

**Weiterentwicklung der psychiatrischen
Versorgungsstrukturen in Deutschland
Bestandsaufnahme und Perspektiven**

**Bericht der AG Psychiatrie der AOLG
mit den Schwerpunktthemen**

**„Inklusion – Auftrag und Umsetzung,
Dialog und Selbsthilfe“**

und

**„Zusammenhang Maßregelvollzug
und Allgemeinpsychiatrie“**

Einleitung

I. Inklusion – Auftrag und Umsetzung, Dialog und Selbsthilfe

1.	Präambel: Von der Psychiatrie-Enquête zur Inklusion.....
2.	Wegweisende rechtliche Reformen
2.1	Krankenhausversorgung und -vergütung
2.2	Bundesteilhabegesetz
2.3	Pflegereform und Schnittstelle zur Eingliederungshilfe reform
2.3.1	Pflegestärkungsgesetze.....
2.4	Reform § 63 Strafgesetzbuch (StGB)
3.	Schwerpunkt Inklusion: Auftrag und Umsetzung, Dialog und Selbsthilfe.....
3.1	Lebenslagen von Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen – Inklusion und Exklusion
3.2	Inklusion: Auftrag und Umsetzung in der psychiatrischen Versorgung.....
3.2.1	Inklusion, Teilhabe und Lebensweltorientierung als Ziele von Behandlung.....
3.2.2	Soziale Teilhabe und Inklusion
3.2.3	Inklusion und Teilhabe an Arbeit.....
3.2.4	Inklusion im Fokus integrierter Hilfeplanung und regionaler Steuerung
3.3	Dialog und Selbsthilfe
3.3.1	Grundlage der Selbsthilfe
3.3.2	Selbsthilfebewegung in der Psychiatrie
3.3.3	Spezialisierte Selbsthilfe
3.3.4	Politische Selbsthilfe
3.3.5	Dialog und Anti-Stigma
3.3.6	Professionelle Peer-Arbeit
3.3.7	Partizipation.....

II. Handlungsempfehlungen Inklusion – Auftrag und Umsetzung, Dialog und Selbsthilfe“

III. Zusammenhang Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie

1. Ausgangslage
 2. Einflussfaktoren und Bedingungsgefüge
 - 2.1 Allgemeinpsychiatrie
 - 2.2 Bedingungsgefüge Maßregelvollzug
 - 2.3 Zahlenmäßige Entwicklung Maßregelvollzug und Justizvollzug
 3. Spannungsverhältnis Patientenautonomie und öffentliches Sicherheitsbedürfnis
 - 3.1 Stärkung des Selbstbestimmungsrechts im Kontext staatlicher Fürsorgepflicht
 - 3.2 Öffentliches Sicherheitsbedürfnis und doppelte Stigmatisierung psychisch erkrankter Delinquenten
 - 3.3 Versorgung schwer psychisch kranker Patientinnen und Patienten
 4. Zusammenhang Allgemeinpsychiatrie und Forensische Psychiatrie – Zur Notwendigkeit der Kooperation
 - 4.1 Zusammenhänge und Problemfelder
 - 4.2 Sonderfall: Entlassungen wegen nicht mehr gegebener Verhältnismäßigkeit
 - 4.3 Handlungsfelder und gelungene Beispiele aus der forensischen Psychiatrie
 5. Fachliche Erfordernisse und rechtliche Voraussetzungen für hoheitliches Handeln in der Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung in Bezug auf die UN-BRK
- IV. Handlungsempfehlungen Zusammenhang Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie

V. Ausblick

VI. 1. Tabellenanhang

VI.2. Sondererhebung Versorgung Adoleszenten

Einleitung

In den bislang vorgelegten drei Berichten der AG Psychiatrie der AOLG an die GMK lagen die Schwerpunkte in einer resümierenden Betrachtung der ersten 25 Jahre der Psychiatriereform, in einer Standortbestimmung der Psychiatrie (Bericht aus dem Jahr 2007), einer Bestandsaufnahme im Bereich der zuvor nur rudimentär erfassten Versorgungsbereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Gerontopsychiatrie und der Formulierung von Perspektiven (Bericht aus dem Jahr 2012).

Der vorliegende Bericht bezieht sich ausdrücklich auf diese Grundlagen. Im ersten Teil des Berichts steht die durch den Paradigmenwechsel von der Institutionszentrierung zur Personenzentrierung und die UN-Behindertenrechtskonvention forcierte Perspektive einer auf Inklusion, Teilhabe und Lebensweltorientierung ausgerichteten Psychiatrie im Fokus. Eine wesentliche Bedeutung kommt dabei der Selbsthilfe und dem dialogischen Handeln zu.

Im anschließenden zweiten Teil werden die Zusammenhänge zwischen der Allgemeinpsychiatrie und dem Maßregelvollzug analysiert und die Perspektiven aus der Grundhaltung der Kooperation und der gemeinsamen Verantwortung analysiert.

I. Inklusion – Auftrag und Umsetzung, Dialog und Selbsthilfe

1 Präambel: Von der Psychiatrie-Enquête zur Inklusion

Der „Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung“ vom 25.11.1975¹ gilt als sichtbares Zeichen eines schon damals längst überfälligen Beginns von Reformen in der psychiatrischen Versorgung. Die vier Hauptempfehlungen der Psychiatrie-Enquête stellen noch heute die Anforderungen an eine angemessene psychiatrische Versorgung dar:

- gemeindenahe Versorgung
- bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten
- Koordination aller Versorgungsdienste
- Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken.²

Bereits 1963 – somit zwölf Jahre vor der Psychiatrie-Enquête der Bundesregierung – waren in der DDR mit den „Rodewischer Thesen“ sozialpsychiatrische Forderungen formuliert worden. Die Abschaffung der Verwahrspsychiatrie, die soziale Integration der Kranken in die Gesellschaft und der Aufbau ambulanter und teilstationärer Dienste bildeten Kernpunkte des Papiers. Ergänzt wurden sie 1973 durch die Brandenburger Thesen zur therapeutischen Gemeinschaft.

Die Handlungsempfehlungen wurden in der Folge unter Berücksichtigung folgender Vorgaben und Erkenntnisse weiter entwickelt :

- Mit der Einführung des Sozialgesetzbuch IX wurde in Bezug auf Rehabilitation ein Paradigmenwechsel in Richtung Teilhabe und Personenzentrierung eingeleitet.
- Eine weitere maßgebliche Rechtsnorm, die auch für Menschen mit einer seelischen Behinderung von erheblicher Bedeutung ist, ist mit der Ratifizierung der UN Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) durch den Deutschen Bundestag

¹ Deutscher Bundestag 7. Wahlperiode – Drucksache 4200 und Anhang zum Bericht Drucksache 4201 –

² Reinhard Peukert: Einführung in die Gemeindepsychiatrie II - Das Begriffspaar "Sozialpsychiatrie" und "Gemeindenahe Psychiatrie“, in: www.ibrp-online.de/gemeindeb.htm

2009 hinzu gekommen: Wenn unzureichende Behandlung und Rehabilitation vermeidbare Beeinträchtigungen der Teilhabe zur Folge haben, so werden in der Konvention bezeichnete Rechte verletzt.

Wenngleich die Psychiatrie-Enquête den Maßregelvollzug noch als randständiges und vernachlässigtes „Schlusslicht“ der psychiatrischen Versorgung bezeichnete, so hat doch die forensisch-psychiatrische Versorgung in den zurückliegenden 40 Jahren eine qualitative Steigerung erfahren. Wie im GMK-Bericht 2012 formuliert, ist in den letzten Jahren durch die Entwicklung von spezifischen Leitlinien im Maßregelvollzug das therapeutische Konzept wesentlich weiterentwickelt worden.

Die AG Psychiatrie der AOLG hat mit ihren Berichten an die GMK zu den Entwicklungen der Psychiatrie die weitreichenden Entwicklungen der letzten drei Dekaden in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung dargestellt. Resümierend wurde festgehalten, dass alle Bundesländer dem erforderlichen Umstrukturierungsprozess im Fachgebiet der Psychiatrie entsprochen haben.

Der Aufbau der gemeindepsychiatrischen Strukturen in allen Ländern und die damit in den westdeutschen Ländern realisierbare deutliche Reduktion stationärer klinischer Kapazitäten belegt eindrücklich die prinzipielle Möglichkeit auch grundsätzlicher Veränderungen im bundesdeutschen Gesundheitssystem. Ein vergleichbar tiefgreifender Umbau wie in der Psychiatrie ist bisher in keinem anderen Bereich der gesundheitlichen Versorgung in der Bundesrepublik erfolgt.

Auch wenn die Grundannahmen und Anforderungen an die Psychiatriereform, die sich aus den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquête von 1975 ableiten, in allen Bundesländern verbindlich in die Landesplanungen aufgenommen wurden, so haben sich die Versorgungsstrukturen nicht gleich, aber doch vergleichbar entwickelt. Jedes Bundesland weist im Resultat länderspezifische Schwerpunktsetzungen und Besonderheiten auf (siehe Tabellenanhang).

Es zeigt sich allerdings auch, dass 40 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête die allgemeinpsychiatrischen Hilfesysteme für den Personenkreis der schwerer psychisch Kranken insbesondere in Bezug auf Teilhabe und Partizipation weiterer tragfähiger Strukturen bedürfen

Inklusion versus Exklusion

Im GMK-Bericht 2012 wurden Inhalte und Verpflichtungen durch die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen beschrieben.

Inklusion in seiner gesamtgesellschaftlichen Dimension beschreibt nach dem Diversity-Ansatz der UN-BRK die Zugehörigkeit und Gleichwertigkeit eines Individuums, ohne dass dabei „Normalität“ vorausgesetzt wird. Normal sind vielmehr die Vielfalt und das Vorhandensein von Unterschieden. Notwendig sind gesellschaftliche Strukturen, in denen sich Personen mit Besonderheiten einbringen, auf die ihnen eigene Art wertvolle Leistungen erbringen sowie sich als Teil des Ganzen erleben können, und Teilhabe ermöglicht wird.

Exklusion beschreibt gesellschaftliche Prozesse des nachhaltigen Ausschlusses Einzelner oder ganzer Gruppen von sozialer, ökonomischer und beruflicher Teilhabe an der Gesellschaft. Exklusion und Ausgrenzung kann sich vielfältig auswirken. So sind Exklusionsprozesse vom Arbeitsmarkt, ökonomischer (Armut, Wohnungslosigkeit) und institutioneller Art (Zugangsbarrieren), durch soziale Isolierung sowie durch kulturelle und räumliche Gegebenheiten (sozialräumliche Segregation) vorzufinden.

Inklusion als Auftrag an das Sozial- und Gesundheitssystem beinhaltet eine entsprechende teilhabeorientierte Ausrichtung der Hilfe- und Unterstützungsangebote und die Vermeidung von Exklusionsprozessen.

Auf der Grundlage der beschriebenen Entwicklung seit der Psychiatrie-Enquête kann davon ausgegangen werden, dass Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung in der Regel in ihrer Gemeinde leben und auf vielfältige Unterstützungsangebote in den Bereichen Wohnen, Beschäftigung und Freizeitgestaltung zurückgreifen können. Die klassische sozialpsychiatrische Hypothese, wonach Enthospitalisierung und ein Leben in der Gemeinde, unterstützt von ambulanten und komplementären Diensten, automatisch zu sozialer und beruflicher Integration führen, hat sich jedoch nur teilweise umsetzen lassen.

Dabei ist zu bedenken, dass diese Unterstützungsprozesse in Wechselwirkung mit den gesellschaftlichen Prozessen der Inklusion stehen. Die Frage ist, wie inklusiv unsere Gesellschaft ist, und zugleich, wie weitgehend das Hilfesystem auf Inklusion und die Vermeidung von Exklusion ausgerichtet ist.

Die soziale Exklusion aber auch die Exklusion in Bezug auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ist für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nach wie vor in weiten Bereichen, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, Realität.

Nicht ausreichende angepasste Arbeitsmöglichkeiten im allgemeinen Arbeitsmarkt, aber auch die nicht inklusiv ausgerichteten sozialen Lebenswelten können in Wechselwirkung mit den krankheitsbedingten Beeinträchtigungen sowie nicht adäquater bedarfsgerechter Unterstützung zu Armut, Perspektivlosigkeit und zu sozialer Vereinsamung führen.

Zudem verstärken belastende Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt für dort noch Erwerbstätige die Gefahr der Exklusion. Fehlanforderungen, Überforderung und Überlastung im Berufsleben können psychische Störungen bedingen, deren Auswirkungen wiederum zum Arbeitsplatzverlust führen können.

Geht der Arbeitsplatz verloren und/oder bleibt der allgemeine Arbeitsmarkt verschlossen, ist in der Folge oft die Werkstatt für Menschen mit Behinderungen (WfbM) die einzige Alternative. Wege aus der Werkstatt in den allgemeinen Arbeitsmarkt werden kaum beschritten.

2 Wegweisende rechtliche Reformen

In der laufenden Legislaturperiode hat die Bundesregierung Reformvorhaben im Bereich der Krankenhausfinanzierung, des Maßregelvollzugs, der Eingliederungshilfe und Pflege ins Parlamentarische Verfahren überführt. Das Parlament hat 2016 Gesetzesreformen beschlossen, die weitgehende Auswirkungen auf die psychiatrische Versorgung haben werden. Die Prozesse wurden intensiv durch die Länder begleitet und waren Themenschwerpunkte der AG Psychiatrie seit dem letzten Bericht. In Bezug auf Schwerpunktsetzungen des Berichts enthalten die verabschiedeten Gesetze wesentliche Neuerungen.

2.1 Krankenhausversorgung und -vergütung

Seit der Berichterstellung 2012 wurde die Krankenhausversorgung bzw.- vergütung von der vom Bundesministerium für Gesundheit angestoßenen Auseinandersetzung um pauschalierte Abrechnungs- und Entgeltsysteme (Pauschalisiertes Entgeltsystem

Psychiatrie und Psychosomatik – PEPP) geprägt,³ die nach langer, fachlich unterschiedlich bewerteter Diskussion dann 2013 auf der Grundlage eines Vorschlages des „Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)“ der PEPP-Entgeltkatalog sowie die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen für 2013 für optierende Einrichtungen durch Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit in Kraft gesetzt wurden. Mit dem "Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung" vom 24. Juli 2014 wurde die Frist, in der Kliniken das PEPP-System freiwillig einführen können, um zwei Jahre verlängert. Die mangelnde Kompatibilität des PEPP zu der Versorgungsrealität in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und den in der Gravidität nicht vorher bestimmbar psychischen Erkrankungen des Einzelnen führte letztlich dazu, dieses Entgeltsystem nachzubessern und mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)“ neue Wege zu beschreiten. Mit dem PsychVVG verfolgt das Bundesministerium für Gesundheit die Leistungsorientierung der Vergütung und die verbesserte Transparenz über das Leistungsgeschehen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Das Gesetz umfasst folgende Punkte:

- Keine schematische Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen, stattdessen Stärkung der Verhandlungen auf der Ortsebene;
- Verpflichtende Anwendung des Psych-Entgeltsystems als Budgetsystem ab 2017;
- Budgetneutrale Umsetzung in 2017 und 2018 (dauerhafter Mindererlösausgleich in Höhe von 50%);
- Scharfschaltung ab 2019 auf der Grundlage eines bundes- und landesweiten Vergleichs der Krankenhausleistungen und deren Vergütungen;
- Zum Zwecke des Vergleichs Ermittlung eines Landesbasisentgeltwertes und der durchschnittlichen Höhe der krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelte durch die Vertragsparteien auf der Landesebene; erstmals zum 30.11.2018 für das Budgetjahr 2019;
- Vereinbarung von Entgelten, die die maßgeblichen Vergleichswerte deutlich (mehr als ein Drittel) überschreiten, nur bei Vorliegen unabweisbarer Gründe;

³ Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG) vom 17. März 2009 BGBl. I S. 534

- Festlegung des Umfangs, der Dauer und weiterer Einzelheiten der Budgetanpassungen ab 2019 in krankenhausindividuellen Anpassungsvereinbarungen;
- Verpflichtende Einhaltung der durch den G-BA festgelegten Mindestvorgaben zur personellen Ausstattung und deren Nachweis ab dem 1.1.2020 (bis dahin Nachweispflicht zur Einhaltung der Psych-PV);
- Die Möglichkeit, im Rahmen „stationersetzender Leistungen“ lebensfeldorientierte Behandlung bzw. Home-Treatment durch die Krankenhäuser zu erbringen.

2.2 Bundesteilhabegesetz

Eingeleitet mit der Konzeption des Personenzentrierten Ansatzes und dessen Erprobung ist in der Eingliederungshilfe ein Perspektivwechsel von einer Institutionszentrierung zu einer Personenzentrierung der Hilfen in die Wege geleitet worden.

Nach der Vorlage des Gesetzentwurfes zu einem Bundesteilhabegesetz und massiven Protesten der Verbände und Kritik der Länder konnten noch weitgehende Änderungen und insbesondere Verbesserungen für die Menschen mit Behinderung im parlamentarischen Verfahren erzielt werden. So wurde beispielsweise noch die vielfach kritisierte Regelung zum leistungsberechtigten Personenkreis überarbeitet. Dem Bundesteilhabegesetz liegt nun zwar richtungsweisend bereits eine Neudefinition des Behinderungsbegriffs in Anlehnung an das ICF-Konzept⁴ und die UN-BRK zugrunde, wonach Behinderung in Wechselwirkung mit Barrieren steht und sich in der beeinträchtigten Interaktion zwischen Individuum und Umwelt manifestiert. Bei der Definition des leistungsberechtigten Personenkreises für den Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe bleibt es jedoch zunächst bei den bisherigen Zugangskriterien. Die neuen Kriterien für den zukünftigen Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe werden erst nach einer wissenschaftlichen Untersuchung und modellhaften Erprobung bis zum Jahr 2023 festgelegt.

Im Dezember 2016 wurde das Bundesteilhabegesetz durch den Bundestag und den Bundesrat verabschiedet. Die ersten Teile des Bundesteilhabegesetzes sind bereits in Kraft getreten. Weitere Teile werden stufenweise bis zum Jahr 2023 in Kraft treten.

⁴ International Classification of Functioning, Disability and Health

Für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind mit dem Bundeteilhabegesetz wesentliche Verbesserungen verbunden.

Eine wesentliche Verbesserung ist die wesentlich reduzierte Heranziehung von Einkommen und Vermögen. Die Weiterentwicklung der Teilhabe- und Gesamtplanverfahren mit den erstmalig gesetzlich aufgenommenen Teilhabeplan- und Gesamtplanverfahren sowie die Normierung der Maßstäbe für die Durchführung der Teilhabe- und Gesamtplanverfahren sind ein weiterer Fortschritt. Ein wichtiger Schritt ist auch die Einführung einer ergänzenden, unabhängigen Teilhabeberatung mit Peer-Beteiligung.

Bei stationären Wohnangeboten erfolgt zukünftig eine Trennung der Fachleistung von den existenzsichernden Leistungen (Unterkunft und Verpflegung).

In Bezug auf die Teilhabe am Arbeitsleben wird ein Budget für Arbeit (d.h. dauerhafte Lohnkostenzuschüsse an den Arbeitgeber) eingeführt, um den Menschen mit Behinderung den Zugang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu erleichtern.

Zudem soll durch die Förderung von Modellvorhaben die Rehabilitation im Aufgabenbereich des SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) und der gesetzlichen Rentenversicherung gestärkt werden.

Die Aufgabenzuweisung an die Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation wird vor allem um die Erstellung des Teilhabeverfahrensberichts erweitert.

2.3 Pflegereform und Schnittstelle zur Eingliederungshilfereform

2.3.1 Pflegestärkungsgesetze

Die Pflegereform ist mit den Pflegestärkungsgesetzen I, II und III (PSG I, II, III) in drei „Paketen“ bzw. in drei Novellierungsschritten vollzogen worden. Mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz wurden die finanziellen Rahmenbedingungen verbessert.

Mit dem PSG II hat die Bundesregierung durch die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments die bisherigen drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade ersetzt. Auf dieser Grundlage erhalten ab 2017 alle Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, unabhängig davon, ob sie von körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen betroffen sind. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der

besseren Einstufung von Menschen mit Demenz und der Teilhabeorientierung der Pflege. Dies drückt sich auch darin aus, dass mit der Reform die Alltagsbegleitung und Betreuungsleistungen als Bestandteil der Pflegeleistungen noch weiter ausgebaut worden sind.

Mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz wird die Pflegeberatung gestärkt und die Zusammenarbeit der Verantwortlichen in den Kommunen ausgebaut.

Darüber hinaus wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie die bereits bei den Leistungen der Pflegeversicherung geltenden Verbesserungen für Pflegebedürftige in die sozialhilferechtliche Hilfe zur Pflege zu übertragen.

Das Gesetz enthält auch Vorgaben für eine bessere Bezahlung der Altenpflegekräfte, zudem werden die Kontrollmöglichkeiten ausgebaut, um Pflegebetrug noch wirksamer zu verhindern, und die Schnittstelle zur Eingliederungshilfe wird konkretisiert.

2.3.2 Schnittstelle zur Eingliederungshilfe

Grundsätzlich gilt, dass Pflege und Eingliederungshilfe zwei gleichrangige Leistungen sind. Die Eingliederungshilfe hat eine vorrangig rehabilitative Ausrichtung, die Pflegeversicherung ist vorrangig kompensativ ausgerichtet, also Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung ersetzend und übernehmend ausgerichtet.

Auf Grund der neuen inhaltlichen Ausrichtungen von Pflege in Richtung Betreuung und der Eingliederungshilfe in Richtung Assistenzleistungen sind die Schnittstellen zwischen diesen Versorgungsbereichen noch bedeutsamer. Eine Vertiefung der Zusammenarbeit der Träger der Pflegeversicherung, Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) und Eingliederungshilfe ist notwendig.

Daher ist die Umsetzung des neuen § 13 Abs. 4 SGB XI auch gerade bei älteren Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen besonders wichtig. Beim Zusammenreffen von Pflegeleistungen und Eingliederungshilfe sollte die Hilfebedarfsermittlung mit ihren Instrumenten die Zuordnung bestimmen. In der Regel wird der Träger der Eingliederungshilfe gegenüber dem Leistungsberechtigten die Leistungen „wie aus einer Hand“ erbringen und eine Erstattung für die Leistungen der Pflegeversicherung von der Pflegekasse auf der Grundlage von deren Leistungsbescheid erhalten.

2.4 Reform § 63 Strafgesetzbuch (StGB)

Das Gesetz zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften vom 08. Juli 2016 (BGBl. I, S. 1610) ist am 01.08.2016 in Kraft getreten.

Die fundierte Vorarbeit einer interdisziplinär besetzten Bund-Länder-Arbeitsgruppe mit Expertinnen und Experten aus den Justiz – und Gesundheitsministerien des Bundes und der Länder hatte maßgeblichen Anteil an der reibungslosen und zügigen Verabschiedung der Gesetzesreform.

Hintergrund der Gesetzesänderung ist nach der Gesetzesbegründung ein kontinuierlicher Anstieg der Zahl von Patientinnen und Patienten, die in Einrichtungen des Vollzugs der Maßregel nach § 63 StGB untergebracht sind. Dieser Anstieg ist verbunden mit einer deutlichen Steigerung der durchschnittlichen Unterbringungs-dauern, ohne dass es konkrete Belege für einen parallelen Anstieg der Gefährlichkeit der forensisch-psychiatrischen Patientinnen und Patienten gibt. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass eine einmal angeordnete Unterbringung im Maßregelvollzug in nicht seltenen Fällen mit einem langfristigen Freiheitsentzug und damit mit einem besonders gewichtigen Grundrechtseingriff einhergeht.

Durch die neuen gesetzlichen Regelungen wurden die rechtsstaatlichen Anforderungen an eine Unterbringung im Maßregelvollzug klarer und stärker definiert, respektive der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz gestärkt. Im Einzelnen wird mit der Novellierung folgendes erreicht:

- Konkretisierung der Anordnungsvoraussetzungen in § 63 StGB im Sinne einer stärkeren Fokussierung auf gravierende Straftaten
- Zeitliche Begrenzung der Unterbringung bei weniger schwerwiegender Gefährlichkeit des Patienten durch eine Konkretisierung der Anforderungen an die Fortdauer der Unterbringung über sechs und zehn Jahre hinaus (§ 67d Absatz 6 StGB)
- Ausbau der prozessualen Sicherungen gemäß § 463 Absätze 4 und 6 Strafprozessordnung, um unverhältnismäßig lange Unterbringungen zu vermeiden, hinsichtlich der
 - jährlichen gutachterlichen Stellungnahmen der Kliniken
 - externen Gutachten im Auftrag der Strafvollstreckungskammern

Die Folgen der Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß 63 StGB sind derzeit quantitativ noch nicht messbar. Gleichwohl werden die mit der Gesetzesreform verfolgten Auswirkungen auf die stationären und teilstationären Bereiche der Allgemeinpsychiatrie und letztlich auch auf die Einrichtungen der Eingliederungshilfe entfalten, die zusammen mit dem Maßregelvollzug als Kontinuum gesehen werden müssen.

Absehbar ist auch, dass die Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus zu einem erhöhten Bedarf an psychiatrischen Sachverständigen führen wird. Um diesen Bedarf zu decken, bedarf es eines koordinierten Vorgehens unter Einbeziehung des Bundes, der Länder und der zuständigen Verbände.

3 Schwerpunkt Inklusion: Auftrag und Umsetzung, Dialog und Selbsthilfe

3.1 Lebenslagen von Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen – Inklusion und Exklusion

Zur Darstellung der Auswirkungen der psychologischen und sozialen Dimension der psychischen Erkrankung ist der Lebenslagenansatz ein geeignetes Konzept, das auch in der Teilhabeberichterstattung für Menschen mit Behinderungen auf Bundesebene Anwendung findet (BMAS, 2016).

Die Mehrheit der (schwer) psychisch Kranken, die Hilfen benötigen bzw. die im Hilfesystem mit seinen vielfältigen Angeboten „angekommen“ sind, sieht sich mit sozialen Problemlagen konfrontiert. Im Bereich des Wohnens besteht in den westlichen Bundesländern eine erste Hürde in dem stark eingeschränkten Zugang zum freien Wohnungsmarkt.

Das gilt besonders für bezahlbaren Wohnraum. Vorbehalte seitens der Vermietenden und/oder in der Nachbarschaft, teilweise Schwierigkeiten, einen eigenen Haushalt zu führen und finanzielle Beschränkungen sind die Hauptgründe. Eine Chance auf eine eigene Wohnung auf dem freien Wohnungsmarkt gibt es für die Betroffenen in der Regel allenfalls in der Peripherie von Städten oder in „sozialen Brennpunkten“. Dies bedeutet wiederum, dass die ihnen zugängliche kommunale Infrastruktur (Einkaufs-

möglichkeiten, Treffpunkte, Bildungsangebote etc.) begrenzt ist. Oft liegen auch Mietrückstände vor und es besteht die Gefahr des Wohnungsverlustes.

Auch ein großer Teil der wohnungslosen Menschen ist psychisch krank, vor allem suchtkrank. Obwohl ein Teil der obdachlosen Männer und Frauen auch schwer psychisch und körperlich erkrankt sind, bagatellisieren und verleugnen sie häufig ihre Situation und lehnen jegliche Unterstützung ab.

Unabhängig von ihrer jeweiligen Wohnform sind auch die sozialen Netze (schwer) psychisch Kranker in der Regel klein und störanfällig, sie schrumpfen mit der Dauer und der Schwere der Erkrankung und beschränken sich immer mehr auf andere Betroffene und professionelle Helfer.

Zur sozialen Wirklichkeit der Betroffenen gehört auch, dass sie vergleichsweise selten in einer Partnerschaft leben, sich gleichwohl – wie die meisten Menschen - nach Gemeinschaft und Intimität sehnen. Ein nicht geringer Teil der Betroffenen gibt an, ohne Vertrauensperson zu sein und die Freizeit allein zu verbringen.

Hinzu kommen bedeutsame materielle Barrieren insbesondere bei länger andauernden und schweren Erkrankungen. Die Mehrheit der Betroffenen ist auf Transferzahlungen angewiesen und bewegt sich an der Armutsgrenze. Dies führt dazu, dass schwer Kranke auch ein höheres Risiko tragen, erheblich verschuldet zu sein. Dieser finanzielle Mangel begrenzt generell die Möglichkeiten der Teilhabe am kulturellen und sozialen Leben. Damit sind nicht nur die Einschränkungen in der eigenen Freizeitgestaltung (Theater-, Kino- oder Restaurantbesuche, Urlaub etc.) gemeint, sondern auch die Einschränkung von gemeinschaftlichen Aktivitäten.

Schwer psychisch erkrankte Menschen sehen sich Vorurteilen und Vorbehalten ihrer Mitmenschen gegenüber. Trotz der Zunahme von Wissen über psychische Erkrankungen (nicht zuletzt durch die Aufklärungsarbeit der letzten Jahrzehnte) sind diskriminierende Einstellungen und Stigmatisierung kaum zurückgegangen. Besonders stark sind die Vorbehalte immer noch gegenüber Menschen, die an schizophrenen Erkrankungen leiden. Die Auswirkungen dieser Vorurteile sind vielfältig und schwerwiegend, da sie nahezu alle Lebensbereiche berühren und die dort bereits bestehenden Barrieren weiter verstärken.

Im Bereich Arbeit zeigt sich die Ausgrenzung psychisch kranker Menschen insbesondere in Bezug auf die Zugänge zur Erwerbsminderung und Arbeitsplatzverlust bzw. Arbeitslosigkeit.

Psychische Erkrankungen wirken sich auf die Erwerbsfähigkeit und Erwerbstätigkeit aus. Mit einem Anteil von rund 16,2 Prozent lagen diese Erkrankungen hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand 2015 an dritter Stelle. Im Vergleich zum Vorjahr gab es hier einen leichten Anstieg und zwar sowohl was die Fallhäufigkeit als auch die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage betraf.

Auf Rang drei der Einzeldiagnosen bei Arbeitsunfähigkeit stehen „Depressive Episoden“. Auch weitere psychiatrische Störungen sind häufige Ursachen für Arbeitsunfähigkeit. Für alle psychischen Diagnosen gilt, dass ihr Anteil an den AU-Fällen erheblich geringer ist als ihr Anteil an den AU-Tagen. Das bedeutet, dass es sich hier zu meist um längerfristige Krankheitsfälle handelt.⁵ Diese überdurchschnittlich langen Krankschreibungen bei psychischen Erkrankungen tragen erheblich mit zur Ausgrenzung psychisch kranker Menschen bei.

Dass Krankheit nicht nur durch individuelle Faktoren bedingt, sondern auch wesentlich von der Unternehmenskultur beeinflusst ist, zeigt der AOK Fehlzeitenreport auf.⁶ Das Risiko der Arbeitslosigkeit ist für Menschen mit schweren psychischen Erkrankung gegenüber psychisch gesunden Menschen um das Fünffache erhöht, für Frühberentung um das Dreifache.

Psychische Erkrankungen sind damit Hauptursache für ein vorzeitiges gesundheitsbedingtes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben.

Arbeitslosigkeit bedingt zudem eine höhere Krankheitsbelastung als Erwerbstätigkeit. Arbeitslose sind rund doppelt so häufig krank wie Erwerbstätige, der Gesundheitszustand ist über alle Altersgruppen hinweg signifikant schlechter. Bei Arbeitslosengeld I-Empfängerinnen und Empfängern stehen die psychischen Erkrankungen als Ursache für Krankheitstage an erster Stelle. Psychische Erkrankungen verursachen bei Arbeitslosen ca. 3,5-mal so viele AU-Tage wie bei Erwerbstätigen. Die starke psychi-

⁵ Rebscher, H. (Hrsg) 2016: Gesundheitsreport 2016; Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 13), Hamburg, S. 18

⁶ Badura/Ducki/Schröder/Klose/Meyer (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2016; Unternehmenskultur und Gesundheit - Herausforderungen und Chancen Berlin 2016

sche Belastung von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen zeigt sich auch bei stationären Behandlungen wegen psychischer Störungen und der Verordnung von Psychopharmaka.

Eine Studie des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) zeigt in Bezug auf Langzeitarbeitslose, dass mehr als ein Drittel der Personen im Arbeitslosengeld II-Bezug innerhalb eines Jahres mindestens eine psychiatrische Diagnose aufweisen. Bei der Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit hatten psychische Erkrankungen 2013 einen Anteil von 42,7 %, im Jahr 2000 nur 24,2 %. Psychische Störungen spielen auch als Begleit- oder Nebenerkrankungen in der somatischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung eine große Rolle. Sie müssen rechtzeitig erkannt und dann angemessen berücksichtigt werden.

Die Hälfte der Menschen mit langandauernden psychischen Erkrankungen im erwerbsfähigen Alter geht keiner Erwerbstätigkeit oder anderen Form von Beschäftigung nach. Nur jede/r Zehnte ist auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig.⁷

3.2 Inklusion: Auftrag und Umsetzung in der psychiatrischen Versorgung

Das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit der Weltgesundheitsorganisation betrachtet den Menschen als körperlich-seelisches Wesen innerhalb seiner ökosozialen Lebenswelten. Psychische Erkrankungen äußern sich demnach als Störungen der vielfältigen Wechselbeziehungen zwischen Körper, Seele und Umwelt. Dieses Verständnis bietet die Orientierung für die psychiatrische Behandlung. Darüber besteht ein weitreichender Konsens im aktuellen Fachdiskurs.

Psychiatrische Behandlung ist nach diesem Verständnis den individuellen Bedürfnissen entsprechend mehrdimensional auszurichten, das heißt, sie muss methodisch kombiniert und in vielen Fällen multiprofessionell erbracht werden.

Ziel ist es, eine Behandlung und Rehabilitation der akut oder chronisch psychisch erkrankten Menschen zu gewährleisten, die sich an deren Lebenswelt orientiert und den individuellen Bedürfnissen entspricht.

⁷ Gühne, U., Riedel-Heller, S.: Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland, Berlin 2015, S. 20

Konzeptionelle Grundlagen für eine am Ziel der Inklusion und Teilhabe ausgerichtete Behandlung sind bereits ausformuliert in:

- der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)
- dem personenzentrierten Ansatz, der Psychiatrie-Personalverordnung und der durch eine Expertenkommission entwickelten Konzeption für integrierte Behandlungs- und Komplexleistungsprogramme.

Die folgenden Prinzipien fördern demnach eine auf Inklusion und Teilhabe ausgerichtete Behandlung und Rehabilitation:

- Flexible Wahl des Behandlungs- und Rehabilitationssettings statt jeweils voneinander getrennter stationärer oder teilstationärer Angebote mit personellen und teilweise konzeptionellen Brüchen
- Flexible Nutzung auch des Alltagslebens der Patientinnen und Patienten als therapeutisches und rehabilitatives Feld
- Kontinuität der sozialen Beziehungen bei Veränderung des Unterstützungssettings
- Wohnortnähe als für die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten zentrale Strukturqualität,
 - so dass die Behandelnden mit den regionalen professionellen Diensten belastbare Kooperationsformen u. a. Fallbesprechungen, Entlassungsplanung entwickeln können bzw.
 - so dass professionelle Dienste mit Patientinnen und Patienten und deren Behandelnden Kontakt halten oder aufnehmen können.
 - da oft stationäre Behandlung und Rehabilitation erfolgt, weil teilstationäre und ambulante Angebote nicht erreichbar sind.⁸

Diese Prinzipien werden auch durch die UN-Behindertenrechts-Konvention und die aktuelle höchstrichterliche Rechtsprechung zum sorgfältigeren Umgang mit – und zur Vermeidung von - „fürsorglichem Zwang“ in der Behandlung betont.

⁸ Aktion Psychisch Kranke (Hg.) Weiterentwicklung psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung Projektbericht 2013 http://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/0076_Abschlussprojektbericht_WPK.pdf

Ein besonderer Fokus ist auf die Situation derjenigen Menschen zu legen, die ganz ohne Unterstützung auskommen (müssen), da sie im Hilfesystem nicht bekannt sind oder aufgrund fehlenden Krankheitsbewusstseins Hilfe ablehnen. Dies betrifft gehäuft junge Menschen mit Doppeldiagnosen und – verstärkt – ältere, zunehmend demenziell erkrankte, alleinstehende Personen. Diese Menschen laufen Gefahr, dass sich sowohl ihre gesundheitliche Situation wie auch ihre Lebenssituation insgesamt verschlechtern. Die Folgen können gravierend sein bis hin zur akuten Selbstgefährdung oder - im Falle fremdgefährdenden Verhaltens - zur Begehung von Straftaten.

3.2.1 Inklusion, Teilhabe und Lebensweltorientierung als Ziele von Behandlung

3.2.1.1 Ambulanter Sektor

Die Behandlung im ambulanten Sektor ist in der Regel lebensweltorientiert und wohnortnah ausgerichtet, auch wenn auf Grund von Spezialisierung teilweise auch wohnortferne ambulante Angebote vorgehalten werden.

Eine Herausforderung stellt die bedarfsgerechte Versorgung in der Fläche dar. Auch wenn bei der Anzahl der niedergelassenen Fachärztinnen/Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ein leichter Anstieg und bei den niedergelassenen psychologischen Psychotherapeutinnen und –therapeuten ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen ist, werden aus einzelnen Bundesländern längere Wartezeiten insbesondere im ländlichen Bereich gemeldet. Aber auch im Bereich der ambulanten medizinischen Rehabilitation, der Heilmittel, der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) und der ambulanten Soziotherapie zeigen sich Defizite in der flächendeckenden Versorgung. Zudem sind Angebote wie z.B. die ambulante Psychotherapie mit Zugangsschwellen verbunden (Terminvorgaben, standardisierte Zeitvorgabe, Komm-Struktur), die für einen Teil der Menschen mit schwereren Erkrankungen kaum zu erfüllen sind.

Die durch den G-BA erfolgte Überarbeitung der Psychotherapierichtlinien ermöglicht zukünftig, diese Schwellen zumindest abzusenken.

Für die niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte und die Heilmittelleistungserbringer ist auch aufsuchende Behandlung im häuslichen Umfeld möglich. Zudem können über die durch ambulante Soziotherapie koordinierte Komplexleistung verschiedene Behandlungsmodule integriert erbracht werden (psychiatrische fachärztliche Behandlung, Richtlinienpsychotherapie, APP und Heilmittel wie Ergotherapie).

Durch Medizinische Versorgungszentren, Sozialpädiatrische Zentren und Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung sind Bündelungen von medizinischen bzw. ärztlichen ambulanten Leistungen möglich, die durch stationäre Leistungen ergänzt werden können.

3.2.1.2 Behandlung vom Krankenhaus aus

Die Krankenhausbehandlung ist unverändert sektor- und settingbezogen organisiert. Die einzelnen Settings stationär, teilstationär und Institutsambulanz sind in der Regel getrennte Behandlungsleistungen (Personal, Vergütung), wobei Art und Umfang der teilstationären Behandlungsplätze und der Krankenhausbetten durch die Krankenhausplanung der Länder festgelegt wird. Hierüber sollte auch die Wohnortnähe und Lebensweltorientierung sichergestellt werden.

Ein Sonderbereich der Leistungen der Krankenhäuser sind die Institutsambulanzen, die ambulante Leistungen erbringen können.

Der Settingbezug erzeugt eine Vielzahl von Schnittstellen zwischen den einzelnen Behandlungs- und Rehabilitationsangeboten. Im Sinne der Teilhabeorientierung ist die stationäre und teilstationäre Behandlung so zu gestalten, dass jede Patientin und jeder Patient mit einem Risiko bzw. einer Prognose eines nachstationären Behandlungs- und Rehabilitationsbedarfs ein individuelles Entlassmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen Versorgung erhält.

Das Entlassmanagement (§ 39 SGB V) ist in das Behandlungs- und Versorgungsmanagement im Rahmen der Zielsetzung einer sektorübergreifenden Versorgung (§ 11 SGB V) einzubinden.

Bundesweit hielten die psychiatrischen Kliniken bzw. Fachabteilungen 2015 im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt 61.200 Betten und 16.500 teilstationäre Plätze vor. Eine getrennte Darstellung von Psychiatrie und Psychosomatik ist durch die gemeinsame Planung in NRW und Thüringen nicht möglich. Bei den Bettenzahlen betrug der Anstieg von 2010 - 2015 ca. 5 % gegenüber einem Anstieg von ca. 2,5 % im davorliegenden 5-Jahreszeitraum. Gründe liegen insbesondere in dem hohen Auslastungsgrad (2014: 94,8 %) und der dadurch bedingten Bettenaufstockung.

Wesentlich höhere Zuwachsraten mit durchschnittlich über 20% sind bei den teilstationären Plätzen von 2010 bis 2015 zu verzeichnen. Mit dem Ausbau des Anteils der teilstationären Plätze ist eine stärkere Dezentralisierung und Lebensweltorientierung

möglich. Vergleichbare Entwicklungen sind im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu verzeichnen, wobei hier der Anteil der teilstationären Plätze wesentlich höher liegt.

Im gesamten Bundesgebiet waren 2015 ca. 660 Institutsambulanzen einschließlich Außenstellen zugelassen. Das bedeutet gegenüber 2010 einen weiteren Anstieg um 30 %. Dies zeigt sich auch deutlich in der Zahl der Behandlungsfälle, soweit hierzu Angaben aus den Bundesländern vorliegen. Die ambulante Behandlung vom Krankenhaus aus ist somit deutlich gestärkt worden.

3.2.1.3 Konzeptionelle Ansätze zur Weiterentwicklung der sektorübergreifenden, lebensweltorientierten Behandlung

Die im Rahmen der Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eingeführte Weiterentwicklung der Versorgung durch Modellvorhaben nach § 64b SGB V soll eine Verbesserung der Patientenversorgung insbesondere auch durch setting- bzw. sektorübergreifende Leistungserbringung ermöglichen. Insbesondere hat der Gesetzgeber dabei auch an komplexe psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld gedacht. Auf der Grundlage eines Trägerbudgets oder eines regionalen Psychriatriebudgets werden die Patientinnen und Patienten vom Träger des Modellprojektes innerhalb einer definierten Region stationär, teilstationär und ambulant bzw. stationersetzend behandelt. Zwischen den Behandlungssettings ist bei Bedarf ein Wechsel möglich, ohne das Vertragsverhältnis zu beenden.

Die Durchführung der Modellvorhaben wird durch die Krankenkassen evaluiert. Erste Ergebnisse sollen 2017 vorliegen.

In der Region Köln erprobt die AOK zurzeit erstmalig ein 64b-Modellvorhaben, das allein auf Leistungen der APP beruht, ohne dass andere Behandelnde direkt eingebunden sind.

Mit der Einführung der Möglichkeit für Leistungserbringer, integrierte Versorgungsverträge abzuschließen, hat der Gesetzgeber im Rahmen der Gesundheitsreformgesetze erstmals im Jahr 2000 Rahmenbedingungen für sektorübergreifende und integrierte Behandlungsansätze geschaffen.

Sektorübergreifende Ansätze finden sich insbesondere im IV-Vertrag des Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) und in den IV-Verträgen des bundesweit tätigen „Netzwerkes psychische Gesundheit“.

Der IV-Vertrag des UKE in Hamburg verknüpft die klinische Behandlung mit der Behandlung durch niedergelassene Fachärzte.

Das „Netzwerk psychische Gesundheit“ (NWpG) koordiniert ambulante Hilfen. Zentrale Anlaufstelle für die eingeschriebenen Versicherten ist die Koordinierungsstelle des IV-Netzwerkes. Bei Bedarf werden Rückzugsräume (Krisenzimmer) angeboten. Zur Erarbeitung von individuellen Zielen und deren Umsetzung stehen Soziotherapie, APP und bei Bedarf Ergotherapie zur Verfügung. Auch eine Behandlung zuhause ist möglich. Bundesweit sind hier aktuell 13.000 Patientinnen und Patienten eingeschrieben.

Weiterzuverfolgen ist, inwieweit und mit welchen Ergebnissen ein regionales Psychiatriebudget nicht nur den (teil-)stationären und institutsambulanten, sondern auch den ambulant-niedergelassenen, komplementären und rehabilitativen Sektor einbeziehen kann. Damit könnten dann Komplexleistungen leistungsträgerübergreifend ermöglicht werden.

3.2.2 Soziale Teilhabe und Inklusion

Die Anzahl der Menschen in ambulanten, betreuten Wohnformen hat in den letzten Jahren deutschlandweit stark zugenommen. Die - allerdings unvollständigen - Zahlen im Tabellenanhang zeigen eine Verdreifachung von ca. 27.000 Plätzen in 2000 auf 95.000 Plätze in 2015. Es gibt eine Vielzahl an betreuten Wohnformen (betreutes Einzelwohnen, Appartementwohnen, therapeutische Wohngemeinschaften u.a.). Die Betreuungsangebote umfassen z.B. Einzel- und Gruppengespräche, Unterstützung in alltagspraktischen Aufgaben und bei der Arbeitssuche, Freizeitangebote, sozialrechtliche und finanzielle Beratung, Sicherung der medizinischen Versorgung und Krisenintervention. Trotz des starken Anstiegs an ambulanten betreuten Wohnformen ist die Anzahl der in Heimeinrichtungen lebenden psychisch kranken Menschen nicht zurückgegangen. Die Anzahl der Plätze in vollstationären Einrichtungen (Heimen) nach §§ 53, 54 SGB XII für Menschen mit einer seelischen Behinderung sind in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen von ca. 37.000 im Jahr 2000 auf ca. 58.000 Plätze in 2015 (ohne Hessen).

Leben in der Gemeinde bedeutet nicht automatisch Integration. Untersuchungen zeigen, dass ein hoher Anteil der Menschen, die in betreuten Wohnformen leben, trotz-

dem keinen Anschluss an die Lebenswelt der „Mehrheitsgesellschaft“ hat. Etwa die Hälfte der Betroffenen geht keiner tagesstrukturierenden Aktivität nach, die andere Hälfte ist in der WfBM oder in der Tagesförderstätte beschäftigt, nur ein verschwindend kleiner Teil arbeitet auf dem ersten Arbeitsmarkt.

Insgesamt gesehen leben schwer psychisch kranke Menschen heute teilweise noch in „Sonderwelten“, d. h. sie wohnen und arbeiten nicht dort, wo alle anderen leben und arbeiten. Diese „Sonderwelten“ sind allerdings auch Schutzräume (safe haven), die von den Betroffenen teilweise benötigt und gefordert werden. Solange keine realistische Chance besteht, an den freien Märkten (Arbeit, Wohnraum) Fuß zu fassen, sind diese Nischen notwendig, teilweise sogar überlebensnotwendig.

Gleichwohl: Das Leben in der „Psychiatriegemeinde“ bietet zwar Schutz, birgt jedoch andererseits das Risiko einer erneuten Ausgrenzung und damit Stigmatisierung und ist von dem Wunsch der Betroffenen nach einem „ganz normalen Leben“ weit entfernt.

3.2.3 Inklusion und Teilhabe an Arbeit

Arbeit und Beschäftigung sind wesentliche Faktoren bei der Wiedergewinnung von Selbstwirksamkeit und gesellschaftlicher Teilhabe.

Die UN-Behindertenrechtskonvention besagt im Artikel 27 Absatz 1: „Die Vertragsstaaten anerkennen das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf Arbeit; dies beinhaltet das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird.“

3.2.3.1 Erhalt des Arbeitsplatzes – Exklusion vermeiden

Psychische Beeinträchtigungen haben vielfältige Auswirkungen im betrieblichen Alltag. Das betriebliche Eingliederungsmanagement nach dem SGB IX § 84 regelt die Verpflichtungen der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, ihre Mitarbeitenden hier zu unterstützen. Andererseits kann die Befürchtung nicht kalkulierbarer Arbeitsunfähigkeitsepisoden bedingt durch psychische Erkrankung ein Entlassungsmotiv sein.⁹

⁹ Schubert, M., Parthier, K., Kupka, P. u.a.: Menschen mit psychischen Störungen im SGB II; IAB Forschungsbericht 12/2013, S. 26

Für die Unterstützung schwerbehinderter Menschen mit einem besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung sind Integrationsfachdienste (IFD) zuständig. Hierzu gehören ausdrücklich auch Menschen mit einer psychischen Störung. Sie machen knapp 28% der durch den IFD betreuten Menschen aus.

Aber auch bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, aber keiner anerkannten Schwerbehinderung, können Leistungen zum Erhalt des Arbeitsplatzes im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden.

3.2.3.2 Wege in Arbeit - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. beruflichen Rehabilitation

Angebote zur beruflichen Rehabilitation umfassen insgesamt Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen, Berufsvorbereitung, Aus- und Fortbildung, Umschulungen, Arbeits- und Berufsförderungen sowie Maßnahmen (im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich) in anerkannten WfbM. Grundsätzlich verbunden ist mit diesen Angeboten das Ziel der Inklusion und Teilhabe am Arbeitsleben, also dort zu arbeiten, wo auch alle anderen arbeiten. Zu unterscheiden ist die außer- bzw. überbetriebliche berufliche Rehabilitation und die vorrangig betrieblich ausgerichtete Rehabilitation.

So ermöglichen bundesweit

- ca. 50 Einrichtungen nach der Empfehlungsvereinbarung zur beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker mit ca. 1700 Plätzen als Trainingsmaßnahme eine Vorbereitung auf die Arbeitsaufnahme,
- 15 berufliche Trainingszentren (BTZ) als Wiedereinstiegsbegleitung von Erwachsenen mit einer psychischen Störung in den allgemeinen Arbeitsmarkt, den Erhalt vorhandener Arbeitsplätze,
- 50 Berufsbildungswerke (BBW – Schwerpunkt Jugendliche) und 28 Berufsförderungswerke (BFW – Schwerpunkt Erwachsene) mit beruflichen Vorbereitung/Trainings berufliche Aus- und Weiterbildung und Förderung der Arbeitsaufnahme

und damit Leistungen der beruflichen Rehabilitation in dualer Form. Neben der überbetrieblichen Vorbereitung und Qualifizierung werden auch betriebliche Erprobungsphasen integriert.

Berufliche Rehabilitationsleistungen werden aber auch als betriebliche Maßnahmen oder zumindest mit überwiegend betrieblichem Anteil von Bildungsträgern angeboten.

Berufliche Rehabilitation und Fördermaßnahmen mit hohem betrieblichen Anteil erhöhen nachweislich die Integrationschancen („erst platzieren dann rehabilitieren“).

Die Rentenversicherung berücksichtigt im Interesse nachhaltiger Erfolgssicherung seit einigen Jahren unter dem Stichwort „Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation“ (MBOR) stärker den beruflichen Hintergrund der Rehabilitanden, um eine noch bessere berufliche Wiedereingliederung der Rehabilitanden zu erreichen. Dabei werden gezielt diagnostische und therapeutische Leistungen mit Berufsbezug erbracht, um die Inhalte der Rehabilitation mit der Arbeitsrealität der Rehabilitanden besser zu verzahnen, Ausgangspunkt ist ein differenzierter Vergleich von beruflichen Anforderungen und Fähigkeiten.

3.2.3.3 Wege in Arbeit - Leistungen zur Arbeitsförderung

Sofern eine Erwerbsfähigkeit von mindestens drei Stunden täglich vorliegt, sind neben den Leistungen der beruflichen Rehabilitation auch Leistungen zur Arbeitsförderung möglich. Hier sind Fort-, Weiterbildungs- und Ausbildungsförderung möglich, aber auch Assessment und Unterstützung bei der Arbeitsaufnahme bis hin zum Jobcoaching und Integrationsjobs (mit Mehraufwandsentschädigung oder auch mit Lohnkostenzuschüssen). Darüber hinaus sind bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung auch Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung zum Erhalt oder zur Erlangung eines Arbeitsplatzes möglich.

Entscheidend ist hier, dass die Agenturen und die Jobcenter in ihrer Beratung und ihren Fördermaßnahmen die besonderen Bedarfe von Menschen mit psychischen Störungen berücksichtigen.

Die Studie des IAB „Menschen mit psychischen Störungen im SGB II“¹⁰ zeigt auf, dass die aus einer psychischen Erkrankung abzuleitenden gesundheits- bzw. rehabilitationsbezogenen Aspekte im Rahmen der allgemeinen Vermittlung ungenügend berücksichtigt werden. Bei den Vermittlungsfachkräften fehlt es an spezifischem Wis-

¹⁰ Schubert, M., Parthier, K., Kupka, P. u.a.: Menschen mit psychischen Störungen im SGB II; IAB Forschungsbericht 12/2013, S. 26

sen über psychische Erkrankungen und deren Bedeutung für den Erfolg der Vermittlungsarbeit.

3.2.3.4 Wege in Arbeit - Angebote bei eingeschränkter Erwerbsfähigkeit

Arbeitsmöglichkeiten und -orte sind wesentlich eingeschränkt, sofern die Erwerbsfähigkeit weniger als drei Stunden am Tag beträgt bzw. entsprechend weitgehend eingeschränkt ist.

Nach aktueller Rechtslage sind nur Angebote von anerkannten WfbM (SGB IX § 40 ff) oder sehr begrenzt Angebote des Zuverdienstes für die Betroffenen verfügbar. Zukünftig werden auch Anbieter, die nicht als Werkstattträger anerkannt sind, Beschäftigung und Bildungsangebote vorhalten können.

Werkstätten für Menschen mit Behinderungen

20 Prozent der Menschen mit langandauernden Erkrankungen sind in einer Werkstatt für behinderte Menschen tätig.

Die über 600 WfbM in Deutschland haben einen Beschäftigtenanteil mit psychischen Erkrankungen von ca. 20%. Für alle Beschäftigten zeigt sich eine starke Tendenz des Verbleibens in der WfbM: weniger als 0,2% gelingt der Übergang auf den ersten Arbeitsmarkt.¹¹ Gleichzeitig steigen die Zahlen der Beschäftigten in den WfbM kontinuierlich. Ende 2013 waren mit rund 301.000 Menschen 65.000 mehr beschäftigt als zehn Jahre zuvor. Dies zeigt, dass behinderte Menschen immer weniger Zugang zum ersten Arbeitsmarkt finden.¹²

Das im Bundesteilhabegesetz verankerte Budget für Arbeit bietet jetzt bundesweit erweiterte Möglichkeiten, Übergänge in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu eröffnen.

Unterstützte Beschäftigung als Alternative zur Werkstatt

Die Unterstützte Beschäftigung (UB) ist die betriebliche Qualifizierung, Einarbeitung und Begleitung in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes nach dem Grundsatz „Erst platzieren, dann rehabilitieren“ von Menschen mit Behinderung, die einen hohen Bedarf an individueller Unterstützung aufweisen und bei denen zum Zeitpunkt

¹¹ ISB-Gesellschaft für Integration, Sozialforschung und Betriebspädagogik: Entwicklung der Zugangszahlen zu Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, Berlin 2008

¹² <https://www.integrationsaemter.de/Budget-fuer-ArbeitAlles-aus-einer-Hand/546c7899i1p62/index.html>

der Teilnahme an Unterstützter Beschäftigung eine Aus- bzw. Weiterbildung nicht erfolgversprechend ist.

Bundesweit wurden 2015 ca. 4000 Maßnahmen der Unterstützten Beschäftigung durchgeführt; der Anteil der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen liegt etwa bei 20 %.

Zuverdienst

Zuverdienst ist ein Angebot für Menschen, die aufgrund ihrer Beeinträchtigungen nur stundenweise in der Lage sind zu arbeiten und in der Regel nicht die Aufnahmebedingungen für die WfbM erfüllen. Arbeitszeiten können in der Regel individuell verhandelt werden. Zuverdienst ist ein niedrighschwelliges, inklusives Angebot und schließt damit eine Lücke im Arbeitsangebot für Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen. Nach Schätzungen der BAG Integrationsfirmen, die den Aufbau von Zuverdienstprojekten intensiv begleitet, ist von ca. 2.500 Zuverdienstplätzen auszugehen. Bisher waren die gesetzlichen Grundlagen nicht eindeutig definiert. Mit dem Bundesteilhabegesetz sind hier bedingte Verbesserungen durch die Möglichkeiten der Mitarbeit in Integrationsfirmen mit verminderten Stundenzahlen erfolgt.

3.2.4 Inklusion im Fokus integrierter Hilfeplanung und regionaler Steuerung

3.2.4.1 Integrierte Hilfeplanung

Bei psychischen Störungen tritt häufig - insbesondere bei längeren Verläufen - Hilfe- und Unterstützungsbedarf in mehreren Leistungsbereichen auf. Das gegliederte System ordnet hier unterschiedliche Leistungsträger und -zuständigkeiten zu. Um zu erreichen,

- dass eine Leistungserbringung wie aus einer Hand erfolgt,
- dass Leistungen durch einfachen Zugang in Anspruch genommen werden können,
- dass durch die gemeinsame Planung die Lebenswelt- und Inklusionsorientierung gewährleistet werden kann,
- und dass Exklusion nicht durch fehlende Hilfen weiter voranschreitet,

sind die Leistungen individuell zu ermitteln und entsprechend integriert zu planen.

Personenzentrierte *Behandlungs-, Pflege- und Rehabilitationsplanung* bzw. Hilfeplanung bei komplexem Hilfebedarf muss somit *integrierte* Planung sein, die ausdrücklich forensische Patientinnen und Patienten einschließt. Alle Leistungsbereiche sind bei Bedarf einzubeziehen.

Der Bund und ein Teil der Länder haben in Rahmen von Implementationsprojekten zum Personenzentrierten Ansatz Verfahren zur integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung erprobt. Es hat sich gezeigt, dass für die Bedarfsermittlung geeignete abgestimmte personenzentrierte und möglichst einheitliche Instrumente eingesetzt werden sollten. Hilfeplankonferenzen haben sich zur Verbesserung der gemeinsamen Abstimmung als geeignet erwiesen.

Die Eingliederungshilfeträger haben in der Folge in den Ländern Gesamtplanungsverfahren in unterschiedlicher Form regelhaft vorgeschrieben. Jedoch bleiben diese Verfahren überwiegend auf die Eingliederungshilfeleistungen beschränkt.

Mit dem Novellierungsprozess des SGB IX und des Eingliederungshilferechts sind mit den Regelungen des Teilhabeplan- und Gesamtplanverfahrens neue Regelungen für verbindliche Kooperation und Verfahren geschaffen worden.

3.2.4.2 Regionale Steuerung

In den Empfehlungen der Expertenkommission von 1988 wurde die verbindliche Einführung von Psychiatrieplanung und -steuerung auf regionaler und überregionaler Ebene gefordert.

Mit den Gesetzen für den öffentlichen Gesundheitsdienst der Länder wird in der Regel die Koordination der psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung den unteren Gesundheitsbehörden als eigenständige gesetzliche Aufgabe übertragen. In den Sozialgesetzbüchern ist die regionale Steuerung allen beteiligten Leistungsträgern zugewiesen. Hierzu sollen regionale Arbeitsgemeinschaften gegründet werden.

Die wesentliche Zielsetzung muss sein, die regionale Sicherstellung bedarfsgerechter Hilfen zu gewährleisten (§ 17 SGB I) und Fehl-, Unter- und Überversorgung zu vermeiden. Auch in Bezug auf Inklusion und Sozialraumorientierung können hier Impulse gesetzt werden.

Auf der Ebene der Leistungsträger erfordert dies die Bereitschaft und Verantwortung zur gemeinsamen Stärken- und Schwächenanalyse und verbindlichen Planung und

Steuerung auf regionaler und überregionaler Ebene. Eine verbindliche Gremienstruktur schafft eine Arbeitsplattform. Eine gesetzliche Grundlage besteht auf folgenden Steuerungsfunktionsebenen, allerdings mit unterschiedlicher Bundes-, Landes- und kommunaler Reichweite:

- Steuerung durch die Arbeitsgemeinschaft der Leistungsträger zur Überwindung von Fehl- und Unterversorgung und Weiterentwicklung der Versorgung im Bereich der Teilhabeleistungen, *Rechtsgrundlage: regionale Arbeitsgemeinschaften SGB IX neu §25 (BTHG)*
- Steuerung der fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung als Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung (Kassenärztliche Vereinigung), *Rechtsgrundlage §§ 72ff SGB V i.V. mit § 99 SGB V*
- Steuerung der Versorgung mit Heilmitteln, Soziotherapie und APP/HK durch Ärzteschaft und Krankenkassen, *Rechtsgrundlage §§ 32, 37, 37a SGB V i.V.m. §§ 124ff SGB V*
- Steuerung der Krankenhausplanung durch regionale Planungskonzepte und Entscheidungsverantwortung bei dem für Gesundheit zuständigen Ministerium des Landes. *Rechtsgrundlage: Landeskrankenhausgesetze*
- Steuerung der Arbeitsförderung durch die Bundesagentur für Arbeit, die Jobcenter und durch die Kommunen, *Rechtsgrundlage SGB II/III*
- Steuerung der Pflege durch die Pflegekassen, Sozialhilfeträger, Kommunen, *Rechtsgrundlage SGB XI / SGB XII*
- Steuerung Forensik: *Landeszuständigkeit / Schnittstelle zu SGB IX und SGB V*

In der Praxis haben sich regional kooperative Steuerungsgremien entwickelt mit einem unterschiedlich hohen Maß an Steuerungsfunktion:

- a. im Rahmen kommunaler Gesundheitskonferenzen als integrierte Arbeitsgemeinschaft,
- b. im Rahmen von psychosozialen Arbeitsgemeinschaften oder Sozialpsychiatrischen Verbänden,
- c. im Rahmen von Eingliederungshilfebezogenen Steuerungsstrukturen,
- d. Psychiatriebeiräte

Zudem ermöglichen regionale Leistungserbringerverbände:

- Kooperation auch unter den Bedingungen des Wettbewerbs
- Qualitätssicherung
- möglichst freiwillige Sicherstellungsverpflichtung
- Verfahrensabsprachen für die Koordination der Einzelfallhilfe
- gemeinsame Fortbildung und
- Organisation von Beschwerdewesen (einschließlich Finanzierung).

Die 25 regionalen gemeindepsychiatrischen Verbände, die sich in der BAG GPV zusammengeschlossen haben und sich deren Qualitätsstandards verpflichtet haben, nutzen diese Möglichkeiten weitgehend.

3.3 Dialog und Selbsthilfe

Psychiatrische Selbsthilfe beinhaltet im wesentlichen Information und Beratung, Erfahrungsaustausch und die Begleitung von Betroffenen und Angehörigen, sowie im Einzelfall die Entwicklung praktischer Angebote. Darüber hinaus beinhaltet sie die Interessensvertretung und die politische Lobbyarbeit für Betroffene und Angehörige. Wichtige neue Impulse für die Selbsthilfebewegung in Deutschland wurden durch die Dialog-Bewegung, also den hierarchiefreien Austausch zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und psychiatrischen Fachkräften und in den letzten Jahren durch den Einsatz von Psychiatrie-Erfahrenen als Genesungsbegleitung (EX-IN Ausbildung) gegeben.

Im Zusammenhang mit der stärkeren Betonung der Partizipation und Selbstbestimmung von Betroffenen und Angehörigen rückt die Selbsthilfe verstärkt als Instrument zur Vorbereitung und Umsetzung von Teilhabe und Mitbestimmung in den Fokus.

Die organisierte Selbsthilfe hat sich in Deutschland mit der Gründung des Bundesverbandes der Angehörigen Psychisch Kranker (BApK) 1985 und der Gründung des Bundesverbands der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE) 1992 im europäischen Vergleich spät etabliert. Mittlerweile gibt es aber ein sehr breites Spektrum an lokalen Initiativen, Landesorganisationen und Bundesverbänden.

3.3.1 Grundlage der Selbsthilfe

Psychiatrie-Erfahrene sind Expertinnen und Experten in eigener Sache. Als Betroffene können Sie auf gleiche oder ähnliche Erfahrungen zurückblicken. In der Selbsthilfe

fe entsteht durch die Auseinandersetzung mit den gemachten Erfahrungen und den jeweiligen Anliegen der Selbsthilfegruppen ein Erfahrungswissen über:

- hilfreiche und weniger hilfreiche Angebote und Strukturen
- Bewältigungsmöglichkeiten und Problemlösungsstrategien
- die Bedeutung von Informationen und Wahlmöglichkeiten
- verdeckte und strukturelle Gewalt, Fremdbestimmung und Zwang
- den persönlichen Hintergrund psychischer „Störungen“

Dieses Expertenwissen stellt die Selbsthilfebewegung anderen Psychiatrie-Erfahrenen zur Verfügung und bringt es in den Diskurs über die Struktur der psychiatrischen Versorgung ein.

3.3.2 Selbsthilfebewegung in der Psychiatrie

Der Besuch einer Selbsthilfegruppe kann ein wichtiger Teil der Bewältigung und des Umgangs mit einer psychischen Erkrankung sein. Es gibt sowohl Gruppen nur für Betroffene bzw. Angehörige als auch gemischte Gruppen.

Selbsthilfe stärkt die Betroffenen bei der Meinungsbildung und der Selbstvertretung gegenüber den psychiatrischen Fachkräften, sie fördert Selbstbestimmung, Empowerment und die Selbstorganisation. Damit ist Selbsthilfe ein wichtiges Instrument zur individuellen und kollektiven Partizipation Betroffener in der Gestaltung der Gesundheitsversorgung.

Seit dem Jahr 2000 fördern die gesetzlichen Krankenversicherungen Selbsthilfegruppen und Verbände (Förderung der Selbsthilfe nach § 20h SGB V). Bei der Förderung wird zwischen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung (Pauschalförderung) und der krankenkassenindividuellen Förderung (Projektförderung) unterschieden.

Obwohl die stabilisierende und stärkende Wirkung der Beteiligung an Selbsthilfegruppen bekannt ist, gibt es kaum eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen Leistungserbringern (insbesondere Krankenhäusern) und Selbsthilfegruppen, während diese Kooperation im Suchtbereich zum Standard gehört. Hier werden Selbsthilfegruppen schon während der stationären Versorgung als begleitendes Angebot einbezogen. Dadurch wird auch der Weg gebahnt, bei der Rückkehr ins soziale Umfeld bereits in eine abstinenten Kultur eingebunden zu sein. Zur Unterstützung von Übergängen, aber auch als langfristige Perspektive kann organisierte Selbsthilfe auch für psychisch kranke Menschen einen wichtigen Beitrag leisten, der

zudem soziale Inklusion fördert. Dieser Aspekt sollte zukünftig mehr Beachtung finden.

3.3.3 Spezialisierte Selbsthilfe

Es gibt eine Vielzahl diagnosespezifischer Gruppen beispielsweise für Menschen mit Depressionen, Angststörungen, Zwängen, Borderline-Symptomen, posttraumatischen Belastungsstörungen usw. Einige diagnosespezifische Gruppen haben nicht nur das Anliegen, den betroffenen Menschen Unterstützung zu bieten, sondern auch ein neues Verständnis für die Störung in der Öffentlichkeit zu fördern. Insofern sind sie auch politisch tätig. Zu den spezifischen Selbsthilfeorganisationen gehört beispielsweise das Netzwerk Stimmenhören (NeSt), das Stimmen hörende Menschen, deren Angehörige sowie in der Psychiatrie oder Psychotherapie Tätige berät. Das NeSt sucht dabei auch außerhalb der Psychiatrie nach neuen Wegen, wie Stimmen hörenden Menschen, die unter ihren Stimmen leiden, besser geholfen werden kann. NeSt veranstaltet Kongresse und bietet Fortbildungen an. Insofern entsteht eine lebendiger Austauschprozess zwischen Betroffenen Angehörigen und Fachkräften, sowie zwischen Wissenschaft und Erfahrungswissen.

3.3.4 Politische Selbsthilfe

Neben der "klassischen" Selbsthilfe, bei der es um Kontakte, Erfahrungsaustausch, Umgang mit Krisen, Alltagsprobleme und auch um Freizeitgestaltung geht, ist die politische Selbsthilfe von großer Bedeutung. Diese formierte sich vor allem als Gegenpol zur etablierten Psychiatrie mit der Forderung, an Planungen, Entscheidungen und Gestaltungen der psychiatrischen Behandlung beteiligt zu werden. In einigen Regionen sind Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige in den wichtigsten psychiatriepolitischen Gremien vertreten, etwa in kommunalen Psychiatrie-Beiräten, regionalen psychosozialen Arbeitsgemeinschaften, Klinikbeiräten, Besuchskommissionen usw. Auf Landes- und Bundesebene sind Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige bereits beteiligt, so zum Beispiel in dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzteschaft, Psychotherapeutenschaft, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen

Krankenversicherung (GKV) und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden.

Aber auch in vielen weiteren Bereichen versuchen Selbsthilfeorganisationen, Einfluss auf politische Entwicklungen und Gesetzesvorhaben zu nehmen.

3.3.4.1 Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE)

Der BPE wurde 1992 gegründet und ist in allen Bundesländern mit Landesverbänden vertreten mit Ausnahme von Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz (eigenständige Landesverbände). Zu seinen Hauptaufgaben gehören die Unterstützung von Initiativen wie dem Netzwerk Stimmenhören, die politische Forderung nach einer gewaltfreien Psychiatrie, aber auch die konkrete Beratung zu Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen. Der BPE unterstützt den Aufbau regionaler Selbsthilfe- und Beratungsangebote von Psychiatrie-Erfahrenen für Psychiatrie-Erfahrene und hält verschiedene Leitfäden und Beratungsangebote zu Themen wie Psychopharmaka-Reduktion oder zum Umgang mit seelischen Erschütterungen („Verrücktheit steuern“) vor.

3.3.4.2 Der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK)

Der BApK setzt sich als Familien-Selbsthilfe seit 1985 für die Belange von psychisch kranken Menschen und deren Familien ein. Der BApK ist in allen Bundesländern mit Verbänden organisiert. Der BApK und seine Landesorganisationen bieten Aufklärung, Beratung und Information, dies insbesondere auch über die selbstfinanzierte SeeleFon-Beratung.

Der Schwerpunkt der Verbandsarbeit liegt zunehmend auf der Zusammenarbeit und Kooperation mit anderen Bündnispartnern, z.B. der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe, beim Kontaktgespräch Psychiatrie oder in Arbeitskreisen der DGPPN, aber auch bei der Anti-Stigma- und Öffentlichkeitsarbeit, u.a. im Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit.

3.3.4.3 Bundesnetzwerk “Selbsthilfe seelische Gesundheit”

Im November 2016 hat sich auf Bundesebene mit dem Bundesnetzwerk Seelische Gesundheit ein Zusammenschluss von Selbsthilfeverbänden konstituiert, der politische, erfahrungsorientierte und diagnosebezogene Selbsthilfeverständnisse unter

einem Dach vereinen will. Es ist vorgesehen, auch die politische Selbstvertretung im Rahmen des Netzwerkes zu organisieren.

3.3.5 Trialog und Anti-Stigma

Eine Veranstaltungsform, die man zwischen einer Selbsthilfegruppe und einer politischen Interessenvertretung ansiedeln kann, sind die Trialog-Seminare. Das Kunstwort Trialog meint in Anlehnung an die Worte Monolog und Dialog das Gespräch unter Dreien. Trialog bietet einen Raum der Begegnung für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte aus der Psychiatrie. Trialogseminare vermitteln keine Theorien, sondern Austausch über subjektive Krankheitsvorstellungen und Bewältigungswege. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erweitern im gegenseitigen Austausch ihre Perspektiven und ihre Sichtweise von psychischen Erkrankungen. Der Trialoggedanke hat auch auf psychiatriepraktischer und psychiatriepolitischer Ebene Einzug gehalten. Aus dem Trialog haben sich Anti-Stigma-Projekte an Schulen entwickelt, in denen Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und psychiatrische Fachkräfte gemeinsam über seelische Erschütterungen berichten und die Schüler und Schülerinnen dazu einladen, Vorurteile zu überwinden und über eigene Erfahrungen zu sprechen. Der Trialog ist in der Tagungs- und Fortbildungskultur weitgehend etabliert. Immer mehr Fortbildungsträger und Hochschulen arbeiten mit psychiatrie-erfahrenen Dozentinnen und Dozenten, um den Studierenden Informationen aus einer Erfahrungsperspektive zu bieten.

3.3.6 Professionelle Peer-Arbeit

Seit 10 Jahren etabliert sich in der Psychiatrie der professionelle Einsatz von Peer-Arbeit (Hilfe von Betroffenen für Betroffene), was in Deutschland bisher nur aus der Suchthilfe bekannt war. Für Personen, die im Bereich der psychiatrischen Versorgung diese Tätigkeit ausüben hat sich der Begriff „Genesungsbegleiterin und -begleiter“ oder „Peer-Begleiterin bzw. -begleiter“ etabliert. Die Einbeziehung von Genesungsbegleitung in die psychiatrische Versorgung soll dazu beitragen, die Angebote psychiatrischer Leistungserbringer besser an die Bedürfnisse der Klienten und Klientinnen anzupassen. In dem gleichnamigen EU-Projekt wurde vor 11 Jahren die auf Erfahrungswissen beruhende EX-IN Ausbildung entwickelt, bei der Menschen, die schwere psychische Krisen durchlebt haben, als Genesungsbegleiter und -

begleiterinnen ausgebildet werden. Mittlerweile wird die EX-IN Qualifizierung an über 30 Standorten in Deutschland angeboten. Genesungsbegleiterinnen und -begleiter arbeiten in fast allen psychiatrischen Versorgungsangeboten wie Krankenhäusern, Tageskliniken, Wohnheimen, im Betreuten Wohnen, in Beratungsstellen usw. Die Erfahrungen und Perspektiven, die aus dem Erleben psychischer Erkrankungen und deren Bewältigung hervorgehen, schaffen einen Zugang zu Menschen in Krisen, der von Fachkräften ohne diesbezüglichen Erfahrungshintergrund auf diese Art nicht hergestellt werden kann.

Genesungsbegleitung ist eng mit dem Konzept des Empowerments verknüpft. In der Praxis zeigen sich viele positive Auswirkungen für die Nutzer und Nutzerinnen der Angebote, aber auch für die Genesungsbegleitungen selbst. Ein besonderes Beispiel für den Einsatz von Genesungsbegleitung ist das Klinikum Reinkenheide in Bremerhaven, das mittlerweile 7 Genesungsbegleitungen mit 20-30 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit in der Stationsarbeit einsetzt. Erste Ergebnisse aus der Begleitforschung haben gezeigt, dass ihr Einsatz einen wesentlichen Beitrag zu einer stärkeren Orientierung auf personenbezogene Behandlung und Genesungsförderung der Behandlung geleistet hat und zu mehr Patientenzufriedenheit führt. Ähnliche Ergebnisse hat die Forschung der Universitätsklinik Hamburg Eppendorf zu dem Peer-Einsatz in Hamburg ergeben.

Die professionelle Peer-Arbeit ist ein Grenzbereich der Selbsthilfe. Im Gegensatz zur Selbsthilfe ist diese in der Regel nicht unabhängig, sondern durch die Bezahlung der Genesungsbegleitungen und durch ihre Position als Mitglied eines professionellen Teams ein systemimmanentes Angebot. Dies stellt besondere Anforderung an die Genesungsbegleiterinnen und -begleiter, ihre Identität als Psychiatrie-Erfahrene zu erhalten und sich nicht an die bereits etablierten Berufsbilder anzupassen.

3.3.7 Partizipation

Zentral bei der Einbeziehung von Angehörigen und Betroffenen ist deren Erfahrung mit psychischen Erkrankungen und dem Hilfesystem. Im Sinne der UN-BRK besteht die Herausforderung, nicht nur der Fachwelt eine Expertenmeinung zuzugestehen, sondern auch den Betroffenen selbst. Das Wissen aus Erfahrung muss daher ein elementarer Bestandteil von psychiatrischer Planung, Entwicklung und Evaluation werden. Es geht bei der Einbeziehung von Angehörigen und Erfahrenen nicht nur

darum, sie zu beteiligen und ihre Meinung anzuhören, sondern ihre Erfahrungen und ihr Wissen als Expertise zu nutzen.

In Bezug auf Versorgungsplanung arbeiten z.B. in Bremen die Politik, Kostenträger, Leistungserbringer und die Betroffenen zusammen, um gemeinsam die Gestaltung, Zulassung, Durchführung und Evaluation psychiatrischer Dienste zu bestimmen und in der Entwicklung von Leitlinien für Versorgungsstrukturen festzulegen. Ziel dieser Versorgungsplanung ist nicht nur, die Betroffenen anzuhören, sondern im Sinne einer Ko-Produktion Über-, Unter-, Fehlversorgung zu identifizieren, um Angebote vorzuhalten, die gebraucht, gewünscht und genutzt werden. Ko-Produktion in der psychiatrischen Versorgungsplanung soll die Teilhabe und Verantwortungsübernahme von Nutzerinnen, Nutzern und Angehörigen an der Strukturentwicklung sicherstellen.

II. Handlungsempfehlungen Inklusion – Auftrag und Umsetzung, Dialog und Selbsthilfe

A Behandlung

Patientenorientierte Evaluation des neuen Entgeltssystems

Die Notwendigkeit und der besondere Fokus einer Begleitforschung zu den Auswirkungen des künftigen neuen Entgeltssystems (PsychVVG) auf Landespsychiatrieplanungen, z.B. Regelungen zu „stationsäquivalenten Leistungen“ (Hometreatment) sowie zu Anpassungen der Bettenzahlen in stationären psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen im Rahmen der Krankenhausplanung durch die zuständigen Landesbehörde ist auf Länderebene zu prüfen. Dabei ist auch die Perspektive der Teilhabe- und Inklusionsorientierung zu integrieren.

Sektorübergreifende integrierte Behandlung und Rehabilitation stärken

Die aktuellen 64b-Modellvorhaben und die besonderen Versorgungsverträge geben wichtige Impulse in Richtung einer setting- und sektorübergreifenden Versorgung, die eine lebensweltorientierte Behandlung ermöglicht.

Dieser Erprobungs- und Umsetzungsprozess sollte durch die Imitierung weiterer Modellvorhaben in den Ländern forciert werden, die den Fokus auf die Schnittstellen

- zwischen dem ambulanten und Kliniksektor und gemeinsamen Finanzierungsmodellen
- zwischen der sektorübergreifenden Behandlung und Leistungen zur Eingliederungshilfe bzw. Jugendhilfe und der Pflege

legen.

ICF-Konzept im Behandlungskontext implementieren

Das ICF-Konzept bietet wesentliche Ansätze, die Beeinträchtigungen und Ressourcen der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu ermitteln und umfassend in der integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung zu berücksichtigen. Mit Anwenderinnen und Anwendern des ICF-Konzeptes sollten die Praktikabilität im stationären und ambulanten Behandlungssektor eruiert und notwendige Anpassungen vorgenommen werden. Hierzu sollten idealerweise Entwicklungsprojekte

in den Ländern und eine bundesweite Vernetzung bei der Ergebnisauswertung vereinbart werden.

Ambulante Krisenhilfen ausweiten

Ambulante psychosoziale und psychiatrische Krisenhilfe bzw. die Vorhaltung von Krisendiensten berührt unterschiedliche sozialrechtliche Zuständigkeiten (Prävention, Daseinsvorsorge, Behandlung, Teilhabe, Kinder- und Jugendhilfe). Im aktuellen Fachdiskurs wird eine gemeinschaftliche Verantwortung und Finanzierung unter Mitwirkung von Kommunen, Krankenversicherung und Eingliederungshilfe als zielführend angesehen. Es sollten auf Bundesebene eine Zusammenführung der bisherigen Erfahrungen in den Ländern erfolgen und daraus Empfehlungen für die Umsetzung entwickelt werden.

Ambulante Behandlung – Wartezeiten verkürzen, komplexer ausrichten und Zugang erleichtern

Durch die neuen Psychotherapie-Richtlinien wird es möglich sein, Wartezeiten in diesem Bereich zu verkürzen. Hier ist es auch Aufgabe der Länder, die entsprechende Umsetzung zu begleiten. Zu beobachten ist auch die Entwicklung von internetgestützten Therapieangeboten, die hier ergänzend wirksam sein können.

Die ambulante Soziotherapie und die psychiatrische Pflege sind wesentliche Säulen in der ambulanten, lebensweltorientierten Behandlung. Für die Soziotherapie mit ihrem Koordinations- und Motivationsauftrag bestehen auf der Grundlage der neuen Richtlinien, der extrabudgetären Vergütung und gesetzlich neu verankerten Schiedsstellenfähigkeit neue Umsetzungsperspektiven. Für die ambulante psychiatrische Pflege sind die Rahmenbedingungen auf Bundesebene in Bezug auf die Richtlinien weiterzuentwickeln. Auch Landesrahmenvereinbarungen sind patientenorientiert neu zu formulieren.

Neue Wege bei andauerndem fremd- und selbstgefährdenden Verhalten

Die Durchführung von Modellvorhaben zur Erprobung von Konzepten alternativer Behandlung und Betreuung bei Überforderung des Regelsystems mit Patientinnen und Patienten mit andauerndem fremd- und selbstgefährdenden Verhalten ist unter Einbeziehung der Eingliederungshilfe bzw. Jugendhilfe in den Ländern anzustreben. Soteria-Konzepte und Erfahrungen sind dabei einzubeziehen. Zielsetzung ist es,

durch koordinierte und personalintensive Behandlung und Betreuung und durch die sektorübergreifende Kooperation verschiedener Leistungserbringer der Exklusion dieser Patientengruppe entgegenzuwirken.

B Soziale Teilhabe und Inklusion

Dezentralisierung und Verkleinerung von Wohnangeboten voranbringen

Die qualitative Verbesserung der vorhandenen Strukturen bedeutet auch, dass der Prozess der Dezentralisierung und Verkleinerung der Wohnheime weiter vorangehen muss. Es ist nachgewiesen, dass mit Zunahme des Institutionalisierungsgrades der Wohnform unerwünschte Effekte zu- und die Lebensqualität abnehmen. Deshalb sollte eine Dauerinstitutionalisierung vermieden werden.

Bedürfnisangepasste Wohnangebote realisieren

Gleichzeitig ist zu gewährleisten, dass auch die am stärksten benachteiligten Menschen ein bedürfnisangepasstes Wohnangebot erhalten. Dies bedeutet insbesondere, Menschen mit schwersten psychischen Behinderungen, die von Obdachlosigkeit bedroht sind, Stabilität und neue Perspektiven zu geben.

Bezahlbaren Wohnraum ermöglichen

Da bezahlbarer Wohnraum Mangelware ist, gilt es außerdem, Wohnungsbauunternehmen und private Vermieter und Vermieterinnen zu gewinnen. Voraussetzungen hierfür könnten finanzielle Anreize und Sicherheiten von Seiten der Kommunalverwaltung sein. Im Idealfall sind Wohnungsbauunternehmen bereit, im Sinne des Gemeinwohls Wohnungen zur Verfügung zu stellen und/oder ein entsprechendes Wohnprojekt mit zu realisieren.

Inklusionsfördernde Wohn- und Unterstützungsformen ausbauen

Insgesamt ist es erforderlich, Wohnangebote so zu gestalten, dass sie Inklusion fördern bzw. bestehende inklusionsfördernde Wohnmöglichkeiten bevorzugt ausbauen. Zu solchen Angeboten zählt auch das Wohnen in Gastfamilien, das derzeit in neun Bundesländern angeboten wird, insgesamt aber regional sehr unterschiedlich entwickelt ist. Mit der Gestaltung des Wohnungsfelds und des öffentlichen Raums sowie der Schaffung von sozialen Infrastrukturangeboten leistet das Bund-Länder-

Städtebauförderungsprogramm „Soziale Stadt“ wichtige Beiträge zur Integration und Inklusion aller Menschen im Quartier. Ein besonderer Fokus ist hier auf die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu richten.

Den „dritten Sozialraum“ entwickeln

Als „dritter Sozialraum“ ist der Stadtteil, das Viertel, die Dorfgemeinschaft (zwischen dem Sozialraum des Privaten und des Öffentlichen) als Wir-Raum zu verstehen, weil der Privatraum zu klein und der öffentliche Raum zu groß und zu anonym ist. Speziell im „dritten Sozialraum“ können und sollten Begegnungen, Treffen, Patenschaften zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und anderen Bürgerinnen und Bürgern gefördert und organisiert werden. Denn es ist mittlerweile erwiesen, dass Anti-Stigma-Kampagnen vor allem dann erfolgreich sind, wenn sie den direkten Kontakt zu psychisch erkrankten Menschen herstellen und einen interaktiven Austausch ermöglichen.

Kommunalpolitische Unterstützung für inklusiven Sozialraum organisieren

Die Entwicklung eines inklusiven Sozialraums muss auch und vor allem (kommunal-) politisch gewollt sein und entsprechend gefördert werden. Hilfreiche Instrumente zur Umsetzung der Förderung inklusiver Projekte können dabei kommunale Aktionspläne, Sozial- und Psychiatrieplanung und Psychiatrie- und Behindertenbeiräte sein. Dabei sind Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige von vornherein in kommunalpolitische Prozesse und Gremien idealerweise eingebunden, damit nicht über sie und ihre Belange, sondern mit ihnen diskutiert und entschieden wird. Ebenso wichtig ist es, örtliche Vereine, Sport- und Kultureinrichtungen für den Gedanken der Inklusion und den Abbau von Barrieren zu gewinnen.

C Arbeit, Beschäftigung und Inklusion

Frühzeitige und individuelle Beratung gewährleisten

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in besonderem Maße von Arbeitslosigkeit und Frühberentung betroffen. Sie sollten so frühzeitig wie möglich individuelle Beratung und Information erhalten. Dies sollte erfolgen:

- für psychisch kranke Menschen in Arbeit bereits im Betrieb

- für psychiatrische Krankenhauspatientinnen und –patienten bereits bei Aufnahme in der Klinik und in regelmäßiger Wiederholung
- in der Kontakt- und Beratungsstelle bzw. dem Sozialpsychiatrischen Dienst
- in unabhängigen Beratungsstellen
- durch geschulte Peers
- für Arbeitsuchende bei längerer Krankheit

Mit dem Flexirentengesetz sowie dem Bundesteilhabegesetz werden zukünftig präventive Ansätze in der Rehabilitation gestärkt. Rehabilitationsträger sollten durch geeignete Maßnahmen (z.B. Screeningverfahren) sicherstellen, dass Rehabilitationsbedarfe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung der Leistungsberechtigten hingewirkt wird.

Zu berücksichtigen sind auch diesbezüglich die Ergebnisse der Modellprojekte, die eine umfassende berufsbezogene Gesundheitsuntersuchung und darauf aufbauend eine Gefährdungs- und Potenzialanalyse ab Vollendung des 45. Lebensjahres erproben.

Fördermöglichkeiten umfassend nutzen

Bei der Festlegung der Teilhabeziele muss ein breites Spektrum von Möglichkeiten ins Auge gefasst werden (von Teilzeitarbeit bis hin zu stundenweiser Beschäftigung, geförderter Arbeit im ersten Arbeitsmarkt, Arbeitsassistenz...).

Personenzentrierte und integrierte Bedarfsfeststellung

Bei der Hilfebedarfsfeststellung sollte stärker nach den individuellen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen und den für den Einzelfall bedeutsamen Kontextbedingungen differenziert werden und stärker die Schul-, Arbeits- und Berufsbiographie Berücksichtigung finden.

Aufgrund der erheblichen Bedeutung von Arbeit und Beschäftigung für den Gesundheitsverlauf sollte bei psychisch Kranken frühzeitig vor einer Berentung oder der Zuweisung zu einer WfbM immer eine individuelle ressourcenorientierte Hilfeplanung (mit fachlich anerkannten Planungsverfahren) unter Einbeziehung psychiatrischer Fachleute vorgenommen werden.

Hilfeplankonferenzen für Leistungen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung (in Verzahnung mit sozialer Eingliederung) sollten implementiert werden. Dabei sollte

Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung auch als inklusivere Alternative zu Betreutem Wohnen umgesetzt werden.

Arbeitsverwaltung und Arbeitsförderung qualifizieren

Die Arbeitsverwaltung und Arbeitsförderung sollte hinsichtlich der besonderen Bedürfnisse psychisch beeinträchtigter Menschen qualifiziert werden. Dies beinhaltet auch die Beteiligung an integrierter Bedarfsfeststellung, Planung und Umsetzung.

Betriebsnahe und betriebsintegrierte Konzepte stärken

Bei den rehabilitativen Angeboten zeigen die Ansätze des supported employment eine vielversprechende inklusive Perspektive. Training-on-the-job-Maßnahmen sollten daher dringend ausgebaut werden.

Die Rehabilitation wird von der gesetzlichen Rentenversicherung bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bereits in Modellprojekten weiterentwickelt (z.B. berufliche Grundqualifikation durch Betriebspraktika und „trainings on the job“ für psychisch erkrankte Menschen, psychologische Begleitung bei der beruflichen (Wieder-)Eingliederung, „Work Hardening“ durch simulierte Arbeitstätigkeiten, Arbeit mit Etappen bzw. Wochenzielen, Schulung ergonomischer Arbeitstechniken, Ansätze zum Stressabbau sowie konkrete Empfehlungen zur Arbeitsperspektive).

Bei diesen Ansätzen ist eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten erforderlich, um eine frühzeitige Einleitung sowie die nahtlose und zügige Durchführung der erforderlichen Leistungen und Maßnahmen sicherzustellen. Partner in diesen Netzwerken sind neben den Reha-Beratern der Rentenversicherungsträger die Agenturen für Arbeit, Unternehmen und Betriebe, Bildungsträger und Integrationsfachdienste, Beratungsstellen sowie Fachärztinnen und Fachärzte.

Flexibilisierung des Werkstattangebots fortsetzen

Flexibilisierung sollte durch Auslagerung des Berufsbildungs- bzw. des Arbeitsbereichs und Schaffung von Teilzeitarbeitsplätzen erfolgen. Durch das Bundesteilhabegesetz werden auch so genannte „andere Anbieter“ Aufgaben, die bisher den WfbM vorbehalten waren, übernehmen können. Für beide Anbieter gilt, dass die Übergänge in den allgemeinen Arbeitsmarkt durch intensive, qualifizierte, dauerhafte Begleitung forciert werden müssen.

Die im Bundesteilhabegesetz verankerte Möglichkeit des Budgets für Arbeit sollte auf den Erfahrungen der Modellerprobungen bundesweit forciert angewandt werden.

Ausbau niedrigschwelliger Zuverdienstmöglichkeiten

Für Menschen, die die Anforderung einer WfbM nicht erfüllen, müssen niedrigschwellige Zuverdienstmöglichkeiten ausgebaut werden.

Psychische Gefährdung am Arbeitsplatz verhindern – betriebliches Eingliederungsmanagement stärken

Zur allgemeinen Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz muss § 5 des Arbeitsschutzgesetzes mehr Beachtung finden. Die Unternehmen werden hier verpflichtet, sich mit den psychischen Belastungen an den jeweiligen Arbeitsplätzen zu beschäftigen, diese zu untersuchen, zu dokumentieren, auf ein Minimum zu reduzieren und auf eine Vermeidung bzw. Reduzierung von Fehlbelastungen hinzuwirken.

Das betriebliche Eingliederungsmanagement in Bezug auf psychische Beeinträchtigung ist qualifiziert und bedarfsgerecht zu gewährleisten. Dies gilt insbesondere auch für kleinere und mittelgroße Betriebe. Der Firmenservice der Rentenversicherung berät hier zu den Themen medizinische und berufliche Rehabilitation, Präventionsangebote, betriebliches Eingliederungsmanagement und betriebliches Gesundheitsmanagement.

Unterstützung sollte auch durch die Kammern erfolgen.

D Dialog und Selbsthilfe

Ausbau der Selbsthilfe

Die strukturellen Rahmenbedingungen für die Selbsthilfe bei psychischen Störungen sollten bedarfsbezogen gesichert werden. Die mit dem Präventionsgesetz verbundene Erhöhung des Selbsthilfefördervolumens durch die Krankenkassen und neue Möglichkeiten im Rahmen der Pflegeversicherung bieten hier Anknüpfungspunkte.

Partizipation sicherstellen

Nicht zuletzt die UN-BRK stellt die Psychiatrie vor die Aufgabe, Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene nicht nur zu beteiligen, sondern ihnen ein substantielles Mitspracherecht bzw. Entscheidungsrecht zuzugestehen. Dies gilt sowohl bei der individuel-

len Ausgestaltung von Unterstützungsangeboten als auch bei der Planung, Umsetzung und Evaluation psychiatrischer Versorgung.

Recovery und Empowerment fördern

Aktuelle Forschung zur Lebensqualität psychisch kranker Menschen zeigt eindrücklich, dass diese vor allem davon abhängt, dass sich die Betroffenen gesellschaftlich integriert fühlen, ihre Krankheit aktiv angehen können und eine sinnhafte Perspektive in ihrem Leben sehen. Hierfür ist es erforderlich, dass Betroffene die Selbstbefähigung (zurück)gewinnen, ihr Leben (wieder) selbst in die Hand zu nehmen und eigene Lebensentwürfe zu verfolgen. Unterstützung muss sich konsequent an den Ressourcen und Fähigkeiten der Betroffenen und nicht primär an ihren Defiziten ausrichten. Als Wegweiser dienen hier die Konzepte des „Recovery“ und „Empowerment“. Empowerment bezieht sich außerdem auf die Selbstbefähigung von Gemeinschaften Betroffener, in Selbsthilfegruppen sowie auf der Ebene von Beiräten oder Werkstatt-räten. Weiterhin geht es um die Selbstbefähigung zur Gestaltung und Veränderung von Rahmenbedingungen, die Einfluss auf das Leben der Betroffenen haben.

Angehörige stärken

Wenn ein Familienmitglied schwer psychisch erkrankt, trägt die Familie eine große Last und braucht daher dringend Unterstützung. Hierzu gehören leicht zugängliche, übersichtliche Informationen über die Erkrankung und die Hilfsangebote vor Ort. Vor allem müssen Familien von den „Profis“ als gleichberechtigte Partnerinnen und Partner wahr- und ernstgenommen werden, was u.a. voraussetzt, dass ihr Wissen um ihre Angehörigen und ihre umfangreichen und vielfältigen - oft jahrzehntelang erbrachten - Leistungen Anerkennung finden. Familien benötigen außerdem ganz praktische Unterstützung und Entlastung im Alltag, in vielen Fällen auch finanzielle Unterstützung.

Etablierung von Genesungsbegleitung

Der Einsatz von Genesungsbegleitung sollte zukünftig in allen psychiatrischen Angeboten angestrebt werden. Hierzu wird die Förderung und Unterstützung der Ausbildung von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern angeregt. Es muss aber auch eine berufliche Anerkennung von Genesungsbegleitung erfolgen, die eine angemess-

sene Bezahlung der bisher eher als Hilfskräfte eingestuft Peer-Arbeiterinnen und -Arbeiter gewährleistet werden.

III. Zusammenhang Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie

1. Ausgangslage

Der Maßregelvollzug unterliegt im Vergleich zur stationären und teilstationären klinischen Akutversorgung anderen Beeinflussungen. Während es bei der allgemeinpsychiatrischen Versorgung zunächst darum ging, Großkrankenhäuser aufzulösen, Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern zu schaffen, ein ambulant-komplementäres Versorgungsnetz aufzubauen und den Bereich der Eingliederungshilfe strukturell zu stärken, wurde der Maßregelvollzug mit der Forderung von Gesellschaft und Politik nach noch mehr „Sicherheit“ und der Forderung des dauerhaften Wegsperrrens psychisch kranker Straftäterinnen und Straftäter konfrontiert.

Dadurch ist der Eindruck entstanden, dass in dem gesetzlich verankerten Auftrag des Maßregelvollzuges – Besserung und Sicherung – die therapeutische Behandlung zunehmend in den Hintergrund trat.

Die Bundesländer sind hier – mehr als bei der allgemeinpsychiatrischen Versorgung – kompetenzbedingt und bedarfsbezogen eigene Wege gegangen. Das lässt oftmals den Eindruck entstehen, dass es sich beim Maßregelvollzug und der Allgemeinpsychiatrie um parallel existierende, voneinander unabhängige Systeme handelt. Das ist aber gerade nicht der Fall.

Die Diskussion und Entwicklung der forensisch-psychiatrischen Versorgung war in den letzten Jahren geprägt u.a. durch:

- Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts insbesondere zur Zwangsbehandlung¹³ sowie zur Privatisierung des Maßregelvollzugs¹⁴,
- das „Gesetz zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften“¹⁵, welches sowohl die Stärkung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes bei der Anordnung und Fortdauer von Unterbringungen im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB, als auch den Ausbau der prozessualen

¹³ BVerfGE v. 23.2.2011, 12.10.2011, 20.02.2013, 26. 7.2016.

¹⁴ BVerfGE v. 18.01.2012.

¹⁵ BGBl 2016 Teil I Nr. 34 vom 14. Juli 2016.

Sicherungen zur Vermeidung unverhältnismäßig langer Unterbringungen beabsichtigt.

- die gesetzliche Normierung des Auf- und Ausbaus der forensischen Nachsorge (Stichwort: „Ambulanzbewegung“)
- die Einbindung der entlassenen bzw. zur Entlassung anstehenden Patientinnen und Patienten aus dem Maßregelvollzug in das gemeindepsychiatrische System, vor allem in Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

2. Einflussfaktoren und Bedingungsgefüge

Allgemeinpsychiatrie und Maßregelvollzug stehen inhaltlich vor neuen Herausforderungen.

2.1. Allgemeinpsychiatrie

In Ergänzung zu den Ausführungen im ersten Schwerpunktteil sind Aspekte zu beachten, die im Kontext des Zusammenhangs zwischen Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie von besonderer Bedeutung sind. Der Versuch, im stationären Bereich Verweildauern immer weiter zu verkürzen, kann zu Defiziten in der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen führen. Gleichsam findet dieser Personenkreis in der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung nicht immer die für seine Bedarfe erforderliche adäquate Hilfe. Ob das neue Vergütungssystem für die Akutpsychiatrie hier künftig die richtigen Anreize setzen wird, diesen Personenkreis angemessen zu versorgen, bleibt abzuwarten. Dabei muss sich zeigen, inwieweit es gelingt, durch den Einsatz von stationsäquivalenten Leistungen im ambulanten Bereich gerade die Versorgung dieser Menschen zu verbessern. Auch der Ausbau an Plätzen im Betreuten Wohnen und in Wohnheimen im Rahmen der Eingliederungshilfe hat nicht dazu geführt, die Belegungszahlen im Maßregelvollzug signifikant zu senken.

2.2. Bedingungsgefüge Maßregelvollzug

Die Belegungsentwicklung in den vergangenen fünf Jahren ist unterschiedlich verlaufen. Gab es zum 31.12.2010 noch 7.765 Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug nach § 63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus), so waren es zum 31.12.2015 7.374. Nach einem ungebrochenen Anstieg der Unterbringungen nach § 63 StGB im Zeitraum 1990 bis 2010 ist diese Belegung im Zeitraum

2010 bis 2015 erstmals rückläufig. Bedeutsam ist in diesem Kontext, dass es bundesweit in diesem Zeitraum über 200 Beendigungen der Maßregel aus Gründen der Verhältnismäßigkeit gegeben hat. Im Bereich der Unterbringungen nach § 64 StGB (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt) ist eine Zunahme von 581 Patientinnen und Patienten zu verzeichnen, hier gibt es keine ländereinheitliche Tendenz. Im Bereich der Unterbringung nach § 126 a StPO (einstweilige Unterbringung) ist ein Anstieg von 153 untergebrachten Personen auf nunmehr 746 erfolgt.¹⁶

Die besonderen Schwierigkeiten einer validen Planung der für den Maßregelvollzug vorzuhaltenden Bettenkapazitäten sind hinreichend bekannt:

- Die Abhängigkeit des Platzbedarfs von der strafrichterlichen Spruchpraxis, die ihrerseits nicht beeinflussbar und prognostizierbar ist.
- Die Abhängigkeit von dem richterlichen Spruchkörper (Strafvollstreckungskammer), der über die Aussetzung der Maßregel zur Bewährung bzw. über die Erledigung der Maßregel bis 2014 restriktiver entschieden hat.
- Die Abhängigkeit von der Entwicklung der fachlich gewünschten Integration von nicht mehr sicherungsbedürftigen Maßregelvollzugspatienten und -patientinnen in das vorhandene allgemeinspsychiatrische sowie komplementäre Versorgungssystem.
- Die Abhängigkeit von der Qualität der der Unterbringungsentscheidung zugrunde liegenden forensisch-psychiatrischen Gutachten.
- Die Folgen der Entwicklung der allgemeinspsychiatrischen Versorgung.

Hinzu traten die Auswirkungen

- des 6. Strafrechtsänderungsgesetzes, insbesondere des Gesetzes zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten vom 30. Januar 1998¹⁷;
- des Gesetzes zur Sicherung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt vom 16. Juli 2007¹⁸;
- des Gesetzes zur Reform der Führungsaufsicht und zur Änderung der Vorschriften über die nachträgliche Sicherungsverwahrung vom 13. April 2007¹⁹.

¹⁶ Zahlen einschließlich der hierzu gemeldeten Daten aus Hessen.

¹⁷ BGBl 1998 Teil I Nr. 6.

¹⁸ BGBl 2007 Teil I Nr. 3 vom 19. Juli 2007.

¹⁹ BGBl 2007, Teil I Nr. 13 vom 17. April 2007.

Die gerade aufgrund vorgenannter Gesetze restriktive Haltung der Strafvollstreckungskammern, die Maßregel auf Bewährung auszusetzen bzw. zu erledigen, führte besonders im Bereich des Sexualstrafrechts zu längeren Verweildauern²⁰. Analog hierzu wurden auch vermehrt die freiheitsentziehenden Maßregeln verhängt.

Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR) zur Sicherungsverwahrung²¹ fand Aufnahme in den einschlägigen Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts²². Dies führte zur Reform der Sicherungsverwahrung. Das hierdurch gestärkte Postulat der Verhältnismäßigkeit zum ursprünglichen Anlassdelikt hatte auch Auswirkungen für den Maßregelvollzug und den damit zunehmenden „Entlassungen aus Verhältnismäßigkeit“. Seit 2013 wurden in Deutschland über 200 Patientinnen und Patienten durch die Gerichte aus dem Maßregelvollzug entlassen, weil die Verhältnismäßigkeit nicht mehr gegeben war.

Mit Inkrafttreten des „Gesetzes zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften“²³ am 01.08.2016 (Reform des § 63 StGB) wurden die rechtsstaatlichen Anforderungen an eine Unterbringung im Maßregelvollzug klarer und strenger definiert. Ziel war, durch einen Katalog von Maßnahmen das Recht der Unterbringung nach § 63 StGB stärker am verfassungsrechtlichen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit auszurichten.

Die Reform des § 63 StGB wird auch Auswirkungen auf die stationären und teilstationären Bereiche der Allgemeinpsychiatrie und letztlich auch auf die Einrichtungen der Eingliederungshilfe entfalten, die zusammen mit dem Maßregelvollzug als Versorgungskontinuum gesehen werden müssen.

Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts²⁴ und des Bundesgerichtshofes²⁵ zur Zulässigkeit zwangsweiser medizinischer Behandlung haben sowohl die

²⁰ z.B. durch die Verschärfung des § 57 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 StGB (gesetzliche Bedingungen bei der Entscheidung über die Aussetzung des Strafrests).

²¹ Urteil d. EGMR v. 17.12.2009 (Beschwerde-Nr. 19359/04). In der Folgezeit wurde ebenfalls in ähnlich gelagerten Fällen eine Verletzung der EMRK festgestellt (s. Urteil d. EGMR v. 13.01.2011).

²² BVerfGE v. 04.05.2011, -2 BvR 2365/09-.

²³ BGBl 2016 Teil I Nr. 34 vom 14. Juli 2016.

²⁴ BVerfGE v. 23.03.2011, -2 BvR 882/09- (zum Maßregelvollzugsgesetz des Landes Rheinland-Pfalz), BVerfGE v. 12.10.2011, - 2 BvR 633/11- (zum Unterbringungsgesetz des Landes Baden-Württemberg), BVerfGE v. 20.02.2013, - 2/BvR 228/12- (zum Psychisch-Kranken-Gesetz des Freistaats Sachsen).

²⁵ Beschl. d. BGH v. 20.06.2013, -XII Z.B. 99/12-.

Allgemeinpsychiatrie als auch die Einrichtungen des Maßregelvollzugs einerseits und die Länder wegen der Notwendigkeit der Herstellung verfassungskonformer einschlägiger gesetzlicher Bestimmungen in ihren jeweiligen Landesgesetzen (PsychKG und Maßregelvollzugsgesetze) andererseits vor weitere Herausforderungen gestellt.

2.3. Zahlenmäßige Entwicklung: Maßregelvollzug und Justizvollzug

Im Berichtszeitraum ist weiterhin eine problematische Belegungsentwicklung in der forensischen Psychiatrie zu konstatieren. Seit Mitte der 1990er Jahre ist in Deutschland die Anzahl der im Maßregelvollzug Untergebrachten kontinuierlich gestiegen. Von knapp 3000 Patientinnen und Patienten im Jahre 1995 über zirka 5000 im Jahr 2007 bis über 12.500 Patientinnen und Patienten²⁶ im Jahr 2015. Wie bereits unter Pkt. 2.2 erwähnt, ist in den letzten beiden Jahren ein marginaler Rückgang im Bereich der nach § 63 StGB untergebrachten Patienten zu konstatieren. In vielen Bundesländern bewegt sich die Anzahl der untergebrachten Patientinnen und Patienten im Hinblick auf die Platzkapazitäten allerdings auf weiterhin hohem Niveau.

Im Folgenden wird die zahlenmäßige Entwicklung der untergebrachten Strafgefangenen und Sicherungsverwahrten im Justizvollzug in Deutschland auf der obigen Zeitachse betrachtet. Der Justizvollzug weist ebenso wie die Allgemeinpsychiatrie, wenn auch nicht so ausgeprägt, eine inhaltliche Nähe und Schnittmenge zum Maßregelvollzug auf. So ordnet beispielsweise das Gericht im Falle des § 64 StGB – suchtkranke Straftäter – oftmals neben der Unterbringung im Maßregelvollzug auch eine Freiheitsstrafe (Strafvollzug) an. Insofern ist ein quantitativer Vergleich im Zeitverlauf zwischen den Bereichen des Maßregel- und Justizvollzug aufschlussreich und zielführend.

Die **Zahl der Strafgefangenen und Sicherungsverwahrten** in Deutschland stieg zwischen 1995 und 2007 von 46.500 auf 64.700 (plus 39%). Seit diesem Höchststand ist die Zahl jedoch bis 2015 (Stichtag: 31.03.) um rund **19%** auf 52.400 **gesunken**²⁷.

²⁶ Zahlen einschließlich der hierzu gemeldeten Daten aus Hessen.

²⁷ Von den 52.400 Strafgefangenen und Sicherungsverwahrten des Jahres 2015 zum besagten Stichtag waren 94% männlich und 6% weiblich. Die unter 25-Jährigen hatten dabei einen Anteil von knapp 16%, knapp die Hälfte war zwischen 25 und unter 40 Jahre, etwa ein Drittel über 40 Jahre und älter. Der Großteil der 52.400 Strafgefangenen und Sicherungsverwahrten war zu einer Freiheitsstrafe (89%) verurteilt, eine Jugendstrafe saßen 9% ab und lediglich 1% befanden sich in Sicherungsverwahrung. (Statistisches Bundesamt, Fachserie 10, Reihe 4.1, 2015).

Seit dem Jahre 2007 hat die **Zahl der Strafgefangenen** in Deutschland faktisch um annähernd **20% abgenommen**. Demgegenüber ist im gleichen Zeitraum ein **Anstieg** der Patientinnen und Patienten im **Maßregelvollzug** in Höhe von **140%** zu verzeichnen. Diese evident unterschiedliche zahlenmäßige Entwicklung wirft verständlicherweise Fragen auf. Der Rückgang von Strafgefangenen und Sicherungsverwahrten im Justizvollzug kann zweifelsohne im Zusammenhang mit dem anhaltenden Bevölkerungsschwund bzw. demographischen Wandel in Deutschland gesehen werden. Dies lässt sich vor allem an der zurückgehenden Zahl von Jugendlichen im Strafvollzug illustrieren.

Nach den vorliegenden langfristigen Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes ist anzunehmen, dass sich der Trend zu weniger Strafgefangenen in Deutschland fortsetzen wird. Der prognostizierte starke Rückgang der Bevölkerung in Deutschland lässt eine Verminderung der Einweisungszahlen in die Justizvollzugsanstalten um jährlich 3-4 % realistisch erscheinen. Es sei an dieser Stelle der Hinweis erlaubt, dass die vor allem im Jahre 2015 erfolgte starke Zuwanderung „nur sehr eingeschränkte Auswirkungen auf die langfristige Bevölkerungsentwicklung“ hat²⁸.

Ob die Entwicklung in der forensischen Psychiatrie analog zum Strafvollzug verlaufen wird, ist insbesondere aufgrund der im Wandel befindlichen Einflussfaktoren derzeit nicht zuverlässig prognostizierbar.

3. Spannungsverhältnis Patientenautonomie und öffentliches Sicherheitsbedürfnis

3.1. Stärkung des Selbstbestimmungsrechts im Kontext staatlicher Fürsorgepflicht

Der mit der Psychiatriereform erreichte Aufbau extramuraler Hilfen in den Bereichen Wohnen und Alltagsgestaltung hat einen Stand erreicht, der es ermöglicht, auch solche Menschen zu helfen, die früher längerfristig oder gar auf Dauer in psychiatrischen Krankenhäusern hätten bleiben müssen.²⁹

²⁸ s. Pressemitteilung Nr. 021 des statistischen Bundesamtes v. 20.01.2016.

²⁹ Bericht für die GMK 2012: „Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven“, Bericht der AG Psychiatrie der AOLG 2012, S. 7 ff.

„Die Lebenssituation schwer und chronisch psychisch Kranker hat sich insgesamt [...] verbessert, der Großteil lebt dank medikamentöser Unterstützung und professioneller Betreuung mehrheitlich außerhalb der Klinik, geht einer gewissen Beschäftigung nach und versorgt sich selbst. Dennoch können die Prinzipien der Bedarfsorientierung, Gemeindenähe, Gleichstellung, Koordination, Kooperation und Kontinuität als nur teilweise erfüllt angesehen werden. Dies liegt darin, dass die Umsetzung einer diesen Kriterien entsprechender Versorgung heute mehr als früher auf fragmentierte und auch gegenläufige finanzielle und rechtliche Steuerungsmechanismen und Rahmenbedingungen stößt.“³⁰

In diesem Zusammenhang erhält die Frage des Grades von Selbstbestimmung und Patientenautonomie Bedeutsamkeit. Dabei ist zu berücksichtigen, zu welchen Graden der Selbstbestimmung die betroffene Person in der Lage ist. Die DGPPN hat hierzu „Das normative Konzept der Selbstbestimmungsfähigkeit“ formuliert:

„Die Selbstbestimmungsfähigkeit stellt ein normatives Konzept dar, das in Ethik und Recht entwickelt wurde. Dieses Konzept ist in der internationalen klinisch-ethischen Literatur breit akzeptiert. Selbstbestimmungsfähigkeit konkretisiert sich im rechtlichen Begriff der Einwilligungsfähigkeit. [...] Eine Person ist bezüglich einer konkreten medizinischen Maßnahme selbstbestimmungsfähig, wenn zum Zeitpunkt der Entscheidung folgende Kriterien erfüllt sind: Informationsverständnis [...], Urteilsvermögen [...], Einsichtsfähigkeit [...], Ausdrucksfähigkeit der Entscheidung. Alle diese Fähigkeiten sind graduell ausgeprägt.“³¹ Abgestellt wird auf die Unterscheidung zwischen dem natürlichen und dem freien Willen. Der „freie“ Wille besteht aus der Einsichtsfähigkeit und der Handlungs- bzw. Steuerungsfähigkeit. Fehlt eines der beiden Elemente, so ist der Wille unfrei³². Soweit überhaupt noch ein Wille erkennbar ausge-

³⁰ „Psychische Gesundheit“. Anhang 2 des Strategieentwurfs zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz; Psychiatrische Versorgungsstrukturen Probleme und Empfehlungen – ein Expertenbericht aus der Ad-hoc Gruppe Psychiatrische Angebotsstrukturen von Dr. phil. Niklas Baer und Dr. med. Theodor Cahn, Kantonale Psychiatrische Dienste Liestal, BL, Prof. Dr. Hans Dietrich Brenner, Prof. Dr. Wilhelm Felder, Universität Bern, Bern, 11.07.2005, S. 4f.

³¹ „Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen.“ Eine ethische Stellungnahme der DGPPN, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin, 23.09.2014; aufgerufen am 10.02.2017: http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2014/2014-09-22_DGPPN_Stellungnahme_TF_Ethik_final.pdf.

³² vgl. auch Beschluss d. BGH v. 30.10.2013, -XII ZB 317/13-. Als Konsequenz ergibt sich, dass der freie Wille bei allen Volljährigen – bis zum Beweis des Gegenteils – grundsätzlich als vorliegend unterstellt wird. Der Staat hat von Verfassung wegen nicht das Recht, seine Erwachsenen und zur freien Willensbestimmung fähigen Bürger

drückt wird bzw. werden kann, liegt darin der sogenannte natürliche Wille, der durchaus von rechtlicher Bedeutung ist. Art. 1, 2 GG und die UN-BRK schützen auch Willensbekundungen des natürlichen Willens³³.

Bezüglich der ärztlichen Behandlung hat das Bundesverfassungsgericht schon 1981³⁴ klargestellt, dass Betreute in gewissen Grenzen ein Recht auf "Freiheit zur Krankheit" haben. Inzwischen wurden die Grenzen der "Freiheit zur Krankheit" durch andere höchstrichterliche Beschlüsse des Bundesverfassungsgericht und des Bundesgerichtshofs weitgehend benannt.

Die Entscheidung des 1. Senats des Bundesverfassungsgerichtes vom 26. Juli 2016 betont unter Bezug auf Art. 2 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes und unter dem Aspekt der Rechtsprechung des EGMR ausdrücklich die Schutzpflicht des Staates, für nicht einsichtsfähige Betreute bei drohenden erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen unter strengen Voraussetzungen eine ärztliche Behandlung als letztes Mittel auch gegen deren natürlichen Willen vorzusehen.³⁵ Jedoch wird auch in dieser Entscheidung ganz deutlich das „Recht auf Freiheit zur Krankheit“ für psychisch

zu erziehen, zu bessern oder daran zu hindern, sich selbst gesundheitlich zu schädigen (BGH 12.2.2014, Az XII ZB 614/13). Die verfassungsrechtliche Leitidee der Menschenwürde (Art. 1 I GG, s. auch Art. 1 der Grundrechtecharta der Europäischen Union) beruht nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts auf der Entscheidungsfreiheit: „Dem Schutz der Menschenwürde liegt die Vorstellung vom Menschen als einem geistig-sittlichen Wesen zugrunde, das darauf angelegt ist, sich in Freiheit selbst zu bestimmen und zu entfalten.“ Aus diesem Ansatz leitet das Bundesverfassungsgericht dann auch den Verfassungsrang des, jedenfalls für das deutsche Strafrecht maßgeblichen, Schuldprinzips ab („Lissabon-Entscheidung“ des BVerfG, 2 BvE 2/08 vom 30. Juni 2009, RandNr. 1–421, hier: RandNr. 364; vgl. auch: BVerfGE 45, 187 ff., 227). Der „natürliche Wille“ ist der Wille, der in einem die freie Willensbildung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit gefasst wird. Die Unterscheidung zwischen freiem und natürlichem Willen ist insbesondere (aber nicht nur) im Betreuungsrecht wichtig, da ein Betreuer nicht gegen den freien Willen eines Volljährigen bestellt werden darf (§ 1896 Abs. 1 a BGB). Der Begriff des „natürlichen Willens“ basiert somit auf dem des „unfreien Willens“, der vorhanden ist, wenn die Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit oder beides fehlt.

³³ Gerade das Bundesverfassungsgericht hat in den letzten Jahren das Rechtsinstitut des „natürlichen Willens“ neben den anderen Arten des Willens als eigenständige Art der Willensäußerung häufiger angeführt und dieses zur verbindlichen Rechtsfigur gemacht. So wird hierzu im entscheidenden Beschluss des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 2011 - 2 BvR 882/09 - Rn. (1-83) u.a. wie folgt ausgeführt, dass „eine gegen seinen [des Patienten] natürlichen Willen erfolgende Behandlung, die seine körperliche Integrität berührt, einen Eingriff in den Schutzbereich des Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG darstellt. Sie kann im Gegenteil dazu führen, dass der Eingriff von dem Betroffenen als besonders bedrohlich erlebt wird und daher das Gewicht des Eingriffs noch erhöht“, vgl. Rn. 42 -51 des vorgenannten Beschlusses.“

³⁴ BVerfGE v. 07.10.1981, -2 BvR 1194/80 -, in NJW 1982, S. 691.

³⁵ BVerfGE v. 26.12.2016, - 1 BvL 8/15 - (RN 92, 93), „Die sich aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG ergebende Pflicht des Staates, den eines freien Willens nicht fähigen Betreuten in hilfloser Lage Schutz zu gewähren und sie unter den genannten Voraussetzungen (...) notfalls einer medizinischen Zwangsbehandlung zu unterziehen, steht auch im Einklang mit der Europäischen Menschenrechtskonvention und der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte.“

krankte Personen eingeräumt, wenn diese durch eine rechtskräftige Patientenverfügung jegliche Behandlung ausgeschlossen haben.

Eine der wichtigsten inhaltlichen Weiterentwicklungen der letzten Jahre war die Hinwendung zu personenzentrierten Ansätzen. Dies sollte für alle Bereiche der psychiatrischen Versorgung gelten. Nicht die Patientin oder der Patient bzw. die Klientin oder der Klient soll zum vorgehaltenen Angebot passen, sondern die Leistungserbringer sollen sich am individuellen Hilfebedarf ausrichten. Wird dies konsequent angewandt, würde sich die Versorgung schwer zu erreichender Patientinnen und Patienten deutlich verbessern. Ziel aller an der Versorgung Beteiligten ist, dass die oder der Betroffene freiwillig um Hilfen nachsucht bzw. auf Hilfsangebote eingeht. Zwang zu minimieren und auf absolute Ausnahmen zu beschränken, ist breiter Konsens.

3.2. Öffentliches Sicherheitsbedürfnis und doppelte Stigmatisierung psychisch erkrankter Delinquenten

Die im Maßregelvollzug untergebrachten Menschen erleiden eine doppelte Stigmatisierung, zum einen durch ihren Status als „Rechtsbrecher“ zum anderen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung. Bei einem Großteil der psychisch Erkrankten ist ein erhöhtes Risiko zur Straftatbegehung nicht gegeben. Eine psychische Erkrankung für sich genommen geht nicht mit erhöhter Gefährlichkeit einher. Gerade bei Menschen, die an einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis leiden, stellt sich die Frage nach einem Zusammenhang zwischen – unbehandelter – Erkrankung und erhöhter Gefährlichkeit. „Die Theorie besagt, dass eine wesentliche Ursache der erhöhten Gewalt- und Tötungskriminalität von schizophrenen Menschen gegenüber Gesunden in der Überwältigung durch akut psychotische Situationen im Sinne von ‚threat/control-override (TCO)‘ (Link et al. 1998) besteht [...]. Bei den psychotischen Tätern jedoch scheint die handgreifliche Antwort vorgeprägt zu sein durch frühe und anhaltende biografische Erfahrungen, insbesondere eine Gewaltsozialisation. Die Schwelle zur Gewalt ist deutlich niedriger. Die Psychose schafft das Motiv und den Handlungsdruck; die Sozialisationserfahrung verhilft dem zur Tat.“³⁶

Das bedeutet, dass sowohl bei der Einschätzung und Beurteilung, ob ein Mensch aufgrund seiner psychischen Erkrankung ein erhöhtes Risiko hat, Gewalttaten zu

³⁶ Hans-Ludwig Kröber, „Gewalttaten psychisch Kranker. Ist die Allgemeinpsychiatrie zuständig oder die forensische Psychiatrie“ in: Forens. Psychiatr. Psychol. Krimino I (2016, 227-232 (230).

begehen, deutlich mehr Faktoren als nur die Erkrankung Berücksichtigung finden müssen als auch, dass Risikoeinschätzung und Risikomanagement in allen Bereichen der psychiatrischen Versorgung angewendet werden müssen.

3.3. Versorgung schwer psychisch kranker Patientinnen und Patienten

Der Anteil der Patientinnen und Patienten im psychiatrischen Maßregelvollzug nach § 63 StGB mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis zeigt eine steigende Tendenz. „Für den Anstieg insbesondere schizophrener Patientinnen und Patienten [im Maßregelvollzug] sind verschiedene Ursachen denkbar. Er könnte einfach eine Auswirkung des zunehmenden Sicherheitsaspektes in vielen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens und in der öffentlichen Debatte sein. Ob Maßregelvollzug, Strafvollzug, Jugendhilfe oder eben auch die psychiatrische Versorgung: überall scheint es zunehmend wichtig zu sein, Risiken zu erkennen und zu kontrollieren. [...] Die Vermutung liegt nahe, dass auch auf die von einzelnen psychisch Kranken ausgehenden Risiken nachhaltiger reagiert wird und bei Abwägung zwischen Freiheitsrecht und Sicherheitsbedürfnis häufiger zugunsten des Letzteren entschieden wird.“³⁷ Zum anderen könnte „die Psychiatriereform für eine bestimmte Gruppe von deliktgefährdeten Patientinnen und Patienten zu weit gegangen sein und diese im reformierten Versorgungssystem häufig nicht ausreichend behandelt werden.“³⁸ Auch wenn die Mehrzahl der psychisch Kranken in einem erheblich offeneren und flexibleren Versorgungssystem behandelt werden kann, hat die Zahl der Patientinnen und Patienten im hochgesicherten Maßregelvollzug seit Beginn der 2000er-Jahre tendenziell zugenommen. Diese sind bereits vor zehn Jahren als „Gruppe psychotischer Patienten mit schwerem chronischen Verlauf, Mangel an Einsicht und Compliance sowie komorbidem Substanzmissbrauch“³⁹ identifiziert worden. „Die besonderen Bedürfnisse solcher Patientinnen und Patienten sind im Zuge der Psychiatriereform vernachlässigt worden.“ Für diese Gruppe scheint das Haltevermögen der gemeinde- und sozialpsychiatrischen Behandlungsangebote häufig nicht ausreichend zu sein. „So bilden schizophrene Patienten, die inzwischen mehr als 50% der Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs stellen, eine große personale Brücke zwischen diesen

³⁷ Norbert Schalast, „Delinquenzrisiken psychisch Kranker und stationäre Behandlung“, in R&P (2012) 30:179-185, S. 180.

³⁸ Norbert Schalast, a.a.O., S. 181,185.

³⁹ Hans Schanda, „Psychiatry reforms and illegal behaviour of severely mentally ill“, in The Lancet 365: 367-369.

beiden Zweigen der Psychiatrie. Der Maßregelvollzug in Deutschland betreut tagtäglich mehr als 4000 schizophrene Patienten im Rahmen einer Langzeittherapie, die es ansonsten in diesem Lande nirgendwo mehr gibt. Er entlastet damit auch die Krankenkassen, für die in den betreffenden Jahren keine Kosten anfallen, um Millionenbeträge, die aus den Sozietats der Länder, mithin aus Steuer bestritten werden. Der Maßregelvollzug übernimmt damit Funktionen, die zu Beginn der Psychiatriegeschichte vor 200 Jahren den Anstalten zukamen.“⁴⁰

Parallel zu dem begrüßenswerten Gang der Psychiatrie in die Gemeinde scheint mit der Ausdifferenzierung und Ambulantisierung sowie den Fragmentierungen im Leistungsrecht ein wesentlicher Teil ihrer Fähigkeit verloren gegangen zu sein, Patientinnen und Patienten, die in der Krise aggressives und bedrohliches Verhalten zeigen, adäquat zu begegnen. Durch die konsequente Trennung von Akutpsychiatrie und langfristiger Heimversorgung wurden in der Allgemeinpsychiatrie schützende und geschützte Kapazitäten verringert, die langfristig Auffälligkeiten, Herausforderungen und Belastungen akut psychisch Kranker auszuhalten vermögen. Dies hat den Ruf nach „geschlossenen Heimen“ für solche Patientinnen und Patienten, die weiterhin keine positive Legalprognose aufweisen und in der Regel deshalb auch keine Entlassungsvorbereitung erfahren haben, verstärkt bzw. dort, wo sie früher abgebaut worden waren, wieder verstärkt. Die Forderung nach entsprechend geschlossenen Heimplätzen erfolgt aber auch aus den Reihen der Allgemeinpsychiatrie für die sogenannten „schwierigen Patienten“ oder „Systemsprenger“. Die einzelnen Bundesländer sind durch diese Problematik sehr unterschiedlich belastet und hier verschiedene Wege gegangen. Eine – leider oft ideologisch geführte – Debatte um geschlossene oder offene Heimplätze wird nicht zur Problemlösung beitragen. Die Hilfeangebote müssen auf das Individuum ausgerichtet sein, starre institutionelle Angebote sind darauf keine adäquate Antwort.

Zudem ist immer zu beachten, dass eine Unterbringung gegen den Willen einer Person einer rechtlichen Grundlage bedarf. Es gibt drei Formen der gerichtlich angeordneten bzw. gerichtlich bestätigten Unterbringung. Bei einer zivilrechtlichen Unterbringung nach § 1906 BGB⁴¹, welche die Eigengefährdung der unterzubringenden Per-

⁴⁰ Kröber, a.a.O., S. 231.

⁴¹ Die Unterbringung eines Kindes gemäß § 1631b BGB ist zum Wohl des Kindes zur Abwendung einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung zulässig.

son voraussetzt, genehmigt das Betreuungsgericht die Entscheidung des gesetzlichen Betreuers. Bei einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung, welche bei Eigen- oder Fremdgefährdung in Betracht kommt, ordnet das Betreuungsgericht auf Antrag die Unterbringung an. Bei einer strafrechtlichen Unterbringung (Maßregelvollzug) entscheidet das Strafgericht über die Unterbringung.

Insbesondere im Bereich der zivilrechtlichen Unterbringung scheint es teilweise einen Mangel an geeigneten Plätzen zu geben. Gerade in diesen Fällen ist aber die konsequente Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes nötig, um passgenaue individuelle Hilfen zu ermöglichen. Ziel muss daher sein, dass adäquate Hilfsangebote, die den Grundprinzipien der Psychiatrie-Enquête entsprechen, im allgemeinpsychiatrischen Versorgungssystem einschließlich der Eingliederungshilfe vorgehalten werden und diese nicht in den Bereich des Maßregelvollzugs verschoben werden.

Es muss in diesem Zusammenhang immer wieder verdeutlicht werden, dass der Gesetzgeber zur Unterbringung und Behandlung in der forensischen Psychiatrie das Vorliegen einer rechtswidrigen Tat voraussetzt. Vielmehr offenbart sich ein Defizit in Struktur und Angeboten der Versorgung schwer psychisch kranker Patientinnen und Patienten mit schwerem chronischen Verlauf sowie Mangel an Einsicht und Compliance, wenn diese den Zugang zur erforderlichen Therapie und Betreuung nur über den Weg delikthaften Handelns erreichen können. Zudem ist eine weitergehende gesellschaftliche Exklusion als die Unterbringung im Maßregelvollzug kaum vorstellbar.

40 Jahre nach der Psychiatriereform hat sich zwischen einer Autonomie stärkenden Gesetzgebung und Rechtsprechung auf der einen Seite und dem öffentlichen Bedürfnis nach einem stärkeren Schutz der Allgemeinheit und mehr Sicherheit ein Handlungsvakuum entwickelt. Dieses Vakuum ist jedoch im Wesentlichen „hausgemacht“. „Wesentlich erscheint, dass die Allgemeinpsychiatrie ihre Zuständigkeit für die beschriebene Patientengruppe überhaupt wieder erkennt.“⁴² Und vor dem Ruf nach normativen Änderungen oder neuen institutionellen „Lösungen“ ist zunächst zu prüfen, ob bestehende rechtliche Möglichkeiten des Handelns ausreichend genutzt werden.

⁴² Norbert Schalast, a.a.O., S. 183.

So ermöglichen die Gesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten längerfristige Unterbringungen. Dieses kommt – zumindest in einer Reihe von Bundesländern – so nicht zur Anwendung. In der Praxis wird das Instrument der öffentlich-rechtlichen Unterbringung bei zunehmender Frequenz allenfalls zur kurzfristigen Krisenintervention genutzt. Mit dem Verzicht auf die Option längerfristiger Unterbringung können auch bestehende Regeln⁴³ zur Beurlaubung zwecks flexibler und schrittweiser Erprobung und Heranführung an eine stabilere Lebenssituation außerhalb der Klinik nicht genutzt werden. Diese Bestimmung ist nachweislich als Instrument des Risikomanagements geeignet, um eine Unterbringung im Maßregelvollzug zu vermeiden⁴⁴. Hier wird krankenhausbearbeitungsbedürftigen Patientinnen und Patienten mit entsprechendem Bedarf in der allgemeinspsychiatrischen Versorgung eine Angebotsoption vorenthalten, die zum therapeutischen Kanon von Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzugs gehört.

4. Zusammenhang Allgemeinpsychiatrie und Forensische Psychiatrie – Zur Notwendigkeit der Kooperation

4.1. Zusammenhänge und Problemfelder

Es ist unstrittig, dass diese Arbeitsfelder verwandt sind und viel mit einander zu tun haben, obwohl sie partiell different geprägt und gestaltet sind. Die Herausforderungen und Erwartungen, die sowohl an den Maßregelvollzug als auch an die Allgemeinpsychiatrie gerichtet werden, sind nur gemeinsam zu erfüllen.

Vorab sind der Hinweis und die Klarstellung wichtig, dass über die Allgemeinpsychiatrie mit ihrem klinischen Portfolio und den Angeboten von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hinaus das Netz von gemeindepsychiatrischen Hilfen ein weiteres Kernstück darstellt, um psychisch kranken Menschen ein weitgehend normales Leben zu gestatten und ihnen bei der Bewältigung ihres Alltags zu helfen. Dazu gehören unterstützende

⁴³vgl. z.B.: § 22 HmbPsychKG – Beurlaubungen:

(1) Der behandelnde Arzt kann die untergebrachte Person bis zu einer Dauer von zehn Tagen beurlauben.
 (2) Die Beurlaubung kann mit Auflagen, insbesondere der Verpflichtung zur Weiterführung der ärztlichen Behandlung, verbunden werden.

(3) Die Beurlaubung kann jederzeit widerrufen werden, insbesondere, wenn Auflagen nicht befolgt werden.

⁴⁴ Felix M. Böcker, „Aussetzung des Vollzugs der Unterbringung (§ 70 k FGG) als Instrument des Risikomanagements: Ein Fallbeispiel“, in R&P (2009) 27:75-85.

und betreuende alltags- und lebensweltorientierte Hilfsangebote auf den Lebensfeldern Wohnen, Arbeit und Freizeit.

„Keiner kann´s allein“, so lautet denn auch die zentrale Leitlinie der verbindlich geregelten Zusammenarbeit im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV). Die psychiatrischen Hilfen im GPV gelten für alle psychisch erkrankten Menschen, insofern auch für ehemals forensisch untergebrachte Personen aus dem Maßregelvollzug. Es wäre der falsche Weg, für die letztgenannten Patientinnen und Patienten Sonderstrukturen zu installieren, die erfahrungsgemäß eher zu Desintegration und Isolation und damit zur Exklusion führen.

Trotzdem ist jedoch das Verhältnis zwischen den Fachdisziplinen der Allgemeinpsychiatrie und des Maßregelvollzuges mancherorts von Skepsis und Distanz geprägt. Leider ist es so, dass adäquate Behandlungsmöglichkeiten für diesen Personenkreis auch von einigen an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten selbst nur noch in der Forensik gesehen werden. Dies hat nicht nur einen Grund. Die Verkürzung der Verweildauer in der Akutklinik ist sicher nur eine der Ursachen. Ob die Verkürzung der Verweildauer per se als Qualitätsindikator gewertet werden kann oder vielmehr dem Druck der Beitragssatzstabilität geschuldet ist, ist in Frage zu stellen. Auch die Haltung, dass Freiwilligkeit, also das eigeninitiierte Nachsuchen um Hilfe durch die betroffene Person, Voraussetzung für die Gewährung von Hilfe ist, könnte hier eine Rolle spielen.

Die nicht oder nur verhalten geführte Debatte um das Doppelmandat der Psychiatrie, nämlich in Teilbereichen auch Bestandteil von Staat und Ordnungsrecht zu sein, fördert das Auseinanderdriften von Allgemeinpsychiatrie und Forensik. Da diese Menschen verschiedene Hilfesysteme „durchwandern“, müssen Allgemeinpsychiatrie und Maßregelvollzug eng zusammenarbeiten und ihre Hilfsangebote aufeinander abstimmen.

Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten haben in fast allen Fällen eine psychiatrische Vorgeschichte, d.h. sie befinden sich vor und nach dem Aufenthalt in der Forensik im allgemeinpsychiatrischen Versorgungssystem. Diese Patientinnen und Patienten haben häufig keine Krankheitseinsicht, keine Compliance und stehen dem

Hilfesystem ablehnend gegenüber⁴⁵. Ein nicht unerheblicher Anteil der Index-Delikte wird während einer Behandlung begangen⁴⁶.

Wie bereits einleitend beschrieben, können forensische Krankenhäuser weder die Zuweisung noch die Entlassung steuern, da die Patientinnen und Patienten immer aufgrund eines richterlichen Beschlusses eingewiesen bzw. entlassen werden. In der Praxis hatte dies zur Folge, dass sich die Forensik konzeptionell darauf einstellen musste, dass erstens ihre Patientinnen und Patienten nicht freiwillig in ihrer Klinik sind und zweitens, dass diese nur wieder entlassen werden, wenn keine Gefahr mehr von ihnen ausgeht, das bedeutet, nach erfolgreicher Behandlung. Entlassungen aus „disziplinarischen Gründen“, wie sie manchmal im Bereich der Akutpsychiatrie vorkommen, sind hier ausgeschlossen.

4.2. Sonderfall: Entlassungen wegen nicht mehr gegebener Verhältnismäßigkeit

Die in den letzten Jahrzehnten festzustellende Betonung des Sicherheitsaspektes im Maßregelvollzug hat in der forensischen Wissenschaft und Forschung zu einer weiteren Verbesserung der Qualität und Genauigkeit standardisierter Prognoseverfahren geführt. Die Aufnahme dieser Verfahren in die Mindeststandards der Prognosebegutachtung hat allerdings nicht zu mehr Entlassungen auf dem Boden gesicherter Legalprognosen geführt. Vielmehr stiegen in den meisten Bundesländern die Verweildauern dramatisch.

Ausgelöst durch das Urteil des EGMR zur nachträglichen Sicherungsverwahrung und letztlich für den Maßregelvollzug mit der Reform des § 63 StGB aufgegriffen und umgesetzt, steht nunmehr einer nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen festgestellten Gefährlichkeit die Verhältnismäßigkeit gegenüber, wenn es um den Verbleib im Maßregelvollzug geht. Ist die Patientin oder der Patient noch gefährlich, die Dauer der Unterbringung aber nicht mehr verhältnismäßig, dann gilt nunmehr die Erledigung als Regelfall.

Somit sind forensische Wissenschaft und psychiatrische Versorgungssysteme gefordert, für diese Personen ihren jeweiligen Bedarfen angemessene Lebensräume zu

⁴⁵ Freese in „Ambulante Kriminaltherapie. Psychiatrische Kriminaltherapie – Band 2“, 2003.

⁴⁶ Kutscher/Schiffer/Seifert „Schizophrene Patienten im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB) Nordrhein-Westfalens: Entwicklungen und Patientencharakteristika“ in Fortschr Neurol Psychiat, 77: 91-96.

entwickeln und zur Verfügung zu stellen. Gerade hier zeigt sich die unbedingte Notwendigkeit enger Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis, von Maßregelvollzug, Gemeinde- und Allgemeinpsychiatrie.

4.3. Handlungsfelder und gelungene Beispiele aus der forensischen Psychiatrie

Aufgrund der dargestellten Herausforderungen und Erwartungen musste und hat die Forensik gute Konzepte entwickelt, wie tragfähige Therapie- und Arbeitsbündnisse mit Patientinnen und Patienten erreicht und gestaltet werden können, in welcher Form aufsuchende Hilfen geleistet werden können (Forensisch-psychiatrische Ambulanzen etc.). Diese sind in Teilen auf andere Hilfesysteme und somit auch auf die Allgemeinpsychiatrie übertragbar.

Einzelne gelungene Beispiele für funktionierende Übergänge im Sinne von „Maßregelvollzug als Transit“⁴⁷ werden nachfolgend genannt:

- Nordrhein-Westfalen, nicht zuletzt durch den Ballungsraum Ruhrgebiet das bevölkerungsreichste Bundesland, aber auch Bayern mit 14 forensisch-psychiatrischen Ambulanzen und einem umfangreichen ambulanten Nachsorgeangebot an weiteren Standorten, setzen einen regionalen Maßregelvollzug um. In NRW ist es das Ziel, die forensische Versorgung in allen 19 Landgerichtsbezirken des Landes abzudecken. Dabei orientiert sich NRW an dem jeweiligen regionalen Bedarf an entsprechenden stationären wie ambulanten Angeboten. Dadurch wird die Möglichkeit einer engen Kooperation mit den Angeboten der Gemeindepsychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie allein schon durch Nähe und Erreichbarkeit sichergestellt und der Maßregelvollzug als Teil der regionalen psychiatrischen Versorgungsstruktur auch sichtbar. Die vom regionalen Landgericht in die Maßregel eingewiesenen Patientinnen und Patienten werden nicht aus ihren bisherigen sozialen Bezügen und bekannten Versorgungs- und Betreuungsnetzen gerissen und auf unbestimmte Zeit in oft weit entfernte Großkliniken verbracht. Vom ersten Tag der forensischen Unterbringung an kann kontinuierlich in enger Abstimmung mit den regionalen psychiatrischen Anbietern die an die stationäre forensische Behandlung anschließende Wiedereingliederung geplant und vorbereitet werden. Dies schafft Behandlungs- und vor allen Dingen gesicherte Entlassungspfade in die Versor-

⁴⁷ zitiert nach Prof. Dr. Hans-Ludwig Kröber.

gungsstrukturen mit festen Ansprechpartnern in den Kommunen, die bei Bedarf Fallkonferenzen mit den relevanten Betreuungsanbietern einberufen.

- Hessen hat im Bereich des § 63 StGB ein Konzept für den gesamten Maßregelvollzug. Dies beinhaltet störungsspezifische Behandlungsangebote, die in verschiedenen Kliniken im Bundesland umgesetzt werden. Dies trägt der Erfahrung Rechnung, dass spezifische Behandlungs- und Therapieangebote sich auf die Verweildauer – im Sinne von Verkürzung - auswirken. Seit knapp 30 Jahren arbeitet in Hessen die forensisch-psychiatrische Ambulanz (FPA), die auch heute noch als bundesweiter Vorreiter gilt. Die „Entlassung in die Gemeinde“ ist oberstes Ziel. Voraussetzung für eine Arbeit der FPA ist in der Praxis, dass tragfähige Kooperationen sowohl mit den Leistungserbringern als auch Leistungsträgern, vor allem im Bereich der Eingliederungshilfe, bestehen. Rückmeldungen aus diesen Einrichtungen bestätigen, dass die Bewohner, die aus der Forensik kommen und nach erfolgreicher Behandlung entlassen wurden, keinen höheren Hilfebedarf als andere Bewohner haben. Ein wichtiger Nebeneffekt der Arbeit der FPA ist hierbei, dass deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oft von den Einrichtungen auf ihre Expertise in Bezug auf Risikomanagement angefragt werden. Gerade vor dem Hintergrund der Reform des § 63 StGB und den erhöhten Anforderungen für eine Einweisung in die Forensik, wird zu beobachten sein, inwieweit die FPA präventiv in der gemeindepsychiatrischen Versorgung wirken können.
- In Berlin werden die freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung nach § 61 Nr. 2 und 3 StGB sowie die einstweilige Unterbringung nach § 126 a StPO im Krankenhaus des Maßregelvollzugs - Krankenhausbetrieb des Landes Berlin (KMV) vollzogen. Das KMV nutzt sowohl die Möglichkeit, Patientinnen und Patienten in speziellen Einrichtungen, die an das KMV angebunden sind, unterzubringen als auch in Einrichtungen des ambulant-komplementären Versorgungssystems⁴⁸. Unter Einbindung der Vollstreckungsbehörde (Staatsanwaltschaft) und der zuständigen Strafvollstreckungskammern des Landgerichts Berlin werden in

⁴⁸ Das Berliner Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 17.6.2016 verpflichtet gemäß § 7 alle an der Erbringung von vorsorgenden, begleitenden und nachgehenden Hilfen Beteiligten zur enger Zusammenarbeit, um psychisch erkrankten Personen die für sie bestmögliche Hilfe anzubieten. Darüber sind die an der gemeindepsychiatrischen Versorgung beteiligten Dienste und Leistungserbringer zur Zusammenarbeit mit den Einrichtungen zur Durchführung von strafrechtsbezogenen Unterbringungen (KMV) verpflichtet.

Kooperation mit erfahrenen Trägern soziotherapeutische Wohnprojekte für chronisch psychisch Kranke der Forensischen Psychiatrie in verschiedenen Bezirken der Stadt vorgehalten. Ziel dieser in der ärztlichen Verantwortung des KMV stehenden Einrichtungen ist es, derzeit 93 Patientinnen und Patienten (Stand 12/2016), bei denen die Maßregel nach § 63 StGB verhängt wurde, außerhalb des stationären Umfeldes zu befähigen, hinreichend eigenverantwortlich mit ihrer Erkrankung, Störung oder Behinderung umzugehen, so dass sie zukünftig – auch bei Wegfall einer engen strukturierenden Betreuung – nicht mehr straffällig werden. Weitere 78 Patientinnen und Patienten (darunter 14, bei denen die Maßregel nach § 64 StGB verhängt wurde) befinden sich unter Einbindung der Vollstreckungsbehörde und der zuständigen Strafvollstreckungskammern zum Zwecke der gesetzlich gebotenen Resozialisierung zur Vorbereitung der bedingten Entlassung in Einrichtungen des ambulant-komplementären Versorgungssystems (Eingliederungshilfe). Sie verfügen über den höchsten Lockerungsstatus. Ähnlich der Möglichkeit der externen Unterbringung nutzt das KMV in der Nachsorge vornehmlich die Angebote der an der gemeindepsychiatrischen Versorgung beteiligten Dienste und Leistungserbringer⁴⁹. Die forensisch-psychiatrische Nachsorge ruht daher auf drei Säulen:

1. Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs)⁵⁰.
 2. Forensisch-psychiatrische Ambulanz des KMV (Umfang 40 Plätze)⁵¹.
 3. Forensisch-therapeutische Ambulanz des Instituts für Forensische Psychiatrie der Charité⁵².
- Als gelungenes Beispiel der Verhinderung der Forensifizierung durch enge Kooperation ist auch das bayerische Modellprojekt der Forensischen Klinik in Ansbach

⁴⁹ Dieser Ansatz spiegelt sich in den Planungsgrundsätzen für die Krankenhausplanung des Landes Berlin Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wider, die durch den Landespsychiatriebeirat zum Krankenhausplan 2016 bestimmt wurden (<http://www.berlin.de/lb/psychiatrie/psychiatriebeirat/empfehlungen-und-stellungnahmen/>).

⁵⁰ Gleiches gilt, wenn die freiheitsentziehende Maßregel nicht verhängt wird, sondern nach einstweiliger Unterbringung gemäß § 126 a StPO zur Bewährung ausgesetzt wird.

⁵¹ Weiterführende Versorgung von ca. 40 Klientinnen und Klienten, die aufgrund ihres Störungsbildes bisher durch die bereits bestehenden Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) an den Psychiatrischen Krankenhäusern bzw. Krankenhäusern mit psychiatrischen Fachabteilungen bzw. der Forensisch- Therapeutischen Ambulanz (FTA) der Charité nicht, noch nicht oder nicht ausreichend genug betreut werden konnten.

⁵² Die FTA umfasst maximal 100 Behandlungsplätze für Sexual- und Gewaltstraftäter, die mit gerichtlich angeordneten Therapieauflagen aus dem Berliner Justizvollzug (50 Plätze) oder dem Berliner Maßregelvollzug (50 Plätze) entlassen wurden. Im Näheren: <https://www.forensik-berlin.de/institutambulanz/ambulanz/>.

zu nennen. Die forensische Präventionsambulanz schließt seit 2012 diese Lücke im psychiatrischen Versorgungssystem. Dort kümmert sich ein Team aus forensisch erfahrenen Fachärzten, Psychologen, Sozialpädagogen, Pflegekräften und Arzthelfern um schizophrene und persönlichkeitsgestörte Patienten, die ein Risikoprofil aufweisen, krankheitsbedingt eine Gewalttat zu begehen. Derzeit sind 80 Patienten in Behandlung.

Es besteht nach wie vor die Notwendigkeit, Hilfsangebote für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung flächendeckend in allen Hilfesystemen auszubauen und vorzuhalten, dies kann und darf nicht alleine Aufgabe des Maßregelvollzuges sein. Hierzu bedarf es auch der Auseinandersetzung mit allen Themenbereichen der Psychiatrie.

So sollte zum Beispiel die Forderung nach Entstigmatisierung keine Rechtfertigung für eine „Kultur des Wegschauens“ bieten. Die Tatsache, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzugs Vorerfahrungen in der Allgemeinpsychiatrie hat, wirft die Frage nach verbindlichem Risikomanagement als Voraussetzung für präventives Handeln auf. Ohne Identifikation behandlungsbedürftiger Personen und ihres Versorgungsbedarfs lassen sich keine Handlungserfordernisse feststellen und wirksame Behandlungspläne entwickeln. Neben fachlichen Instrumenten, wie z.B. dem Bremen Risk Assessment Scale for General Psychiatry oder dem sogenannten „Hamburger Bogen“, die erst nach Zugang in das Hilfesystem zur Anwendung kommen können, ist die Aufmerksamkeit für hilfebedürftige Menschen im Sozialraum zu fördern. Ohne diese Aufmerksamkeit, kann nicht erkannt werden, ob Hilfebedarf für eine Person besteht, die dieses möglicherweise nicht selbst zu erkennen vermag oder möchte. Hier ohne Zwang Erreichbarkeit herzustellen, erfordert von allen Akteuren im Sozialraum – ganz gleich, ob professionell oder nicht professionell, ob Psychiatrie, Eingliederungshilfe, Hilfeangebote in besonderen Lebenslagen, Nachbarschaft, Erwerbsleben, Polizei, Justiz etc. – ein hohes Maß an Bereitschaft zur Mitwirkung sowie Verlässlichkeit und Verbindlichkeit im Zusammenwirken. Haltung, Erreichbarkeit, Durchlässigkeit, Nachhaltigkeit, Koordination, Kooperation, Fallmanagement und –verantwortung sind essentielle Elemente einer strukturierten und organisierten Zusammenarbeit in gemeindeintegrierten Unterstützungs- und Behandlungssystemen gerade auch für Menschen mit schweren Störungen und komplexen Hilfebedarfen. Das Angebot an Hilfen ist zumindest in städtischen Verdichtungsräumen ebenso umfassend wie ausdifferenziert. Gegenwärtig ergibt sich

daraus der Anreiz, unbequeme Patientinnen und Patienten insbesondere mit herausforderndem Verhalten an einen anderen Akteur – ohne Rückkehroption – abzugeben. Dieses Neben- oder gar Gegeneinander ist zu einem, auf den Hilfebedarf der betroffenen Person bezogenen, Miteinander weiterzuentwickeln. Strukturen im Sinne von Gemeindepsychiatrischen Verbänden bieten dafür eine ebenso gute Grundlage wie mobile ambulante multiprofessionelle Teams hier eine Perspektive sein können. Entscheidend ist, zunächst auf dieser funktionalen Ebene die Prozesse der Zusammenarbeit über die Schnittstellen hinweg zu ermöglichen und zu gestalten. Erst wenn dieses an Grenzen stößt, muss im Weiteren darüber nachgedacht werden, ob durch Politik und Gesetzgebung auf der strukturellen Ebene Anpassungen der Rahmenbedingungen unvermeidlich sind.

So wie eine personen- und bedarfsbezogene funktionale Verbesserung und Verknüpfung ambulanter, klinischer, sozialpsychiatrischer und sonstiger Hilfen insbesondere für psychisch kranke Menschen mit komplexen Hilfebedarfen geeignet ist, bei entsprechenden Risikomerkmale eine Forensifizierung zu vermeiden, bildet diese die Basis für einen funktionierenden sozialen Empfangsraum zur qualifizierten Nachsorge und Eingliederung von aus dem Maßregelvollzug entlassenen Patientinnen und Patienten.

Der Maßregelvollzug sollte sich mehr als bisher als Teil des psychiatrischen Versorgungssystems verstehen und verstanden werden; die von dem Gedanken der „gemeindepsychiatrischen Versorgung“ geprägten Versorgungsangebote der Akutpsychiatrie und die in diesem Sinne arbeitenden Bereiche der Eingliederungshilfe müssen aufeinander zugehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die gemeindepsychiatrischen Versorgungsstrukturen und das allgemeinpsychiatrische Hilfesystem in den Bundesländern unterschiedlich entwickelt haben bzw. sich noch im Entwicklungsprozess befinden. Versteht man Maßregelvollzug als „Transit“, so ist der Aufenthalt in einer klinisch-forensischen Einrichtung im Verlauf seines Lebens für einen Menschen mit psychischer Erkrankung zwar denkbar, eine Endstation darf der Maßregelvollzug jedoch nicht sein. Allen an der Versorgung Beteiligten muss klar sein, dass eine ehemalige Maßregelvollzugspatientin oder ein ehemaliger Maßregelvollzugspatient nach ihrer bzw. seiner Entlassung wieder in das allgemeinpsychiatrische Hilfesystem zurückkommen wird und den vollen Anspruch auf dortige Versorgung hat.

5. Fachliche Erfordernisse und rechtliche Voraussetzung für hoheitliches Handeln in der Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung in Bezug auf die UN-BRK

Die Diskussion um die Umsetzung des „Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK)“⁵³, das in der Bundesrepublik den Rang eines einfachen Bundesgesetzes genießt, spielt gerade im Bereich der Psychiatrie eine große Rolle. Deshalb soll an dieser Stelle näher auf die Konvention eingegangen werden, wobei die UN-BRK auf das Kriterium einer Behinderung abzielt und damit nicht per se alle psychiatrischen Patientinnen und Patienten betrifft.

Gemäß Art. 14 UN-BRK haben die Vertragsstaaten sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird, dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung allein in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt. Konkret bedeutet dies, dass Zwang nicht per se durch die UN-BRK (Art. 14) ausgeschlossen ist, die Verfahren hierzu jedoch in Zukunft bestimmte Kriterien erfüllen müssen.⁵⁴

Abweichend dazu hat der Vertragsausschuss der Vereinten Nationen in seiner Staatenprüfung Deutschlands am 26. März 2015 (Vereinte Nationen CRPD/C/DEU/CI/1) empfohlen, alle unmittelbar notwendigen gesetzgeberischen, administrativen und gerichtlichen Maßnahmen zu ergreifen, um durch Rechtsänderungen die Zwangsunterbringung zu verbieten, und mit den Artikeln 14, 19 und 22 des Übereinkommens übereinstimmende alternative Maßnahmen zu fördern.

Aus Sicht der GMK stehen die Empfehlungen des Vertragsausschusses im Hinblick darauf durch Rechtsänderung Zwangsunterbringung grundsätzlich zu verbieten im Spannungsverhältnis und Widerspruch zu den Bestimmungen nach Art. 14 UN-BRK selbst und stellen keine geeignete Grundlage dar, um die Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch kranke Menschen, im Falle akuter Selbst- und Fremdgefährdung auch durch freiheitsentziehende Maßnahmen aus Sicht der UN-BRK abzusichern. Daher ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass die sog. Gene-

⁵³ Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen v. 13.12. 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13.12.2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen v. 21.12.2008 (BGBl. 2008 Teil II Nr. 35. S. 1419).

⁵⁴ Im Näheren: BVerfGE v. 26.07.2016 - 1 BvL 8/15- (RN 86).

ral Comments (GC) nur unverbindliche Auslegungshinweise sind, die der jeweilige VN-Fachausschuss für "seine" Konvention herausgibt. Sie stellen kein Völkerrecht dar und entwickeln keine Gesetzeskraft. Zum einen hat die Bundesrepublik Deutschland das entsprechend gegenüber dem Ausschuss kommentiert⁵⁵, zum anderen hat das Bundesverfassungsgericht in der thematisch jüngsten Entscheidung⁵⁶ nochmals deutlich auf die Rechtslage hingewiesen.

Freiheitsentzug, der zur Verhinderung einer Fremd- oder Selbstgefährdung dient, setzt die vorherige Ergreifung sämtlicher präventiver Maßnahmen im Vorfeld mit dem Ziel der Wahrung der universellen und individuellen Menschenrechte und Förderung der Selbstbestimmung, die fortlaufende Information und Kommunikation, eine durchgehende Dokumentation, Instrumente und Verfahren im Hinblick auf Beschwerdemöglichkeiten sowie ein durchgängiges und stufenweises Verfahren, dass die Möglichkeiten milderer Mittel als dem der Freiheitsentziehung systematisch zur Anwendung bringt, voraus. Zwang ist somit immer „ultima ratio“.

Konkret bedeutet dies u.a., dass Zwang nicht per se ausgeschlossen ist, sondern bei Beachtung und Durchführung geeigneter Verfahren und normativ entsprechend geregelt, im Fall von akuter Selbst- und Fremdgefährdung mit der UN-BRK vereinbar ist und dieser nicht widerspricht. Die Konvention selbst verbietet jegliche Art von Zwang aufgrund von Behinderung, nicht jedoch entsprechende Maßnahmen, die im Fall von Selbst- und Fremdgefährdung erfolgen müssen, um im Gegenteil Schaden von sich selbst oder anderen abzuwenden. Die Durchführung entsprechender, normativ geregelter Maßnahmen stellt weder ein Zuwiderhandeln gegen das Prinzip der Selbstbestimmung der UN-BRK dar, noch einen Diskriminierungstatbestand im Sinne der Ungleichbehandlung von Menschen mit Behinderung und Menschen ohne Behinderung.⁵⁷

Der Bund als Vertragspartner ist hier aufgefordert im Sinne einer Rechtssicherheit für Klarheit zu sorgen. Derzeit besteht aufgrund der divergierenden Bestimmungen und Regelungen erhebliche Rechtsunsicherheit, die sich letztlich im Vollzug und in der Praxis niederschlägt und die insbesondere im Hinblick auf die hochsensible Thematik

⁵⁵ <http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/FederalRepublicOfGermanyArt12.pdf>.

⁵⁶ BVerfGE v. 26.07.2016 - 1 BvL 8/15- (RN 89-91).

⁵⁷ Beschl. d. BVerfG v.26.07.2016, -1 BvL 8/15- (Rn. 1-103, 92bb).

letztlich der Betreuung und Versorgung des Personenkreises zu Schaden gereichen kann.

IV. Handlungsempfehlungen „Zusammenhang Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie“

- Ein psychisch kranker oder seelisch behinderter Mensch hat immer Anspruch auf bestmögliche Hilfen und Behandlung, Teilhabe und Inklusion. Das bedeutet, dass Teilhabe und Inklusion nicht an bestimmte Grade der Selbstständigkeit geknüpft sein dürfen. Gerade Menschen mit einem hohen und dauerhaften Hilfebedarf bedürfen der Unterstützung von außen, weil sie sich selbst die Hilfen nicht organisieren können.
- Die verschiedenen Behandlungskonzepte und –aufträge in den jeweiligen Hilfesystemen sollten künftig sowohl auf der Einzelfallebene als auch institutionell verbindlich und kontinuierlich miteinander kommuniziert werden, damit die Systeme sich sowohl in Bezug auf die Behandlung und Wiedereingliederung des einzelnen Menschen als auch in ihren Ansätzen verbindlich abstimmen können. Gerade schwer chronisch kranke Menschen sind auf Behandlungskontinuität angewiesen.
- Im Rahmen regionaler Versorgungsstrukturen muss gewährleistet sein, dass die forensischen Kliniken mit den komplementären Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie, der örtlichen Akutpsychiatrie ebenso wie mit Anbietern von Leistungen der Eingliederungshilfe kontinuierlich einen fallbezogenen Austausch (z.B. in Form von Fallkonferenzen) haben, um die individuellen Bedarfe zu identifizieren, die Art der Strukturierung und Betreuungsnotwendigkeiten nach einer Entlassung zu bestimmen und über die Eingliederungshilfe frühzeitig die Finanzierung abzusichern. Darüber hinaus kann die Beteiligung der forensischen Einrichtungen an den regionalen Planungs- und Kooperationsgremien hilfreich sein.
- Die Risikoeinschätzung in Bezug auf Selbst- und Fremdgefährdung ist ein notwendiger Bestandteil der Diagnose in allen Systemen. Dies bedeutet keine Stigmatisierung psychisch kranker Menschen, sondern ist ein Mittel zur Prävention und Vermeidung der Ausgrenzung aufgrund von nicht angepasstem Verhalten. Daraus folgt, dass das Personal entsprechend in Bezug auf Risikomanagement und Umgang damit qualifiziert wird.
- Alle an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten sollten eine regionale Versorgungsverpflichtung mit verbindlichen Kooperationsstrukturen eingehen. Zur bedarfsgerechten Versorgung insbesondere von schwer bzw. chronisch psy-

chisch kranken Menschen mit hochstrukturierten und komplexen Hilfebedarfen auch in geschütztem Setting sollten Angebote der Regelversorgung in allen Bereichen weiter entwickelt und verbessert werden.

- Ausbau der aufsuchenden Hilfen im Sinne „liebervoller Aufdringlichkeit“⁵⁸. Die Erfahrung zeigt, dass konsequent aufsuchende Hilfen, die über Wochen und Monate immer wieder Angebote machen, erfolgreich sind. Dies gilt es zu stärken. Hier ist zu prüfen, inwieweit auch finanzielle Leistungsanreize beim Abschluss der Leistungsvereinbarungen eingesetzt werden.
- Öffnung und Erreichbarkeit von Angeboten auch außerhalb regulärer Dienstzeiten als bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgung. Dies bedeutet keine quantitative Mehrung, sondern z.B. eine bedarfsbezogene Flexibilisierung von Öffnungszeiten.
- Das Abschließen von Behandlungsvereinbarungen zwischen Patientin bzw. Patient und Klinik außerhalb akuter Krisen bietet die Chance, dass die auf Grundlage dieses Einvernehmens erfolgende Kriseninterventionen von der betroffenen Person als weniger traumatisch und entwürdigend erlebt werden können.
- Wünschenswert wäre eine konsequente Einbeziehung von Erfahrenen, Angehörigen und Peer-Ansätzen wie z.B. EX-IN. Gerade Erfahrene sind eine wertvolle Hilfe, wenn es um Medikamentengabe, Compliance, Umgang mit chronischer Erkrankung etc. geht.
- Um der Tatsache, dass Maßregelvollzug als „Transit“ zu sehen ist Rechnung zu tragen, bedarf es weiterer Anstrengungen. Maßregelvollzug muss als Teil des psychiatrischen Versorgungssystems verstanden werden und damit auch mit gemeindepsychiatrischen Versorgungskonzepten kompatibel sein.
- Vorhaltung eines ausreichenden Angebots für die Behandlung psychischer Erkrankungen im Justizvollzug, um für psychisch kranke Strafgefangene das Risiko einer weiteren Delinquenz zu verringern.

⁵⁸ Jörg Kalthoff, „Die Rolle des Sozialpsychiatrischen Dienstes“ in „Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen“, hrsg. V. Aktion Psychisch Kranke (Peter Weiß, Andreas Heinz) Tagungsdokumentation 24. u. 25.09.2013, S. 169.

V. Ausblick

Vierzig Jahre nach der Psychiatrie-Enquête hat sich in der psychiatrischen Versorgung das Prinzip der wohnortnahen Behandlung und Betreuung etabliert. Insbesondere für Menschen mit länger andauernden und schweren psychischen Störungen bergen fragmentierte Strukturen der allgemeinpsychiatrischen Versorgung sowie Defizite sowohl bei der Vernetzung von Angeboten als auch der Flexibilität und Durchlässigkeit in der Leistungserbringung das Risiko, dass die besonderen Bedürfnisse dieser Personengruppe vernachlässigt und diese von der Perspektive auf Teilhabe und Partizipation ausgeschlossen werden. Nach wie vor bestehen gesellschaftliche und faktische Barrieren, die Inklusion erschweren oder beschränken und daher eine stärkere Integration bzw. Kooperation sowie Lebenswelt- und Teilhabeorientierung aller psychiatrischen und psychosozialen Hilfeangebote erfordern.

Die UN-BRK hat den Prozess des Umdenkens in der psychiatrischen Versorgung befördert. Aktuelle Gesetzesreformen in der Eingliederungshilfe, Pflege und Krankenhausfinanzierung sowie die Rechtsprechung orientieren sich zunehmend an den Rechten und der Autonomie der Patientinnen und Patienten und stärken deren Teilhabe und Selbstbestimmung. Das ist uneingeschränkt zu begrüßen. Der in den letzten Jahrzehnten begonnene Weg, psychiatrische Hilfen so zu gestalten, dass Sondereinrichtungen und Hospitalisierung möglichst vermieden werden, muss fortgesetzt werden.

Die zunehmende Öffnung und methodische Ausdifferenzierung des Hilfesystems birgt die Gefahr, dass Menschen mit dem Bedarf an einer integrierten und komplexen Versorgung keine adäquaten gemeindenahen Angebote finden. Aufgrund dieses Mangels werden sie häufig in wohnortferne (fakultativ) geschlossene Einrichtungen der Eingliederungshilfe „abgeschoben“, oder bei Delinquenz aus der Allgemeinpsychiatrie in die Forensik überführt. Gleichsam muss der Anspruch auf Partizipation und Selbstbestimmung in der Praxis der allgemeinpsychiatrischen Versorgung zu einem intensiveren Fachdiskurs bezüglich des Umgangs mit Menschen führen, die einer vorübergehend mehr schützenden Behandlungs- bzw. Betreuungsumgebung bedürfen oder bei denen mangels Krankheitseinsicht sogar eine dem natürlichen Willen widersprechende Intervention (ärztliche Zwangsmaßnahme) angezeigt ist.. Die Forderung, wieder mehr entsprechende Sondereinrichtungen zu schaffen, die alle

Betreuungserfordernisse und zugleich Sicherheitsbedürfnisse abdecken, wird derzeit wieder lauter.

Ausgehend von den dargestellten gesetzgeberischen Reformen in der sozialrechtlichen Ausgestaltung der Hilfen und der zivilrechtlichen, öffentlich-rechtlichen und strafrechtlichen Unterbringung ist das Zusammenwirken von Allgemeinpsychiatrie und Maßregelvollzug am Bedarf und Wohl der betroffenen Person auszurichten, ohne den Schutz der Allgemeinheit aus dem Blick zu verlieren oder zu vernachlässigen. Notwendig ist ein aufeinander abgestimmtes, koordiniertes und kooperatives gemeinsames Wirken, um die Ziele von Heilung und Besserung, Teilhabe und Selbstbestimmung gerade auch für schwer kranke und delinquente Menschen wirksam erreichen zu können.

Ziel im Lichte der UN-BRK muss sein, dass die psychiatrischen Leistungserbringer durch flexible, vorrangig ambulante Hilfen mit Intensivbetreuungsangeboten gemeinsam Verantwortung übernehmen. Das muss bedeuten, im Sinne einer sektorübergreifenden Kooperation aus der Leistungsvielfalt (Behandlung, Rehabilitation und Pflege) zusammengeführte, gemeinsam getragene personenbezogene und damit bedarfsgerechte Angebotsstrukturen aufzubauen. Dies ist wesentliche Voraussetzung dafür, einer krankheitsbedingten Delinquenz psychisch kranker Menschen zum einen wirksam vorzubeugen. Zum anderen kann für die Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzugs so eine gemeindepsychiatrische Versorgungsperspektive und Wiedereingliederung gewährleistet werden. Es wäre ein Erfolg, wenn sich die Unterbringungsdauer so auf das unbedingt notwendige Maß beschränken ließe und Erledigungen der Unterbringung wegen nicht mehr gegebener Verhältnismäßigkeit vermieden werden könnten.

VI.1. Tabellenanhang

VI.2. Sondererhebung Versorgung Adoleszenten