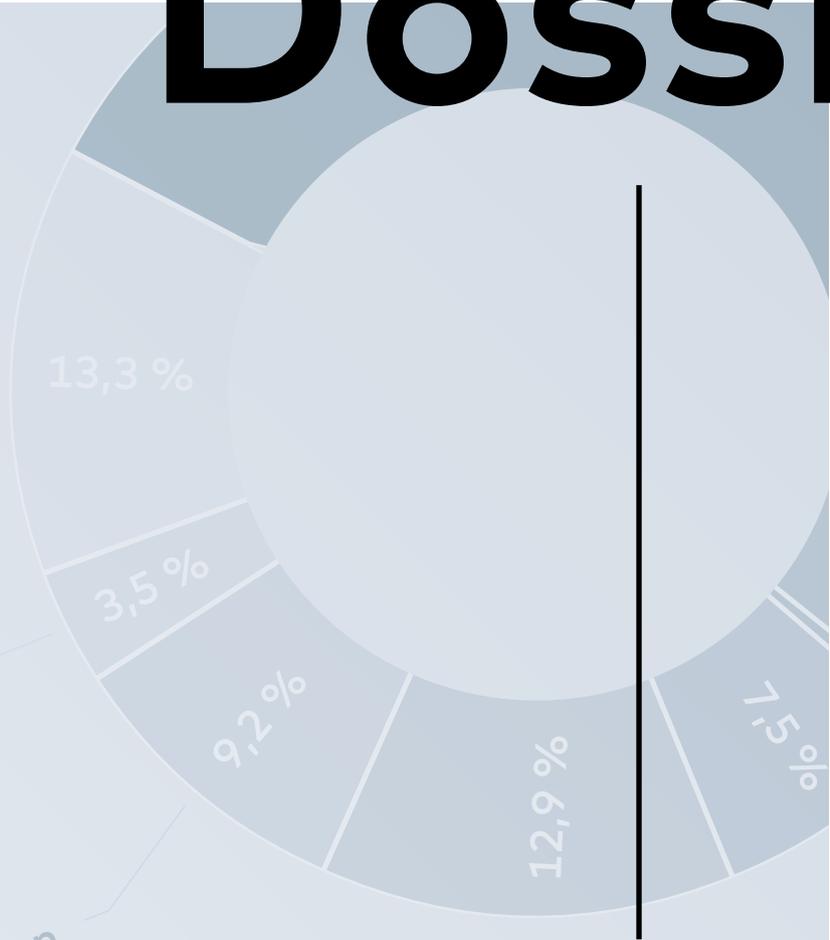




Dossier

2020



Psychische Erkrankungen in Deutschland: Trialogische Perspektiven

Eine Publikation der DGPPN

Inhalt



Einführung

S. 2

Kapitel 1

Soziale Fragen in
Psychiatrie und Psychotherapie

S. 4

Kapitel 2

Menschenrechte und psychiatrisches Handeln

S. 16

Kapitel 3

Personenzentrierte Angebote und Strukturen

S. 28

Portrait

Die DGPPN

S. 40

Quellenverzeichnis

S. 42

Einführung

Man stelle sich vor, der Mensch wäre allein auf der Welt. Neben ein paar Vorteilen, die sich für ihn vermutlich daraus ergäben, dürfte es ihm mit Sicherheit nicht gut gehen. Wahrscheinlich, so viel lässt sich nicht erst seit der Corona-Pandemie vorhersagen, wäre er sogar richtig schwer krank. Der Mensch ist ein soziales Lebewesen. Ohne den Kontakt zu anderen kann er nicht sein. Er ist auf Austausch und auf die Zuwendung seiner Mitmenschen angewiesen, um überleben zu können und gesund zu bleiben.

Mit „gesund“ ist nicht nur die Abwesenheit von Krankheit gemeint. Vielmehr geht es um Gesundheit im Sinne eines Idealzustands, wie ihn die WHO definiert, bei dem sich sowohl körperliche als auch seelisch-geistige und soziale Anteile wechselseitig positiv beeinflussen. Teil einer Gemeinschaft zu sein, mit ihr in Beziehung zu treten und in der Gesellschaft anerkannt zu werden, ist ausgesprochen wichtig, damit Menschen gesund leben können. Mit dieser Überzeugung traten die Vertreter der modernen Psychiatrie in den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts den Weg der Psychiatriereform an, der mit der Psychiatrie-Enquête seinen Anfang nahm und einen tiefgreifenden Wandel in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland bedeutete. Die Forderung, sich von der Verwahropsychiatrie abzuwenden, Menschen mit psychischen Erkrankungen zurück in die Gesellschaft zu holen und ihnen so wieder ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, hatte gerade auch zum Ziel, sie von Stigma und gesellschaftlicher Diskriminierung zu befreien. Damit verband sich eine damals radikal erscheinende Vorstellung, die hierzulande bis heute den Weg für eine humane, eingliedernde und zugewandte Psychiatrie ebnete.

Dass psychische Leiden nicht für sich alleine, sondern in ständiger Wechselwirkung mit der sozialen Lebenswelt stehen, veranschaulicht das vorliegende Dossier. Deutlich wird: Ohne soziale Teilhabe kann es keine psychische Gesundheit geben. Damit sie gelingen kann, sind geeignete strukturelle Bedingungen ebenso notwendig wie ein menschenwürdiger, respektvoller Umgang mit psychisch Kranken in unserer Gesellschaft. Kommen Armut, Arbeits- und Wohnungslosigkeit hinzu, sind Maßnahmen, die Ausgrenzung verhindern und Selbstbestimmung fördern, entscheidend für die Lebensqualität der Betroffenen.

Schwere psychische Erkrankungen können die soziale Teilhabe einschränken oder sie unmöglich machen. Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und das Bundesteilhabegesetz (BTHG) haben die rechtlichen Rahmenbedingungen für gesellschaftliche Zugehörigkeit und Inklusion, für Autonomie und Teilhabe festgelegt. Sie bekommen gerade für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Hinblick auf ihre bisweilen eingeschränkte Fähigkeit zur Teilhabe und Selbstbestimmung eine zentrale Bedeutung. Die in den Institutionen und Settings der psychiatrischen Versorgung Tätigen unterliegen einer besonderen Verantwortung, der sie in zunehmend trialogisch besetzten Settings auf Augenhöhe mit Betroffenen und Angehörigen gerecht werden müssen. In welchem Spannungsfeld sich moderne Psychiatrie bewegt und was es bedeutet, inhärent der Menschenwürde und den Menschenrechten verpflichtet zu sein, wird im Folgenden dargelegt.

Die Lebenswelt in unterschiedlichen Gemeinschaften und in der Gesellschaft als verbindendes Ganzes – hier setzt das trialogische Prinzip an. Es folgt der Überzeugung, dass alle psychisch Erkrankten und damit gerade auch die Menschen, die durch ihre psychische Erkrankung nicht oder nur eingeschränkt in der Lage sind, mit ihren Mitmenschen in Beziehung zu treten, auf das gleichberechtigte Miteinander von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen angewiesen sind: drei Perspektiven für eine gute Versorgung – nah am Menschen. Das ist die Maxime, der auch die DGPPN folgt. Ihr *Trialogisches Forum* steht für die inklusive Sicht auf die Versorgung und den gemeinsamen, beständigen und fruchtbaren Diskussionsprozess, der auch Anstoß für dieses Dossier gab. Den Trialog voranzutreiben, Teilhabe und Inklusion auf alle Ebenen zu übertragen, wird auch in Zukunft Aufgabe bleiben.

„Im Trialog ist jeder Experte: Profi, Betroffener und Angehöriger. Im Trialogischen Forum der DGPPN kommen alle regelmäßig zusammen, teilen ihre Erfahrungen und begleiten die Arbeit unserer Fachgesellschaft. Viele Projekte und Aktivitäten wären ohne Trialog nicht denkbar. Er ist Teil unseres Selbstverständnisses und unser direktester Draht zum Menschen.“

Andreas Heinz, Präsident der DGPPN

„Nur durch trialogisches Denken und Handeln haben wir die Chance auf eine moderne, nachhaltige, leitliniengerechte Psychiatrie in Deutschland. Unsere gemeinsame Petition ist hierfür ein leuchtendes Beispiel. Der nächste Schritt in die richtige Richtung wäre eine paritätisch besetzte, trialogische Expertenkommission auch auf Politikebene.“

Rüdiger Hannig, Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) und Mitglied im Trialogischen Forum

„Der Trialog ist für mich das wichtigste Kennzeichen guter Psychiatrie. Ein herrschaftsfreier, ebenbürtiger Austausch von Psychiatrie-Erfahrenen, Behandlern und Angehörigen. Ohne ihn fehlt in der Versorgung eine entscheidende Wissensquelle: die Erfahrung der Patienten und der Angehörigen.“

Brigitte Richter, Pandora Selbsthilfe für Psychiatrie-Erfahrene und Mitglied im Trialogischen Forum

Wohnen und arbeiten können

Corinna Müncho und Eva-Maria Koenigs haben teil am Leben anderer, indem sie Teilhabe ermöglichen. Sie vermitteln Menschen ein Dach über dem Kopf und bringen sie in Lohn und Brot. Dass sich psychische Erkrankungen, Wohnungs- und Arbeitslosigkeit wechselseitig bedingen und mit sozialer Ausgrenzung einhergehen können, erleben sie immer wieder hautnah. Beide tragen mit ihrer Arbeit dazu bei, dass Menschen nicht durchs Raster fallen und hoffnungslos zurückbleiben.

/ Corinna Müncho Projektleiterin Housing First

Housing First ist ein Modellprojekt zur langfristigen Bekämpfung von Obdachlosigkeit. Welche Lücke schließt es damit im System?

Housing First schafft einen Zugang für Menschen, die durch das Raster gefallen sind. Diese Menschen werden sonst eher notversorgt durch Wärmestuben, Notunterkünfte, Essens- und Kleiderausgaben. Was sie vor allem aber benötigen, sind umfangreiche, langfristige und vor allem individuelle und flexible Hilfen, damit sie eine Wohnung dauerhaft halten können. Der Housing-First-Ansatz bietet genau das.

Wenn sich Menschen an Sie wenden – mit welchen Problemen kommen Sie und welche Odyssee haben sie dann meist schon hinter sich?

Die Menschen, die wir aufnehmen, sind schon lange ohne Wohnung. Viele haben über Jahre in Wohnheimen

gelebt, also in Mehrbettzimmern mit Gemeinschaftsküchen und -bädern. Ein großer Teil hat auch direkt auf der Straße, einige im Wechsel, mal Straße, mal Wohnheim, mal bei einem Freund oder in Notunterkünften gelebt. Viele waren inhaftiert oder haben mehrere Klinikaufenthalte hinter sich. Alle haben über einen langen Zeitraum keinen privaten Schutzraum gehabt und waren auf sich allein gestellt ohne Aussicht auf ein „normales“ Leben. Viele hatten auf der Straße oder schon davor traumatisierende Erlebnisse, sind psychisch krank oder haben eine Suchtmittelabhängigkeit.

Wie gehen Sie mit psychisch Erkrankten um?

Diejenigen, die unter Drogen- oder Alkoholabhängigkeit leiden, beraten wir dahingehend, eine Suchtberatung aufzusuchen. Wer bereits in Behandlung ist, den motivieren wir, dabei zu bleiben. Wir haben es aber auch regelmäßig mit Rückfällen zu tun. Da wir kein Abstinenzgebot aussprechen, fällt es den Betroffenen leichter, mit uns darüber zu reden. Teilweise liegen uns Schwei-

gepflichtenbindungen von den Projektteilnehmern vor, so dass wir mit den Ärzten oder Kliniken kommunizieren dürfen. Wir sprechen auch mit den Sozialdiensten, vorausgesetzt die Betroffenen möchten das, wobei der überwiegende Teil dankbar dafür ist. In manchen Konstellationen arbeiten wir auch mit gesetzlich bestellten Betreuern zusammen. Unterm Strich sind wir leider in diesem Bereich fachlich alles andere als ausreichend aufgestellt und wünschen uns für unser Team eine Fachkraft aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich.

Welche Philosophie verfolgen Sie in Ihrer Arbeit, um den Menschen helfen zu können?

Der Ansatz fußt auf einem Menschenbild, dass es den Betroffenen zusteht, Entscheidungen selbst zu treffen. Das heißt, die Projektteilnehmenden bestimmen das Tempo, die Themen und die Intensität der Unterstützung. Sie sollten, ohne Sanktionen fürchten zu müssen, ihre individuelle Entwicklung machen dürfen, in einem Zeitrahmen, den sie bestimmen. Das setzt eine dementsprechende Haltung und passende Rahmenbedingungen voraus. Das Team muss fachlich sehr breit aufgestellt sein. Hohe Flexibilität und gute Absprachen untereinander sind unabdingbar. Die Herausforderung ist insgesamt, und das nicht nur bei den psychisch kranken Menschen, den individuellen Bedarf und den richtigen Umgang zu finden, so dass sie uns vertrauen und Hilfe annehmen können. Dazu konzentrieren wir uns gerade am Anfang der Betreuung individuell auf die Person und überlegen gemeinsam, wer aus dem Team und welche Hilfen passgenau sind.

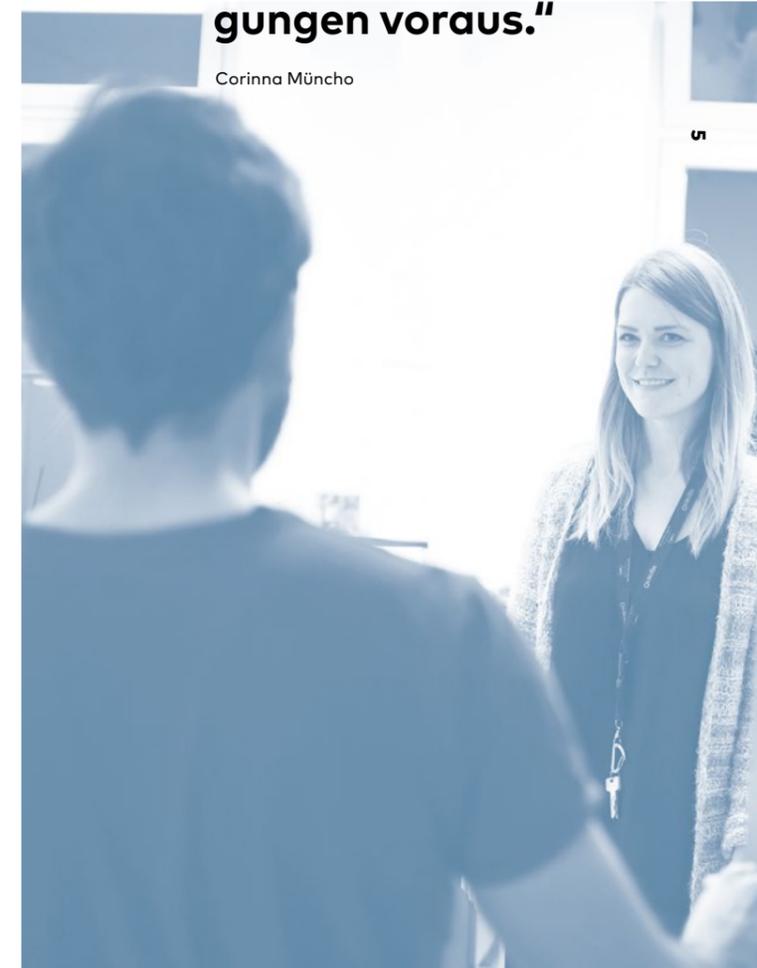
Welche Grenzen gibt es bei der Vermittlung?

Zunächst können wir keine Menschen aufnehmen, die bereits in einer anderen Hilfe z.B. gem. § 67 SGB XII oder Eingliederungshilfe sind. Das Modellprojekt richtet sich gezielt an Langzeitobdachlose. Menschen, die noch nicht länger als ein Jahr wohnungslos sind und noch gar keine anderen Hilfen ausprobiert haben, vermitteln wir ans bestehende Hilfesystem. Für Nicht-EU-Bürger ist ein Leistungsanspruch Voraussetzung.

Neben formalen Kriterien ist in jedem Fall der erkennbare Wille, dauerhaft in einer Wohnung zu wohnen und Hilfe anzunehmen, die Grundvoraussetzung (*housing first*, nicht *housing only*). Es muss eine Kommunikationsfähigkeit für Absprachen vorhanden sein. Stellt sich eine psychische Erkrankung so ausgeprägt dar, dass das nicht möglich ist, sind wir (noch) nicht die richtige Anlaufstelle. Beispielsweise ist ein Projektteilnehmer,

„Eine individuelle Entwicklung setzt eine entsprechende Haltung und passende Bedingungen voraus.“

Corinna Müncho



der zweimal eine Wohnung durch uns bekommen hat, jeweils wieder ausgezogen, da er sich von seinen Nachbarn beobachtet und gestört fühlte. Er setzte sich mit „Gegenlärm“ zur Wehr und brachte so die gesamte Nachbarschaft gegen sich auf. Einen Eigenanteil konnte er nicht reflektieren, Gesprächsangebote wurden mehrmals gemacht und letztlich haben wir ihm leider nicht helfen können, eine Wohnung dauerhaft zu halten. Das Spannende ist, dass wir zu Beginn der Hilfe überhaupt nicht davon ausgegangen sind, dass es bei ihm nicht klappen wird – ganz im Gegenteil.

Die Aufnahme gelingt – wie geht es weiter?

Nach Einzug in die Wohnung beginnt für das betreuende Team die eigentliche Arbeit. Es ist viel Fingerspitzengefühl notwendig, in der kurzen Vorlaufzeit die Betreuungsbinding so zu gestalten, dass die Menschen sich uns weiter anvertrauen, wenn Probleme auftauchen. Wir helfen im Umgang mit Finanzen, Behörden und öffentlichen Stellen, beim Einhalten der mietvertraglichen Verpflichtungen, wir beraten im Umgang mit der Wohnung bis hin zur Gesundheitsfürsorge. Und ganz wichtig: Wir helfen, in der Wohnung und im neuen Lebensabschnitt anzukommen. Dazu braucht es manchmal einfach nur ein gemeinsames Kaffeetrinken oder Spaziergänge. Die Wege, die die Menschen gehen, sind sehr verschieden. Es funktioniert in den meisten Fällen, weil die Menschen merken, dass wir sie tatsächlich zu nichts drängen und sie nicht verurteilen, wenn etwas nicht so gelingt, wie es sollte. Mitunter sind mehrere Anläufe für ein und dieselbe Sache nötig, wenn z.B. das fünfte Mal die Geldbörse verschwunden ist und die Papiere neu beantragt werden müssen. Einige schaffen es, sich einen guten und stabilen Alltag aufzubauen und beginnen an einer beruflichen Perspektive zu arbeiten. Andere kümmern sich intensiv um Zahnsanierungen, überfällige OPs und setzen sich mit ihrer Sucht auseinander.

Was könnte die Landes- und Bundespolitik tun, um Ihnen Ihre Arbeit zu erleichtern?

Die Landespolitik sollte nach Beendigung der Modelllaufzeit Housing First als feste Säule im Wohnungslosenhilfesystem etablieren und die nötigen finanziellen Mittel bereitstellen. Derzeit gehen die Finanzierung und das Engagement ausschließlich vom Senat für Integration, Arbeit und Soziales aus. Auf bundespolitischer Ebene wäre grundsätzlich eine Strategie zur Verminderung von Wohnungslosigkeit hilfreich und dann natürlich unter Berücksichtigung des Housing-First-Ansatzes. /

/ Eva-Maria Koenigs Teamleiterin in einem Jobcenter

Welchen besonderen Bedarf haben Arbeitsuchende mit psychischen Erkrankungen?

Wenn die Erkrankung bekannt ist, ist unsererseits zu überprüfen, ob die Klienten sich weiterhin in Behandlung befinden und sich an die Therapiepläne halten. Wir beobachten, ob es eine Verbesserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes gibt, ob weiterhin eine Arbeitsaufnahme möglich ist und welche vorbereitenden Maßnahmen sinnvoll sind. Es entsteht bei der Beratung ein besonderes professionelles Vertrauensverhältnis, denn die Vermittler begleiten den oft sehr langen Genesungsprozess der Klienten kontinuierlich.

Schwieriger ist es, wenn es keine Krankheitseinsicht gibt oder jemand seinem Therapieplan nicht folgt, die Medikamente nicht einnimmt etc. Auch hier sind in hohem Maß soziale Kompetenzen, Geduld, Empathie und auch Kenntnisse zum Krankheitsbild gefragt. Ebenso wichtig ist das Wissen darüber, welche Bildungsträger mit welchem Angebot für die entsprechende Person hilfreich und passend sein könnten, also weder unter- noch überfordern.

Die Herausforderung liegt darin, sachgerechte Eingliederungsmaßnahmen auszuwählen und psychisch erkrankte Menschen individuell an das passende Hilfe- und Unterstützungssystem anzubinden. Hierfür sind Integrationskräfte in den Jobcentern bisher nicht oder noch nicht ausreichend geschult.

Welche Stufen umfasst der Vermittlungsprozess? Alles beginnt mit einer Bestandsaufnahme. Was bringt der Einzelne mit? Wie ist die gesundheitliche Situation? Welche Berufsausbildung ist relevant? Welche Schulbildung liegt vor? Wie ist die häusliche Situation, der Familienstand? Gibt es Handlungsbedarfe in den Rahmenbedingungen? Schulden? Wohnungsnot? Gemeinsam werden dann die Handlungsbedarfe besprochen und festgelegt. Aus all diesen Faktoren wird ein Integrationsplan erstellt, der in den Zielberuf münden soll. Dazu gehört auch die Planung bzw. Kenntnis der zwischenzeitlichen weiteren Hilfesysteme.

Wie funktioniert Ihr Angebot? Wie klappt die Zusammenarbeit mit dem psychosozialen Hilfesystem?

Mein elfköpfiges Team ist ausschließlich für schwerbehinderte Kunden und Rehabilitanden zuständig, was schon eine Besonderheit ist. Das hat den Vorteil, dass

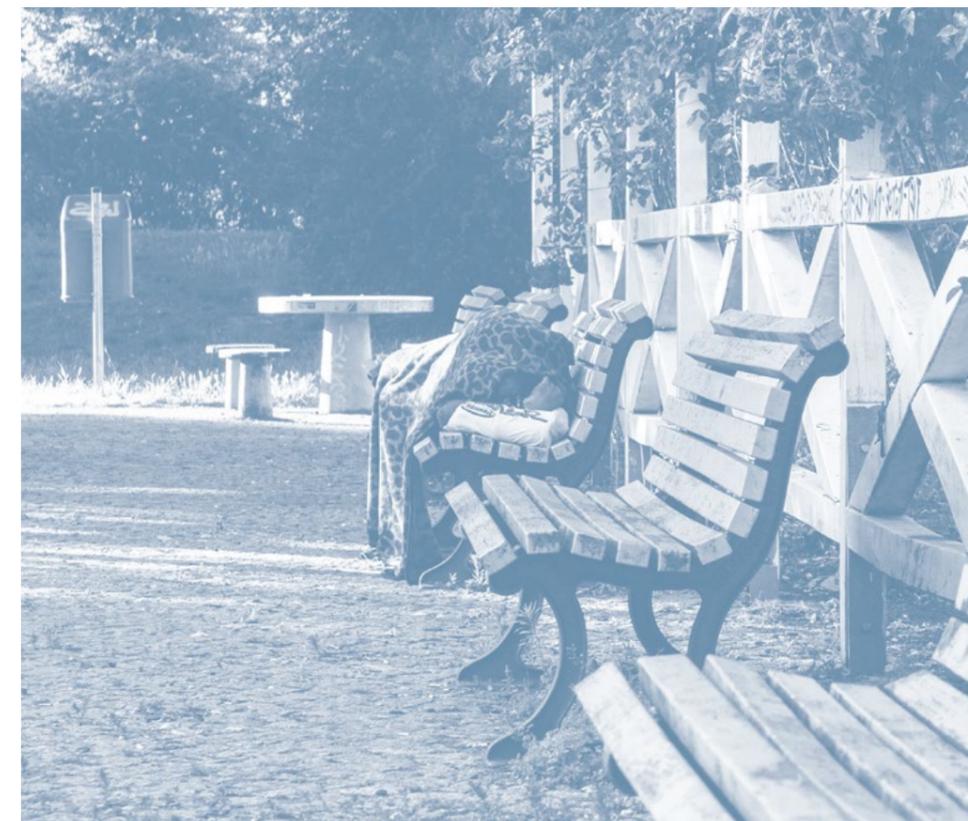
sich ein enormes Spezialwissen und ein Erfahrungsschatz bei jedem Einzelnen angehäuft hat. Die Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsträgern ist sehr gefestigt, es gibt regelmäßigen Austausch. Wir arbeiten mit einem spezialisierten Arbeitgeberservice zusammen und nutzen oft das Wissen der Informationsfachdienste und anderer spezialisierter Träger. So können wir professionell mit den individuellen Bedürfnissen und Beeinträchtigungen umgehen und im Beratungs-, Fortbildungs- und Integrationsprozess sehr passgenau agieren. Die Zusammenarbeit mit Kliniken gestaltet sich in der Regel gut, im ambulanten Bereich haben wir mit denselben Engpässen zu kämpfen, wie alle: Therapieplätze sind in Berlin – ähnlich wie bezahlbarer Wohnraum – eher Mangelware.

Wo sehen Sie ganz konkreten Verbesserungsbedarf?

Vor allem wären schnell erreichbare Anlaufstellen für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine Entlastung für alle Seiten. Auch gemeinsame Hilfeplankonferenzen und ein enger Informationsaustausch aller Beteiligten unter Beachtung des Sozialdatenschutzes würde die Situation verbessern. Letztlich wären fachliche Hilfen für die Mitarbeiter im Jobcenter wünschenswert, da sie mit den Problematiken der Klienten auch überfordert sein können. Alles in allem wünsche ich mir eine engere Vernetzung innerhalb des Gesundheitssystems und dann auch mit den Jobcentern.

Was könnte die Landes- und Bundespolitik tun, um Ihnen Ihre Arbeit zu erleichtern?

Wir sprechen hier von kleineren und größeren Weichenstellungen: zum einen klare Definitionen sowie Hilfsangebote und Unterstützungsangebote für den Integrationsprozess; zum anderen ganz konkret auch Arbeitsplatzangebote jenseits der Werkstätten als langfristig geförderte Beschäftigungsmodelle. Psychisch erkrankte Menschen verlieren sich auf dem Weg durch die verschiedenen Instanzen. Vor allem Personen mit stärkeren Einschränkungen drohen, durchs Raster zu fallen. Hier können eindeutiger Regelungen, was die Erwerbsfähigkeit betrifft, Abhilfe schaffen. Darüber hinaus ist auch eine stärkere Kooperation zwischen Jobcentern und Einrichtungen der psychosozialen Versorgung sinnvoll sowie aufeinander bezogene Unterstützungsleistungen. /



Corinna Müncho

41, leitet das Projekt Housing First in Berlin, das 2018 gestartet ist. Modellprojekt-partner sind die Berliner Stadtmission e.V. und die Neue Chance gGmbH.

Eva-Maria Koenigs

64, hat die Leitung eines Berliner Jobcenterteams inne, das Rehabilitanden und Menschen mit Schwerbehinderungen bei der Jobsuche unterstützt – unter Berücksichtigung der Gesundheitszustände und Genesungsprozesse.

Gesellschaftliche Teilhabe als Ziel

Soziale Fragen in Psychiatrie und Psychotherapie

Psychische Erkrankungen wirken sich für Betroffene und ihre Angehörigen auf nahezu alle Lebensbereiche aus. Auch, wie die Öffentlichkeit mit psychisch erkrankten Menschen umgeht, nimmt maßgeblich Einfluss auf ihre seelische Gesundheit. Betroffene leiden nicht nur unter ihrer Erkrankung selbst, auch Armut, Arbeits- und Wohnungslosigkeit können die psychische Gesundheit und den Krankheitsverlauf negativ verstärken. Kommen Risikofaktoren wie soziale Ausgrenzung und Stigma hinzu, ist die Gefährdung umso größer.

Sozioökonomische Faktoren wie Bildung, Beruf und Einkommen wirken sich auf die Gesundheit aus. Sozial schwächer gestellte Menschen erkranken häufiger chronisch und sind stärker von psychosomatischen Beschwerden betroffen. Auch subjektiv nehmen sie ihren eigenen gesundheitlichen Zustand als schlechter wahr. Dies hat Folgen für die persönliche Lebensführung und schließlich auch für die Lebenserwartung, die niedriger ist als bei Menschen mit einem höheren Sozialstatus [1, 2].

Besonders vulnerable Gruppen in dieser Gemengelage sind Kinder psychisch kranker Eltern, Alleinerziehende, Geflüchtete, wohnungslose Menschen oder auch Inhaftierte. Die Corona-Pandemie, welche die Gesellschaft im Frühjahr 2020 vor bisher ungeahnte Herausforderungen gestellt hat und das soziale Leben bis heute noch einschränkt, hat die Situation für die betroffenen Personen weiter verschärft.

Arbeitslosigkeit und Frühberentung

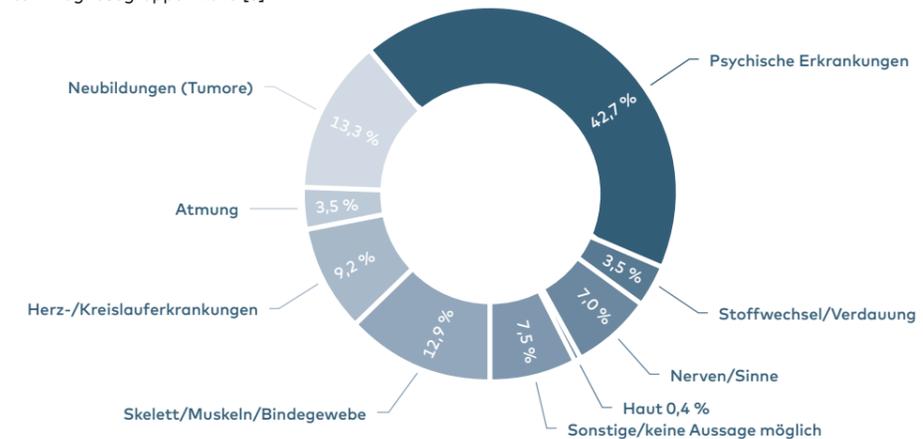
Psychische Erkrankungen und damit möglicherweise einhergehende Einschränkungen wie z.B. die der kognitiven Fähigkeiten sowie des Antriebs wirken sich direkt auf die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen aus. Grundsätzlich muss von einem Zusammenspiel aus Funktionen, Fähigkeiten, spezifischen Arbeitsanforderungen und Kontextfaktoren ausgegangen werden, will man die Arbeitsfähigkeit beurteilen. Laut Krankenkassen stehen psychische Erkrankungen als Ursache von Arbeitsunfähigkeitstagen mit 15,2% an dritter Stelle hinter den Atemwegs- und Muskel-Skelett-Erkrankungen. Die Zahl der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen entwickelt sich inzwischen linear gleichbleibend. Mit 236 Fehltagen bezogen auf 100 Versichertenjahre ließ sich im Jahr 2018 erstmals seit 2006 kein Anstieg, sondern ein leichter Rückgang verzeichnen [3].

Die Arbeitslosigkeit in dieser Bevölkerungsgruppe ist überdurchschnittlich hoch. In einer Literaturübersicht europäischer Studien konnte gezeigt werden, dass die Arbeitsraten bei Patienten mit einer Schizophrenie in der Mehrheit zwischen 10 und 20% liegen [4]. Eine Untersuchung von Menschen in stationär-psychiatrischer Behandlung zeigt, dass lediglich 21% der 815 untersuchten Patienten ein festes Arbeitsverhältnis hatte. Viele der Befragten kehrten nach der Entlassung nicht wieder an ihren Arbeitsplatz zurück [5].

Seit Jahren stagnieren die Zahlen der Fälle verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen auf hohem Niveau. Im Jahr 2018 wurden in Deutschland rund 71.671 neue Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Diagnose einer psychischen Erkrankung gezahlt, das entspricht 42,7% aller Frühberentungen (siehe Abb. 1). Seit 2010 liegt dieser Wert über 70.000 [6]. Ganz besonders betroffen sind hierbei die schwer psychisch erkrankten Menschen. So erfolgt die Frühberentung aufgrund schizophrener Erkrankungen im Durchschnitt im Alter von 42 Jahren und damit etwa 10 Jahre früher als aufgrund von Depressionen oder Angststörungen [7].

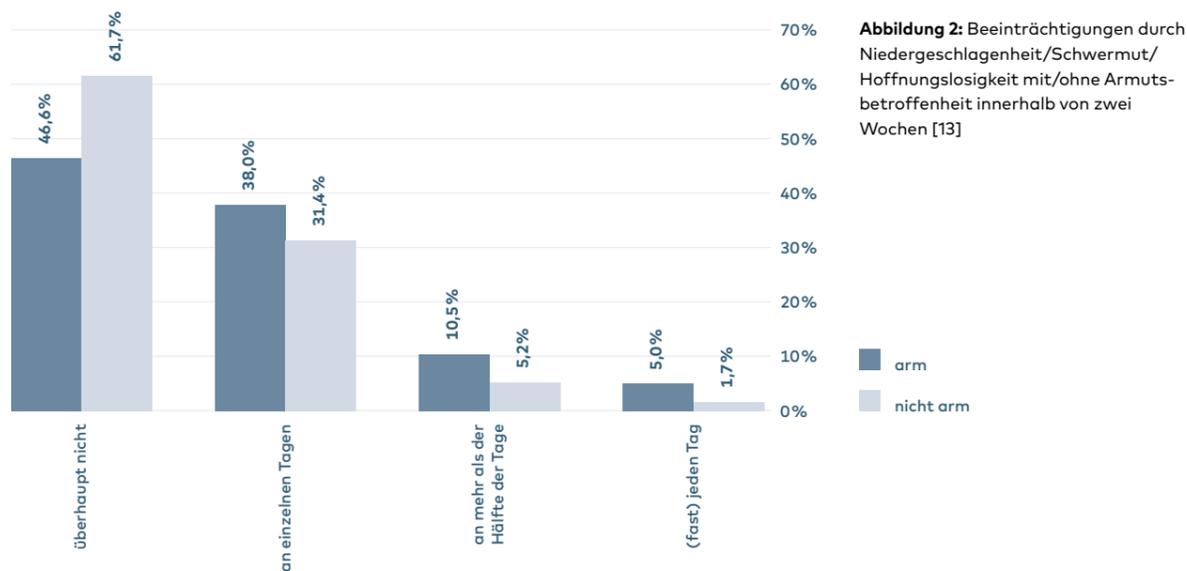
Menschen mit schizophrenen Erkrankungen werden im Schnitt mit 42 Jahren frühberentet.

Abbildung 1: Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach ausgewählten Diagnosegruppen 2018 [6]



Auf der anderen Seite steigt der Anteil von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die einer Tätigkeit in einem geschützten Rahmen nachgehen. Im Jahr 2018 waren ca. 21% der Werkstattbeschäftigten Menschen mit psychischer Beeinträchtigung [8]. Eine Rückkehr auf den sogenannten ersten Arbeitsmarkt gelingt vielen Betroffenen indes nicht.

Aufschluss über die besondere Situation arbeitsloser psychisch Erkrankter aus dem SGB-II-Leistungsbezug (siehe Kap. 3) gibt eine Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Demnach wiesen laut erhobener Krankenkassendaten mehr als ein Drittel der Versicherten im Arbeitslosengeld-II-Bezug innerhalb eines Jahres mindestens eine psychiatrische Diagnose auf. Affektive und neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störungen wurden dabei am häufigsten registriert. Den Anteil an ALG-II-Beziehern mit psychischen Beeinträchtigungen schätzen Arbeitsvermittler der SGB-II-Träger abhängig vom jeweiligen Aufgabengebiet zwischen 5% und 40%, Fallmanager in ihrem Bereich auf die Hälfte bis zwei Drittel aller Fälle [9].



Im Paritätischen Armutsbericht, der auf Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP), der größten und am längsten laufenden multidisziplinären Langzeitstudie in Deutschland beruht, zeigte sich eine signifikant stärkere psychische Belastung bei Armutsbetroffenen im Vergleich zu Nicht-Armen. Dies zeichnete sich z.B. bei über 60% durch wenig Freude bzw. geringes Interesse an der eigenen Tätigkeit aus. Mehr als die Hälfte der Betroffenen beklagte Nervosität, Anspannung, Ängstlichkeit, Niedergeschlagenheit bzw. Schwermut oder Hoffnungslosigkeit (siehe Abb. 2) [13].

Wohnungslose sind viermal häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen als die Allgemeinbevölkerung.

Wohnungslosigkeit

Laut aktuellen Schätzungen sind in Deutschland 678.000 Menschen von Wohnungslosigkeit betroffen [14]. Die Mehrheit von ihnen leidet unter behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen. Menschen mit chronischen psychischen Beeinträchtigungen sind besonders gefährdet. Das Problem, dass zu wenig bezahlbarer Wohnraum existiert, erweist sich gerade für Menschen mit psychischen Erkrankungen als erheblich. Auch spezielle Wohnformen, die Menschen mit besonderem Hilfebedarf (z.B. multimorbide alte psychisch kranke Menschen) Unterstützung anbieten, fehlen.

Armut

Laut Armutsdefinition der EU-Kommission spricht man von (relativer) Armut bei Personen, Familien bzw. Haushalten, „die über nur so geringe materielle, kulturelle und soziale Mittel verfügen, dass sie von der Lebensweise ausgeschlossen sind, die von der Allgemeinheit als unterste Grenze des Akzeptablen angesehen wird“.

Armut und ihre Folgen sind häufige Ursachen für psychische Erkrankungen. Armut führt dazu, dass Betroffene ihre menschlichen Grundbedürfnisse nach existenzieller Sicherheit und sozialer Integration nicht ausreichend erfüllen können. Menschen in Armut haben weniger Handlungschancen und Wahlmöglichkeiten, und es fällt ihnen viel schwerer, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Ihr Leben in die Hand zu nehmen, es auch in Hinblick auf Freizeit und Ernährung frei und selbstbestimmt zu gestalten, ist ihnen deutlich erschwert. Es entsteht ein Teufelskreis: „Psychisch krank macht arm, arm macht psychisch krank“.

Von Armut betroffene Menschen leiden deutlich stärker unter psychischen Belastungen.

Spotlight 1

Alleinerziehende

Die Zahl der Ein-Eltern-Familien in Deutschland ist in den letzten Jahrzehnten stark gestiegen [10]. Alleinerziehende stehen bei der Vereinbarkeit von Beruf, Betreuung und Erziehung vor großen Herausforderungen und Problemen. Die damit verbundenen Belastungen schlagen sich auf die gesundheitliche Lage nieder. Bei vielen Gesundheitsindikatoren weisen sowohl alleinerziehende Mütter als auch Väter höhere Prävalenzen auf als in Partnerschaft Lebende. Dies betrifft z.B. Depressionen, den Konsum psychotroper Substanzen wie Alkohol oder Drogen und Rauchen. Zudem sind Alleinerziehende überdurchschnittlich von Armut betroffen [11]. Auch nehmen alleinerziehende Mütter mehr psychotherapeutische Hilfe in Anspruch [12].

Erkrankungen	Wohnungslose Menschen	Allgemeinbevölkerung
Klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme (Achse-I-Störungen)	77,4%	19,8%
Substanzbezogene Störungen	60,9%	2,9%
Alkoholabhängigkeit	55,4%	2,5% (Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch zusammengefasst)
Drogenabhängigkeit	13,9%	0,5% (Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch zusammengefasst)
Affektive Störungen	15,2%	6,3%
Majore Depression	11,6%	5,6% (jegliche unipolare Depression)
Psychotische Erkrankungen	8,3%	1,5% (umfasst auch psychotische Symptome bei affektiven Erkrankungen)
Angststörungen	17,6%	9,0%

Tabelle 1: Punktprävalenzen seelischer Erkrankungen in Deutschland [15]

In einer Metaanalyse zu Prävalenzen psychischer Erkrankungen in Deutschland zeigt sich bezogen auf alle Störungen eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um fast 4-fach höhere Rate psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen. Vor allem die Prävalenzraten substanzbezogener Störungen, insbesondere für die Alkoholabhängigkeit, sind um mehr als das 20-Fache erhöht. Zu berücksichtigen sind dabei Wechselwirkungen zwischen Substanzkonsum und Wohnungslosigkeit. Aber auch für andere Erkrankungen, wie affektive Störungen oder psychotische Erkrankungen, lassen sich unter wohnungslosen Menschen deutlich erhöhte Raten finden (siehe Tab. 1) [15].

Soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung

Ein Aspekt der sozialen Ausgrenzung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist ihre gesellschaftliche Stigmatisierung. Während sich der gesellschaftliche Umgang mit Depressionserkrankten in den letzten Jahren tendenziell zum Positiven gewandelt hat, lässt sich für Menschen mit Schizophrenie ein negativer Trend feststellen. Vor allem das Bedürfnis nach sozialer Distanz gegenüber Menschen mit dieser Erkrankung ist angestiegen. So lehnen laut einer Studie fast ein Drittel der Befragten Schizophrenieerkrankte als Nachbarn ab. Mit zunehmender sozialer Nähe steigen die Ablehnungswerte auf bis zu 81% (siehe Tab. 2) [16].

Antwortkategorie „würde ich ablehnen“	Schizophrenie		Schwere depressive Episode		Alkoholabhängigkeit	
	1990	2011	1990	2011	1990	2011
als Nachbar	19	29 ↗	16	15 ↘	36	31 ↘
als Arbeitskollege	20	31 ↗	15	18 ↗	35	34 ↘
einem Freund vorstellen	39	53 ↗	33	37 ↗	56	60 ↗
für einen Job empfehlen	44	63 ↗	40	45 ↗	62	66 ↗
ein Zimmer vermieten	46	58 ↗	37	35 ↘	62	61 ↘
in die Familie einheiraten	56	60 ↗	52	41 ↘	75	68 ↘
auf Kinder aufpassen	67	79 ↗	58	62 ↗	80	81 ↗

Tabelle 2: Entwicklung des Wunschs nach sozialer Distanz gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen zwischen 1990 und 2011 in Prozent [16]

Die Vorurteile über die Krankheit übertragen sich auf die Betroffenen, die es folglich umso schwerer haben, offen mit ihrer Erkrankung umzugehen und rechtzeitig Hilfe in Anspruch zu nehmen. Studien belegen, dass allein das Gefühl, einer Stigmatisierung ausgesetzt zu sein, ausreicht, um die Suizidalität bei Betroffenen zu erhöhen [17]. Bei einer Befragung unter Medizinstudenten, welche Krankheiten ihrer Ansicht nach im Falle von Sparvorgaben das größte Potential für Einsparungen besäßen, wurden unter den Top 5 mit Alkoholismus, Alzheimer und Schizophrenie drei Diagnosen aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen genannt. Die Depression belegte Platz 7 [18].

Diskriminierung betrifft auch die besonders vulnerable Gruppe der geflüchteten Menschen. Die Zahl der Menschen, die in Deutschland Schutz vor Krieg, Verfolgung, Gewalt und Hunger suchen, hat stark zugenommen. Viele der Neuankömmlinge sind psychisch schwer belastet. Trotz ihrer Not stoßen sie im psychosozialen Versorgungssystem auf erhebliche Zugangsbarrieren. Studien zeigen, dass zwischen 20 und 70% der nach Deutschland Geflüchteten an Depressionen, Angststörungen oder posttraumatischen Belastungsstörungen leiden [19–21]. Doch auch Menschen mit Migrationshintergrund, die unter anderen Umständen nach Deutschland gekommen sind oder schon lange in Deutschland leben, stehen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem vor sprachlichen, kulturellen und administrativen Hürden. Zum Tragen kommen unterschiedliche Stress-, Belastungs- und Risikofaktoren wie die Trennung von den Angehörigen, eine schlechtere Bildung, ein niedriger sozioökonomischer Status, unklarer Aufenthaltsstatus und ein erhöhtes Risiko für Obdachlosigkeit, Diskriminierung oder fremdenfeindliche Übergriffe [22].

Soziale Fragen in der Psychiatrie stellen sich auch im Zusammenhang mit Menschen, die im Justizvollzug inhaftiert sind. Durch Faktoren wie geringe Bildung und/oder Arbeitslosigkeit sind Strafgefangene, zusätzlich zum Stigma des „Gesetzesbrechers“, in besonderem Maße von Armut und sozialer Ausgrenzung bedroht.

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen ist bei Strafgefangenen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht. Dies betrifft vor allem Suchterkrankungen wie Heroinkonsum, Alkoholabhängigkeit und -missbrauch und Rauchen. Bei 3 bis 4% der Inhaftierten wurde eine psychotische Störung festgestellt – bei einem Viertel besteht eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung [23].

Inhaftierte in deutschen Justizvollzugsanstalten sind häufig suchtkrank.

Spotlight 2

Kinder psychisch kranker Eltern

Über 3,5 Millionen Kinder wachsen in Deutschland in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil auf [24]. Kinder psychisch kranker Eltern entwickeln oftmals selbst eine psychische Störung. Bei rund der Hälfte der Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen bei den Eltern psychische Störungen vor [25]. Auch Kinder von Eltern mit einer Suchtproblematik sind in ihrer Entwicklung erheblichen Risiken ausgesetzt, da diese Eltern häufig mit der Erziehung und Förderung der Kinder überfordert sind. Das Risiko für Vernachlässigung und Gewalt gegenüber dem Kind ist in suchtblasteten Familien erhöht. Schätzungen der Bundesdrogenbeauftragten gehen davon aus, dass etwa jedes sechste minderjährige Kind bis zum Erreichen der Volljährigkeit eine Suchtabhängigkeit im Elternhaus erlebt [26, 27]. Im Sinne eines Teufelskreises kann frühe Gewalterfahrung selbst zu aggressivem Verhalten und Substanzkonsum beitragen [28]. Handlungsbedarf besteht hinsichtlich frühzeitiger Unterstützungsangebote oder spezifischer therapeutischer Hilfen für die betroffenen Familien.

Perspektiven

Der Schlüssel zur Vermeidung von Arbeitsunfähigkeit (AU), Arbeitslosigkeit und Frühberentung liegt in der Stärkung von Prävention, Therapie und Rehabilitation von psychischen Erkrankungen. Die sektoren- und settingübergreifende Zusammenarbeit aller Leistungserbringer muss in Zukunft stärker im Vordergrund stehen. Dabei gilt es, die Angebote je nach individuellem Bedarf zu vernetzen.

Bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung sollte der Berufseinstieg frühzeitig im Rahmen der Behandlung geplant werden. Eine anschließende Begleitung durch einen festen professionellen Ansprechpartner schafft momentan die besten Voraussetzungen für eine perspektivische (Wieder-)Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt.

Zur Gewährleistung einer besseren Versorgung wohnungsloser Menschen sollten Zugangsbarrieren abgebaut und ggf. Abstinenzschwellen im suchttherapeutischen Bereich angepasst werden. Hilfen müssen unabhängig von der Wohnform individuell angepasst, leistungs- und rechtskreisübergreifend geleistet werden. Präventiv könnte ein frühzeitigeres Erkennen psychischer Beschwerden bereits in Behörden und Einrichtungen durch entsprechende Aufklärung und Vernetzung wirken. Hinzu kommt die Notwendigkeit einer verlässlichen Grundsicherung für chronisch psychisch kranke Menschen mit der Möglichkeit des Zuverdienstes. Leistungen zum Wohnen müssen unabhängig von anderen Unterstützungsleistungen erfolgen. Armut sollte als eine – die soziale Teilhabe erschwerende – Barriere sichtbar gemacht werden. Gelingende Teilhabe muss als wichtiger Zielparameter psychiatrischer Behandlung begriffen werden. Eine alleinige Symptomreduktion als Behandlungsziel greift zu kurz.

Um der sozialen Ausgrenzung von Menschen mit Migrationshintergrund entgegenzuwirken, bedarf es einer sprach- und kultursensiblen Anpassung der Versorgungsangebote, der Schulung von Mitarbeitern zu interkultureller Kompetenz sowie einer Überprüfung der bisherigen diagnostischen Kriterien für diese kulturellen Hintergründe. Zugangsbarrieren in das Regelversorgungssystem sollten z.B. durch stärkere Kostenübernahme spezieller Leistungen vermindert werden [29, 30].

Ein hoher Anteil der Inhaftierten in Deutschland leidet an psychischen Erkrankungen. Dort ist eine gute psychiatrische Versorgung besonders wichtig, auch, um das Risiko zukünftiger Straffälligkeit zu verringern. Im Justizvollzug ist daher eine Erweiterung der psychiatrischen Fachkenntnisse aller dort tätigen Ärzte dringend erforderlich. Daneben ist eine Verbesserung der ambulanten konsiliar-psychiatrischen Versorgung anzustreben. Auch die stärkere Nutzung telemedizinischer Möglichkeiten kann zur Verbesserung der Situation beitragen [31].

Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung betreffen alle Menschen mit psychischer Erkrankung und auch ihre Angehörigen. Das betrifft auch Kinder psychisch erkrankter Menschen. Die Bemühungen im Rahmen der Anti-Stigma-Arbeit müssen fortgesetzt und ausgebaut werden. Ein Fokus muss dabei auf die vulnerabelsten Gruppen gerichtet werden: auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen, auf die Gruppe der schwer und chronisch psychisch kranken Menschen sowie auf die Gruppe psychisch erkrankter Menschen mit komplexen Problemlagen.

„Der Einbezug des sozialen Umfelds in die psychiatrische Behandlung ist zwingend.“

Uta Gühne und Steffi Riedel-Heller

„Zugänge zum Arbeitsmarkt müssen für psychisch erkrankte Menschen individuell gestaltet werden.“

Matthias Rosemann

„Es müssen das öffentliche Bewusstsein für die besondere Schutzwürdigkeit von Kindern psychisch kranker Eltern gestärkt und Finanzierungsmöglichkeiten für Patenschaften erweitert werden.“

Brigitte Richter

„Inklusion fördern – Exklusion verhindern!“

Christian Kieser

„Arbeit ist für Menschen ein überaus integrativer Teil der Lebenswelt, denn sie ermöglicht regelmäßige soziale Kontakte und vermittelt das Gefühl gesellschaftlicher Zugehörigkeit und Wertschätzung. Gerade bei Menschen mit psychischen Störungen kann Arbeit zur psychosozialen Stabilisierung beitragen und das Selbstwertgefühl stärken.“

Katarina Stengler

„Bei der Versorgung wohnungsloser Menschen mit psychischen Erkrankungen in den urbanen Zentren ist eine Anpassung der Zugangsbarrieren, der Abstinenzschwellen im suchttherapeutischen Bereich und Prävention sowie Früherkennung bereits in anderen Behörden oder Einrichtungen notwendig.“

Stefanie Schreiter und Stefan Gutwinski

Den Weg selbst bestimmen

Peter Grollich und Catharina Flader sind hochspezialisiert: Sie wissen, wie es sich anfühlt, Patient im psychiatrischen Hilfesystem zu sein und geben ihre Erfahrungen weiter. Als Patientenfürsprecher und EX-IN-Genesungsbegleiterin sind sie wichtige Ansprechpartner und leisten wertvolle Aufklärungsarbeit.

/ Catharina Flader EX-IN-Genesungsbegleiterin

Vor 25 Jahren war ich – damals 15 Jahre alt – erstmals im System psychiatrischer Hilfen und manchmal kann ich selbst nicht glauben, was sich seither alles verändert hat. Seit Ende 2016, also nun über drei Jahre, arbeite ich als EX-IN-Genesungsbegleiterin in der Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK) in Karlsbad mit Erwachsenen und Jugendlichen. Das dortige Programm beginnt mit einer medizinischen Reha und geht dann in eine berufliche Reha über – die Teilnehmer haben bis zu zwei Jahre Zeit, um wieder in Arbeit zu kommen. Mein Alltag ist sehr vielfältig.

An drei Tagen in der Woche nehme ich an Teamsitzungen teil, tausche mich mit Kollegen aus, leite eine Recovery- und eine Skills-Gruppe mit je einer Kollegin, esse mit den Jugendlichen gemeinsam zu Mittag und führe Einzelgespräche. Meine Arbeit füllt mich aus, gibt mir Sicherheit, fordert, aber überfordert mich nicht.

An Wochenenden bin ich als EX-IN-Trainerin tätig, d. h. ich führe mit Trainerkollegen im Tandem einen EX-IN-Kurs. Die Vermittlung von Theorie und Praxis bereichert meine Tätigkeit in der Rehabilitationseinrichtung und ist für mich eine wichtige Einnahmequelle. Außerdem engagiere ich mich als Vorstandsmitglied aktiv bei EX-IN Deutschland. Und das alles, obwohl ich bis vor vier Jahren der festen Überzeugung war, nicht mehr als sechs Stunden am Tag arbeiten zu können. Der Einstieg war schwierig und stellte mich auf vielen Ebenen vor Herausforderungen. Mein Chef nahm sich wöchentlich Zeit, außerdem kannte ich eine EX-IN-Kollegin auf dem Campus, mit der ich mich regelmäßig austauschen und an einer Supervision teilnehmen konnte – dies alles half sehr. Es scheint, als sei mit 37 Jahren bei mir endlich Inklusion gelungen.

Im EX-IN-Kurs notierte ich mir: Integration = „Eingliedern“ von bisher aus-

geschlossenen Personen. Gemeinsam, aber nebeneinander. Inklusion = „Miteinschließen“ von allen Menschen ohne Ausnahme. Gemeinsam verschieden sein. Heute würde ich in meinem Fall eher von Integration sprechen. Auch wenn ich an manchen Stellen nicht immer eingeschlossen bin, bin ich zufrieden, dass ich in meinem Maß an gesellschaftlichen Themen teilhabe. Ich bin zufrieden, etwas mehr als nur ausreichend zum Leben zu haben. Ich bin viel entspannter, weil ich unabhängig vom Jobcenter bin und keine Rechenschaft über meine Finanzen ablegen muss. Das bedeutet für mich Selbstbestimmung.

Ich weiß, ich kann nur dann langfristig hilfreich sein, wenn es mir selbst gut geht. Das ist genau das, was ich auch weitergebe. Ernährung, Sport, Freizeit, gesundheitliche Versorgung, soziale Kontakte und Rückzug sind dabei eine wichtige Basis. Früher fehlten mir an manchen dieser Stellen die finanziellen Mittel und vielen Betroffenen geht es heute auch so. Viele wissen, was sie brauchen, doch es scheitert aus unterschiedlichen Gründen an der Umsetzung. Hier die Betroffenen einzubeziehen und ihnen ein Mitspracherecht einzuräumen, halte ich für wichtig. Dies gelingt meiner Ansicht nach am besten, wenn die Rahmenbedingungen sich den Bedürfnissen der Betroffenen anpassen. Bin ich beispielsweise durch einen Arzt im weißen Kittel eingeschüchtert, wird es mir kaum möglich sein, Wünsche zu äußern. Menschen lassen sich nicht in Vorgaben pressen, alle Versuche in diese Richtung sind zum Scheitern verurteilt. Das größte Problem ist, dass Gelder oft nicht verantwortungsvoll eingesetzt, sondern verschwendet

„Meine Arbeit füllt mich aus, gibt mir Sicherheit, fordert, aber überfordert mich nicht.“

Catharina Flader

werden, während sie bei jemandem, der sie gut gebrauchen könnte, eingespart werden. Wenn es gelingt, diese Missverhältnisse aufzulösen, ist viel erreicht. Bis dahin gehen wir gemeinsam kleine Schritte in eine richtig gute Richtung. Die Neuregelung der PsychKGs war zum Beispiel ein wichtiger Meilenstein auf diesem Weg, der nun weitergegangen werden muss.

Wesentlich in allem ist und bleibt der Faktor Zeit. Immer wieder hört man, es sei keine Zeit da. Ich behaupte jedoch, sich bewusst ausreichend Zeit für die Behand-



lung zu nehmen, erleichtert die Kommunikation und das Verstehen und führt zu einer höheren Zufriedenheit der Beteiligten. Das spart langfristig wieder Zeit ein.

Ein anderer Aspekt sind die Angehörigen, die viel zu wenig mitgedacht werden. Da ich bereits als Jugendliche in das Hilfesystem kam, fanden anfangs noch einige Gespräche mit meinen Eltern statt, jedoch nicht mit meinen Schwestern. Bis heute erlebe ich die Rolle der Angehörigen als wichtig und schwierig – für alle Beteiligten. Angehörige selbst erfahren oftmals wenig bis gar keine Unterstützung, auch sollen sie ganz selbstverständlich Hilfe leisten, alles neben ihrem Alltag. Das muss sich unbedingt ändern. Hier wünsche ich mir mehr EX-IN-Angehörigenbegleiter.

Ich habe gelernt, dass es sich lohnt zu kämpfen, auch wenn man aktuell nicht daran glauben kann: dass es sich auch nach erstem Scheitern lohnt, sich Unterstützung zu holen, nach und nach Verantwortung zu tragen, Dinge zu benennen und sich die Chance auf Positives nicht zu nehmen. Ich finde, man sollte nicht immer nur meckern, sondern selbst das tun, was möglich ist. Diese Erfahrung gebe ich in meiner Arbeit weiter. Wir haben in Deutschland wirklich tolle Hilfsangebote, wenn auch leider nicht flächendeckend. An manchen Stellen hinkt das System, es ist schwierig, sich darin zurechtzufinden und schnell geeignete Anlaufstellen und Unterstützung zu finden – vor allem ohne einheitliche, einfache Sprache. Ich wünsche jedem die Kraft so lange durchzuhalten, bis es besser wird, und auf seinem Weg die kleinen Lichter nicht zu übersehen. Für die Fachleute wünsche ich mir Geduld und Offenheit für andere Ideen und auch Freude am Begleiten von Betroffenen und Angehörigen. Ich danke allen für ihr Engagement, insbesondere der RPK Karlsbad.

/ **Peter Grollich**
Patientenfürsprecher und Mitglied einer Besuchscommission

Ehrenamtliches Engagement im Psychatriebereich erfordert vor allem eines: Kraft. Diese Kraft hatte ich vor ein paar Jahren nicht, als ich in der akuten Phase einer Depression steckte. 2008 war ich acht Wochen lang in stationärer und viele Jahre in ambulanter Behandlung in der Immanuel Klinik in Rüdersdorf. Dem war eine zermürbende Suche nach zeitnaher psychologischer Hilfe und Behandlung vorausgegangen. Heute bin ich dort Patientenfürsprecher und leite seit 2012 eine Patienten- und Angehörigenvertretung. Ich versuche vor allem zu informieren und zwischen dem Fachpersonal und den Patienteninteressen zu vermitteln. Ich kenne also beide Seiten sehr gut und sehe trotzdem oder gerade deshalb vieles ambivalent.



Eine Diagnose ist nach wie vor ein tiefer Einschnitt in die Biografie der Betroffenen. Deshalb sollte nicht die medizinische Einordnung in Form der Diagnose im Zentrum stehen, sondern vielmehr die Frage, wie die Genesung gelingen kann. Speziell in „meiner“ Klinik haben sich die Dinge in den letzten Jahren zum Positiven entwickelt. Neue Klinikstrukturen haben den Patienten in den Mittelpunkt gestellt. Dazu gehört die Struktur und Arbeit in Behandlungsteams, wie z. B. das Team für stationäquivalente Behandlung (StäB), das gerontopsychiatrische Team oder die Akut-Tagesklinik.

Wenn es deutschlandweit in diese Richtung geht, kann ich mir die Zukunft der Psychiatrie gut vorstellen. Unter diesen Bedingungen ist es möglich, flexibler und individueller auf die Menschen und ihre Bedürfnisse einzugehen. Für gute Gespräche braucht es Beziehungen auf Augenhöhe und dafür wiederum Zeit und klinische Organisationsstrukturen, die das ermöglichen. Zeit ist Geld. Das ist in unserem Gesundheitssystem nicht anders – die Personalsituation in den Kliniken ist zum Teil wirklich prekär, obwohl eine ausreichend große Ausstattung mit gut qualifiziertem und bezahltem Personal Garant für die Sicherung der Patientenrechte und erfolgreiche Therapie ist. Die Wertschätzung und die Ausbildung des Pflegepersonals sind zentrale Punkte.

Eine Erfahrung aus meiner Arbeit als Patientenfürsprecher ist, dass die Transparenz des therapeutischen Vorgehens und eine gemeinsame Sprache zum Verständnis der psychischen Störung enorm wichtig sind. Die Behandlung muss den Patienten in alle Schritte und Entscheidungen einbeziehen und seine Vorschläge berücksichtigen. In meiner Arbeit spielen Ängste, Hoffnungslosigkeit und die dramatisch veränderte Lebenssituationen von Betroffenen und Angehörigen die Hauptrolle – oft ausgelöst dadurch, dass wichtige Informationen fehlen. Beispielsweise wendete sich eine Frau an mich mit der Bitte, sie dabei zu unterstützen, ihren Mann von einer Elektrokonvulsionstherapie zu überzeugen. Oder einmal beschwerte sich eine Patientin, dass die Klinik bei ihr fälschlicherweise eine Bipolare Störung diagnostiziert hätte – aus Geldgier. Ich sollte sie unbedingt bei der Selbstentlassung und der Suche nach einer angemessenen Therapie unterstützen. Dies sind nur zwei Beispiele, die zeigen, wie wichtig genug Zeit und sachkundige Gespräche sind.

Ich bin zudem seit fünf Jahren Mitglied einer unabhängigen, trialogischen und multiprofessionellen Besuchscommission, die für die drei Kliniken des Maßregelvollzugs (MRV) im Land Brandenburg zuständig ist. Wir prüfen, ob die gesetzlichen Regelungen des PsychKG in

den Kliniken eingehalten und die Rechte der Patienten gewahrt werden.

Der größte psychische Druck der meisten Patienten basiert auf der Tatsache, für unbestimmte Zeit im MRV untergebracht zu sein. Alle sozialen Beziehungen brechen weg, während sie nach vielen Jahren wieder in die Gemeinschaft eingegliedert werden sollen – das sind zwei Dinge, die nicht zusammenpassen. Hier müssen wir von den bundesweit besten Praktiken lernen. Dazu gehört, so viele soziale Bezüge und Interaktionen wie möglich aus der Gemeindepatrie und den psychosozialen Netzwerken zu übernehmen sowie verbindliche Helfer- oder Hilfeplankonferenzen anzusetzen, um die Betroffenen nach der Entlassung in den ambulanten Bereich zu überführen. Nur so kann Resozialisierung und Teilhabe gelingen.

„Eine psychiatrische Diagnose sollte sich nicht verheerend auf die eigene Biografie auswirken.“

Peter Grollich

Mein Anliegen: Eine psychiatrische Diagnose sollte sich nicht verheerend auf die eigene Biografie auswirken, denn was daraus folgt, sind Ohnmachtsgefühle, Fremd- und Selbststigmatisierung, Hoffnungslosigkeit und der enorme Druck seitens der Leistungsgesellschaft. All dem möchte ich den Kampf ansagen. Es wird weiter viel Kraft brauchen, um die Dinge in die richtige Richtung zu bringen. Dafür setze ich mich gerne ein, denn mir geht es um die Menschen, die diese Kraft gerade nicht aufbringen können.

Catharina Flader

40, ist Vorstandsmitglied im Dachverband EX-IN Deutschland e. V., der es sich zur Aufgabe gemacht hat, Psychiatrie-Erfahrene zu bezahlten Fachkräften im psychiatrischen System zu qualifizieren.

Peter Grollich

65, ist nicht nur Patientenfürsprecher und Mitglied einer Besuchscommission, er hat eine Trainerausbildung für „Reha-Sport – Psychiatrie“ absolviert und arbeitet derzeit als Sporttherapeut in einer Suchttagesklinik

Patienten- autonomie im Blick

Menschenrechte und psychiatrisches Handeln

Alle Menschen mit psychischen Erkrankungen haben dasselbe Recht auf bestmögliche medizinische und therapeutische Versorgung wie Patienten mit anderen Krankheiten. Dies gilt auch, wenn sie nicht in der Lage sind, selbstbestimmt Entscheidungen zu treffen. In der Psychiatrie wird deshalb intensiv nach Wegen gesucht, Patienten gleichermaßen das Recht auf medizinische Behandlung und Selbstbestimmung zuteilwerden zu lassen und die Menschenrechte in jedem Fall zu wahren.

Psychische Erkrankungen können gravierende kognitive und emotionale Folgen haben und die Betroffenen in ihrer Fähigkeit, freie Entscheidungen zu treffen, erheblich einschränken. Dies kann gegebenenfalls dazu führen, dass ein Mensch sich selbst oder andere gefährdet, aber Hilfe ablehnt. Wenn ein Mensch etwa an einer schweren Lungenentzündung leidet und aufgrund eines Vergiftungswahns eine notwendige Behandlung ablehnt, kann er in Lebensgefahr geraten. Verschiedene Menschenrechte geraten dann in Konflikt zueinander: das Recht auf medizinische Behandlung und das Recht auf Selbstbestimmung; im Falle einer Fremdgefährdung auch das Recht Dritter auf körperliche Unversehrtheit. Solche ethischen Dilemmata machen eine sorgfältige Abwägung notwendig, bei der im Ergebnis über Maßnahmen gegen den natürlichen Willen des Patienten – wie eine Unterbringung, Sicherungs-, Quarantäne- und Zwangsmaßnahmen – entschieden werden muss. Situationen wie diese finden nicht nur in der Psychiatrie statt, die Menschenrechte spielen hier aber zu Recht eine besondere Rolle. Alle Ärzte sind nach der Genfer Deklaration des Weltärztebunds verpflichtet, die Autonomie und Würde ihrer Patienten zu respektieren und die Menschenrechte nicht zu verletzen. Dieses Grundprinzip schließt die Umsetzung von Maßnahmen zur Prävention und Vermeidung von Zwang mit ein.

Unterbringung in psychiatrischen Kliniken

Wenn ein Mensch aufgrund einer psychischen Erkrankung in seiner Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt ist und sich selbst in diesem Zustand erheblich gefährdet, kann er auf Basis des Betreuungsrechts des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) in einem psychiatrischen Krankenhaus gegen seinen Willen untergebracht werden, sofern ein Gericht dies genehmigt. Darüber hinaus kann eine Unterbringung entsprechend der Unterbringungsgesetze

Psychische Erkrankungen können zu Selbst- oder Fremdgefährdung führen.

Spotlight 3

UN-Behindertenrechtskonvention

Die oberste Forderung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) ist es, Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss von Menschen- und Grundrechten zu garantieren [32]. Mit der Ratifizierung im Jahr 2009 hat sich Deutschland dazu verpflichtet, die Prinzipien der Selbstbestimmung und Diskriminierungsfreiheit auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen umzusetzen. Die folgenden Paragraphen haben besonders große Implikationen für die psychiatrische Versorgung.

- Artikel 12: Gleiche Anerkennung vor dem Recht
verbrieft Menschen mit Behinderungen das Recht, stets als Rechtssubjekt anerkannt zu werden und überall die gleiche Rechts- und Handlungsfähigkeit wie andere Menschen zu genießen.
- Artikel 14: Freiheit und Sicherheit der Person
sichert das Recht von Menschen mit Behinderungen auf persönliche Freiheit, gleichberechtigt mit Menschen ohne Behinderungen.
- Artikel 16: Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch
schützt die körperliche und seelische Unversehrtheit von Menschen mit Behinderung.

Auch wenn die UN-BRK zum Teil sehr unterschiedlich ausgelegt wird [33–35], so hat sie doch in der Behinderten- und Gesundheitspolitik Fortschritte ermöglicht. Sie hat höchstrichterliche Entscheidungen beeinflusst sowie Novellierungen im Betreuungsgesetz und in den Landesgesetzen erforderlich gemacht [32] und damit die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen erheblich gestärkt.

bzw. Psychisch-Kranken-(Hilfe)-Gesetze (PsychKG) der Bundesländer durch ein Gericht angeordnet werden, wenn ein Mensch aufgrund einer psychischen Erkrankung in seiner Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt ist und sich selbst oder andere in diesem Zustand gefährdet. Noch gibt es kein bundesweites Register, das eine valide Aussage darüber treffen könnte, wie viele Menschen in Deutschland aktuell untergebracht sind. Die letzten verfügbaren Zahlen weisen für 2016 insgesamt 56.048 Unterbringungen auf Basis des BGB aus [36]. Diese Zahl umfasst nicht nur Unterbringungen in psychiatrischen Kliniken, sondern auch in anderen Settings, z. B. in Heimeinrichtungen. Zudem gab es 2015 nach den PsychKG bzw. Unterbringungsgesetzen der Länder 83.418 Unterbringungsverfahren [37]. Bei dieser Zahl ist zu beachten, dass es sich hierbei um die Anzahl der anhängig gewordenen Gerichtsverfahren handelt, nicht um die Anzahl der auch tatsächlich genehmigten Unterbringungen. Als Anhaltspunkt kann jedoch die Quote der Genehmigung in betreuungsrechtlichen Unterbringungsverfahren dienen, welche kontinuierlich etwa 95% beträgt [38]. Im bundesweiten Durchschnitt entspricht das 10 von 10.000 Einwohnern, die nach dem PsychKG und 4 von 10.000 Menschen, die nach dem BGB untergebracht sind [39]. Gemessen an allen Fällen in psychiatrischen Kliniken wird der Anteil der unfreiwillig unterbrachten Patienten auf 10% geschätzt [40].

Bundesweit sind von 10.000 Einwohnern 10 nach dem PsychKG und 4 nach BGB untergebracht.

Über die letzten Jahrzehnte kann ein kontinuierlicher Anstieg von Unterbringungen beobachtet werden (vgl. Abb. 3): Seit 1998 stiegen die Unterbringungen auf Grundlage des BGB um knapp 80% und die Unterbringungsverfahren auf Grundlage der PsychKG um ca. 45% (eigene Berechnungen).

In Deutschland sterben jedes Jahr genauso viele Menschen durch Suizid wie durch Verkehrsunfälle, AIDS, illegale Drogen und Gewalttaten zusammengenommen.

Gewalt gegen sich selbst oder gegen andere

2018 nahmen sich in Deutschland etwa 9300 Menschen das Leben [41]. Seit den 1980er Jahren hat sich die Zahl der Suizide in Deutschland etwa halbiert. Zwischen 50% und 90% der Suizide lassen sich auf eine psychische Erkrankung zurückführen [42, 43]. Damit sterben in Deutschland etwa genauso viele Menschen durch Suizid wie durch Verkehrsunfälle, AIDS, illegale Drogen und Gewalttaten zusammengenommen [41].

Eine sehr kleine Minderheit von Menschen mit psychischen Erkrankungen wendet schwere Gewalt gegenüber anderen Menschen an [44–46]. Bestimmte Diagnosen wie psychotische Störungen erhöhen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung das Risiko – insbesondere in Verbindung mit Alkohol, Drogenmissbrauch und unzureichender therapeutischer Hilfe –, gewalttätig zu werden [47, 48]. In vielen Fällen gibt es jedoch keine direkte Kausalität zwischen psychischer Erkrankung und Gewalttaten. Die Ursache ist zumeist nur die gleiche: fehlende gesellschaftliche Inklusion, Diskriminierung und Ausschließung [28] (siehe Kap. 1).

In seltenen Fällen kann es dazu kommen, dass Menschen krankheitsbedingt Straftaten begehen. Sie können dann unter Umständen in einer Klinik des Maßregelvollzugs zur Behandlung der Anlaserkrankung untergebracht werden. 2018 waren es zuletzt 10.171 Menschen, die infolge einer schweren psychischen Störung (§ 63 StGB) oder Suchtkrankheit (§ 64 StGB) straffällig geworden und im Maßregelvollzug untergebracht wurden (Daten nicht für alle Bundesländer vorhanden)[49]. Seit 1998 hat sich diese Zahl verdoppelt.

Unterbringung in geschlossenen Heimen
Menschen können aufgrund einer Selbstgefährdung nach § 1906 BGB außer in psychiatrischen Kliniken auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe bzw. in geschlossenen Heimeinrichtungen untergebracht werden. Auch für diesen Bereich fehlt eine systematische Datenerhebung. Laut Umfragestudien wird die Zahl der hier lebenden Menschen bundesweit auf 6000 geschätzt [50]. Etwa ein Drittel lebt weniger als ein Jahr in den Heimen, ein Drittel zwischen einem und fünf Jahren und ein Drittel über fünf Jahre. Nicht in allen Bundesländern ist eine geschlossene Heimunterbringung möglich, so z.B. in Berlin. Dies führt dazu, dass Heimeinrichtungen bundesweit genutzt und Menschen dorthin überwiesen werden. So erklärt es sich, dass etwa 7% der Bewohner vor ihrer Aufnahme in ein geschlossenes Heim in einem anderen Bundesland lebten [50].

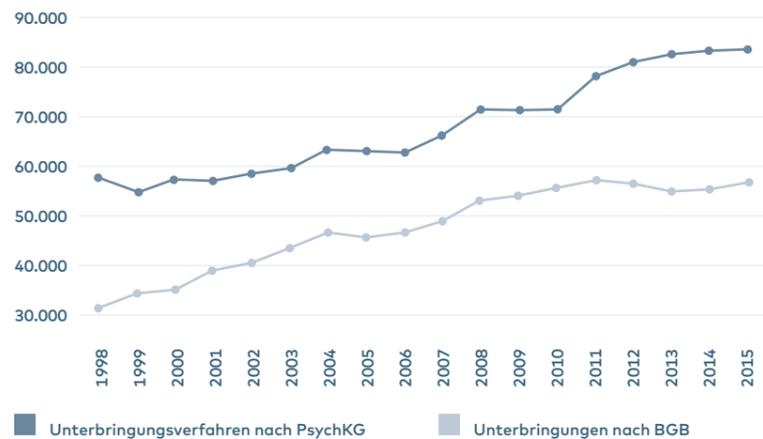


Abbildung 3: Unterbringungen und Unterbringungsverfahren 1998–2015 [36, 37]

Zwangmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken

Unter Zwangsmaßnahmen werden zum einen Sicherungsmaßnahmen, die die Freiheit einschränken oder gänzlich entziehen, gefasst, insbesondere Fixierung, Isolierung und Festhalten. Diese werden bei Vorliegen von Selbst- oder Fremdgefährdung zum Schutz des Patienten, seiner Mitpatienten und des Personals eingesetzt. Zum anderen gibt es ärztliche Zwangsbehandlungen, die gegen den erklärten oder gezeigten Willen eingesetzt werden und einen medizinischen Zweck verfolgen, z.B. Zwangsmedikation oder -ernährung. Aus Stichprobenstudien und dem bundesweit bisher einzigen vorliegenden Bericht mit systematisch erfassten Daten aus Baden-Württemberg geht hervor, dass im Durchschnitt bei 7–8% der stationär behandelten Patienten Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden [40, 51]. Am häufigsten werden Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit organischen Störungen wie der Alzheimer-Krankheit, psychotischen Störungen sowie Intelligenzminderungen vorgenommen. Unter den Maßnahmen, die der Sicherung dienen, machen Fixierungen und Isolierungen den größten Anteil aus. Fast alle Fixierungen erstreckten sich über mehr als 30 Minuten, im Durchschnitt betrug sie 12,2 Stunden. Ärztliche Zwangsbehandlungen werden deutlich seltener vorgenommen, nämlich bei 0,5 bzw. 0,6% aller stationär behandelten Patienten. Bei dieser Zahl ist zu beachten, dass sie nur die Gabe von Medikamenten unter Zwang wiedergibt, die jedoch unter den ärztlichen Zwangsmaßnahmen den größten Anteil ausmacht [51].

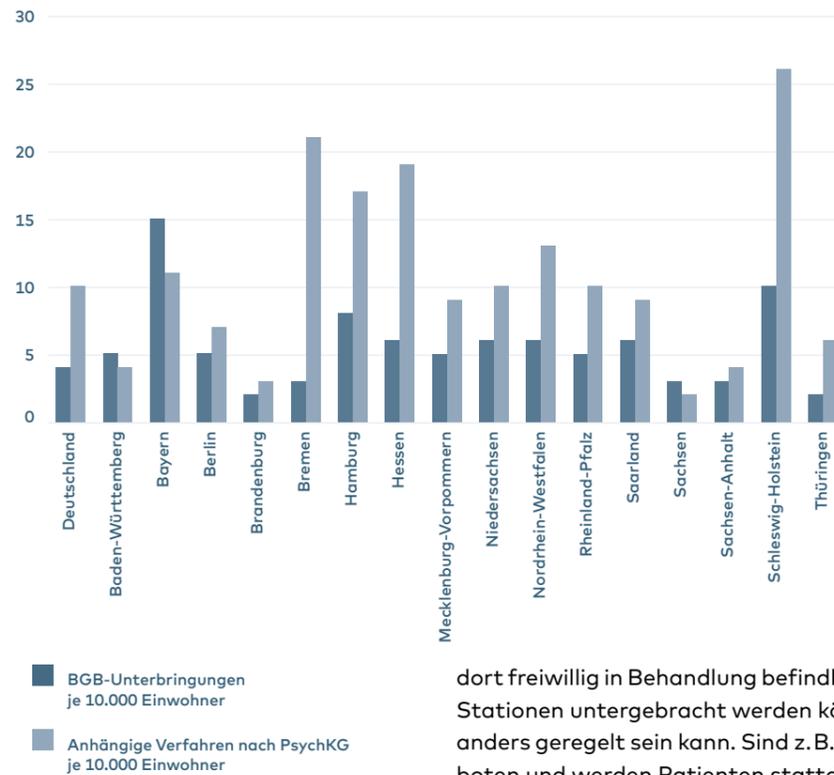
Zwangmaßnahmen dürfen nur als Mittel der letzten Wahl angewendet werden.

Spotlight 4

Regionale Unterschiede

Die Häufigkeit von Unterbringungen, Sicherungsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen weist große regionale Unterschiede auf. So sind die Unterbringungsraten in Deutschland etwa doppelt so hoch wie in Spanien [52]. Auch innerhalb Deutschlands gibt es zwischen den Bundesländern große Unterschiede (siehe Abb. 4). Im Osten der Republik werden deutlich geringere, in Schleswig-Holstein deutlich höhere Unterbringungen als im Bundesdurchschnitt beobachtet. Schließlich zeigen sich auch zwischen den Kliniken erhebliche Unterschiede. In Baden-Württemberg schwanken die Anteile der Zwangsmaßnahmen je nach Klinik zwischen 0,3% und 17,5% aller Behandlungsfälle [53]. Als Ursachen werden in der Forschung Patienten- und Klinikmerkmale, regionale Unterschiede in der Ausstattung des psychosozialen Hilfesystems, aber auch die unterschiedlichen PsychKGs der Bundesländer diskutiert [54]. Eine Übersicht vergleichbarer Zahlen aus Berlin bestätigte die deutlichen Unterschiede in der Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen in einzelnen Kliniken [55, 56].

Abbildung 4: Unterbringungszahlen nach Bundesländern [39]



Vermeidung von Zwang

Sowohl aus ethischer als auch aus rechtlicher und fachlicher Betrachtung dürfen Zwangsmaßnahmen nur als Mittel der letzten Wahl angewendet werden. Sie dürfen nur dann zum Einsatz kommen, wenn mildere Mittel erfolglos bleiben. Maßnahmen gegen den natürlichen Willen sind grundsätzlich Eingriffe in die Grundrechte und können schwere Konsequenzen wie Traumatisierungen, körperliche Verletzungen oder sogar den Tod zur Folge haben [57]. Über Ländergrenzen hinweg gibt es hinsichtlich der ethischen und fachlichen Beurteilung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen regionale und kulturspezifische Unterschiede [58]. So ist in manchen europäischen Ländern vorgesehen, dass die Mehrzahl der

dort freiwillig in Behandlung befindlichen Patienten auch auf geschlossenen Stationen untergebracht werden können, während das in anderen Ländern anders geregelt sein kann. Sind z. B. in der Schweiz Fixierungen zum Teil verboten und werden Patienten stattdessen vorwiegend isoliert, gelten Isolierungen in Dänemark als unethisch und sind hier untersagt. In Deutschland sind Isolierungen erlaubt, werden aber seltener als Fixierungen eingesetzt [59].

Die S3-Leitlinie *Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen* gibt Empfehlungen, wie Zwangsmaßnahmen nachgewiesenermaßen wirksam reduziert werden können [57, 60]. Dabei geht es um folgende Ansätze:

- organisatorische und institutionelle Interventionen, darunter z. B. die detaillierte Dokumentation der Situation und der ergriffenen Maßnahmen oder ein höherer Personalschlüssel
- das Angebot an Fort- und Weiterbildungsprogrammen, insbesondere in Hinblick auf Deeskalationstrainings
- Gestaltung psychiatrischer Stationen
- psychotherapeutische Angebote
- gemeinsame Nachbesprechungen mit dem Patienten nach einer Zwangsmaßnahme
- vorausschauende Risikobewertung und frühe Interventionen
- offenes und personenzentriertes Setting [55, 56]

Um den Effekt der Zwangsreduktion zu vergrößern, sollten mehrere verschiedene Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen in der Klinikorganisation umgesetzt werden. Dazu eignen sich sogenannte komplexe strukturierte Behandlungsprogramme wie *Safewards*, *Six Core Strategies*, das *Engagement Model* oder das *Weddinger Modell*. Ihnen allen ist gemein, dass sie verschiedene Ansätze zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen integrieren. Diese reichen von stationsbezogener Datenerfassung, die hilft, Risikosituationen besser identifizieren zu können, bis zur Rolle der Stations- und Klinikleitung bei der Umsetzung zwangsreduzierender Maßnahmen [57, 61].

Grundsätzlich muss im Sinne einer autonomie-fokussierten Psychiatrie jeweils aus einer Vielzahl von Möglichkeiten die Zusammenstellung an Maßnahmen gewählt werden, die unter den lokalen Gegebenheiten den bestmöglichen Schutz der Menschenrechte aller Beteiligten gewährleistet [62].

Überdies ist die klinische Ethikberatung eine wichtige Instanz zur Überwachung der Menschenrechte. Sie trägt zu einer normativ reflektierten und begründeten Entscheidungsfindung in ethisch schwierigen klinischen Behandlungssituationen bei [63]. Ob eine klinische Ethikberatung eingerichtet wird, ist jeder Klinik selbst überlassen. In einer Umfrage gaben 92% der psychiatrischen Akutkrankenhäuser und 29% der Maßregelvollzugskliniken in Nordrhein-Westfalen an, klinische Ethikberatung an ihrer Klinik anzubieten [64]. Bundesweit halten aber nach wie vor nur etwa die Hälfte der Kliniken Strukturen der klinischen Ethikberatung vor [65].

Institutionelle Schutzmechanismen

Da Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen Eingriffe in die Grundrechte darstellen, sind institutionelle Schutzmechanismen in diesem Bereich besonders wichtig. Daher müssen den Patienten und Betroffenen Wege aufgezeigt werden, um Beschwerden einzureichen oder die Rechtmäßigkeit einer Maßnahme überprüfen zu lassen. So obliegt allein unabhängigen Gerichten die Letztentscheidung für die Unterbringung, für bestimmte Sicherungsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen [60]. Aber auch außergerichtliche Institutionen dienen als niedrigschwellige Anlaufstellen oder als kontrollierende und berichtende Instanzen:

- Patientenfürsprecher stehen Patienten und Angehörigen direkt in der Klinik als Ansprechpartner zur Verfügung. Sie sind beratend und vermittelnd tätig.
- Besuchskommissionen sind multiprofessionell besetzt und überprüfen in regelmäßigen, unangekündigten Besuchen, ob die Rechte der Patienten in den Einrichtungen in angemessenem Umfang gewährleistet sind.
- Beschwerdestellen bieten Beratung, Begleitung und Informationen bei Beschwerden zur psychiatrischen Versorgung für Betroffene und Angehörige.
- Reporting-Stellen (z. B. Ombudsstelle in Baden-Württemberg) bündeln und analysieren Zwangsmaßnahmen und berichten der Öffentlichkeit darüber.
- Die Monitoring-Stelle des Deutschen Instituts für Menschenrechte prüft die Einhaltung der UN-BRK und der Rechte von Menschen mit Behinderungen.
- Die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter sucht regelmäßig Orte der Freiheitsentziehung auf, macht auf Missstände aufmerksam und unterbreitet Verbesserungsvorschläge.
- Der Staatenbericht des Bundessozialministeriums berichtet über die Umsetzung der UN-BRK in Deutschland.
- Die Staatenprüfung durch den Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen der UN prüft, ob Probleme bei der Umsetzung der UN-BRK in den einzelnen Staaten zu monieren sind, und macht Vorschläge zur Behebung.
- Gremien und Funktionsträger internationaler Organisationen (insbesondere UN und Europarat) begleiten die Menschenrechtssituation auf übergeordneter Ebene und beobachten die Situation in einzelnen Staaten.

Komplexe strukturierte Behandlungsprogramme verknüpfen verschiedene Einzelmaßnahmen und sind besonders wirksam.

Perspektiven

Es ist eine zentrale Aufgabe des Trialogs, sich kontinuierlich mit den Fragen von Menschenrechten und Selbstbestimmung in der Psychiatrie auseinanderzusetzen. Die Sicht der Angehörigen und Betroffenen kann durch Beiräte auf allen Entscheidungsebenen (Landespsychiatrie-, Klinik-, Forschungsbeiräte), durch EX-IN-Genesungsbegleiter, durch von Angehörigen organisierte Seminare, durch Sprechstunden für Angehörige und Freunde und vieles mehr eingebracht und unterstützt werden.

Fachliche Empfehlungen zur Vermeidung und Verhinderung von Zwangsmaßnahmen, wie sie heute schon in Leitlinien festgehalten sind, müssen in den Kliniken auch tatsächlich umgesetzt und zur gelebten Realität werden. Voraussetzung dafür ist, dass zum einen eine Haltung und Kultur der Sensibilität gefördert wird, zum anderen in den Einrichtungen eine ausreichende Zahl qualifizierter Mitarbeiter zur Verfügung steht, um die jeweiligen Programme und Maßnahmen erfolgreich umzusetzen. Auch sollte den Mitarbeitern ausreichend Zeit für Patientenkontakte zur Verfügung stehen.

Die Rechte und Hilfen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten überall in Deutschland unabhängig vom Wohnort und unabhängig von der rechtlichen Grundlage der Unterbringung den höchsten rechtlichen Schutz genießen. Dies gebietet auch der allgemeine Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz), wonach gleiche Sachverhalte gleich behandelt werden müssen. Die zum Teil sehr heterogenen Landesgesetze sollten daher über die Bundesländer hinweg angeglichen werden, vor allem dort, wo sie Freiheits- und Teilhaberechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen beschneiden, aber auch dort, wo sie durch Vorgaben zur Ausgestaltung des psychosozialen Hilfesystems einen Beitrag zur Vermeidung von Unterbringungen leisten können.

Dringend notwendig ist ein bundesweites systematisches Monitoring zur Erfassung und Bewertung von Zwangsmaßnahmen, unabhängig von der Unterbringungsgrundlage (zivil-, straf- oder öffentlich-rechtlich) und der Einrichtung (Klinik oder Heim), um mehr Wissen über die Menschenrechtssituation zu gewinnen. Dies ist unverzichtbar, um sowohl auf fachlicher als auch auf gesellschaftlicher und politischer Ebene weitere Strategien zur Zwangsvermeidung zu initiieren. Inhaltlich kann das Register der *Ombudsstelle Baden-Württemberg* Vorbild sein. Es erfasst die wesentlichen Indikatoren und ist nachgewiesenermaßen praktikabel.

Dabei ist es von besonderer Bedeutung, dass über die Versorgungssituation in geschlossenen Heimeinrichtungen, in denen Menschen zum Teil über mehrere Jahre in Freiheitsentzug leben, Transparenz geschaffen und die Wiederherstellung des selbstbestimmten Lebens stärker in den Fokus der Behandlungsangebote genommen wird. Maßgeblich dafür ist, dass sich Leistungen und Angebote ausschließlich am Menschen orientieren und nicht – wie vielfach noch anzutreffen – vornehmlich durch Settings und Sektoren bestimmt werden (siehe Kap. 3).

„Symptome können unerträgliche Situationen erträglich machen und sollten daher nicht um den Preis einer dauerhaft medikamentös eingeschränkten Lebensqualität grundsätzlich wegtherapiert werden. Das ‚Recht auf Krankheit‘ ist anzuerkennen, solange sie keine Dritten oder einen selbst gefährdet.“

Brigitte Richter

„Menschenrechte für sich in Anspruch zu nehmen, steht auch Angehörigen zu. Sie müssen als gleichberechtigte Partner zu professionellen Betreuern und Betroffenen bei der Planung und Umsetzung von Behandlung und Betreuung angesehen werden.“

Rüdiger Hannig

„Wir brauchen einen partizipativen, abgestimmten Prozess, der die Begleitforschung koordiniert, Vorschläge erarbeitet und die Umsetzung menschenrechtlicher Ziele im psychiatrischen Hilfesystem bundesweit überwacht – mit Unterstützung durch die Politik von Anfang an.“

Valentin Aichele

„Es gibt eine sehr große Varianz in der Gewährung von Bewegungsfreiheit zwischen verschiedenen Städten oder Institutionen.“

Elisabeth Eckrich

„Psychisch kranke Menschen sind keine Straftäter oder per se gefährlich, sondern Patienten. Dies so zu sehen, ist eine Frage der Haltung.“

Thomas-Hellmut Lahusen

„Zwang findet auch in Pflegeeinrichtungen statt. Um ihn zu vermeiden, gibt es eine Reihe nicht-medikamentöser, aber auch sehr personalintensiver Behandlungsansätze.“

Michael Rapp

„Die Ausübung von Zwang ist ein grundsätzliches Problem in der gesamten Medizin und muss immer ultima ratio sein.“

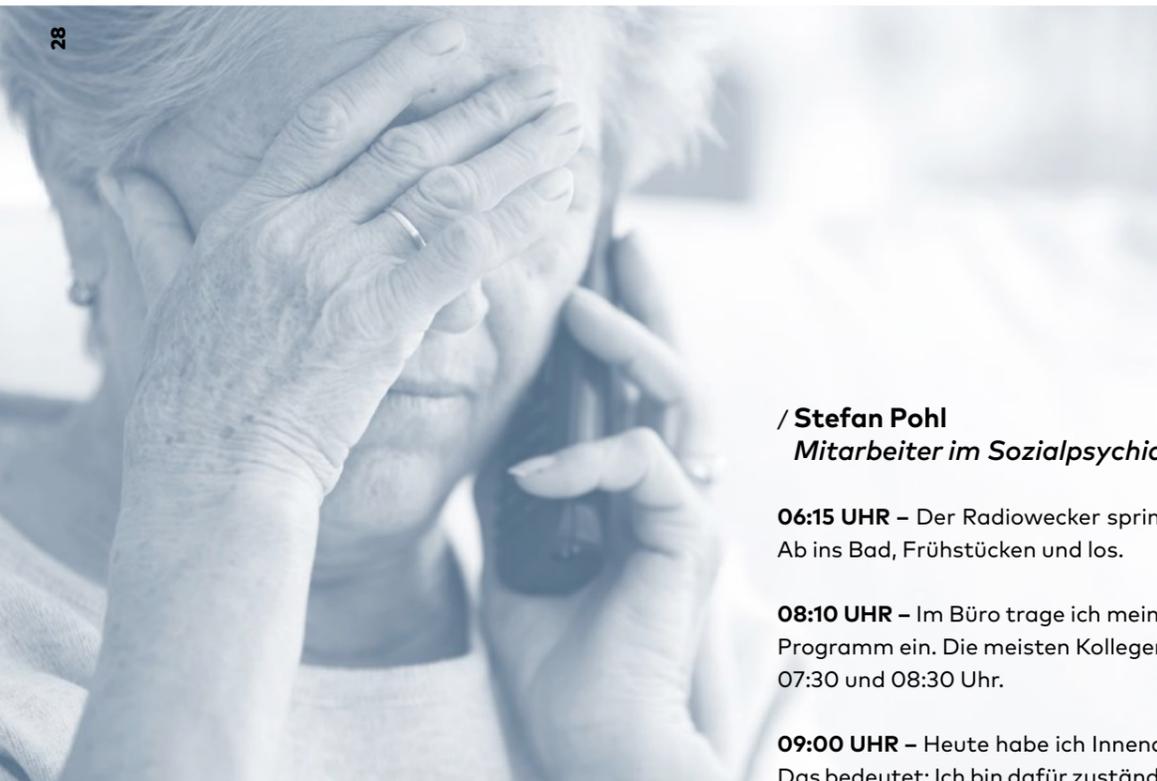
Thomas Pollmächer

„Veränderungen ergeben sich selten aus der Institution heraus, sie müssen immer im Austausch mit Dritten erfolgen.“

Andreas Heinz

Schnell passende Hilfe finden

Stefan Pohl und Anita Mohrmann ergänzen sich optimal. Während der eine tagsüber in Problemlagen hilft, ist die andere auch dann noch da, wenn es bereits dämmt. Sozialpsychiatrische Dienste und Krisendienste sind wichtige Anlaufstellen, ohne die Mensch und System in Not wären.



/ **Stefan Pohl**
Mitarbeiter im Sozialpsychiatrischen Dienst

06:15 UHR – Der Radiowecker springt wie gewohnt an. Ab ins Bad, Frühstück und los.

08:10 UHR – Im Büro trage ich meinen Dienstbeginn ins Programm ein. Die meisten Kollegen kommen zwischen 07:30 und 08:30 Uhr.

09:00 UHR – Heute habe ich Innendienst bis 15:00 Uhr. Das bedeutet: Ich bin dafür zuständig, die telefonischen Neuanfragen abzuklären. Sind wir die richtige Anlaufstelle? Ist es dringend? Brauchen die Anrufer eine fachliche Beratung oder geht der neue Fall in die Verteilermappe? Heute ist ein durchschnittlicher Tag. Außerdem kümmere ich mich um die E-Mails. Das alles läuft parallel zu den sonstigen Aufgaben.

Unser elfköpfiges, multiprofessionelles Team trifft sich einmal wöchentlich zur Dienstbesprechung. Die Moderation rotiert; heute bin ich dran. Zunächst werden die Neuanfragen der letzten Tage kurz vorgestellt und dann im Team verteilt. Jeder kümmert sich dann direkt um zeitnahe Terminabsprachen für Beratungen. Es gibt viel zu regeln. Manchmal diskutieren wir auch inhaltliche Fragestellungen – heute ist dafür allerdings nicht genug Zeit.

10:30 UHR – Die Dienstbesprechung ist zu Ende und wir machen uns ans Werk. Letzte Woche erzählte mir eine Kollegin aus einem anderen Team von einem bewegenden Fall: Eine ältere Frau meldete sich und sagte, ihre Tochter hätte sich psychisch stark verändert, wäre abgemagert und würde niemanden mehr an sich herankommen lassen. Gestern Abend sei sie in der stark vermüllten Wohnung gewesen, kurz danach kam es zum Streit und zu einem unschönen Rausschmiss. Ich bin gespannt, was der geplante Hausbesuch der Sozialarbeiterin zusammen mit der Ärztin aus dem Team in den nächsten Tagen ergeben wird.

11:00 UHR – Mein erster persönlicher Klientenkontakt heute: Eine alleinerziehende Mutter mit ihrem Sohn stellt sich vor. Der Junge zeigt depressive und ängstliche Symptome, zieht sich sozial zurück und besucht nur noch gelegentlich die Schule. Das Erstgespräch mit einer ärztlichen Kollegin dauert etwa 50 Minuten. Die Mutter macht sich große Sorgen. Die Eltern brauchen oftmals ebenso Beratung. Das ist der Grund, weshalb wir das Erstgespräch parallel zu zweit durchführen. Beide stimmen einem weiteren Beratungstermin zu und die Mutter wirkt erleichtert angesichts des Hilfsangebots.

12:00 UHR – Nachdem ich mein Büro durchgelüftet und mich mit einem Keks gestärkt habe, übernehme ich das zentrale Telefon der Beratungsstelle. An manchen Tagen sind es nur kurze Telefonate, manchmal jedoch – so wie heute – ist es notwendig, ausführliche Gespräche zu führen.

13:00 UHR – Am Ende der Mittagspause gibt es noch einen Espresso, anschließend mache ich mich an weitere Telefonate und deren Dokumentation. Ich buche zwischendurch noch über Carsharing ein Auto für den geplanten Hausbesuch nächste Woche.

14:00 UHR – Ein Oberkommissar einer benachbarten Polizeiwache meldet sich. Ein uns bisher unbekannter Mann, schwer depressiv wirkend, befindet sich zur Abklärung akuter Suizidalität in der Dienststelle. Wir schicken eine Ärztin aus dem Team, um zu beurteilen, ob der Mann in eine Klinik eingewiesen werden muss.

Während das passiert, habe ich ein Beratungsgespräch mit einem jungen Mann, der Ärger in der Familie hat. Wir sprechen insgesamt eine Dreiviertelstunde und spielen zur Regeneration anschließend kurz Tischfußball im Gruppenraum. Schließlich verabreden wir uns erneut.

15:00 UHR – Der Innendienst für heute ist vorüber. Der nächste Termin fällt aus, da die psychisch gerade sehr belastete Mutter einer Klientin nicht erscheint. Wir haben es oftmals mit schwer belasteten Familien zu tun, die zum Teil Mühe haben, Verabredungen verlässlich wahrzunehmen. Ich nutze die Zeit für eine Absprache mit einer sozialpädagogischen Kollegin „zwischen Tür und Angel“. Wir betreuen gemeinsam eine sogenannte Multi-Problem-Familie und verständigen uns auf ein gemeinsames Vorgehen. Wir vereinbaren ein Familiengespräch mit Tochter und Eltern. Solche Absprachen untereinander sind sehr wichtig.

„Unser Team ist multiprofessionell aufgestellt.“

Stefan Pohl

16:15 UHR – Eine Krankenschwester von einem ambulanten psychiatrischen Pflegedienst, die eine 65-jährige Frau betreut, kommt zu einem kurzfristig angesetzten Termin zu einem Kollegen in die Beratungsstelle. Die Ärztin hat psychiatrische häusliche Krankenpflege für die Patientin, die an einer organischen Halluzinose leidet, verordnet. Zuletzt hat sie allerdings den Pflegedienst nicht mehr in die Wohnung gelassen. Jetzt soll gemeinsam das weitere Vorgehen zur Unterstützung der Patientin besprochen werden.

17:15 UHR – Ich dokumentiere meine Arbeit abschließend und plaudere noch kurz mit einem Kollegen.

17:40 UHR – Auf dem Rückweg kann ich beim Fahrradfahren langsam abschalten und mich auf den Feierabend zu Hause freuen. /

Stefan Pohl

53, ist in einer von zwölf Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover tätig. Oberstes Ziel ist, Betroffenen eine möglichst selbstständige Lebensführung im gewohnten Umfeld zu erhalten oder wieder zu ermöglichen.

„Wenn andere Einrichtungen geschlossen sind, ist der Krisendienst weiter erreichbar.“

Anita Mohrmann

/ Anita Mohrmann
Mitarbeiterin beim Berliner Krisendienst

15:45 UHR – Ich schließe die Tür zu unserem Standort in Neukölln in dem Wissen auf, dass die Kollegen der acht anderen Außenstellen ebenfalls gleich ihre Pforten öffnen und bis Mitternacht im Dienst sein werden. Aktuell sind drei Personen an unserem überregionalen Standort in Berlin-Mitte für alle unsere neun Rufnummern zuständig. Aufgrund der Corona-Pandemie wurden die Dienste tagsüber verstärkt. In 15 Minuten macht der Tagdienst Feierabend, unsere Hauptberatungszeit geht los. Wenn andere Einrichtungen geschlossen sind, ist der Krisendienst weiter erreichbar. Das ist nicht nur gut für hilfesuchende Betroffene oder Angehörige, sondern ermöglicht Mitarbeitern psychosozialer Einrichtungen, akute Fälle an uns zu übergeben oder Einsatz-Anfragen zu stellen. Meine Kollegin trifft ein. Wir machen uns eine Kanne Tee für die bevorstehende Schicht.

16:00 UHR – Wir schalten die Rufumleitung aus. Wie viele Menschen uns heute kontaktieren, kann man nie wissen – welche Themen sie mitbringen, noch weniger. Kurz darauf klingelt es. Eine Frau steht vor der Tür. Zuhause gehe es nicht mehr weiter. Sie wolle den gewalttätigen Partner verlassen. Schnell wird klar, dass sie einen Platz im Frauenhaus braucht. Wir organisieren alles in Absprache mit der Berliner Initiative gegen Gewalt an Frauen. Die Klientin möchte den Weg dorthin allein gehen – unsere Begleitung lehnt sie ab. Ihre wenigen Habseligkeiten hat sie in einem kleinen Rucksack bei sich. Ich wünsche ihr alles Gute und biete ihr an, sich wieder zu melden.

17:00 UHR – Ich gehe in ein vereinbartes Folgegespräch mit einer Klientin, die überlegt hatte, sich etwas anzutun, weil sie nicht mehr weiterwusste. Heute ist der letzte Termin einer Gesprächsreihe. Sie hat einen Therapieplatz gefunden.

19:30 UHR – Während ich die letzten Anrufe dokumentiere, klingelt es erneut. Eine mir bekannte Klientin bittet um ein persönliches Gespräch auf Englisch. Ein Konflikt mit ihrer Mitbewohnerin bereitet ihr schlaflose Nächte. Was, wenn die Mitbewohnerin ihr den Untermietvertrag kündigt? Aufgrund ihres nicht deutschen Namens hat sie Angst, keine neue Wohnung zu finden. Da meine Kollegin bereits mit dem nächsten Besucher spricht, können wir beide nun keine Anrufe mehr entgegennehmen. Daher leite ich unsere Rufnummer für die Dauer des Gesprächs an einen anderen Standort weiter.

20:40 UHR – Ich nehme ein Telefonat an. Die Person am anderen Ende bleibt stumm. Trotz Nachfrage höre ich nur Atmen und im Hintergrund ein Radio. So ein Anruf

ist keine Seltenheit. Mir bleibt nur übrig, irgendwann aufzulegen. Fehlt der Person der Mut zu sprechen? Tut es ihr einfach gut, kurz eine fremde Stimme zu hören? Heute bekomme ich darauf keine Antwort. Kurz darauf klingelt das Telefon wieder. Eine Männerstimme, kaum verständlich, immer wieder durch Schluchzen unterbrochen. Seine Mutter habe völlig unerwartet einen Schlaganfall erlitten. Die Ärzte fordern eine Entscheidung von ihm: Sollen lebenserhaltende Maßnahmen ergriffen werden? Zuhören, zuwenden, aushalten. Zum Ende des Gesprächs hat sich die Stimme des Mannes etwas beruhigt. Nach dem Auflegen habe ich das Bedürfnis, frische Luft hereinzulassen und mit meiner Kollegin zu sprechen.

22:30 UHR – Ich hatte ein längeres Telefonat mit einer Frau, die ihrer Wut auf die Nachbarn freien Lauf lässt. Die hätten es auf sie abgesehen, würden ständig gegen die Wände schlagen und bei den Bauarbeitern von gegenüber schlecht über sie reden. Wir erleben diese Art Anrufe sehr oft. Manchmal gelingt es, die Menschen auf andere Gedanken zu bringen und sie vom quälenden Wahnerleben abzulenken. Neben der telefonischen Hilfe kommen wir bei suizidalen Krisen, psychiatrischen Notfällen oder bei außergewöhnlichen Ereignissen wie z. B. akuten Traumatisierungen direkt zum Ort des Geschehens. Dort deeskalieren wir, schätzen eine akute Gefährdung ein und veranlassen die nächsten Schritte. Falls erforderlich, ziehen wir dafür einen Arzt aus unserem Hintergrunddienst hinzu oder arbeiten mit Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst zusammen. Unser Ziel ist immer, Krisen möglichst ambulant aufzufangen. Heute bleibt ein Außeneinsatz bei mir aus.

23:10 UHR – Die Mutter eines obdachlosen, schwer alkoholabhängigen Mannes hat mir gerade berichtet, dass sie es geschafft hat, sich mit einer Frau privat zu verabreden, die sie über eine Gruppe von Angehörigen psychisch kranker Menschen kennengelernt hat. Der Austausch sei für sie sehr entlastend. Über die Jahre sei sie einsam geworden. Die Kollegin und ich unterhalten uns über die Kraft von Angehörigengruppen und sehen dem Feierabend entgegen. Ein gut bekannter Klient ruft an und wünscht uns einen schönen Abend. Auch das gibt es.

00:00 UHR – Ich drücke den Knopf der Rufumleitung. Feierabend. Ab sofort übernimmt der Nachtdienst am Standort Mitte, der bis morgen früh um 8:00 Uhr für ganz Berlin zuständig ist. /

Anita Mohrmann

32, arbeitet in einem von mehreren Teams des Berliner Krisendienstes, der in der Hauptstadt seit 1999 rund um die Uhr und kostenlos qualifiziert in psychischen Not-situationen hilft.

Vom individuellen Bedarf aus denken

Personenzentrierte Angebote und Strukturen

Die Versorgungslandschaft für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist in Deutschland hoch entwickelt und ausdifferenziert. Trotzdem gibt es viele Betroffene, die von den vorhandenen Hilfen nur unzureichend oder gar nicht erreicht werden: Vier von fünf Menschen mit psychischen Erkrankungen nehmen Leistungen nicht in Anspruch [66]. Besonders bei Menschen mit schweren oder chronischen psychischen Erkrankungen ist häufig eine Unter- und Fehlversorgung festzustellen, die sich beispielsweise in einer unzureichenden Behandlung [67, 68] oder Fehlplatzierung mit Langzeitunterbringung in Heimen darstellt [69, 70]. Neben der Gruppe der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erhalten auch Kinder und Jugendliche, Familien mit psychisch erkrankten Eltern, Frauen mit postpartalen Depressionen, ältere Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund sowie soziale Risikogruppen (siehe Kap. 1) häufig nicht die Therapien und Hilfen, die notwendig wären. Eine passgenaue Ausrichtung der Behandlungs- und Hilfsangebote erscheint daher dringend erforderlich.

Bedarfsorientierung

Viele Reformansätze nehmen heute konsequent die Perspektive der Betroffenen ein und gehen von deren Bedarf aus. Die Bedarfe von Menschen mit psychischen Erkrankungen können alle Lebensbereiche betreffen, von Person zu Person sehr unterschiedlich ausfallen und sich über die Zeit verändern. Neben der medizinischen und therapeutischen Behandlung haben insbesondere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen Unterstützungsbedarf im Bereich der Teilhabe, also etwa in Bezug auf Arbeit, Wohnen und die Einbindung in das soziale und gesellschaftliche Leben [71, 72] (siehe Kap. 1).

Behandlungsangebote und Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen orientieren sich zunehmend am Recovery-Konzept. *Recovery* bezeichnet den individuellen Genesungsweg zu einem selbstbestimmten und in soziale Bezüge eingebetteten Leben, auch innerhalb krankheitsbedingter Grenzen. In diesem Sinne sollte es Aufgabe des Versorgungssystems sein, Betroffene im Rahmen ihrer individuellen Ziele und Wünsche zu unterstützen, sie in ihrer Autonomie und Individualität zu stärken und eine Inklusion in allen Lebensbereichen sowie die Lebensqualität zu fördern. Zentraler Bestandteil von *Recovery* ist *Empowerment*. Es zielt darauf ab, die Eigeninitiative des

Betroffenen zu stärken, indem ihm Selbstbestimmung zugetraut und er in seinen eigenen Wünschen, Zielen und Entscheidungen unterstützt wird [71].

Anstatt von den existierenden Versorgungsstrukturen auszugehen, stellen moderne Reformansätze die Frage in den Mittelpunkt, was das Versorgungssystem leisten muss, um den Bedarf der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu erfüllen. Dazu findet sich in der Literatur das Konzept der basalen Funktionen, die unabhängig davon, welche Akteure im Versorgungssystem diese Funktionen letztendlich übernehmen, greifen. Das Funktionale Basismodell nach Steinhart und Wienberg z.B. definiert neben der Behandlung und Unterstützung auch die Steuerung im Hilfesystem sowie die Erschließung weiterer gegebenenfalls erforderlicher, passgenauer Behandlungs- und Teilhabeleistungen [73] (siehe Abb. 5). Anschließend werden Überlegungen dazu angestellt, in welcher Form sichergestellt werden kann, dass in jeder Region ausreichend Angebote bereitstehen, die die definierten basalen Funktionen abdecken.

Angebote und Strukturen

Die Versorgungslandschaft für erwachsene Menschen mit psychischen Erkrankungen umfasst verschiedene Sektoren, Settings, Berufsgruppen und sozialrechtliche Absicherungen. Unterschieden wird zwischen dem ambulanten Sektor, dem Krankenhaussektor sowie dem Rehabilitationssektor. Für jeden Sektor gelten unterschiedliche Finanzierungs- und Organisationsregelungen.

Die gesetzlichen Grundlagen für die verschiedenen Leistungen und Angebote bilden die Sozialgesetzbücher (SGB). So sind die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen im SGB V geregelt, Reha- und Teilhabeleistungen hingegen in den SGB II, III, IX und Sozialleistungen im SGB XII. Hinzu kommen weitere gesetzliche Grundlagen wie Landesgesetze beim Sozialpsychiatrischen Dienst.

Die Versorgung findet in unterschiedlichen Settings statt, z.B. ambulant in einer Praxis oder Ambulanz, einzeln oder in der Gruppe, stationär im Krankenhaus oder einem Wohnheim, teilstationär in einer Tagesklinik oder aufsuchend zu Hause oder am Arbeitsplatz.

An der Versorgung sind unterschiedliche Berufsgruppen beteiligt, darunter Ärzte, Fachärzte, Psychologen, ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten, Gesundheits- und Krankenpfleger, Sozialpädagogen, andere Gesundheitsfachberufe (z.B. Ergo-, Bewegungs- oder Kunsttherapeuten), Peer-Berater sowie haupt- und ehrenamtliche Seelsorger. Einen wichtigen Beitrag leisten nicht zuletzt häufig auch Angehörige, die den Betroffenen im Alltag unterstützen oder ihm helfen, sich im Versorgungssystem zu orientieren.

Für die Versorgung, Unterstützung und Beratung erwachsener Menschen mit psychischen Erkrankungen bestehen die folgenden Strukturen und Angebote [74–76]:

- Fachärztliche/psychotherapeutische Versorgung in Ambulanzen, ambulanten Praxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)
- Psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosomatische Krankenhausversorgung (stationär, teilstationär, stationsäquivalent)
- Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie und -psychosomatik
- Stationäre, teilstationäre oder ambulante Rehabilitation

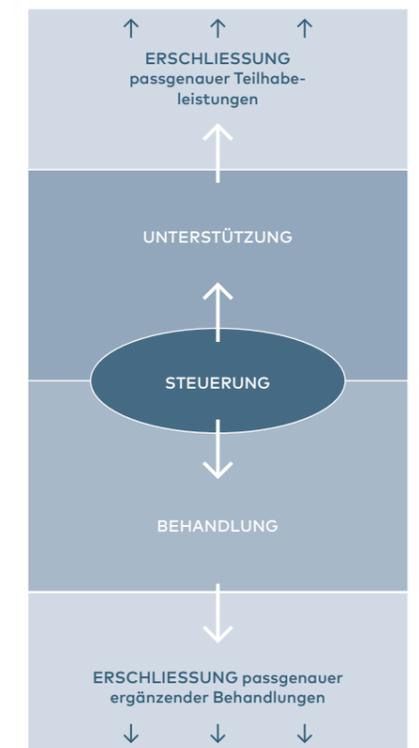


Abbildung 5: Basale Kernfunktionen des Versorgungssystems in Anlehnung an Steinhart und Wienberg [73]

- Ambulante psychiatrische Pflege
- Ambulante Soziotherapie
- Ambulante Ergotherapie
- Häusliche Krankenpflege
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Betreuungs- und Unterstützungsangebote, Sozialpsychiatrische Zentren und Tagesstätten (SPZ)
- Selbsthilfegruppen
- Aktiv-/Kreativgruppen
- Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
- Psychosoziale Beratungsstellen
- Suchtberatungsstellen
- Krisendienste
- Telefonseelsorge
- Jobcenter
- Arbeits- und Beschäftigungsangebote
- Hilfen zur sozialen Teilhabe, z.B. betreutes Wohnen und besondere Wohnformen
- Hilfen zur Erziehung eines Kindes oder eines Jugendlichen

Unter den genannten Angeboten und Strukturen subsumieren sich meistens jeweils noch etliche andere spezifische Angebote wie beispielsweise im Bereich der Rehabilitation die Integrationsfachdienste, Beruflichen Trainingszentren, Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke, Werkstätten, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen (RPK) etc. [75]. Weitere Fakten und Zahlen zum psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem sind im DGPPN-Dossier mit dem Schwerpunkt „Versorgung“ dargestellt [77].

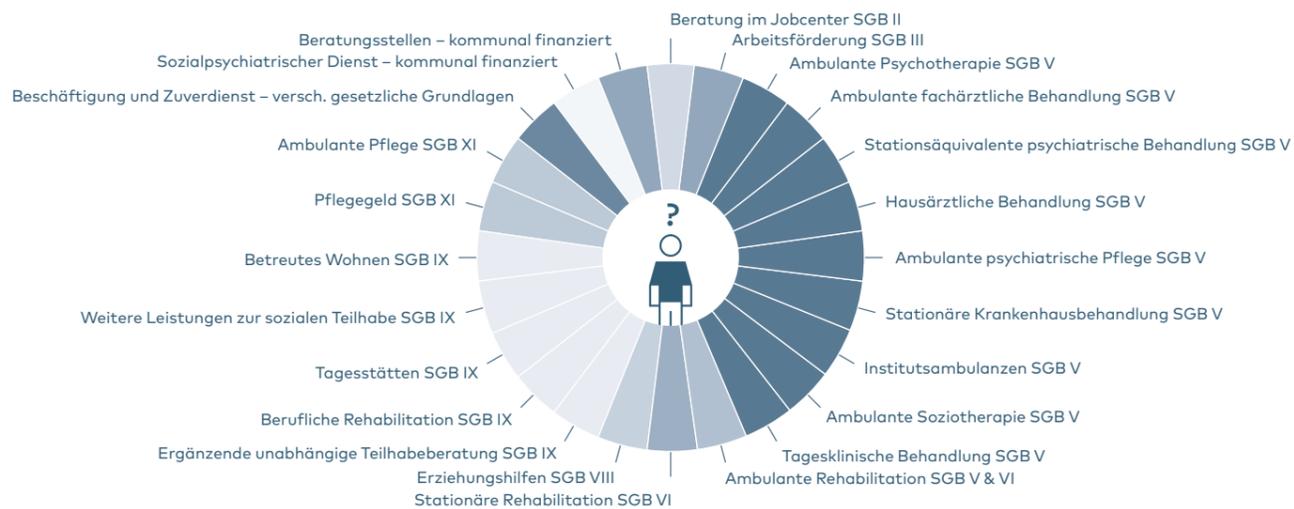


Abbildung 6: Finanzierungs- und Gesetzesgrundlagen der Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Grenzen des Systems

Die Tatsache, dass für die verschiedenen Leistungen und Angebote im Sozial- und Gesundheitswesen verschiedene Finanzierungs- und Gesetzesgrundlagen gelten (siehe Abb. 6) und die Kooperation zwischen Sektoren, Settings und Leistungserbringern dadurch erschwert und mangelhaft ist, wird seit Jahrzehnten als zentrale Ursache für die bestehende Unter-

und Fehlversorgung gesehen [78–80]. Es besteht insbesondere eine große Kluft zwischen dem durch die Krankenkassen finanzierten System der Behandlung und Therapie (SGB V), den teilhabeorientierten, rehabilitativ ausgerichteten Leistungen (SGB IX sowie SGB II/III und weitere) und der Sozialhilfe (SGB XII). Dadurch, dass Leistungen und Leistungsgruppen in verschiedenen Sozialgesetzbüchern festgeschrieben sind, sind sie häufig nur unzureichend miteinander vernetzt. Das führt dazu, dass individuelle und bedarfsgerechte Hilfen die Betroffenen nicht immer erreichen. Das Bundesteilhabegesetz definiert hier neue Leistungen zur Teilhabe, schafft aber auch neue Koordinationsprobleme [81] (siehe Spotlight 5).

Behandlungslücken und Kooperationsdefizite begünstigen Unter- und Fehlversorgung.

Spotlight 5

Bundesteilhabegesetz

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) ist 2017 ein umfassendes Gesetzespaket mit vier Reformstufen in Kraft getreten. Ziel des Gesetzes ist – auch im Hinblick auf die UN-Behindertenrechtskonvention –, die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen zu verbessern. Das BTHG betrifft somit auch zahlreiche Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung in der Bewältigung ihres Alltags dauerhaft gravierend eingeschränkt sind [81]. Von zentraler Bedeutung ist das neu geschaffene Teilhabeplanverfahren (§ 19 SGB IX), das eine enge Zusammenarbeit aller Rehabilitationsträger bei der Gestaltung von Eingliederungsleistungen unter Einbezug des Betroffenen und seiner Vertrauenspersonen vorsieht. Die Frage, ob es in den nächsten Jahren auch eine Verzahnung von Teilhabeplanung und Behandlung geben wird, ist bisher noch offen, spielt aber für die Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen eine entscheidende Rolle. Einige Modellprojekte, die durch das BTHG gefördert werden [82], berücksichtigen auch die besonderen Bedarfe von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Beispielhaft können hier genannt werden:

- Leipziger Individual Placement and Support für psychisch erkrankte Menschen (LIPSY)
- Die Gesundheits- und Arbeitspilote: Systemisches Eingliederungsmanagement bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (SEMpsych)

Erschwerend kommt hinzu, dass sich die Versorgungsstrukturen zwischen den Ländern und teilweise sogar innerhalb der Länder unterscheiden. Für Betroffene und Angehörige und nicht zuletzt auch für Professionelle ist diese Versorgungslandschaft kaum zu überblicken. Insbesondere die Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind dadurch benachteiligt: Sie haben einen hohen Unterstützungsbedarf, brauchen feste Strukturen und Orientierung und geben krankheitsbedingt häufig schneller auf, weil sie wechselnde Bezugspersonen nur schwer verkraften. Eine selbstbestimmte Lebensführung im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention (siehe Kap. 2) wird dadurch erschwert.

Das Versorgungssystem ist für Betroffene und Angehörige kaum zu überblicken.

Mittlerweile existieren zahlreiche Modellprojekte, in denen neue Konzepte zur Überwindung von Behandlungslücken und Kooperationsdefiziten erprobt werden (siehe Spotlight 6). Die DGPPN hat 2018 ein eigenes Modell für eine gestufte und koordinierte Versorgung vorgestellt [83]. Trotz dieser vielversprechenden Modelle ist die vernetzte und sektorübergreifende Versorgung noch nicht in der Regelversorgung angekommen: Es gibt keine verbindliche Regelung für alle Krankenkassen; die Umsetzung gleicht eher einem Flickenteppich kleinerer Selektivverträge, deren Überführung in die Regelversorgung nur selten gelingt. Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss aktuell beauftragt, diese Problematik mit einer neuen Richtlinie anzugehen (Richtlinie über die strukturierte und koordinierte Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Hilfebedarf).

Spotlight 6

Modellprojekte für innovative Versorgungsformen

Um die Koordination und Kooperation zwischen den Leistungserbringern und Sektoren zu verbessern und innovative Versorgungsformen zu fördern, gibt es eine Reihe von Selektivverträgen nach § 140a SGB V Integrierte Versorgung sowie Modellvorhaben nach § 64b SGB V bzw. regionale Budgets. Seit 2016 werden zudem verschiedene innovative Modelle für einen begrenzten Zeitraum über den Innovationsfonds gefördert.

Beispiele für innovative Versorgungsformen sind:

- RECOVER – Modell der sektorenübergreifend koordinierten, schweregradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen [84]
- NPPV – Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung [85]
- Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg [86]
- Gemeindepsychiatrische Basisversorgung [87, 88]
- Netzwerk psychische Gesundheit [89]
- Regionales Budget, z.B. im Klinikum Itzehoe [90]

Versorgungsgaps

Unterstützung in akuten Krisen ist in vielen Regionen aufgrund fehlender ambulanter Krisendienste und Komplexleistungen abhängig von einer (voll-)stationären Aufnahme. Probleme entstehen beim Übergang aus der stationären in die ambulante Versorgung: So erhält der überwiegende Teil der Patienten, die stationär aufgrund einer schweren Erkrankung behandelt wurden, im Anschluss keine angemessene ambulante Behandlung [67]. Für Menschen mit Migrationshintergrund ist der Zugang zur ambulanten Versorgung aufgrund kultureller und sprachlicher Barrieren häufig besonders erschwert [92].

Unterversorgung betrifft auch Menschen in stationären Wohnformen wie Menschen mit Demenzerkrankungen in Altenheimen oder pflegebedürftige Menschen mit psychischen Erkrankungen. Häufig mangelt es hier an fachärztlicher und insbesondere gerontopsychiatrischer Kompetenz und einer ausreichenden Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen und den Fachärzten [91]. Aber auch alte oder pflegebedürftige Menschen mit psychischen Erkrankungen, die zu Hause leben, erhalten größtenteils nicht die erforderlichen Hilfen, weil es keine entsprechenden Versorgungsstrukturen, etwa für den Hausbesuch des Facharztes, gibt.

Obwohl als gesetzlicher Anspruch speziell für Menschen mit psychischen Erkrankungen definiert (§ 11 SGB V; § 27 Abs. 1 SGB V), erreichen sie Angebote der medizinischen Rehabilitation bislang zu selten. Auch Soziotherapie, d.h. die motivierende Begleitung von psychisch erkrankten Menschen wird noch zu wenig angeboten bzw. in Anspruch genommen.

Ökonomisierung

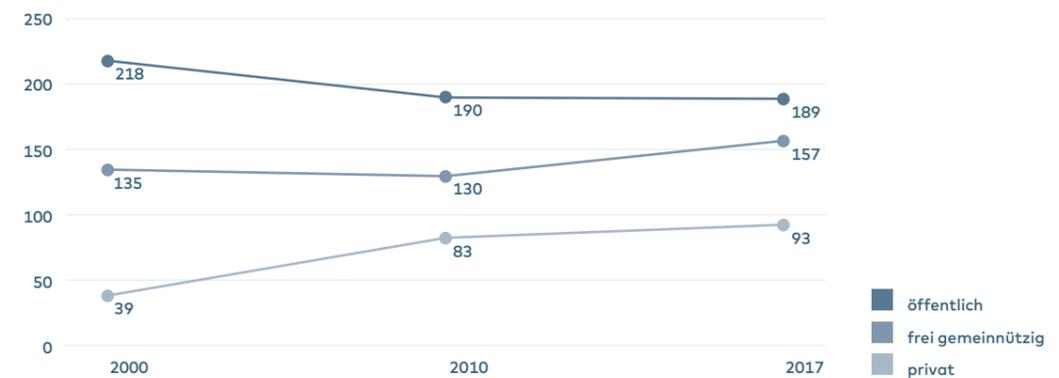
Der Anteil psychiatrischer Krankenhäuser und Fachabteilungen unter privater Trägerschaft steigt seit Jahren an [92] (siehe Abb. 7). Nach jüngsten Erhebungen aus 2017 befindet sich jede fünfte (teil-)stationäre psychiatrische Einrichtung in privater Hand [93]. Die Privatisierung der Krankenhäuser bedeutet Wettbewerb und Konkurrenz unter den Kliniken, die so unter wirtschaftlichen Druck geraten. Aber die Ökonomisierung trifft auch öffentliche und frei gemeinnützige Kliniken. Die Folgen dieser Entwicklung sind Über-, Unter- und Fehlversorgung durch die Ausrichtung von Behandlungen an Erlösaussichten [94]. Personalmangel, ein hoher Dokumentationsaufwand und häufige Überbelegung führen zu hohem Druck beim vorhandenen Personal. Darunter leidet nicht zuletzt auch die Attraktivität der Arbeitsplätze in der Psychiatrie: Drei von vier Psychiatriebeschäftigten können sich nicht vorstellen, unter den aktuellen Gegebenheiten bis zur Rente in der Psychiatrie weiterzuarbeiten [95]. Auch der ambulante Sektor unterliegt ökonomischen Zwängen. Hier sorgen u.a. die geringe Vergütung ärztlicher Gespräche im Vergleich zu den weitaus lukrativeren Untersuchungen im hochtechnisierten Bereich oder die Öffnung der ambulanten Versorgung für Investoren für ökonomischen Druck und Fehlanreize.

Menschen in Heimen erhalten häufig keine angemessene psychiatrische Behandlung.

Jede fünfte psychiatrische Klinik liegt in privater Hand.

Drei von vier Mitarbeitern psychiatrischer Kliniken sind unzufrieden mit ihren Arbeitsbedingungen.

Abbildung 7: Psychiatrische Krankenhäuser und Fachabteilungen nach Trägerschaft von 2000 bis 2017 [92]



Perspektiven

Für einen Ausweg aus der Unter- und Fehlversorgung müssen niedrighschwellige Zugangs- und Versorgungswege geschaffen werden. Eine gestufte und koordinierte berufsgruppenübergreifende Versorgung stellt sicher, dass Betroffene zu jedem Zeitpunkt psychosoziale Hilfen und die passende Behandlung erhalten (siehe z. B. das DGPPN-Modell [83]).

Gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ sollten wohnortnahe und aufsuchende intensive multiprofessionelle Behandlungsangebote, ambulante Krisendienste und psychosoziale Hilfen flächendeckend aufgebaut werden. Voraussetzung dafür ist, dass Rahmenbedingungen geschaffen werden, auf deren Grundlage ambulante Komplexleistungen im Versorgungssystem erbracht werden können, organisiert etwa durch Vertragsärzte, psychiatrische Institutsambulanzen oder gemeindepsychiatrische Verbände [87, 96].

In einem Versorgungssystem der Zukunft sollte aus Sicht der Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihrer Angehörigen eine kontinuierliche Betreuung sichergestellt werden. Dabei sollte die Verantwortung für die Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren im Versorgungssystem unter Einbeziehung des Betroffenen idealerweise bei einer Bezugsperson liegen. SGB-übergreifende Kooperationen sind insbesondere für vulnerable Gruppen dringend erforderlich. Für eine zuverlässige Vernetzung der Berufsgruppen und Institutionen, die an der Versorgung beteiligt sind, müssen verbindliche Regeln geschaffen werden: Die Beteiligung an der Kooperation muss in allen Leistungsgesetzen als Aufgabe definiert und der daraus entstehende Aufwand vergütet werden.

Ein vernetztes Versorgungssystem ist realistisch umsetzbar, wenn die Planung, Koordination und Steuerung der Behandlungs- und Hilfesysteme regional organisiert wird. Die Digitalisierung bietet hier vielfältige Chancen für eine effiziente Kommunikation. Für die Umsetzung einer SGB-übergreifenden Versorgung erscheint angesichts der unterschiedlichen regionalen Versorgungsstrukturen eine Finanzierung über Regionalbudgets sinnvoll.

Nicht zuletzt müssen Betroffene und ihre Angehörigen stärker als bisher und regelhaft in die Versorgung und deren Planung eingezogen werden. Hierfür sollten Kooperationen zwischen den für psychisch erkrankte Menschen tätigen Institutionen und den Organisationen der Selbsthilfe geschaffen bzw. verstetigt werden. Eine grundsätzliche Beteiligung von Angehörigen und Betroffenen in Landespsychiatriebeiräten, aber auch in Beiräten von Kliniken und anderen Versorgungseinrichtungen ist notwendig, um eine Versorgung auf Augenhöhe zu gewährleisten. Die Peer-Beratung und das soziale Umfeld der Betroffenen sollten regelhaft in die Versorgung einbezogen werden.

Wirksame Maßnahmen zur Prävention und Versorgung psychischer Erkrankungen dürfen nicht an ökonomischen Zwängen scheitern. Vorgaben für Zeitkontingente und Personalausstattung müssen sich konsequent am Bedarf psychisch erkrankter Menschen orientieren (siehe Plattform-Modell der DGPPN [97]), auch wenn sie einen zusätzlichen Einsatz von Ressourcen erfordern.

„Unterstützung durch Psychiatrie-Erfarene schafft Vertrauen! Peer-Berater müssen einen festen Platz im Versorgungssystem erhalten.“

Brigitte Richter

„Alt gewordene psychisch Erkrankte bedürfen einer intensiven gemeindepsychiatrischen Betreuung und einer aufsuchenden ärztlichen Behandlung. Diese sollte nicht wie bisher nur im Rahmen von StäB möglich sein.“

Vjera Holthoff-Detto

„Die fachärztliche Behandlung von Menschen in Wohn- und Pflegeheimen sowie die Kooperation mit dem Pflege- und Betreuungspersonal muss dringend verbessert werden. Hierfür müssen Anreize geschaffen werden.“

Christa Roth-Sackenheim

„Für Angehörige sollten beginnend mit der ersten Krankheitsmanifestation eigenständige Unterstützungsangebote vorgehalten werden.“

Rüdiger Hannig

„Regionalbudgets über die Sozialgesetzbücher hinweg würden Anreize schaffen für individuelle und bedürfnisangepasste Hilfen.“

Raoul Borbé

„Die Zulassung zu bestehenden und neuen Leistungen sollte nicht mehr institutionspezifisch, sondern funktional erfolgen: Anforderungen an Leistungserbringer werden festgelegt, und zugelassen wird, wer diese erfüllt.“

Nils Greve

„Die verschiedenen Leistungserbringer werden sich nur nachhaltig vernetzen, wenn sie gemeinsam die Verantwortung für die Versorgung der Bürger in der Region tragen.“

Matthias Rosemann

„Für die Überwindung der Sektorengrenzen sind politische Vorgaben erforderlich, um die regionale Versorgung zu stärken.“

Christian Kieser

„Die Hürden für die Etablierung komplexer ambulanter Versorgungsstrukturen sind viel zu hoch.“

Sabine Köhler

Die DGPPN

Sie ist die Stimme der psychischen Gesundheit in Deutschland und eine der bundesweit größten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften: die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.

Unter dem Dach der DGPPN ist die Kompetenz von über 10.000 Fachärzten, Therapeuten und Wissenschaftlern gebündelt, die in Universitätskliniken, Krankenhäusern und ambulanten Praxen sowie in der Forschung auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit tätig sind. Die DGPPN macht sich für eine optimale Versorgung der Patienten stark. Um dies zu erreichen, setzt sich die Fachgesellschaft auf vielen Ebenen dafür ein, dass die notwendigen Rahmenbedingungen stimmen.

Das vielseitige Engagement lässt sich in Wissenschaftsförderung, Qualitätssicherung, Vernetzung, Fort- und Weiterbildung, Politikberatung und berufspolitische Vertretung, Öffentlichkeitsarbeit und Information sowie die Förderung des Nachwuchses clustern. Dabei ist der jährliche DGPPN Kongress das zentrale Forum für Forschung, Versorgung und Politik.

Im Zentrum der Arbeit der Fachgesellschaft steht die ganzheitliche Sicht auf den Menschen mit allen individuellen psychischen und körperlichen sowie sozialen Aspekten – ein Prinzip, auf das die DGPPN heute wie auch in Zukunft baut.



Ein wichtiger Seismograph für die Arbeit der Fachgesellschaft ist das Dialogische Forum. 2015 gegründet, umfasst es elf Betroffenen- und Angehörigenverbände, die der DGPPN beratend zur Seite stehen. Auch das vorliegende Dossier ist das Ergebnis des gelebten Dialogs. Hier diskutierten Experten aus dem Fach gemeinsam mit Experten aus Erfahrung – Betroffene und Angehörige – in einer Reihe von Workshops und öffentlichen Veranstaltungen den Handlungsbedarf für eine personenzentrierte Psychiatrie:

Dr. Valentin Aichele

bis Juni 2020 Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin

Dr. Raoul Borbé

Leiter DGPPN-Referat Gemeindepsychiatrie, Ravensburg

Nils Greve

Vorstandsvorsitzender Dachverband Gemeindepsychiatrie, Solingen

Dr. Stefan Gutwinski

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Dr. Uta Gühne

Universitätsklinikum Leipzig

Elisabeth Eckrich

Nationale Stelle zur Verhütung von Folter, Wiesbaden

Dr. Christian Kieser

DGPPN-Vorstand, Potsdam

Dr. Sabine Köhler

DGPPN-Vorstand, Jena

Dr. Rüdiger Hannig

Stellv. Vorsitzender Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen, Kiel

Dr. Iris Hauth

DGPPN-Vorstand, Berlin

Prof. Dr. Vjera Holthoff-Detto

Leiterin DGPPN-Referat Gerontopsychiatrie, Berlin

Thomas-Hellmut Lahusen

Leiter Sozialpsychiatrischer Dienst Berlin-Mitte, Berlin

Prof. Dr. Thomas Pollmächer

President Elect DGPPN, Ingolstadt

Brigitte Richter

Außenbeauftragte Selbsthilfeverein Pandora, Nürnberg

Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller

DGPPN-Vorstand, Leipzig

Prof. Dr. Dr. Michael A. Rapp

Präsident Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Potsdam

Matthias Rosemann

Vorstand Aktion Psychisch Kranke, Berlin

Dr. Christa Roth-Sackenheim

DGPPN-Vorstand, Andernach

Gudrun Schliebener*

bis Februar 2020 Vorsitzende Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen, Herford

Dr. Stefanie Schreiter

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. Katarina Stengler

Leiterin DGPPN-Referat Rehabilitation und Teilhabe, Leipzig

Quellenverzeichnis

- Lampert T, Kroll LE, Kuntz B, Hoebel J (2018) Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3:1
- Lampert T, Hoebel J, Kroll LE (2019) Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. *Journal of Health Monitoring* 4:3–15
- Marschall J, Hildebrandt S, Nolting H (2019) DAK-Gesundheitsreport 2019. <https://www.dak.de/dakdownload/dak-gesundheitsreport-2019-sucht-pdf-2073718.pdf>. Zugegriffen: 22. Juni 2020
- Marwaha S, Johnson S (2004) Schizophrenia and employment. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 39:337–349
- Mernyi L, Hölzle P, Hamann J (2018) Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär-psychiatrisch behandelten Patienten. *Psychiatr Prax* 45:197–205
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2019) Rentenversicherung in Zeitreihen. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/rv_in_zeitreihen.pdf?__blob=publicationFile&v=4. Zugegriffen: 17. Juni 2020
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015) Durchschnittliches Zugsaltersalter bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung. Verfügbar unter <https://gbe-bund.de>. Zugegriffen: 17. Juni 2020
- Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen (2019) Werkstatt im Wandel: Jahresbericht 2018. Verfügbar unter <https://www.bagwfbm.de/publications>. Zugegriffen: 17. Juni 2020
- Schubert M, Parthier K, Kupka P et al (2013) IAB-Forschungsbericht 12/2013: Menschen mit psychischen Störungen im SGB II (aktualisierte Fassung vom 4.11.2013). Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (Hrsg). <http://doku.iab.de/forschungsbericht/2013/fb1213.pdf>. Zugegriffen: 22. Juni 2020
- Peuckert R (2012) Familienformen im sozialen Wandel. Springer VS, Wiesbaden
- Rattay P, Lippe E von der, Borgmann L-S, Lampert T (2017) Gesundheit von Alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2:24–44. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-112>
- Hoffmann B, Swart E (2002) Selbstwahrnehmung der Gesundheit und ärztliche Inanspruchnahme bei Alleinerziehenden – Ergebnisse des Bundesgesundheits-surveys. *Das Gesundheitswesen* 64:214–223
- Aust A, Rock J, Schabram G et al (2018) Wer die Armen sind. Der Paritätische Armutsbericht 2018. Der Paritätische Gesamtverband (Hrsg). https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Armutsbericht/doc/2018_armutsbericht.pdf. Zugegriffen: 17. Juni 2020
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (2019) Zahl der Wohnungslosen. https://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/index.html. Zugegriffen: 22. Juni 2020
- Schreiter S, Berrpohl F, Krausz M et al (2017) The prevalence of mental illness in homeless people in Germany: a systematic review and meta-analysis. *Dtsch Arztebl Int* 114:665–672. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0665>
- Angermeyer M, Matschinger H, Schomerus G (2013) Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *Brit J Psychiatry* 203:146–151. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.122978>
- Oexle N, Rüschen N (2018) Stigma – Risikofaktor und Konsequenz suizidalen Verhaltens. *Nervenarzt* 89:779–783. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0450-8>
- Hoffmann H, Koschinowski J, Bischof G et al (2020) Medical Students' Readiness for Cutbacks in Health Care Expenditures of Alcohol Dependent Individuals: An Indicator for Stigmatization? *Sucht* 66:105–112. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000645>
- Bundespsychotherapeutenkammer (2015) BPTK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20150916_bptk_standpunkt_psychische_erkrankungen_flaechlinge. Zugegriffen: 22. Juni 2020
- Ullmann E, Barthel A, Taché S et al (2015) Emotional and psychological trauma in refugees arriving in Germany in 2015. *Mol Psychiatry* 20:1483–1484. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.164>
- DGPPN (2016) Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/c03a6dbf7dcd0a77dbdf4ed3e50981431abe372/2016_03_22_DGPPN-Positionspapier_psychosoziale%20Versorgung%20FI%C3%BCchtlinge.pdf. Zugegriffen: 22. Juni 2020
- Griebner O, Rapp MA, Adli M et al (2017) Cities and mental health. *Dtsch Arztebl Int* 114:121–127. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0121>
- Opitz-Welke A, Lehmann M, Seidel P, Konrad N (2018) Medicine in the penal system. *Dtsch Arztebl Int* 115:808–814. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0808>
- Christiansen H, Anding J, Donath L (2014) Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern. In: Köchl M, Ziegenhain U, Fegert JM (Hrsg) *Kinder psychisch kranker Eltern: Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung*. Juventa, Weinheim, S 80–105
- Sommer R, Zoller P, Felder W (2001) Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 50:498–512

- Fullerton B, Eickhorst A, Sann A, Lorenz S (2019) Suchtanzeichen bei Eltern mit Kleinkindern. *Faktenblatt 4 zur Prävalenz und Versorgungsforschung der Bundesinitiative Frühe Hilfen*. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/faktenblaetter/Faktenblatt-4-NZFH-Praevalenzforschung-Suchtanzeichen-Eltern-mit-Kleinkindern.pdf. Zugegriffen: 22. Juni 2020
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2016) Pressemitteilung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung Nr. 13, 25. April 2016. <https://www.drogenbeauftragte.de/presse/pressekontakt-und-mitteilungen/archiv/2016.html?L=0>. Zugegriffen: 22. Juni 2020
- Heinz AJ, Beck A, Meyer-Lindenberg A et al (2011) Cognitive and neurobiological mechanisms of alcohol-related aggression. *Nat Rev Neurosci* 12:400–413. <https://doi.org/10.1038/nrn3042>
- Penka S, Faisst H, Vardar A et al (2015) The current state of intercultural opening in psychosocial services – the results of an assessment in an inner-city district of Berlin. *Psychother Psychosom Med Psychol* 65:353–362
- Penka S, Schouler-Ocak M, Heinz A, Kluge U (2012) Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 55:1168–1175. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1538-8>
- Ministerium der Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen (2019) Bericht der Expertenkommission zu Optimierungsmöglichkeiten im Justizvollzug auf den Gebieten des Brandschutzes, der Kommunikation und der psychischen Erkrankungen. <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-2291.pdf>. Zugegriffen: 22. Juni 2020
- Müller S, Heinz A (2017) Menschenrechte in der Psychiatrie. In: Hauth I, Falkai P, Deister A (Hrsg) *Psyche Mensch Gesellschaft: Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe*. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 143–154
- Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2015) Concluding observations on the initial report of Germany: Committee on the Rights of Persons with Disabilities. United Nations, Genf
- Freeman MC, Kolappa K, de Almeida JMC et al (2015) Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Lancet Psychiatry* 2:844–850. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00218-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00218-7)
- Müller S (2018) Einfluss der UN-Behindertenrechtskonvention auf die deutsche Rechtsprechung und Gesetzgebung zu Zwangsmaßnahmen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 86:485–492. <https://doi.org/10.1055/a-0597-2031>
- Bundesamt für Justiz (2018) Verfahren nach dem Betreuungsgesetz 1992 bis 2017. Verfügbar unter https://www.bundesjustizamt.de/DE/Themen/Buergerdienste/Justizstatistik/Justizstatistik_node.html. Zugegriffen: 22. Juli 2020
- Bundesamt für Justiz (2020) Zusammenstellung der Geschäftsfübersichten der Amtsgerichte für die Jahre 1995 bis 2018. Verfügbar unter https://www.bundesjustizamt.de/DE/Themen/Buergerdienste/Justizstatistik/Justizstatistik_node.html. Zugegriffen: 22. Juli 2020
- Brunns H, Henking T (2015) Unterbringungen und Zwangsbehandlungen in Zahlen. In: Henking T, Vollmann J (Hrsg) *Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S 19–28
- Deutsches Institut für Menschenrechte (2018) Entwicklung der Menschenrechtssituation in Deutschland Juli 2017 – Juni 2018: Bericht an den Deutschen Bundestag gemäß § 2 Absatz 5 DIMRG. Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin
- Adorjan K, Steinert T, Flammer E et al (2017) Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. *Nervenarzt* 88:802–810. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0261-3>
- Statistisches Bundesamt (2020) Todesursachen in Deutschland. *Fachserie 12 Reihe 4*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Publikationen/Downloads-Todesursachen/todesursachen-2120400157004.pdf;jsessionid=AAF78EF5DDCBCC0FBBD1FCFF9C4E7EA6.internet8741?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 22. Juli 2020
- Brieger P, Menzel S (2020) Sind Menschen, die sich das Leben nehmen, psychisch krank? – Kontra. *Psychiatr Prax* 47:177–178. <https://doi.org/10.1055/a-1107-1985>
- Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM (2003) Psychological autopsystudies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 33:395–405. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006943>
- Elbogen EB, Johnson SC (2014) Violence, suicide, and all-cause mortality. *Lancet Psychiatry* 1:6–8. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70246-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70246-9)
- Maier W, Hauth I, Berger M, Saß H (2016) Zwischenmenschliche Gewalt im Kontext affektiver und psychotischer Störungen. *Nervenarzt* 87:53–68. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-0040-6>
- Stevens H, Laurson TM, Mortensen PB et al (2015) Post-illness-onset risk of offending across the full spectrum of psychiatric disorders. *Psychol Med* 45:2447–2457. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000458>
- Fazel S, Gulati G, Linsell L et al (2009) Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med* 6:e1000120. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120>
- Witt K, van Dorn R, Fazel S (2013) Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies. *PLoS ONE* 8:e55942. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055942>

- Statistisches Bundesamt (2019) Zusammenstellung von Länderlieferungen zum Maßregelvollzug im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz. Daten aus einer nicht veröffentlichten Arbeitsunterlage des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV) erstellt durch das Statistische Bundesamt
- Steinhart I, Jenderny S, Schreiter J (2020) (Geschlossene) besondere Wohnformen als unverzichtbarer Teil der regionalen Verbundstrukturen in Deutschland? *Psychiatr Prax*. doi: 10.1055/a-1126-1214
- Weitz H-J (2018) Bericht der Ombudsstelle beim Ministerium für Soziales und Integration nach § 10 Abs. 4 PsychKHG. https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Medizinische_Versorgung/Ombudsstelle_Landtagsbericht-2018.pdf. Zugegriffen: 22. Juli 2020
- Kalisoa L, Raboch J, Nawka A et al (2014) Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 49:1619–1629. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0872-6>
- Flammer E, Steinert T (2019) Das Fallregister für Zwangsmaßnahmen nach dem baden-württembergischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz: Konzeption und erste Auswertungen. *Psychiatr Prax* 46:82–89. <https://doi.org/10.1055/a-0665-6728>
- Gerlinger G, Deister A, Heinz A et al (2019) Nach der Reform ist vor der Reform – Ergebnisse der Novellierungsprozesse der Psychisch-Kranken-Hilfegesetze der Bundesländer. *Nervenarzt* 90:45–57. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0612-3>
- Cibis M-L, Wackerhagen C, Müller S et al (2016) Vergleichende Betrachtung von Aggressivität, Zwangsmedikation und Entweichungsraten zwischen offener und geschlossener Türpolitik auf einer Akutstation. *Psychiatr Prax* 44:141–147. <https://doi.org/10.1055/s-0042-105181>
- Mahler L, Heinz A, Jarchov-Jädi I et al (2019) Therapeutische Haltung und Strukturen in der (offenen) Akutpsychiatrie: das Weddinger Modell. *Nervenarzt* 90:700–704. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0741-3>
- Hirsch S, Steinert T (2019) Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy. *Dtsch Arztebl Online*. doi: 10.3238/arztebl.2019.0336
- Bowers L, Alexander J, Simpson A et al (2004) Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Educ Today* 24:435–442. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2004.04.008>
- Steinert T (2016) An International Perspective on the Use of Coercive Measures. In: Völlm B, Nedopil N (Hrsg) *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care: Legal, Ethical and Practical Challenges*. Springer International Publishing, Cham, S 87–100
- DGPPN (2019) S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Verfügbar unter <https://dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html>. Zugegriffen: 22. Juli 2020
- Czernin K, Berrpohl F, Heinz A et al (2020) Auswirkungen der Etablierung des psychiatrischen Behandlungskonzepts „Weddinger Modell“ auf mechanische Zwangsmaßnahmen. *Psychiatr Prax* 47:242–248. <https://doi.org/10.1055/a-1116-0720>
- Pollmächer T (2019) Autonomiefokussierung als Leitgedanke einer minimal-restruktiven Psychiatrie. *Nervenarzt* 90:669–674. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0714-6>
- Gather J, Vollmann J (2015) Klinische Ethikberatung – ein Modell für die Psychiatrie? *Psyche im Fokus* 1/2015:38–40
- Gather J, Kaufmann S, Otte I et al (2019) Entwicklungsstand von klinischer Ethikberatung in der Psychiatrie: Ergebnisse einer Umfrage unter psychiatrischen Akutkrankenhäusern und Maßregelvollzugskliniken. *Psychiatr Prax* 46:90–96. <https://doi.org/10.1055/a-0579-6469>
- Wollenburg LM, Claus S, Kieser C, Pollmächer T (2020) Zum Stand der Anwendung klinischer Ethikberatung in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. *Psychiatr Prax* a-1179-4314. <https://doi.org/10.1055/a-1179-4314>
- Mack S, Jacobi F, Gerschler A et al (2014) Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 23:289–303. <https://doi.org/10.1002/mpr.1438>
- Wiegand HF, Saam J, Marshall U et al (2020) Probleme beim Übergang von der stationären zur ambulanten Depressionsbehandlung: Analyse administrativer Versorgungsdaten einer großen deutschen Krankenkasse. *Dtsch Arztebl* 117:472–479. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0472>
- Melchior H, Schulz H, Härter M (2014) Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/user_upload/Faktencheck_Depression_Studie.pdf. Zugegriffen: 17. Aug. 2020
- Steinhart I, Speck A, Freyberger H (2013) Blackbox geschlossene Heime. *Psychosoziale Umschau* 1:6–9
- Reumshüssel-Wienert C, Crefeld W (2012) Geschlossene psychiatrische Wohnheime. *Psychiatr Prax* 39:4–6
- DGPPN (2019) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Verfügbar unter <https://dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html>. Zugegriffen: 17. Aug. 2020
- Heinz A (2014) *Der Begriff der psychischen Krankheit*. Suhrkamp Verlag, Berlin
- Steinhart I, Wienberg G (2017) *Rundum ambulant: funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde*. Psychiatrie Verlag, Köln

- Jacobi F, Kunas SL, Annighöfer MLD et al (2019) Versorgungs- und Hilfesysteme für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialer Hilfebedarf in Deutschland. In: Haring R (Hrsg) *Gesundheitswissenschaften*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 609–626
- DGPPN (2017) *Teilhabekompass I: Berufliche Integrationsmaßnahmen in Deutschland – insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen*. Verfügbar unter <https://teilhabekompass.de>. Zugegriffen: 13. Aug. 2020
- DGPPN (2018) *Teilhabekompass II: Soziale Integrationsmaßnahmen in Deutschland – insbesondere für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung*. Verfügbar unter <https://teilhabekompass.de>. Zugegriffen: 13. Aug. 2020
- DGPPN (2018) Dossier Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung. https://dgppn.de/_Resources/Persistent/f80fb-3f112b4eda48f6c5f3c68d23632a03ba599/DGPPN_Dossier%20web.pdf. Zugegriffen: 29. Juni 2020
- Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2012) Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven. https://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/GMK-Bericht_2012_der_AG_Psychiatrie_de__AOLG.pdf. Zugegriffen: 29. Juni 2012
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf. Zugegriffen: 29. Juni 2020
- Friedrich-Ebert-Stiftung (2019) Positionspapier Es ist Zeit für einen neuen Aufbruch! Handlungsbedarfe zur Reform der psychosozialen Versorgung 44 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete. <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/15479.pdf>. Zugegriffen: 30. Juni 2020
- Rosemann M (2018) BTHG: Die wichtigsten Neuerungen für die psychiatrische Arbeit. Psychiatrie Verlag, Köln
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (2020) *Rehapro*. <https://www.modellvorhaben-rehapro.de>. Zugegriffen: 12. Aug. 2020
- DGPPN (2018) DGPPN-Standpunkte für eine zukunftsfähige Psychiatrie. https://dgppn.de/_Resources/Persistent/11a14679d449d3abc76fdd61fb7ff6c428310f67/DGPPN_Standpunktepapier%20web.pdf. Zugegriffen: 29. Juni 2020
- Lambert M, Karow A, Deister A et al (2017) RECOVER: Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schweregrad-gestufteten, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen. In: Amelung VE, Eble S, Hildebrandt H, et al (Hrsg) *Innovationsfonds: Impulse für das deutsche Gesundheitssystem*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Hannover, S 252–65
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, IVPNetworks GmbH (2020) *Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung*. <https://nppv-nordrhein.de>. Zugegriffen: 13. Aug. 2020
- Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg, PIBB GmbH (2020) *PIBB - Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg*. <https://www.pi-bb.de/>. Zugegriffen: 13. Aug. 2020
- Dachverband Gemeindepsychiatrie (2019) *Hilfen wie aus einer Hand: Das Modellprojekt Gemeindepsychiatrische Basisversorgung (GBV)*. <https://gbv.online/wp-content/uploads/2020/01/GBV-Brosch%C3%BCre.pdf>. Zugegriffen: 7. Juli 2020
- Greve N, Heuchemer P (2019) *Die Gemeindepsychiatrische Basisversorgung*. *Psychosoziale Umschau* 2:47–48
- Netzwerk integrierte Gesundheitsversorgung Pinel (2020) *Netzwerk psychische Gesundheit*. <https://www.pinel-netzwerk.de/angebote/vertraege/nwppg/>. Zugegriffen: 13. Aug. 2020
- Klinikum Itzehoe, Zentrum für Psychosoziale Medizin (2020) *Das Regionale Budget*. <https://www.klinikum-itzehoe.de/kliniken/zentrum-fuer-psychosoziale-medin/das-regionale-budget>. Zugegriffen: 13. Aug. 2020
- Schäufele M, Köhler L, Lode S, Weyerer S (2009) Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth U, Wahl H-W (Hrsg) *Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen*. Kohlhammer, Stuttgart, S 159–221
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2018) *Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland: 2000, 2010, 2017*. Verfügbar unter https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DESerie_mods_00002778. Zugegriffen: 8. Juli 2020
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2018) *Krankenhauserverzeichnis 2017*. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (2020) *Für bedarfsgerechte Krankenhausstrukturen in einem demokratischen und solidarischen Gesundheitssystem*. https://www.vdaeae.de/images/vdaeae-Fr_ein_demokratisches_und_solidarisches_Gesundheitssystem-Mai_2020.pdf. Zugegriffen: 29. Juni 2020
- Ver.di (2019) *Versorgungsbarometer Psychiatrie 2019*. https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5d70be88e999fb38604e0976/download/2019-09_Auswertung%20Versorgungsbarometer%20Psychiatrie_end.pdf. Zugegriffen: 29. Juni 2020
- Arbeitskreis Psychiatrische Institutsambulanzen (2020) *Rahmenkonzept für eine Ambulante Intensivbehandlung in der PIA: AMBI*. https://dgppn.de/_Resources/Persistent/68270af4696a1bc0fd803bcde22eb7fa7c39356/Konzept%20AMBI%20Stand%202015.04.2020-final.pdf. Zugegriffen: 7. Juli 2020
- Deister A, Brückner-Bozetti P, Heuft G et al (2020) *Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychotherapie*. *Nervenarzt* <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00995-w>

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie
und Psychotherapie, Psychosomatik und
Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)

Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
Tel.: 030.2404 772-0
pressestelle@dgppn.de

Präsident
Andreas Heinz (V.i.S.d.P.)

Registergericht:
VR 26854 B
Amtsgericht Berlin-Charlottenburg

Wissenschaftlicher Beirat

Arno Deister
Thomas Pollmächer
Steffi G. Riedel-Heller

Konzept und Redaktion

Das *DGPPN-Dossier* entsteht im Teamwork:
Gabriel Gerlinger (Leitung) | Isabelle Lork (Koor-
dination) | Michaela Peeters | Paula Schick Tanz |
Michael Wassiliwizky | Robert Zeidler

Layout und Reinzeichnung

Irene Pranter

Design- und Gestaltungskonzept

wenkerottke.

Schlusskorrektur

Heide Frey

Auflage

1000 Exemplare

Erscheinungsdatum

Oktober 2020

Druck

Buch- und Offsetdruckerei
H. HEENEMANN GmbH & Co. KG, Berlin

ABBILDUNGEN

S. 5: picture alliance/Britta Pedersen;
S. 7: picture alliance/Paul Zinken;
S. 16: unsplash/Severin-Stalder;
S. 18/19: Claudia Burger/DGPPN;
S. 28: iStock/svetikd; S. 30: unsplash/Mark X.
S. 40: unsplash/Christian Fregnan

Zur besseren Lesbarkeit werden im Text
in der Regel die männlichen Schreib-
weisen verwendet, selbstverständlich
beziehen sich alle Aussagen auch auf
die weibliche Form.



DGPPN

Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und
Nervenheilkunde e.V.

Geschäftsstelle DGPPN
Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin
TEL 030.2404 772-0
FAX 030.2404 772-29
sekretariat@dgppn.de

dgppn.de

umore)

Atmu

slauferk