der Covid-19-Pandemie haben Einrichtungen Erfahrungen mit digitaler Kommunikation und digitaler Beratungs-, Betreuungs- und Therapieangeboten gesammelt. Allerdings wurden digitale Angebote mit Abklingen der Pandemie wieder zurückgezogen. Insgesamt zeigt sich, dass digitale Angebote für Klient*innen bisher nur punktuell vorgehalten werden.

Das bisher fehlende Engagement in diesen Bereichen ist vor allem durch die Eigenschaften der Klient*innen zu erklären. Es wird davon ausgegangen, dass große Teile der Klientel krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, digitale Angebote zu nutzen oder nicht über die notwendigen technischen Ausstattungen oder digitalen Kompetenzen verfügen. Außerdem wird darauf verwiesen, dass aufgrund der hohen Bedeutung der sozialen Interaktion bei der Arbeit der Einrichtungen eher geringe Digitalisierungspotenziale an der Schnittstelle zu den Klient*innen existieren.

Da der individuelle Versorgungs- und Behandlungsbedarf allerdings unterschiedlich ist, wird gleichzeitig anerkannt, dass für ausgewählte Zielgruppen, ein digitalisiertes Angebot mitunter besser geeignet ist als herkömmliche Methoden der Beratung, Betreuung und Behandlung. Digitalisierung kann regionale Diskrepanzen und die Unterversorgung von spezifischen Gruppen auflösen. Deshalb wird das Ziel einer verbesserten Versorgung der Klient*innen auch als ein grundsätzlicher Treiber der Digitalisierungsbemühungen von den Einrichtungen begriffen.

Als Hemmnisse der Umsetzung von Digitalisierungsbemühungen wurden neben den Eigenschaften der Klientel technische, aber vor allem finanzielle Herausforderungen identifiziert. In diesem Zusammenhang wird häufig auf die hohen Kosten für die digitale Ausstattung und fehlende Finanzierung und Förderprogramme verwiesen. Hinzu kommen hohe datenschutzrechtlichen und datensicherheitstechnische Anforderungen.

Die Auswirkungen der Digitalisierung auf Arbeit und Beschäftigung unterscheiden sich zwischen den Einrichtungen, bisher führt die Digitalisierung jedoch nicht zu einer grundlegenden Verbesserung der Arbeitsbedingungen.

Die Digitalisierungsbemühungen wirken unmittelbar auf die Beschäftigten. Sie haben in Teilen zu Arbeitserleichterungen und zum Wegfall belastender Tätigkeiten geführt. Dennoch zeigt die Untersuchung auf, dass die Beschäftigten insgesamt der Digitalisierung wenig positive Auswirkungen zuschreiben. So wird angemerkt, dass durch die Digitalisierung die Arbeit zunehmend komplexer wird und sich das Arbeitsvolumen erhöht.

Insbesondere ergibt sich aus der Digitalisierung auch ein steigender Qualifizierungsbedarf für Beschäftigte, der nur selten durch Schulungen abgedeckt wird. Ein Ausweg aus dem Fachkräftemangel wird die Digitalisierung von Arbeitsprozessen nach allgemeiner Einschätzung auch nicht sein. Substitutionseffekte durch den Einsatz von Technik sind in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie kurzfristig nicht zu erwarten.

9. Ausblick: Arbeit und Beschäftigung in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie gestalten

Die Ergebnisse der Studie weisen auf die wichtigen Funktionen von Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie für die Versorgung von psychisch Kranken hin, zeigen aber auch zahlreiche Herausforderungen für die Arbeit der Beschäftigten auf. Die Ergebnisse der Untersuchung legen nahe, dass die Bedeutung der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie in Zukunft zunehmen wird.

Das Prinzip „ambulant vor stationär“ gilt weiterhin als Prämisse in der medizinischen Versorgung und der Leistungsbedarf für psychisch Kranke steigt insgesamt in Deutschland an. Außerdem existieren verschiedene – auch gesetzlich verankerte – Ansätze, die Selbstbestimmung von Erkrankten zu fördern. Die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie bieten zahlreiche Unterstützungsangebote hierzu an, sodass auch vor diesem Hintergrund von einer zunehmenden Nachfrage ausgegangen werden kann.

Gleichzeitig müssen eine Reihe von Anpassungen vorgenommen werden, damit die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie erfolgreich arbeiten können. Um ihre Rolle in der psychiatrischen Versorgung effektiv wahrnehmen zu können, müssen Leistungsangebote von Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie überall in Deutschland existieren und einer gewissen Mindestausstattung entsprechen, sodass die regionalen Abweichungen in der Versorgungslage, die bisher bestehen, vermindert werden. Ein Ansatzpunkt hierfür wären bundesweite Mindestanforderungen an ein grundlegendes Angebot der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie.

Gruppen der Bevölkerung, die besonders dem Risiko einer Unterversorgung ausgesetzt sind, sollten in den Fokus politischer und gesetzlicher Schwerpunktsetzungen rücken. Eine Verbesserung der Versorgung kann außerdem durch die Beseitigung der Fragmentierung und die Überwindung von Schnittstellenverlusten erreicht werden. Es sind überwiegend externe Faktoren, wie rechtlichen Rahmenbedingungen, gesundheitspolitische Entscheidungen und Finanzierungsstrukturen, die zur Fragmentierung in der Branche beitragen.

Schritte zur Auflösung der gesetzlichen Säulenstruktur könnten hier zu Veränderungen führen. Ebenfalls könnten die Schnittstellenverluste durch bessere Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen den Akteuren abgemildert werden. Hier kann den Gemeindepsychiatrischen Verbänden eine besondere Aufgabe zukommen. Dafür müsste der Bestand an Ge-

meindepsychiatrischen Verbänden allerdings ausgebaut werden – häufig sind sie noch nicht überall in Deutschland vorhanden.

Eine besondere Bedeutung, um angemessen auf die Herausforderungen zu reagieren und die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie zukunftsfest auszugestalten, hat eine ausreichende Finanzierung. Die Bewilligungspraxis der Kostenträger spielt eine prägende Rolle für die Existenz und das Angebot in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie.

Häufig gilt die Finanzierung der Leistungen der Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie, insbesondere im Rahmen der Daseinsvorsorge, als unterfinanziert. Finanzmittelknappheit und Kostendruck behindern die Arbeit der Einrichtungen und haben auch unmittelbare Auswirkungen auf die in den Einrichtungen beschäftigten Personen. Folglich sollten die Finanzierung der Leistungen für psychisch Kranke neu geregelt und der Finanzierungsbedarf insgesamt überprüft werden. Einheitliche Vergütungssätze sowie die Beseitigung von struktureller Unterfinanzierung im Vergütungssystem könnten hier erste Ansatzpunkte bieten.

Die Arbeit in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie findet in einem schwierigen Kontext statt und die Anforderungen an die Beschäftigten sind hoch. Die emotionalen und mentalen Arbeitsbelastungen nehmen zu. Auch die Arbeitsmenge steigt an. Die Gründe für diese Entwicklungen sind vielfältig und dementsprechend vielfältig sind die Ansatzpunkte für Verbesserungen. Von besonderer Bedeutung ist jedoch die zunehmende Anzahl der Klienten, für die eine Beschäftigte*ein Beschäftigter zuständig ist, und der steigende Schweregrad der Erkrankungen der Klient*innen.

Beide Faktoren führen zu einem ansteigenden Betreuungsbedarf, dem allerdings kein Personalzuwachs gegenübersteht. Die erkennbare Arbeitsverdichtung und Arbeitsintensivierung stehen in einem engen Zusammenhang mit Kosteneinsparungen und Effizienzsteigerungen hinsichtlich der Mitarbeiterleistungen. Wichtige Ansatzpunkte wären hier – neben einer verbesserten Finanzierung – verbindliche Vorgaben für die Personalbemessung in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie festzulegen.

Gleichzeitig muss auch dem Fachkräftemangel in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie begegnet werden. Ein zunehmender Fachkräftemangel ist in fast allen untersuchten Berufsgruppen feststellbar. Um neues Personal zu gewinnen, müssen u. a. auch die Arbeitsbedingungen verbessert werden. Des Weiteren kann in den fehlenden Entwicklungsmöglichkeiten in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie ein Ansatzpunkt für Verbesserungen liegen. Geforderte Zusatzqualifikationen sollten nicht von den Beschäftigten finanziert werden müssen und sollten sich außerdem in entsprechenden Gehaltssteigerungen niederschlagen.

In der Befragung im Rahmen der vorliegenden Studie sehen Arbeitnehmervorteilnehmer*innen den größten Handlungsbedarf für die Zukunft in einer besseren Finanzierung der Leistungen, einer höheren Personalausstattung, der Beseitigung des Personalmangels und der Reduzierung der Arbeitsbelastung und -überlastung. Eine gerechtere Entlohnung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen bzw. die tarifliche Abdeckung und Aufwertung von Sozialarbeitenden werden ebenfalls als Ansatzpunkte genannt.

Die Digitalisierungsbemühungen in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie werden in den nächsten Jahren weitergehen. Für eine positive Gestaltung dieser Prozesse ist es notwendig, die Mitarbeiter*innen bei den Digitalisierungsvorhaben einzubinden und ihre Interessen und Anforderungen bei der Ausgestaltung der Digitalisierung zu berücksichtigen, sodass die hier liegenden Chancen für Arbeitserleichterungen besser genutzt werden können.

Die Stärkung der Interessendurchsetzung in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie ist ein schwieriges Unterfangen. Die kleinteilige Struktur der Einrichtungen erschwert die Organisation von Beschäftigten. Die Arbeitnehmervertretungen auf betrieblicher und gewerkschaftlicher Ebene in der Branche stehen vor dem Problem, dass sehr unterschiedliche und ausdifferenzierte Akteure Einfluss auf die Einrichtungen ausüben und Finanzmittelknappheit den Handlungsspielraum einschränkt.

Neben der Interessenvertretungsarbeit auf der betrieblichen Ebene und der Tarifarbeit kommt damit auch der Lobbyarbeit auf Branchenebene und der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren eine entscheidende Bedeutung zu. Um Entscheidungsprozesse und relevante Regulierungen zu beeinflussen, sind politischer Druck und öffentliche Diskussionen über die Bedeutung einer guten Versorgung durch Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie notwendig.

Literatur

- ADV (2021): Gemeinsame Stellungnahme der Beschäftigtenvertretungen und Geschäftsführungen der Drogen- und Suchthilfe in Berlin zur Anpassung der Gehälter an das Lohnniveau des Öffentlichen Dienstes Berlin, https://adv-berlin.org/zik-wAssets/docs/Gemeinsame-Stellungnahme_20210303.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Albers, Matthias (2011): ÖGDG und PsychKG als Arbeitsgrundlage der Sozialpsychiatrischen Dienste in Deutschland, www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0031-1291257?lang=de (Abruf am 10.5.2023).
- Albers, Matthias / Elgeti, Hermann (2018a): Fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste. Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland.
- Albers, Matthias / Elgeti, Hermann (2018b): Fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste. In: Sozialpsychiatrische Informationen 48, 1/2018.
- Albers, Matthias / Obert, Klaus (2016): In der Klemme: Der Sozialpsychiatrische Dienst zwischen Anspruch und Wirklichkeit – Was können wir tun? In: Elgeti, Hermann / Albers, Matthias / Ziegenbein, Marc (Hrsg.): Armut behindert Teilhabe – Herausforderungen für die Sozialpsychiatrie. Hart am Wind – Band 2, https://mhh-publikationen.server.gbv.de/servlets/MCRFileNodeServlet/mhh_derivate_00000767/D5%202016-2%20Buch%20Hart%20am%20Wind%20%20Inhalt%20final_a.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Albers, Matthias / Erven, Sabine / Bispinck, Ralf (2022): Sozialpsychiatrische Dienste in der Corona-Pandemie? Eine bundesweite Erhebung, www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0042-1745567 (Abruf am 10.5.2023).
- Albrecht, Martin / Otten, Marcus / Sander, Monika (2022): Praxis-Barometer Digitalisierung 2021. Stand und Perspektiven der Digitalisierung in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. Kurzbericht der Ergebnisse für die Kassenärztliche Bundesvereinigung. www.kbv.de/media/sp/IGES_PraxisBaroDigit_2021_Kurzbericht.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Anderl-Doliwa, Brigitte (2017): Kompetenzprofile psychiatrisch Pflegenden in ambulanten und aufsuchenden Settings. Inauguraldissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Pflegewissenschaft (Dr. rer. cur.) an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar, https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/deliver/index/docId/1078/file/Dissertation_Anderl-Doliwa.pdf (Abruf am 10.5.2023).

- Arneemann, Linda (2017): Ambulante psychiatrische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Bachelorarbeit im Sommersemester 2017 an der Hochschule Hannover, www.bapp.info/archiv/Arneemann-APP_Menschen_Migrationshintergrund.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Atzendorf, Josefine / Rauschert, Christian / Seitz, Nicki-Nils / Lochbühler, Kirsten / Kraus, Ludwig (2019): The Use of Alcohol, Tobacco, Illegal Drugs and Medicines: An Estimate of Consumption and Substance-Related Disorders in Germany. In: Deutsches Ärzteblatt International, Nr. 116, S. 577–584, www.aerzteblatt.de/int/archive/article/209404/The-use-of-alcohol-tobacco-illegal-drugs-and-medicines-an-estimate-of-consumption-and-substance-related-disorders-in-Germany (Abruf am 10.5.2023).
- BAGFW (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege) (2019): Gesamtstatistik 2016: Einrichtungen und Dienste der Freien Wohlfahrtspflege. Berlin, www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Publikationen/Statistik/BAGFW_Gesamtstatistik_2016.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- BAPP (Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege) (2008): Was ist psychiatrische Pflege? www.bapp.info/texte/psychpfl.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- BAPP (Bundesinitiative ambulante psychiatrische Pflege) (2020): S1-Leitlinie Ambulanten Pflege unter Bedingungen der Covid-19 Pandemie. BAPP News, 28.12.2020, www.bapp.info/?p=3204 (Abruf am 10.5.2023).
- BAPP (Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege) (2022): Mitglieder und Partner, www.bapp.info/?page_id=804 (Abruf am 10.5.2023).
- Bayerischer Bezirkstag (2019): Qualitätsstandards für Krisendienste in Bayern: Beschluss des Hauptausschusses des Bayerischen Bezirkstags vom 22.5.2019. Krisendienst Psychiatrie in Oberbayern, Krisendienst Mittelfranken, Krisendienst Horizont Regensburg, Krisendienst Würzburg, Die Arche e.V. München, www.bay-bezirke.de/data/download/qualitaetsstandards-fuer-krisendienste_empfehlungen_2019.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Beta Institut (2022): Bundesteilhabegesetz, www.betanet.de/bundesteilhabegesetz.html (Abruf am 10.5.2023).
- Bischkopf, Jeannette / Deimel, Daniel / Walther, Christoph / Zimmermann, Ralf-Bruno (2017): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln: Psychiatrie Verlag.

- Blank, Florian (2011): Wohlfahrtsmärkte in Deutschland – Eine voraussetzungsvolle Form der Sozialpolitik. In: WSI Mitteilungen, H. 1/2011, S. 11–17, www.wsi.de/data/wsimit_2011_01_Blank.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- BMAS (2022): Fünfte Pflegearbeitsbedingungenverordnung, www.bmas.de/DE/Service/Gesetze-und-Gesetzesvorhaben/fuenfte-verordnung-zwingende-arbeitsbedingungen-pflegebranche.html (Abruf am 10.5.2023).
- BPtK (Bundespsychotherapeutenkammer) (o. J.): Versorgung psychisch kranker Menschen verbessern. Konzepte einer differenzierten psychotherapeutischen Versorgung. Bundespsychotherapeutenkammer, <https://docplayer.org/24167127-Versorgung-psychisch-kranker-menschen-verbessern-konzept-einer-differenzierten-psychotherapeutischen-versorgung.html> (Abruf am 10.5.2023).
- Braun, Barbara / Dauber, Hanna / Künzel, Jutta / Specht, Sara (2018): Deutsche Suchthilfestatistik 2017: Jahresauswertung, alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, alle Betreuungen mit Einmalkontakte. München: IFT Institut für Therapieforchung, <https://suchthilfestatistik-datendownload.de/Daten/download.html> (Abruf am 10.5.2023).
- Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (2021): Positionspapier: Integration Künstlerischer Therapien in das Gesundheitswesen, https://bagkt.de/wp-content/uploads/2021/09/POSITIONS_PAPIER_220921.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Bundesministerium für Gesundheit (2021): Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung, www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitsversorgungswweiterentwicklungsgesetz.html (Abruf am 10.5.2023).
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (2009): Psychisch krank. Und jetzt? Erstinformation für Familien mit psychisch kranken Menschen, www.bapk.de/fileadmin/user_files/bapk/infomaterialien/download/psychischkrank_dt_090705.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Bundesweites Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste (2019): Blick zurück und nach vorn. Zukunftswerkstatt der Steuerungsgruppe des Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland am 28.-29.6.2019 in Fulda, www.sozialpsychiatrische-dienste.de/app/download/5810293360/SpDi-Netzwerk+Stand+2019-11.pdf (Abruf am 10.5.2023).

- BVÖGD (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes) (2021): Gesundheitsämter benötigen mehr Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Pressemitteilung. Berlin, 26.10.2021, www.bvoegd.de/wp-content/uploads/2021/10/2021-10-26-FA-Psychiatrie-Psychotherapie.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- BVÖGD (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes) / DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) / LVGAFS (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen) (2019a): Immer die Nase im Wind. Nachrichten aus dem Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland. In: Sozialpsychiatrische Informationen 49, H. 4/2019, S. 58, https://psychiatrie-verlag.de/wp-content/uploads/2020/01/SI_19-4-SPDI.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- BVÖGD (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes) / DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) / LVGAFS (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen) (2019b): Konzentration auf die Kernaufgaben: vorrangig soziale Problemlagen als Herausforderung in der Fallarbeit Sozialpsychiatrischer Dienste. In: Sozialpsychiatrische Informationen 49, H. 4/2019, S. 58, <https://psychiatrie-verlag.de/wp-content/uploads/2019/06/SPDi-1-2019.pdf> (Abruf am 10.5.2023).
- Caritas Suchthilfe (2017): Qualitätsmanagement Rahmenhandbuch Suchthilfe – ambulant und stationär, www.caritas-suchthilfe.de/cms/contents/caritas-suchthilfe.d/medien/dokumente/qualitaetsmanagement1/casu_qmrhb_2.1_ambulant.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Caritas Suchthilfe (2018): Umfrage der Fachverbände Sucht: Ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker, www.caritas-suchthilfe.de/cms/contents/caritas-suchthilfe.d/medien/dokumente/positionen-und-stellumfrage-ars-2018/18-07-27auswertung_ars_umfrage.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Coenen, Michael / Haucap, Justus / Loebert, Ina (2021): Bestandsaufnahme zur wettbewerblichen Situation in der neurologischen und psychiatrischen Versorgung. Ein Gutachten im Auftrag des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN), des Berufsverbandes Deutscher Neurologen (BDN) und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP). Düsseldorf: Dice Consult, www.zns-news-neurologen-psychiater-nervenaerzte.de/wp-content/uploads/2021/09/studie-wettbewerbliche-situation-neurologische-psychiatrische-versorgung.pdf (Abruf am 10.5.2023).

- Crefeld, Wolf (2007): Psychosoziale Krisendienste in Deutschland: Die bestehende ambulante Gesundheitsversorgung ist überfordert – Es fehlt ein aufeinander abgestimmtes System integrierter psychosozialer Notfallhilfe. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Nr. 4/2007, S. 123–126, www.nomos-elibrary.de/10.5771/0340-8574-2007-4-123.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Der Paritätische Gesamtverband (o. J.): Projekt zur Digitalen Kommunikation. #GleichImNetz, www.der-paritaetische.de/themen/bereichsuebergreifende-themen/gleichimnetz/#spacer (Abruf am 10.5.2023).
- Der Paritätische (2022): Arbeitsvertragsbedingungen (AVB und AVB II), gültig ab 1.1.2023, www.der-paritaetische.de/alle-meldungen/arbeitsvertragsbedingungen-avb-und-avb-ii-gueltig-ab-01012023-stand-juli-2022/ (Abruf am 10.5.2023).
- Deutscher Bundestag (1975): Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200, <https://dserver.bundestag.de/btd/07/042/0704200.pdf> (Abruf am 10.5.2023).
- Deutscher Bundestag (1990): Unterrichtung durch die Bundesregierung. Stellungnahme der Bundesregierung zu dem Bericht „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich“ – auf der Grundlage des Modellprogramms „Psychiatrie“ der Bundesregierung. Drucksache 11/8494, <https://dserver.bundestag.de/btd/11/084/1108494.pdf> (Abruf am 10.5.2023).
- Deutscher Bundestag (2021): Unterrichtung durch die Bundesregierung. Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen 2021. Drucksache 19/27890, <https://dserver.bundestag.de/btd/19/278/1927890.pdf> (Abruf am 10.5.2023).
- DFPP (Deutsche Fachgesellschaft psychiatrische Pflege) (2022): Die DFPP, <https://dfpp.de/die-dfpp/> (Abruf am 10.5.2023).
- DFPP (Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege) / BAPP (Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege) / Dachverband Gemeindepsychiatrie (2021): Stellungnahme zu den Rahmeneempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege vom 10.12.2013 i. d. F. vom 16.7.2020, https://dfpp.de/wp-content/uploads/2021/04/210328_SN_Rahmenempfehlungen-pHKP.pdf (Abruf am 10.5.2023).

- DFPP (Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege) / DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest) (2022): Psychiatrisch Pflegende sind systemrelevant! <https://dfpp.de/wp-content/uploads/2022/02/20220204-DBfK.Nordwest-DFPP-Covid19.pdf> (Abruf am 10.5.2023).
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) (o. J.): Schutzimpfung für Risikogruppen, www.dgppn.de/schwerpunkte/Covid-19/impfung.html (Abruf am 10.5.2023).
- DG-SAS (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe) (2016): Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention, www.dg-sas.de/media/filer_public/b5/3b/b53bd4c8-ab0d-4b6f-bb30-8590e5037068/kompetenzprofil_online.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- DG-SAS (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe) (2022): Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS) setzt sich für folgende Ziele ein, www.dg-sas.de/de/ziele/ (Abruf am 10.5.2023).
- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (o. J.): Fort- und Weiterbildung, www.dhs.de/suchthilfe/fort-und-weiterbildung (Abruf am 10.5.2023).
- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (2019a): #Suchthilfe #Digital. Programm zur 58. DHS Fachkonferenz SUCHT vom 9.–11. Oktober 2019 im Kongress am Park Augsburg, www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Veranstaltungen/Programm_Fachkonferenz_2019.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (2019b): DHS Forderungen zur Suchtberatung: Erfolgreiche Suchtberatung gibt es nicht zum Nulltarif!, www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Forderungen_Suchtberatung_der_DHS.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (2019c): Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland. Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven. Update 2019, www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Versorgungssystem/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (2019d): Notruf Suchtberatung. Stabile Finanzierung jetzt!, www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/2019-04-23_Notruf_Suchtberatung.pdf (Abruf am 10.5.2023).

- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (2021): Forderungen der DHS zur Suchtpolitik in der 20. Wahlperiode des Deutschen Bundestages, [www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Forderungen der DHS zur Suchtpolitik in der 20. Wahlperiode des DB.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Forderungen_der_DHS_zur_Suchtpolitik_in_der_20._Wahlperiode_des_DB.pdf) (Abruf am 10.5.2023).
- DRV (o. J.): Vereinbarungen im Suchtbereich, <http://docplayer.org/68715422-Vereinbarungen-im-suchtbereich.html> (Abruf am 10.5.2023).
- DVGP (Dachverband Gemeindepsychiatrie) (o. J.): Hilfen der Gemeindepsychiatrie, <https://dvgp.mapcms.de/> (Abruf am 10.5.2023).
- DVGP (Dachverband Gemeindepsychiatrie) (2020): Tätigkeitsbericht 2019, [www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/DVGP Taetigkeitsbericht 2019.pdf](http://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/DVGP_Taetigkeitsbericht_2019.pdf) (Abruf am 10.5.2023).
- Effertz, Tobias / Verheyen, Frank / Linder, Roland (2016): Ökonomische und intangible Kosten des Cannabiskonsums in Deutschland. In: Sucht, H. 62, S. 31–41.
- Eichenbrenner, Ilse (2017): Das psychische Hilffssystem. In: Bischoff, Jeannette / Deimel, Daniel / Walther, Christoph / Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 116–138.
- Elgeti, Hermann (2011): Macht die Sozialpsychiatrischen Dienste stark. In: Sozialpsychiatrische Informationen, Nr. 1/2011, S. 10–14.
- Elgeti, Hermann (2018a): Sozialpsychiatrische Dienste – Rettungsanker oder Feigenblatt? Vortrag von Hermann Elgeti auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie „Sozialpsychiatrische Versorgung unter dem Gesichtspunkt gesellschaftlicher Ungleichheiten“ am 16.11.2018 in Magdeburg, <https://dokumen.tips/documents/sozialpsychiatrische-dienste-a-rettungsanker-oder-feigenblatt-am-16112018-in.html> (Abruf am 10.5.2023).
- Elgeti, Hermann (2018b): Wie verhält sich der Anspruch zur Wirklichkeit? Vorstellung der fachlichen Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste und der Umfrage-Ergebnisse zu ihrem Leistungsspektrum und Personaleinsatz. Vortrag von Hermann Elgeti auf der 5. bundesweiten Fachtagung „Segel setzen!“ am 15.3.2018 in Hannover, www.sozialpsychiatrische-dienste.de/app/download/5807607683/SpDi-Kernaufgaben+Ist+und+Soll.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Elgeti, Hermann (2020): Wohin treibt die Sozialpsychiatrie? Erfahrungsberichte und Debattenbeiträge. Hart am Wind – Band 3. Sonderband für die Teilnehmenden an der Fachtagung „Segel setzen 2020“ des Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland vom 27. bis 28. März 2020 in Hannover.

- Elgeti, Hermann / Albers, Matthias (Hrsg.) (2010): Hart am Wind – welchen Kurs nimmt die Sozialpsychiatrie? Eine Standortbestimmung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Deutschland. Sonderband für die Teilnehmer an der Fachtagung „Segel setzen!“ zur Zukunft der Sozialpsychiatrischen Dienste in Deutschland vom 8. bis 10. Juli 2010 in der Medizinischen Hochschule Hannover.
- Elgeti, Hermann / Erven, Sabine (2017): Auswertungsbericht zur bundesweiten Umfrage zur Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste. Netzwerk Sozialpsychiatrische Dienste in Deutschland, www.sozialpsychiatrische-dienste.de/app/download/5807970446/2017_11SpDi-Umfrage+Auswertungsbericht.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Errami, Sandra (2016): Aus der Macke einen Marktvorteil gemacht. In: Heuchemer, Peter / Errami, Sandra (Hrsg.): Menschen mit psychischen Erkrankungen als Mitarbeiter in Behandlungsteams. Dachverband Gemeindepsychiatrie, S. 16–19, www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/PIelaV/Broschueren/experten.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- fdr (Fachverband Drogen- und Suchthilfe) (o. J.): Organe, www.fdr-online.info/organe/ (Abruf am 10.5.2023).
- fdr (Fachverband Drogen- und Suchthilfe) (2017): Forderungen für eine wirksame Ambulante Suchthilfe, https://fdr-online.info/wp-content/uploads/2023/03/fdrthemen_Forderungen_ambulante_Suchthilfe-1.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- fdr (Fachverband Drogen- und Suchthilfe) (2020a): Auswertung der Befragung der fdr Mitgliedsorganisationen und -einrichtungen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Suchtprävention, Suchthilfe und Suchtselbsthilfe. Berlin, www.fdr-online.info/wp-content/uploads/2020/07/Anonymisierte-Auswertung-Mitgliederbefragung_Corona-2020.pdf (Abruf am 22.8.2022).
- fdr (Fachverband Drogen- und Suchthilfe) (2020b): Forderungen des fdr zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Angebote der Suchtprävention, Suchthilfe und Suchtselbsthilfe während und nach der Corona-Pandemie. Berlin, 2. Oktober 2020, www.fdr-online.info/wp-content/uploads/2020/10/201002-fdrForderungen_Corona.pdf (Abruf am 18.8.2022).
- fdr (Fachverband Drogen- und Suchthilfe) (2021a): Auswertung der Befragung der fdr Mitgliedsorganisationen und -einrichtungen zum Stand der Digitalisierung und der vorhandenen technischen Ausstattung (April/Mai 2021), www.fdr-online.info/wp-content/uploads/2021/06/210611-Anonymisierte-Auswertung-Mitgliederbefragung_Digitalisierung.pdf (Abruf am 15.9.2022).

- fdr (Fachverband Drogen- und Suchthilfe) (2021b): Neue Impulse für den digitalen Wandel im fdr, www.fdr-online.info/wp-content/uploads/2021/12/211202-fdrDigitalisierungsstrategie.pdf (Abruf am 15.9.2022).
- fdr (Fachverband Drogen- und Suchthilfe) (2022): Suchtpolitische Ziele und Maßnahmen des fdr, www.fdr-online.info/wp-content/uploads/2022/04/Webversion_fdr-Ziele-und-Massnahmen-2022.pdf (Abruf am 18.8.2022).
- Freie und Hansestadt Hamburg (2019): Versorgung psychisch kranker Menschen in Hamburg, www.hamburg.de/contentblob/12273896/a5e3345be15e1e14128b7bd602731ffa/data/psychiatriebericht.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Geissler, Dietmar (2017): EX-IN Genesungsbegleiter und Unabhängige Teilhabeberatung. In: Weiß, Peter / Fegert, Jörg M. (Hrsg.): Perspektiven für seelische Gesundheit und psychiatrische Hilfen, www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Band_44.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL), www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung/1/ambulante_leistungen/soziotherapie/ST-RL_2020-09-17_iK-2020-10-011.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2021): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie), www.g-ba.de/downloads/62-492-2778/HKP-RL_2021-11-19_iK-2022-03-26.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Gerlinger, Gabriel / Prestin, Elke / Schmid, Rudolf (2019): Es ist Zeit für einen neuen Aufbruch! Handlungsbedarfe zur Reform der psychosozialen Versorgung 44 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, WISO Diskurs 07/2019, <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/15479.pdf> (Abruf am 10.5.2023).
- Gesamtverband für Suchthilfe (2017): Positionspapier zur ambulanten Grundversorgung Sucht und deren Finanzierung vom Gesamtverband für Suchthilfe – Fachverband der Diakonie Deutschland, Berlin, www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Aktuell/2017_Positionspapier_Lage_Finanzierung_ambulante_Grundversorgung.pdf (Abruf am 10.5.2023).

- GKV-Spitzenverband (2017): Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, und dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln, sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft, 2017, Berlin, www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/2017_08_01_KH_Vereinbarung_StaeB_115_d_Abs_2_SGB_V_Unterschriftenfassung.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- GKV-Spitzenverband (2021): Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege vom 10.12.2013 i. d. F. vom 28.10.2021, www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/haeusliche_krankenpflege/20211028_HKP_Rahmenempfehlungen_132a_Abs_1_SGB_V.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- GKV-Spitzenverband / Verband der Privaten Krankenversicherung / Deutsche Krankenhausgesellschaft (2021): Gemeinsamer Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen gemäß § 115d Absatz 4 SGB V, www.dkgev.de/fileadmin/default/2021-12-23_BERICHT_UEBER_DIE_AUSWIRKUNGEN_DER_STATIONSAEQUIVALENTEN_BEHANDLUNG.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Görger, Winfried / Deimel, Daniel (2017): Qualitätsmanagement und Qualitätsentwicklung in der klinischen Sozialarbeit. In: Bischoff, Jeannette / Deimel, Daniel / Walther, Christoph / Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie: Köln: Psychiatrie Verlag, S. 423–441.
- Görres, Birgit (2019): Gemeindepsychiatrie und Social Media. Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V., Jahrestagung 2019, www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Doku_Jahrestagung_2019/1_WS5_Heuchemer.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Greve, Nils / Bomke, Paul / Kurzewitsch, Elisabeth / Becker, Thomas (2021): Versorgungsnetze für Menschen mit psychischen Störungen. In: Krankenhaus-Report 2021, S. 149–171, https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-62708-2_9 (Abruf am 10.5.2023).
- Greve, Thomas (2022): Tagungsdokumentation der Online-Fachtagung „Genesungsbegleitung in Mecklenburg-Vorpommern“ am 16. März 2022, <https://ex-in-mv.de/tagungsdokumentation-der-online-fachtagung-genesungsbegleitung-in-mecklenburg-vorpommern/> (Abruf am 10.5.2023).

- Gühne, Uta / Becker, Thomas / Salize, Hans-Joachim / Riedel-Heller, Steffi (2015): How many people in Germany are seriously mentally ill? In: Psychiatrische Praxis 2015, 42, S. 415–423.
- Hansjürgens, Rita (2016): Soziale Arbeit in der Suchthilfe – ein Feld mit vielen Möglichkeiten. In: Soziale Arbeit 9, H. 65, S. 333–336, [www.researchgate.net/publication/341254766 Soziale Arbeit in der Suchthilfe- ein Feld mit vielen Möglichkeiten](http://www.researchgate.net/publication/341254766_Soziale_Arbeit_in_der_Suchthilfe-_ein_Feld_mit_vielen_Moeglichkeiten) (Abruf am 10.5.2023).
- Hansjürgens, Rita (2018): Tätigkeiten und Potentiale der Funktion „Suchtberatung“. Expertise im Auftrag von Caritas Suchthilfe e. V. (CaSu), Freiburg und Gesamtverband für Suchthilfe e. V. (GVS – Fachverband der Diakonie Deutschland), Berlin, [www.partner-schaftlich.org/fileadmin/user_upload/Partnerschaftlich/Themen magazine/2019/Expertise und Exzerpt.pdf](http://www.partner-schaftlich.org/fileadmin/user_upload/Partnerschaftlich/Themen_magazine/2019/Expertise_und_Exzerpt.pdf) (Abruf am 23.5.2023).
- Hansjürgens, Rita / Schulte-Derne, Frank (2021): Suchtberatungsstellen heute – Gemischtwarenladen oder funktional differenzierte Hilfe aus einer Hand? In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2021, S. 241–252, [www.researchgate.net/publication/351225129 Suchtberatungsstellen heute - Gemischtwarenladen oder funktional differenzierte Hilfe aus einer Hand](http://www.researchgate.net/publication/351225129_Suchtberatungsstellen_heute_-_Gemischtwarenladen_oder_funktional_differenzierte_Hilfe_aus_einer_Hand) (Abruf am 10.5.2023).
- Heinig, Stephan (2010): Einbeziehung des Gesundheits- und Sozialwesens in die Berichterstattung der strukturellen Unternehmensstatistik. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wirtschaft und Statistik, Nr. 10/2010, S. 918–930, www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2010/10/gesundheits-sozialwesen-102010.pdf;jsessionid=FD1124EE703C685CA75A7FCC37A04A56.live711?_blob=publicationFile (Abruf am 10.5.2023).
- Hemkendreis, Bruno / Haßlinger, Volker (2014): Ambulante Psychiatrische Pflege. Edition: Better Care. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Henn, Sarah / Lochner, Barbara / Meiner-Teubner, Christiane (2017): Arbeitsbedingungen als Ausdruck gesellschaftlicher Anerkennung Sozialer Arbeit. Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft, <https://docplayer.org/57192537-Arbeitsbedingungen-als-ausdruck-gesellschaftlicher-anerkennung-sozialer-arbeit.html> (Abruf am 10.5.2023).
- Herzig, Sabine (2019): Raus aus der Defensive. In: Berliner Bildungszeitschrift 72, 6/2019, S. 7f., www.gew-berlin.de/fileadmin/media/publikationen/be/bbz/2019/bbz-06-2019.pdf (Abruf am 10.5.2023).

- Hessische Landesstelle für Suchtfragen e. V. (2021): Digitale Lotsen. Ein Qualifizierungsprogramm zur Förderung der Digitalkompetenz in der Suchthilfe. Abschlussbericht zum Bundesmodellprojekt, gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/Abschlussbericht_Digitale_Lotsen_bf.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Höke, Charlotte / Friedrich, Maria / Schneider, Franziska / Karachaliou, Krystallia / Neumeier, Esther (2021): Behandlung. Workbook Treatment. Deutschland. Bericht 2021 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2020/2021), www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2021/REITOX_Bericht_2021_DE_Workbook_Behandlung.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Hörmann, Martina / Aeberhardt, Dania / Flammer, Patricia / Tanner, Alexandra / Tschopp, Dominik / Wenzel, Joachim (2019): Face-to-Face und mehr – neue Modelle für Mediennutzung in der Beratung. Schlussbericht zum Projekt. Hochschule für Soziale Arbeit FHNW (HSA FHNW), Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW (APS FHNW), www.blended-counseling.ch/wp-content/uploads/sites/56/2020/06/2019_Face_to_Face_und_mehr_Schlussbericht_FHNW.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (2021): Report 2021. Unter erschwerten Bedingungen – Corona und die Arbeitswelt. Ergebnisse des DGB-Index Gute Arbeit 2021, <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++2f72d218-544a-11ec-8533-001a4a160123> (Abruf am 10.5.2023).
- Jacobi, Frank / Becker, Manuel / Bretschneider, Julia / Müllender, Susanne / Thom, Julia / Hapke, Ulfert / Maier, Wolfgang (2016): Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen. Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. In: Der Nervenarzt, 11/2016, www.dgppn.de/Resources/Persistent/3f1ee11a163faf0c3744838d8de36bfb3d604273/2016-09-08_Studie_regionale-unterschiede.pdf (Abruf am 10.5.2023).

- Jacobi, Frank / Höfler, Michael / Strehle, Jens / Mack, Simon / Gerschler, Anja / Scholl, L. / Busch, Markus A. / Maske, Ulrike E. / Hapke, Ulfert / Gaebel, Wolfgang / Maier, Wolfgang / Wagner, M. / Zielasek, Jürgen / Wittchen, Hans-Ulrich (2016): Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). In: Der Nervenarzt, Nr. 87, S. 88–90, <https://link.springer.com/article/10.1007/s00115-015-4458-7> (Abruf am 10.5.2023).
- Jaschke, Heinz / Oliva, Hans / Schmid, Rudolf / Schlanstedt, Günter (2012): 3. Thüringer Psychiatriebericht. Im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit des Freistaats Thüringen, www.fogs-gmbh.de/wp-content/uploads/2021/02/psychiatriebericht_th_ringen_abschlussbericht_februar-2012.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Karachaliou, Krystallia / Seitz, Nicki-Nils / Schneider, Franziska / Höke, Charlotte / Friedrich, Maria / Neumeier, Esther (2021): Drogen. Workbook Drugs. Deutschland. Bericht 2021 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2020/2021), www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2021/REITOX_Bericht_2021_DE_Workbook_Drogen.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Karsten, Alfred (2018): Ist der Begriff „Ambulante Psychiatrische Pflege“ definiert? Oder wie ließe er sich definieren? Schriftliche Ausarbeitung im Rahmen des weiterbildenden Studiengangs Häusliche Psychiatrische Pflege. Frankfurt: University of Applied Sciences, www.bapp.info/archiv/Alfred-Karsten_Facharbeit-Begriff-APP.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Karsten, Alfred (2019): Ambulante psychiatrische Pflege ist heterogen! Für die Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V. (BAPP), www.dvqp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Doku_Jahrestagung_2019/1_Konhaeuser_fuer_Karsten_Ambulante_psychiatrische_Pflege_ist_heterogen_.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Kempinski, Sonja (2020): Ambulante Behandlungseinrichtungen für psychisch Kranke. In: Gesundheit heute. Überarbeitung und Aktualisierung des Artikels von Schäffler, Arne / Finke, Gisela. Stuttgart: Trias Verlag, www.apotheken.de/medikamente/wirkstoffe/10560-ambulante-behandlungseinrichtungen-fuer-psychisch-kranke (Abruf am 10.5.2023).

- Kivelitz, Laura / Dirmaier, Jörg / Härter, Martin (2021): Entscheidungshilfe – ambulante oder stationäre Behandlungsmöglichkeiten, www.psychenet.de/de/entscheidungshilfen/ambulante-oder-stationaere-behandlungsmoeglichkeiten/das-versorgungssystem-behandlungsmoeglichkeiten/das-versorgungssystem-behandlungsmoeglichkeiten.html (Abruf am 10.5.2023).
- Konhäuser, Tim (2020): Eine lückenhafte Regelleistung? In: Häusliche Pflege, H. 9/2020, Schwerpunkt Ambulante Psychiatrische Pflege.
- Konrad, Michael / Görres, Birgit (2017): Vorwort des Dachverbands Gemeindepsychiatrie e. V. In: Wienberg, Günther / Steinhart, Ingmar (Hrsg.): Rund um ambulant: Funktionelles Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 9–13.
- Krems, Burkhardt (2017): Doppik / staatliche Doppik / Neues Rechnungswesen. Beitrag im Online-Verwaltungslexikon olev.de, Version 2.4, www.olev.de/d/doppik.htm (Abruf am 10.5.2023).
- Künzel, Jutta / Murawski, Monika / Schwarzkopf, Larissa / Specht, Sara (2021): Deutsche Suchthilfestatistik 2020: Jahresauswertung, alle Bundesländer. Tabellenband für Ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, alle Betreuungen mit Einmalkontakte. München: IFT Institut für Therapieforschung, <https://suchthilfestatistik-daten.download.de/Daten/download.html> (Abruf am 10.5.2023).
- Lingnau, Ruth / Laiberandt, Nils / Stegbauer, Constance (2021): Bericht zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Niedersachsen 2020. Landespsychiatrieberichterstattung Niedersachsen, www.ms.niedersachsen.de/download/178132/Bericht_zur_Versorgung_von_Menschen_mit_psychischen_Erkrankungen_in_Niedersachsen_2020.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen (2019): Die gemeindepsychiatrischen Förderprogramme des Landschaftsverbandes Rheinland, www.lvr.de/media/www/lvrde/klinikhph/verbundzentrale/frderundmodellprojekte/dokumente_158/spz/2021_1/Die_gemeindepsychiatrischen_Foerderprogramme_des_Landschaftsverbandes_Rheinland.pdf (Abruf am 10.5.2023).

- Mack, Simon / Jacobi, Frank / Gerschler, Anja / Strehle, Jens / Höfler, Michael / Busch, Markus A. / Maske, Ulrike E. / Hapke, Ulfert / Seiffert, Ingeburg / Gaebel, Wolfgang / Zielasek, Jürgen / Maier, Wolfgang / Wittchen, Hans-Ulrich (2014): Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). In: International Journal of Methods in Psychiatric Research, Jg. 23, H. 3, S. 289–303, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/mpr.1438> (Abruf am 10.5.2023).
- Melchinger, Heiner (2008): Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Medizinische Hochschule Hannover, www.bvdsn-sachsen.de/wp-content/uploads/2018/09/strukturfragen_melchinger_studie_04_04_08.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Meyer, Nikolaus / Alsago, Elke (2021): Soziale Arbeit am Limit? In: Sozial Extra, Nr. 3, 2021, S. 210–218.
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (2018): Landesplan der Hilfen für psychisch kranke Menschen in Baden-Württemberg (Landespsychiatrieplan), https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Landesplan_Hilfen_psychisch_kranke_Menschen_Landespsychiatrieplan_2018_bf.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Moos, Gabriele (2019): Ist der Fachkräftemangel in der Sozialen Arbeit angekommen? Daten, Fakten und Konsequenzen. Hochschule Koblenz, www.fh-muenster.de/sw/downloads/masozialmanagement/Vortrag_Moos_28.11.19.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Neckien, Dagmar (2019): Wirkungsorientierung in der Eingliederungshilfe – Auswirkungen am Beispiel des ambulant betreuten Wohnens. Hochschule Osnabrück, https://opus.hs-osnabrueck.de/frontdoor/deliver/index/docId/2317/file/Wirksamkeitsorientierung_SGB_IX_Bachelorarbeit.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Neumeier, Esther / Schneider, Franziska / Karachaliou, Krystallia / Höke, Charlotte / Friedrich, Maria (2022): Drogenpolitik: Workbook Drug Policy. Deutschland. Bericht 2021 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2020/2021), www.dbdd.de/fileadmin/user_upload/dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2021/REITOX_Bericht_2021_DE_Workbook_Drogenpolitik.pdf (Abruf am 10.5.2023).

- Neusser, Silke / Trautner, Annika / Pomorin, Natalie / Wasem, Jürgen / Neumann, Anja (2020): Krankheitskosten der Opioid-Abhängigkeit in Deutschland. In: Suchtmedizin, H. 22, S. 205–216.
- NI-VORIS (Niedersächsisches Vorschrifteninformationssystem) (2017): § 8 Sozialpsychiatrischer Verbund: Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG). Vom 16. Juni 1997, <https://voris.wolterskluwer-online.de/browse/document/3eb51697-b4a7-3bd8-997a-8cdc4e857f77> (Abruf am 10.5.2023).
- Nothdurfter, Urban / Nagy, Andrea / Frei, Sabrina (2021): Gute Soziale Arbeit als politische Soziale Arbeit? Verständnis und Erwartungen an eine politische Rolle Sozialer Arbeit im Kontext partizipativer Qualitätsentwicklung. In: Dischler, Andrea / Kulke, Dieter (Hrsg.): Politische Praxis und Soziale Arbeit: Theorie, Empirie und Praxis politischer Sozialer Arbeit, S. 227–241.
- Obert, Klaus (2001): Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze sozial-psychiatrischen Handelns. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Orlanski, Olga (2015): Arbeitsmarkt der sozialen Berufe aus der Perspektive der Caritas. Erstellt im Auftrag des Deutschen Caritasverbandes e. V. für die Arbeitsstelle Personalpolitik und berufliche Bildung, www.caritas.de/cms/contents/caritas-regensburg.d/medien/dokumente/der-arbeitsmarkt-fue/nc-spezial-02-2015.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Regus, Michael / Gries, Karsten (2005): Psychiatrische Krisenhilfe und Unterbringungspraxis: Arbeitshilfe für die Kommunale Gesundheitsberichterstattung mit umfangreichem Materialteil. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW; <https://docplayer.org/26176359-Psychkg-psychiatrische-krisenhilfe-und-unterbringungspraxis.html> (Abruf am 10.5.2023).
- Rieger, Günter (2021): Sozialarbeitspolitik – revisited. In: Dischler, Andrea / Kulke, Dieter (Hrsg.): Politische Praxis und Soziale Arbeit – Theorie, Empirie und Praxis politischer Sozialer Arbeit. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich, S. 49–68.
- Rommel, Alexander / Bretschneider, Julia / Kroll, Lars Eric / Prütz, Franziska / Thom, Julia (2017): Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. In: Journal of Health Monitoring 2, H. 4, www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsbericht/erstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JoHM_04_2017_Psychiatrische_Psychotherapeutische_Leistungen.pdf?blob=publicationFile (Abruf am 10.5.2023).

- Röseler, Kirsten (2021): Politischer Bildung in der Sozialen Arbeit ein Gesicht geben: Der Junge DBSH Bayern als ein mögliches Good-Practice-Beispiel. In: Dischler, Andrea / Kulke, Dieter (Hrsg.): Politische Praxis und Soziale Arbeit – Theorie, Empirie und Praxis politischer Sozialer Arbeit. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich, S. 259–278.
- Ruf, Daniela (2016): Digitale Welt. Deutscher Caritasverband, CaSu-Mitgliederversammlung am 29.11.2016 in Erfurt, <https://docplayer.org/64112037-Digitale-welt-dr-daniela-ruf-deutscher-caritasverband-casu-mitgliederversammlung-29-november-2016-erfurt.html> (Abruf am 10.5.2023).
- Schäffler, Arne (2014): Die medizinischen Fachgebiete und Berufe im Bereich seelischer Erkrankungen. In: Gesundheit heute. Stuttgart: Trias Verlag, www.apotheken.de/medikamente/wirkstoffe/4653-die-medizinischen-fachgebiete-und-berufe-im-bereich-seelischer-erkrankungen (Abruf am 10.5.2023).
- Schäffler, Arne / Finke, Gisela (2014): Ambulante Behandlungseinrichtungen für psychisch Kranke. In: Gesundheit heute. Stuttgart: Trias Verlag, www.apotheken.de/krankheiten/hintergrundwissen/10560-ambulante-behandlungseinrichtungen-fuer-psychisch-krank (Abruf am 10.5.2023).
- Schneider, Frank / Erhart, Michael / Hewer, Walter / Loeffler, Leonie Ak / Jacobi, Frank (2019): Mortality and medical comorbidity in the severely mentally ill. A German registry study. In: Deutsches Ärzteblatt International, Nr. 116, S. 405–411, www.aerzteblatt.de/int/archive/article/208123 (Abruf am 10.5.2023).
- Schöneberg, Katharina / Vitols, Katrin (2023): Branchenanalyse Medizinische Versorgungszentren: Strukturen, wirtschaftliche Trends, Arbeit und Beschäftigung in der ambulanten medizinischen Versorgung. Working Paper Forschungsförderung 288. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/fpdf/HBS-008615/p_fofoe_WP_288_2023.pdf (Abruf am 24.5.2023).
- Schu, Martina / Oliva, Hans / Martin, Miriam / Hartmann, Rüdiger / Schlanstedt, Günter / Schmid, Rudolf (2017): Angebotssituation und Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen / Erkrankungen in spezifischen psychiatrischen Handlungsfeldern, www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/abschlussbericht-versorgung_psych_stoerungen_studie_lzq-nrw.pdf (Abruf am 10.5.2023).

- Schulz, Holger / Barghaan, Dina / Harfst Timo / Koch, Uwe (2008): Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, H. 41. Berlin: Robert Koch-Institut, www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Psychotherapeutische_Versorgung.pdf?__blob=publicationFile (Abruf am 10.5.2023).
- Schwarzkopf, Larissa / Künzel, Jutta / Murawski, Monika / Specht, Sara (2021): Suchthilfe in Deutschland 2020: Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapiefor-schung, www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_DJ2020_Jahresbericht.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Seckinger, Mike / Neumann, Olaf (2016): Sozial- und Gemeindepsychia-trie als sozialraumbezogenes Handlungsfeld. In: Kessler, Fabian / Reut-linger, Christian (Hrsg.): Handbuch Sozialraum. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 519–538.
- Seitz, Nicki-Nils / Lochbühler, Kirsten / Atzendorf, Josefine / Rauschert, Christian / Pfeiffer-Gerschel, Tim / Kraus, Ludwig (2019): Trends in substance use and related disorders. Analysis of the Epidemiological Survey of Substance Abuse 1995 to 2018. In: Deutsches Ärzteblatt International, H. 116, S. 585–591.
- Sielaff, Gyöngyvér / Ott, Reiner / Bock, Thomas (2017): Genesungs-begleiter und ihre Wirkung in der ambulanten Psychiatrie. In: Stein-hart, Ingmar / Wienberg, Günther (Hrsg.): Rund um ambulant: Funk-tionelles Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Sipp, Werner / Neumeier, Esther / Karachaliou, Krystallia / Höke, Char-lotte / Friedrich, Maria / Schneider, Franziska (2022): Rechtliche Rahmenbedingungen. Workbook Legal Framework. Deutschland. Bericht 2021 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2020/2021), www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publicationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2021/REITOX_Bericht_2021_DE_Workbook_Rechtliche_Rahmenbedingungen.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Sozialministerium Baden-Württemberg (2017): VI.1. Tabellenanhang zum Bericht „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheits-behörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2017, https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Medizinische_Versorgung/Anhang_1_zum_Bericht_Grunddaten_der_psychiatrischen_Versorgungsstrukturen.pdf (Abruf am 10.5.2023).

- Statista (2023): Anteil von Frauen und Männern in verschiedenen Berufsgruppen in Deutschland am 30. Juni 2022 (sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte), <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/167555/umfrage/frauenanteil-in-verschiedenen-berufsgruppen-in-deutschland/> (Abruf am 10.5.2023).
- Statistisches Bundesamt (2019): Statistisches Jahrbuch 2019, www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Jahrbuch/jb-gesundheit.pdf?__blob=publicationFile (Abruf am 10.5.2023).
- Steinhart, Ingmar (2017): Das Funktionale Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Fachtagung Ambulante Komplexbehandlung, 8. November 2017, Hannover, www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Veranstaltungen/Fachtagung_Home_treatment_2017/Steinhart_Hannover_2017.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Steinhart, Ingmar / Wienberg, Günther (2016): Das Funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen – Mindeststandard für Behandlung und Teilhabe. In: Psychiatrische Praxis, Nr. 43, S. 65–68.
- Steinhart, Ingmar / Wienberg, Günther (2017): Fast alles geht auch ambulant – ein Funktionales Basismodell als Standard für die gemeindepsychiatrische Versorgung. In: Steinhart, Ingmar / Wienberg, Günther (Hrsg.): Rund um ambulant: Funktionelles Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 22–44.
- Stock, Christof / Schermaier-Stöckl, Barbara / Klomann, Verena / Vit, Anika (2020): Soziale Arbeit und Recht: Fallsammlung und Arbeitshilfen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Kurzfassung, Sondergutachten, Baden-Baden, www.svr-gesundheit.de/gutachten/default-title/ (Abruf am 10.5.2023).
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung: Gutachten 2018, www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2021): Digitalisierung für Gesundheit: Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems. Gutachten 2021, www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/SVR_Gutachten_2021.pdf (Abruf am 10.5.2023).

- Tietel, Erhard (2020): Gute soziale Arbeit im Zeitalter der Digitalisierung. Vortrag auf dem Fachtag „Schöne neue Welt. Bildung und Entfremdung im Zeitalter der Digitalisierung“ des Arbeitskreis Supervision Hannover, 13. März 2020, www.arbeitskreis-supervision.de/app/download/11719380994/2020-Gute-soziale-Arbeit-im-Zeitalter-der%20Digitalisierung-Vortragsversion-mit-Literatur.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Tossmann, Peter / Leuschner, Fabian (2021): Digitale Suchtberatung. Konzeption einer trägerübergreifenden digitalen Beratungsplattform für die kommunale Suchtberatung. Berlin: delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung, https://delphi.de/wp-content/uploads/2021/01/Konzept-DigiSucht_2021_BMG.pdf (Abruf am 10.5.2023).
- Tschinke, Ingo (2013): Reglementierung der ambulanten psychiatrischen Pflege – Ist die gesundheitsökonomische Entscheidung der Kostenträger aus ethischen Gründen haltbar? – Ein Plädoyer. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie, Bielefeld, www.researchgate.net/publication/309175429_Reglementierung_der_ambulanten_psychiatrischen_Pflege_-_Ist_die_Gesundheitsokonomischen_Entscheidung_der_Kostentrager_aus_ethischen_Grunden_haltbar_-_Ein_Pladoyer (Abruf am 10.5.2023).
- Tschinke, Ingo (2022a): Ambulante psychiatrische Pflege in Deutschland. In: Tschinke, Ingo / Finklenburg, Udo / Gähler, Béatrice / Konhäuser, Tim (Hrsg.): Lehrbuch ambulante psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe, S. 21–23.
- Tschinke, Ingo (2022b): Qualitätsmanagement in einem Pflegedienst. In: Tschinke, Ingo / Finklenburg, Udo / Gähler, Béatrice / Konhäuser, Tim (Hrsg.): Lehrbuch ambulante psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe, S. 141–146.
- Tschinke, Ingo (2022c): Warum ein Lehrbuch für die ambulante psychiatrische Pflege? In: Tschinke, Ingo / Finklenburg, Udo / Gähler, Béatrice / Konhäuser, Tim (Hrsg.): Lehrbuch ambulante psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe, S. 17–20.
- Tschinke, Ingo / Finklenburg, Udo / Gähler, Béatrice / Konhäuser, Tim (2022): Die psychiatrisch-pflegerische Grundhaltung. In: Tschinke, Ingo / Finklenburg, Udo / Gähler, Béatrice / Konhäuser, Tim (Hrsg.): Lehrbuch ambulante psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe, S. 27–36.

- Utschakowski, Jörg (2016): EX-IN: Ausbildung und Einsatz von Gene-
sungsbegleiterInnen. In: Heuchemer, Peter / Errami, Sandra (Hrsg.):
Menschen mit psychischen Erkrankungen als Mitarbeiter in Behand-
lungsteams. Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V., [www.dvgp.
org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/PlelaV/Broschueren/
experten.pdf](http://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/PlelaV/Broschueren/experten.pdf) (Abruf am 10.5.2023).
- ver.di (2020): Kirchliche Mitbestimmung im Vergleich: Betriebsverfas-
sungsgesetz (BetrVG) – Mitarbeitervertretungsgesetz Evangelische
Kirche – Mitarbeitervertretungsordnung Katholische Kirche, [https://
gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/++file++5f7485119d14c9bc25
aba7f1/download/Broschuere_Mitbestimmung%20im%20Vergleich
%20BetrVG-MVG-MAVO%202020.pdf](https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/++file++5f7485119d14c9bc25aba7f1/download/Broschuere_Mitbestimmung%20im%20Vergleich%20BetrVG-MVG-MAVO%202020.pdf) (Abruf am 10.5.2023).
- ver.di (2022): Tariflohnpflicht in der Altenpflege, [https://gesundheit-
soziales-bildung.verdi.de/mein-arbeitsplatz/altenpflege/++co++
9cdb04e4-3a4d-11ed-92ce-001a4a160129](https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/mein-arbeitsplatz/altenpflege/++co++9cdb04e4-3a4d-11ed-92ce-001a4a160129) (Abruf am 10.5.2023).
- Weinmann, Stefan / Bechdorf, Andreas / Greve, Nils (2021): Home
Treatment in Deutschland: eine Einführung. In: Weinmann, Stefan /
Bechdorf, Andreas / Greve, Nils (Hrsg.): Psychiatrische Kriseninter-
vention zu Hause: das Praxisbuch zu StäB & Co. Köln: Psychiatrie
Verlag, S. 7–10.
- Weißflog, Sabine / Schoppmann, Susanne / Richter, Dirk (2016): Auf-
gaben und Tätigkeiten der Ambulanten Psychiatrischen Pflege in der
Schweiz und in Deutschland: Ergebnisse eines länderübergreifenden
Forschungsprojektes. In: Pflegewissenschaft 18, H. 3/4-2016, [www.
researchgate.net/publication/301634894_Aufgaben_und_Tatigkeiten
der_Ambulanten_Psychiatrischen_Pflege_in_der_Schweiz_und_in
Deutschland_Ergebnisse_eines_landerübergreifenden_Forschungs
projektes](http://www.researchgate.net/publication/301634894_Aufgaben_und_Tatigkeiten_der_Ambulanten_Psychiatrischen_Pflege_in_der_Schweiz_und_in_Deutschland_Ergebnisse_eines_landerübergreifenden_Forschungsprojektes) (Abruf am 10.5.2023).
- Werse, Bernd (2022): Legalisiert, aber reguliert: Die neue Cannabis-
politik. In: Blätter für deutsche und internationale Politik, Januar 2022,
[www.blaetter.de/ausgabe/2022/januar/legalisiert-abe-
neue-cannabispolitik](http://www.blaetter.de/ausgabe/2022/januar/legalisiert-aber-reguliert-die-neue-cannabispolitik) (Abruf 19.8.2022).

Anhang

A1 Interviewleitfaden

A. Einstieg und Fragen zur Person

- Funktion/Hintergrund des/der Interviewten
- Allgemeine Informationen zum Unternehmen

B. Strukturen, wirtschaftliche Trends und Finanzierung

- Welche Leistungen gibt es in der ambulanten Psychiatrie in Deutschland, ggf. in diesem Bundesland / Angebote der Verbandsmitglieder / Angebote der Einrichtung?
 - Welche Leistung/Geschäftsfelder/Angebote sollen ausgebaut werden, warum?
- Wie ist die Trägerstruktur in der ambulanten Psychiatrie in der Branche / in der Einrichtung ausgestaltet und hat sie sich den letzten Jahren verändert?
- Wie werden Leistungen in der ambulanten Psychiatrie finanziert und welche Veränderungen zeigen sich in der Finanzierung in Deutschland / hinsichtlich der Angebote der Verbandsmitglieder / in der Einrichtung?
 - Wie hat sich der Umsatz in der Branche / der Einrichtung in den letzten Jahren verändert? Welche Variablen beeinflussen den Umsatz?
 - Welche Diskussion gibt es um einen Anpassungsbedarf bei der Finanzierung von Leistungen in der ambulanten Psychiatrie, z. B. in Hinblick auf die (zukünftig) erhöhte Nachfrage?
- Wie haben sich Anzahl, Krankheitsbilder und sonstige Eigenschaften der Patientinnen und Patienten in den letzten 5–10 Jahren verändert? Welche Folgen hat die Veränderung? Für welche Patientengruppen gibt es hinsichtlich der Versorgung besondere Herausforderungen?
- Welche politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen und Zielsetzungen beeinflussen die Branche / die Arbeit des Verbands / die einzelne Einrichtung (auch Entwicklungen der letzten 5–10 Jahre)?
 - Welche aktuellen und geplanten (De-)/Regulierungsansätze / politischen Entscheidungen auf nationaler und europäischer Ebene könnten Auswirkungen auf die Branche / den Träger / die Einrichtung haben?
- Welche Auswirkungen hat die Pandemie? Welche weiteren Folgen wird die Pandemie haben?
- Welche Geschäftsstrategien sehen Sie hauptsächlich in der Branche / bei Ihren Mitgliedern / in Ihrer Einrichtung? Wie unterscheiden sich die

Geschäftsstrategien der öffentlichen, gemeinnützigen und privaten Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie?

- Welche Strategien und Maßnahmen gibt es angesichts der genannten Entwicklungen bei der Arbeitnehmervertretung?

C. Entwicklung von Arbeit und Beschäftigung

- Wie viele Personen sind in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie beschäftigt? Welche Entwicklungstrends zeigen die Beschäftigtenzahlen auf?
- Wie hoch sind die Beschäftigtenanteile in den einzelnen Berufsgruppen oder den einzelnen Aufgabenbereichen in der Branche/Einrichtung? Welche Berufsgruppen gibt es?
 - Gibt es in den verschiedenen Beschäftigungsgruppen unterschiedliche Trends?
- Welche Rolle spielen Befristung, Selbstständigkeit, Leiharbeit, geringfügige Beschäftigung, Teilzeitarbeit? Wie viele Beschäftigte sind Frauen? Wie hoch ist der Anteil von Migrant*innen unter den Beschäftigten? Hat sich die Struktur der Beschäftigten in den letzten Jahren geändert? Und wenn ja, wieso?
- Existiert ein Fachkräftemangel im Sektor? Wenn ja, bezogen auf welche Berufsgruppen? Welche Auswirkung hat dieser und wie wird ihm begegnet? Was brauchen Beschäftigte, um sich langfristig im Sektor zu binden?
- Wie gestaltet sich die derzeitige Ausbildungs- und Übernahme-situation? Welche Rolle spielen Praktikant*innen (von Hochschulen)?
- Wie gestalten sich die Arbeitsbedingungen?
 - Wie errechnet sich der Personalbedarf in Ihrer/n Einrichtung/en / Tätigkeitsfeld/ern. Sind diese Kriterien quantitativ und qualitativ ausreichend?
 - Haben sich die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in den letzten Jahren verändert? Und wenn ja, wieso?
 - Was sind die größten Herausforderungen bzw. Verbesserungen hinsichtlich der Arbeit in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie?
 - Gibt es Unterschiede zwischen den Aufgabenbereichen/Beschäftigtengruppen im Hinblick auf die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen?
- Wie hat sich die Entlohnung der Beschäftigten entwickelt? Gibt es eine Tarifbindung an einen Flächentarifvertrag (welchen) oder einen Haustarifvertrag? Wenn nein, orientiert sich die Entlohnung an einem Tarifvertrag (wenn ja, an welchem)?
- Welche Weiterbildungsangebote gibt es für die Beschäftigten? Werden diese genutzt?

- Wie gestaltet sich die Personalpolitik des Unternehmens? Gibt es neue Formen des Personalmanagements oder der Mitarbeiterorientierung?

D. Betriebliche und überbetriebliche Interessenvertretung

- Wie gestaltet sich die Mitbestimmung in der Branche / in den Einrichtungen?
- Wie schätzen Sie die tarifpolitischen Strategien in der Branche ein?
- Welche Themen spielen für die Arbeitnehmervertretung derzeit eine wichtige Rolle?
- Welche Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen gibt es?
- Welche Herausforderungen und Hindernisse existieren bei der Arbeit der Arbeitnehmervertretung?

E. Fragen zur Digitalisierung

- Welche Bedeutung haben Automatisierung und Digitalisierung für Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie?
- Was sind die bedeutendsten Automatisierungs- oder Digitalisierungstrends?
- Wer sind Treiber der Automatisierung/Digitalisierung? Was hemmt die Verbreitung von Automatisierung oder Digitalisierung?
- Welche Vorteile/Chancen oder auch Herausforderung/Nachteile sehen Sie in Hinblick auf die Automatisierung/Digitalisierung im Sektor?
- Haben Automatisierung/Digitalisierung Auswirkungen auf die wirtschaftliche Entwicklung oder das Leistungsangebot im Sektor? Und wenn ja, welche?
- Welche Entwicklungen wurden durch die Pandemie vorangetrieben? Welche durch die Pandemie bedingten Digitalisierungssprünge werden sich durchsetzen, welche wieder abgebaut? Was davon ist wünschenswert?
- Wie wirkt sich derzeit die Automatisierung oder Digitalisierung auf die Beschäftigten aus?
- Welche Veränderungen in der Arbeit sind durch die Digitalisierung zu erwarten?
- Wie verändert die Digitalisierung das Arbeitsvolumen und die Arbeitsbelastung?
- Welche neuen Ausbildungs- und Qualifikationsanforderungen ergeben sich?
- Welche neuen Herausforderungen und Spielräume gibt es für Gestaltung guter Arbeit?
- Welche Rolle spielt die Mitbestimmung bei Prozessen der Digitalisierung?

F. Ausblick: Die ambulante Psychiatrie im Wandel

- Welche Entwicklungen werden auch in den nächsten Jahren eine wachsende Rolle für die Branche spielen? Welche Veränderungen sind zu erwarten? Wie werden sich die Einrichtungen in der Branche ändern müssen?
- Welche Faktoren werden das Feld der ambulanten Psychiatrie in Zukunft beeinflussen?
- Wie könnte die Struktur der ambulanten Psychiatrie in zehn Jahren aussehen?
- Wie wird sich die Geschäftsstrategie von Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie ändern müssen?
- Wie sehen zukünftige Trägerstrategien aus?
- Welche Trends lassen sich in Bezug auf einzelne Leistungen ermitteln?
- Welche Auswirkungen haben diese Entwicklungen auf Arbeit und Beschäftigung?
- Wo gibt es Handlungsbedarf und wenn ja, welchen? Welche Herausforderungen sehen Sie für die Branche / den Verband / die Einrichtung in Zukunft?
- Welche Rolle sehen Sie für die Arbeitnehmervertretung in Zukunft? Welche Herausforderungen existieren? Welchen Unterstützungsbedarf haben Sie?

A2 Übersicht Expert*innen-Interviews

Akteur*in	Interviewdatum
Vertreter*innen träger-, berufs- oder krankheitsspezifischer Verbände oder Organisationen	
Bundesdirektorenkonferenz (BDK) – Sucht	3. März 2022
Bundesinitiative ambulante psychiatrische Pflege (BAPP)	21. Februar 2022
CaSu – Caritas Suchthilfe	24. Februar 2022
Dachverband Gemeindepsychiatrie	23. Februar 2022
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)	18. Februar 2022
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)	21. Januar 2022
Netzwerk Sozialpsychiatrische Dienste	3. Februar 2022
Sozialpsychiatrischer Dienst-West	7. Februar 2022
Sozialpsychiatrischer Dienst – Nord	8. Februar 2022
Sozialpsychiatrischer Dienst – Ost	8. Februar 2022
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland	19. Januar 2022
Mitglieder der Geschäftsführung und weiteren Personen in leitenden Funktionen in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie	
Geschäftsführer*in, Einrichtung für ambulante Psychiatrie, Baden-Württemberg	9. Februar 2022
Abteilungsleiter*in, Einrichtung für Suchtberatung, Berlin/Brandenburg	28. Januar 2022
Fachliche Leitung, Einrichtung für ambulante psychiatrische Pflege, Niedersachsen	8. März 2022
Geschäftsführer*in, Einrichtung für Suchtberatung, Rheinland-Pfalz	13. Januar 2022
Leitung Fachbereich Psychiatrische Dienste, Einrichtung für ambulante Psychiatrie, Rheinland-Pfalz	10. Januar 2022
Wissenschaftler*innen	
Professor*in Alice Salomon Hochschule, Berlin	26. Januar 2022
Beschäftigte in Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie	
Beschäftigte*r in Einrichtung für Suchtberatung, Brandenburg	12. Januar 2022
Beschäftigte*r Unionhilfswerk, Berlin	1. Februar 2022

