



Kommen, Klären, Kümmern

Aufgaben des sozialpsychiatrischen Dienstes Zusatz-Weiterbildung Sozialmedizin Aufbaukurs G/H

am 14.09.2023
in der SalusCon Akademie gemeinnützige UG Berlin

Dr. med. Dipl.-Psych. Detlev E. Gagel

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen
Psychologischer Psychotherapeut



Historische Entwicklung am Beispiel Berlin

- 1911 Eröffnung einer „Beiratsstelle für entlassene Geisteskranke“
angegliedert an die Anstalt Herzberge
- Aufnahmebezirk der Anstalt Herzberge
 - Geschäftsräume in den Diensträumen eines städtischen Armenamtes
 - wöchentlich zweimal nachmittags ärztliche Sprechstunde
 - Nebentätige Beratung von Kranken und Ehrenräten
 - intensive Propaganda nötig durch wiederholte Veröffentlichungen und Hinweise auf die neue Institution im Gemeindeblatt

Zitat

Kurt HASSE Die offene Fürsorge für Geisteskranke der Stadt Berlin. In: H. Roemer, G. Kolb, V. Falthausen (eds.): Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten 1927, Julius Springer, Berlin



Historische Entwicklung am Beispiel Berlin

Zitat:

„Um der größten, wirtschaftlichen Not der Kranken zu begegnen, stehen der Beiratsstelle bescheidene Geldmittel zur Zeit in Höhe von 2500 M. zur Verfügung. Die Unterstützungssumme ist infolge der durch die Inflationszeit bedingten Sparsamkeit so weit heruntergegangen; es steht aber zu hoffen, daß der Etat der Beiratsstelle bei weiterer Fortentwicklung wieder entsprechend erhöht werden wird.“

(...)

Vergleichen wir unsere hiesige Fürsorge mit den in anderen Städten, etwa Nürnberg, Erlangen, Frankfurt a. M. u. a., geschaffenen Institutionen, so läßt sich nicht ableugnen, daß unsere Fürsorge für Geisteskranke im Verhältnis zu dem Heer von psychisch Abnormen, das sich im Getriebe der Weltstadt sammelt, noch mancher Verbesserung bedürftig ist.“

Kurt HASSE, Die offene Fürsorge für Geisteskranke der Stadt Berlin. In: H. Roemer, G. Kolb, V. Falthausen (eds.): Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten 1927, Julius Springer, Berlin



Geschichte der Psychiatrie in Deutschland

- Um 1900 Verlagerung von Fürsorgeaufgaben in die Gemeinde
- 1933-1945 Naziterror mit Vernichtungsprogramm
- 1945-75 Nachkriegsversorgung
- 1975 Psychiatrie-Enquête Bestandsaufnahme der Versorgung psychischer Kranker
- 1979 Bundestagsdebatte über die Enquête
- Bereitstellung von Mitteln für ein Modellprogramm und Modellverbund Psychiatrie der Bundesregierung
- Ziel: modellhafte Erprobung einer nahtlosen, aufeinander abgestimmten Gesamtversorgung psychisch Kranker und Behinderter (von ambulant über stationär bis rehabilitativ)

Geschichte der Psychiatrie in Deutschland

- Einberufung einer Expertenkommission für Allgemeinspsychiatrie, Abhängigkeitskranke, Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie/ Psychosomatik) + Kosten- und Finanzierungsausschuss und Begleitforschung
- 14 Modellregionen
- Finanzierungsrahmen bis 1985
- 1988 "Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung"

Geschichte der Psychiatrie in Deutschland

Nach der Wiedervereinigung in Deutschland:

- 1990 PsychPV Psychiatrie-Personalverordnung
- 1991 Bericht zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR
- 1996 Psychiatrieentwicklungsprogramm des Landes Berlin Enthospitalisierung (Auflösung der Langzeitstationen) <https://www.berlin.de/lb/psychiatrie/ueberuns/veroeffentlichungen/fachveroeffentlichungen/>
- 2002 1. Bestandsaufnahme der Allgemeinen Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Gesundheitsministerkonferenz (GMK) *Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven*

Geschichte der Psychiatrie in Deutschland

- 2012 2. Bestandsaufnahme der AOLG zur GMK *Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland - Bestandsaufnahme und Perspektiven „insbesondere in den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Gerontopsychiatrie“*
- 2016 Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19.12.2016 in den Kliniken
- 2017 3. Bestandsaufnahme der AOLG zur GMK *Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland - Bestandsaufnahme und Perspektiven - Bericht der AG Psychiatrie der AOLG mit den Schwerpunktthemen „Inklusion – Auftrag und Umsetzung, Trialog und Selbsthilfe“ und „Zusammenhang Maßregelvollzug und Allgemeinspsychiatrie“* https://www.gmkonline.de/beschluesse_oeffentl/90-GMK-Beschluss-Anlage-TOP-10-2.pdf
- 2015, 2016, 2017 Pflegestärkungsgesetze https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/PSG_Das_Wichtigste_im_Ueberblick.pdf

Psychiatrie-Enquête 1975 (frühere BRD)

- Bestandteile der sozialpsychiatrischen Versorgung:

- niedergelassenen Fachärzt:innen	} SGB V
- Fachkrankenhäuser/Fachkliniken	
- Tageskliniken	} SGB XII
- Tagesstätte	
- Betreutes Wohnen	
- Krisendienst	
- Projekte zu Arbeit und Beschäftigung	
- Zielprinzipien der sozialpsychiatrischen Versorgung:
 - ambulant vor stationär
 - bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten
 - gemeindenah
 - Koordination aller Versorgungsdienste
 - Gleichstellung mit somatisch Erkrankten

Brandenburger Thesen 1976 (frühere DDR)

1. Der Mensch **entwickelt** und **bewährt** sich in der **Gemeinschaft**
2. **Psychisch gestörte** oder erkrankte Menschen **reagieren** auf **ungünstige soziale Einflüsse** mit zusätzlichen Störungen
3. Die aus der geschichtlichen Struktur ableitbare **Struktur** psychiatrischer Krankenhäuser ist geeignet, zusätzliche **Störungen hervorzurufen** oder bestehende zu **verstärken**
4. Die „**Therapeutische Gemeinschaft**“ zeigt einen gangbaren **Weg zur Umwandlung** der psychiatrischen Krankenhäuser in echte therapeutische Institutionen

Schirmer, S, Müller, K & Späte, H F: Brandenburger Thesen zur
Therapeutischen Gemeinschaft. Psychiat Neurol med Psychol, 1976: 21-25

Brandenburger Thesen 1976 (frühere DDR)

5. Die **sozialistische Gesellschaftsordnung** bietet alle Voraussetzungen für eine optimale Behandlung und Wiedereingliederung der psychisch Kranken
6. Das Prinzip der „Therapeutischen Gemeinschaft“ ist **kein Schema**
7. Keine „Therapeutische Gemeinschaft“ **ohne offene Tür**
8. Die „Therapeutische Gemeinschaft“ hilft, **Vorurteile** gegenüber psychisch Kranken zu **überwinden**
9. **Sozialpsychiatrie** ist **kein Gegensatz** zur **biologischen Psychiatrie**

Schirmer, S, Müller, K & Späte, H F: Brandenburger Thesen zur
Therapeutischen Gemeinschaft. Psychiat Neurol med Psychol, 1976: 21-25

Empfehlungen der Expertenkommission (aus 14 Modellregionen)

Grundsätze

1. **Erkennen von Zusammenhängen** aus den Bereichen Erziehung, Arbeit und Wohnen und Möglichkeiten der Prävention prüfen (ergibt sich aus Entstehungsbedingungen psychischer Erkrankung)
2. **Aufklärung der Bevölkerung** auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit, besonders Berufsgruppen, die als erste mit Auffälligkeiten und Beeinträchtigungen konfrontiert werden
3. **Ausschöpfung präventiver Hilfen** und **Förderung von Selbsthilfeinitiativen**

Empfehlungen der Expertenkommission (aus 14 Modellregionen)

4. Bereitstellung einer **Vielfalt von Diensten** für alle Hilfebedarfe
5. **Gemeindenähe** → kommunale Psychiatrie = Zuständigkeit für die Versorgung, räumliche Überschaubarkeit, Erreichbarkeit der beteiligten Dienste (Radius von 25 km, 100.000 – 150.000 Einwohner)
6. **Gleichstellung** psychisch Kranker und körperlich Kranker (rechtlich, kostenmäßig, sozial)

Empfehlungen der Expertenkommission (aus 14 Modellregionen)

7. **multidisziplinäre Zusammenarbeit** (medizinisch, psychologisch, sozial, sonderpädagogisch, therapeutisch)
8. Das **Fachkrankenhaus** nimmt **nur noch behandlungsbedürftige** Patienten auf
9. **Vernetzung** aller Dienste

Kernaufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes

1. **Krisenintervention** (tw. incl. Unterbringungsmaßnahmen gemäß PsychKG als hoheitliche Aufgabe) als Alleinstellungsmerkmal (evtl. **psychiatrische (Notfall-)Behandlung** in subsidiärer Funktion)
2. **Fachliche Begutachtung / Diagnostik** unter Einsatz multiprofessioneller Kompetenz nach verschiedenen Gesetzen und Verordnungen (v.a. SGB IX, II)
3. **Beratung, Betreuung und Hilfevermittlung** von Betroffenen, sozialem Umfeld und Professionellen
4. **Koordinierung der Hilfsangebote** zur Sicherstellung bedarfsgerechter Versorgung und Steigerung der Wirksamkeit der Hilfen (evtl. **Gemeinwesenarbeit***, auch Prävention und Entstigmatisierung)
5. **Beschwerdemanagement und Fachaufsicht** mit Anliegenvertretung der Betroffenen zur Qualitätskontrolle insbes. der Klinikbehandlung

*jetzt Sozialraumorientierung

Motto der Sozialpsychiatrischen Dienste

kümmern ???

klären

kommen

Multiprofessionelles Team Pankow

Pankow (12/2022):	Ist	Soll*
■ Sozialarbeiter:innen	16,0	19,61 Stellen
■ Ärzt:innen	7,0	9,25 Stellen
■ Diplompsychologinnen	2,0	2,22 Stellen
■ Verwaltungsangestellte	4,5	7,40 Stellen
	29,5	38,48 Stellen
	diff:	-9
Pankow 2022:	420.768 Einwohner:innen (Stand: 31.12.2022)	
	364.283 Einwohner > 18 Jahre	
	213.000 Haushalte	

* gemäß Mustersgesundheitsamt Berlin
(verabschiedet im Abgeordnetenhaus Berlin am 02-02-10)
modifiziert: 2. Personalmehrbedarf für den ÖGD vom 31-08-16:
Sozialarbeiter:innen: 5,3 Stellen/100.000 EW
Ärzt:innen: 2,5 Stellen/100.000 EW
Psychologinnen: 0,6 Stellen/100.000 EW
2,0 Stellen/100.000 EW

Bezirk Pankow: Entwicklung



BERLIN

2005: 3.440 Personen (346.608 Einwohner)



2019: 4.551 Personen (407.039 Einwohner)
Zunahme: 26% 15%

d.h. ca. 250-300 Personen/akademischer
Mitarbeiter_in

Zielgruppen des SpDi

- **Betroffene** > 18 Jahre („Volljährige“)
- **Angehörige** (z.B. Partner, Eltern)
- **Zugehörige** (z.B. Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen) (Soziales Umfeld)
- **professionell Tätige** (z.B. Mitarbeiter*innen in Einrichtungen)

im Bezirk Pankow (Meldeadresse bzw. Kostenträger-Bezirk*)

v.a. schwer chronisch kranke, „nicht warte-zimmerfähige“ Betroffene (ca. 10-15% aller Psychiatrieerfahrenen)

*Ausführungsvorschriften über die örtliche Zuständigkeit für die Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII vom 31.März 2009

Zuständigkeit bei Suchtkranken?

Zielgruppe:

„Psychisch kranke und abhängigkeitskranke Menschen, (...) die aus gesundheitlichen, sozialen, rechtlichen oder sonstigen Gründen keinen ausreichenden Zugang zum regulären Hilfesystemen (insbesondere zu Suchtberatungsstellen) finden. Diese Menschen werden auch als chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke bezeichnet. Zur Zielgruppe gehören auch deren Angehörige, das soziale Umfeld und sonstige Bezugspersonen.“

Rahmenvorgabe für Kooperationsvereinbarungen zwischen Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi) und Suchtberatungsstellen
Senatsverwaltung für Gesundheit vom 10.05.2007

Zuständigkeit bei Suchtkranken?

Abgrenzung

„Erwachsene Suchtmittelabhängige bzw. Abhängigkeitskranke, (...) gehören in der Regel dann zur Zielgruppe des SpDi, wenn multiple Problemlagen (gesundheitlich, sozial, rechtlich) die multiprofessionelle Kompetenz, die hoheitliche und gutachterliche Funktion sowie die Hilfevermittlung einer komplexen Leistung der Eingliederungshilfe nach § 53/54 SGB XII* durch den SpDi erfordern.“

Rahmenvorgabe für Kooperationsvereinbarungen zwischen Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi) und Suchtberatungsstellen
Senatsverwaltung für Gesundheit vom 10.05.2007

* Aktuell Bundesteilhabegesetz (BTHG) SGB IX

Leitbild der SpDi

Kernaufgaben*

- **Notfallpsychiatrische Krisenintervention** vor Ort incl. Unterbringungsverfahren gemäß Berliner Psych-KG als hoheitliche Aufgabe (**unique selling point**)
- **Fachliche Begutachtung** im Rahmen der Amtshilfe für Maßnahmen der Sozialgesetzgebung (v.a. Eingliederungsmaßnahmen nach dem SGB XII) und des Zivilrechts (v.a. Betreuungsrecht im BGB)
- Psychosoziale **Betreuung und Hilfevermittlung** für Betroffene, soziales Umfeld und Professionelle

* Leitbild der Sozialpsychiatrischen Dienste Berlin

Krisenintervention einschl. Unterbringung

Kurzbeschreibung:

„Durch multiprofessionelle Intervention sollen Krisen aufgefangen und **Zwangsmaßnahmen, wenn möglich, verhindert** werden. Die Krisenintervention schließt auch ordnungsbehördliche Maßnahmen ein und erfolgt zeitnah zur Meldung.“

Leistungsumfang (ausgewählte Beispiele):

- Krisenintervention
- Einweisung nach PsychKG
- Prüfung PsychKG ohne Unterbringung

Produktkatalog für Berlin, Version 27, Bearbeitungsstand: 1. Januar 2023

Krisenintervention einschl. Unterbringung

Qualitätsziele:

- **Anzahl der vermiedenen Zwangsmaßnahmen**
- Zeitdauer von eingegangener Meldung bis zur ersten Klärung und Intervention

Masterarbeit Tafel & Trempler (2016)*:

Viel nützt mehr - zur Prävention von Unterbringung

Fazit: Je **mehr Interventionen** im Vorfeld **durch den SpDi**, desto **geringer Risiko** einer **Unterbringung nach PsychKG** in der Klinik

* Poster auf dem 68. Kongress des Bundesverbandes der Ärztinnen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes „Öffentliche Gesundheit im Spiegel der Zeit“ in Reutlingen (2016)
Produktkatalog für Berlin, Version 27, Bearbeitungsstand: 1. Januar 2023

Psychosoziale Beratung, Betreuung und Hilfevermittlung

Kurzbeschreibung:

„Nach **eingehender Beratung** der Zielgruppe werden den Hilfesuchenden gesundheitliche Hilfen, materielle Unterstützung, Hilfen zum Wohnen, zur beruflichen Eingliederung, zur Tagesstrukturierung und sozialen Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft **vermittelt**. Alle erforderlichen Schritte münden in einen **Gesamtplan**. Das Produkt beinhaltet auch **Beziehungs- und Kontaktpflege** und **Verlaufskontrolle** der Erkrankung. Erforderlichenfalls wird auch die medikamentöse Behandlung sichergestellt.“

Produktkatalog für Berlin, Version 27, Bearbeitungsstand: 1. Januar 2023

🔗 Psychosoziale, Beratung, Betreuung und Hilfevermittlung

Leistungsumfang (ausgewählte Beispiele):

- **Betreuungskontakte** zur Zielgruppe
 - **Beratung** von Betroffenen, Angehörigen und sozialem Umfeld
 - **Beratung** von anderen, an der Versorgung beteiligten, **professionellen** und nicht professionellen Helfern und Institutionen
 - **Fachspezifische Information** und **Aufklärung** für definierte Zielgruppen
 - Steuerungsgremium (Steuerungsrunde, Sektorkonferenz)
 -
- insgesamt 17 Leistungstypen

Produktkatalog für Berlin, Version 27 Bearbeitungsstand: 1. Januar 2023

🔗 Psychosoziale, Beratung, Betreuung und Hilfevermittlung

Qualitätsziele:

- Mindestens jährliche Fortschreibung des **individuellen Betreuungsplanes**
- **"Kundenzufriedenheit"**
- **Wartezeit** auf Beratung
- **Akzeptanz** der angebotenen Hilfen
- **Zeitdauer** von eingegangener Meldung bis zur ersten Klärung und Intervention

Produktkatalog für Berlin, Version 27, Bearbeitungsstand: 1. Januar 2023

👁️ Fachspezifische gutachterliche Stellungnahmen

Kurzbeschreibung:

„Alle am Krankheitsgeschehen beteiligten **somatischen, psychologischen und sozialen Faktoren** aufgespürt und zur Stellung einer sicheren **Diagnose** gleichwertig nebeneinander gestellt. Zur Veränderung des Krankheitsprozesses werden **prognostische Aussagen** gemacht. Das Produkt dient der **Handlungsorientierung** für intervenierende Maßnahmen.“

Leistungsumfang (ausgewählte Beispiele):

- Gutachten zum Gesamtplan gemäß Bundesteilhabegesetz
- Ärztliche, psychologische Diagnostik inkl. Testdiagnostik und Klärung des sozialen Problemhintergrundes

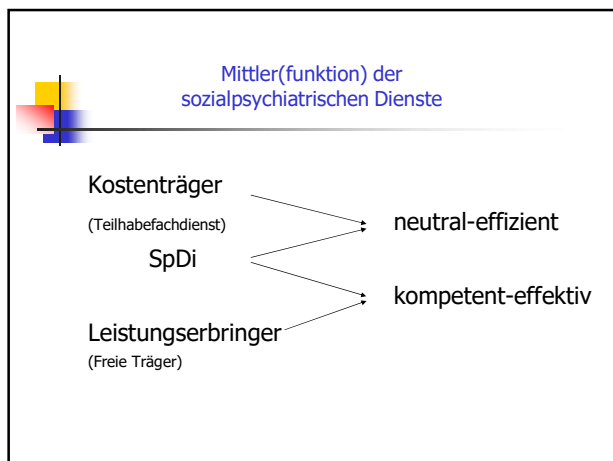
Produktkatalog für Berlin, Version 27, Bearbeitungsstand: 1. Januar 2023

👁️ Fachspezifische gutachterliche Stellungnahmen

Qualitätsziele:

- **Bearbeitungszeit** nach Vorliegen der erforderlichen Unterlagen
- Quote der berechtigten **Rückläufe** wegen formaler und/oder inhaltlicher Fehler

Produktkatalog für Berlin, Version 27, Bearbeitungsstand: 1. Januar 2023



Konzeption der Sozialpsychiatrischen Dienste

- **Niedrigschwellig** (keine Zugangsvoraussetzungen)
- **Schnell verfügbar** (Krisenintervention)
- **aufsuchend/nachgehend** (Hausbesuche)
- **ganzheitlich** (multiprofessionelles Team)
- **kontinuierlich** (Bezugspersonensystem)
- beim „**schwierigsten Fall**“ anfangen (Aufhebung des „**inverse care law**“ * *Gesetz der verdrehten Versorgung*)



*Hart J T, The Lancet, 1971, 297:405-12

Kooperationspartner:innen

Kooperation mit

- den psychiatrischen **Kliniken** der Regelversorgung
- psychosozialen (**komplementären**) Einrichtungen
- **rechtlichen Betreuer:innen**
- **Angehörigen und sozialem Umfeld**
- **Feuerwehr und Polizei**
- **niedergelassenen** Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen

Mitarbeit in **Gremien** und **Arbeitsgruppen**

- psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)
- gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV)
- Steuerungsgremium Psychiatrie/Sucht (SGP/SGS)
- Landesbeirat für psychische Gesundheit
- Bundesweites Netzwerk Sozialpsychiatrische Dienste
- (...)

**Bundesweites Netzwerk der
Sozialpsychiatrischen Dienste**



- Gründung: 2010 in Hannover
- Tagungen: 2010, 2012, 2014, 2016, und 2018 in Hannover
keine Tagung (wegen Corona): 2020, 2021 (digital)
- Publikationen:
 - „**Hart am Wind**“ (ELGETI H & ALBERS A, 2010)
 - „**Armut behindert Teilhabe**“ (ELGETI H, ALBERS A & ZIEGENBEIN, 2016)
 - „**Fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste**“ (ALBERS, M & ELGETI, H, 2018)
 - „**Wohin treibt die Sozialpsychiatrie**“ (ELGETI, H, 2020)



Homepage www.sozialpsychiatrische-dienste.de



Bundesweites Netzwerk der Sozialpsychiatrischen Dienste



- Gründung: 2010 in Hannover
- Tagungen: 2010, 2012, 2014, 2016, und 2018 in Hannover
keine Tagung (wegen Corona): 2020, 2021 und 2022 (digital)
- Publikationen:
 - „Hart am Wind“ (ELGETI H & ALBERS A, 2010)
 - „Armut behindert Teilhabe“ (ELGETI H, ALBERS A & ZIEGENBEIN, 2016)
 - „Fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste“ (ALBERS, M & ELGETI, H, 2018)
 - „Wohin treibt die Sozialpsychiatrie“ (ELGETI, H, 2020)



Homepage www.sozialpsychiatrische-dienste.de

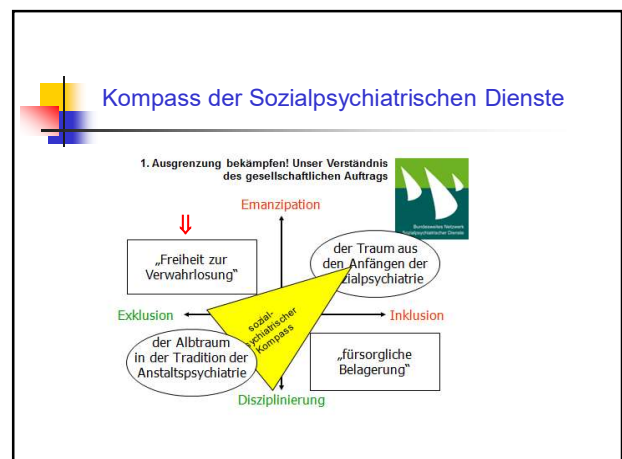
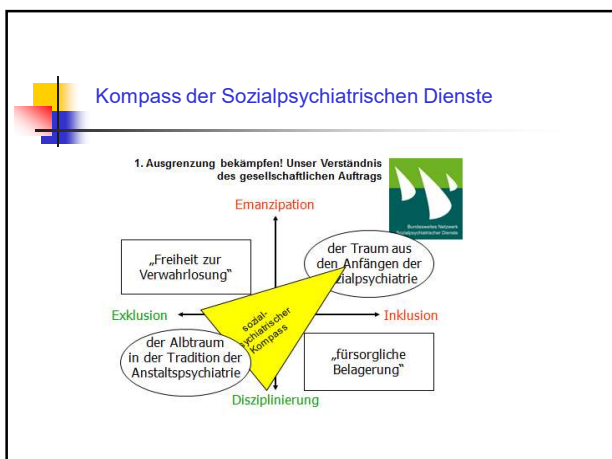


Netzwerk Sozialpsychiatrische Dienste



Kernaufgaben

1. Bundesweiter und Träger-übergreifender **Erfahrungsaustausch**
2. Entwicklung des **Selbstverständnisses** Sozialpsychiatrischer Dienste
3. Entwicklung zukunftsweisender **Arbeitskonzepte**
4. **(Fach-)Öffentlichkeitsarbeit** über die Bedeutung Sozialpsychiatrischer Dienste im Rahmen gemeindepsychiatrischer Versorgungskonzepte
5. **Fortbildungen** bezogen auf die Arbeit im Sozialpsychiatrischen Dienst



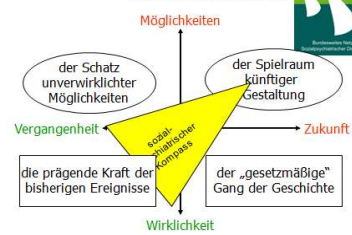
Kompass der Sozialpsychiatrischen Dienste

2. Hilfe zur Selbsthilfe leistet Unsere Grundhaltung gegenüber den hilfsbedürftigen Menschen



Kompass der Sozialpsychiatrischen Dienste

3. Spielräume eröffnen! Unsere Vorstellungen von einer veränderbaren Welt



Qualitätssicherung in den SpDi (Berlin)

- **Montagsrunde** 10x/Jahr
- Beratung bei der **Senatsverwaltung** 3-4x/Jahr
- Entwicklung eines **Leitbildes**
- Untersuchung zur **Qualitätssicherung** *
- geplant:
 - *partizipative Untersuchung zur Nutzerzufriedenheit*
 - *Entwicklung eines Betriebsbuches für die SpDi im digitalen Format (in Arbeit)*

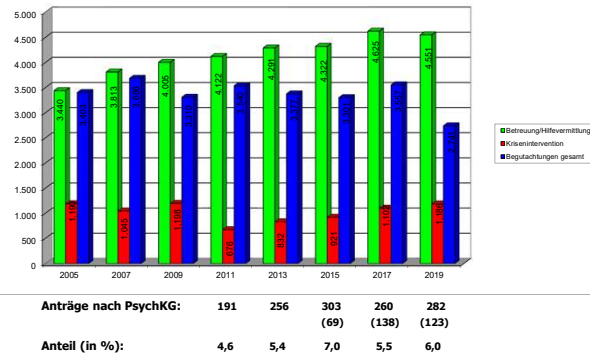
* Gagel D E, Rottig M. Alles gut?! Einführung in das Qualitätsmanagement in den Berliner Sozialpsychiatrischen Diensten. Das Gesundheitswesen 2011; 73: 89– 96

Statistik

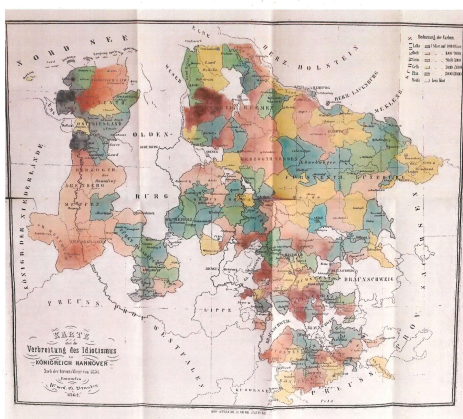
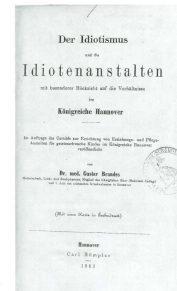
Kostenleistungsrechnung

- jede **Krisenintervention** als fortlaufende Leistung und
- **Begutachtung** (differenziert nach Leistungsempfänger: Bezirksverwaltung, Senatsverwaltung und externe Kostenträger)
- alle Leistungen der Basisbetreuung im Zusammenhang mit **psychosozialer Beratung, Betreuung und Hilfevermittlung** (monatliche Erfassung)

„Fallzahlen“ 2005-2019 SpDi Pankow



Statistik am Beispiel Hannover (1862)



Allgemeine Veränderungen

- Einführung des SGB II (HARTZ IV statt „Stütze“) 2005
- weniger Angebote für „marktfremde Kund:innen“ durch Arbeitsverwaltung
- Verabschiedung des Bundesteilhabegesetz (BTHG) 2017
Umsetzung in den Regionen seit 2018
- Datenschutz-Grundverordnung DSGVO 2018

Administrative Veränderungen in Berlin

- Einführung der **Kostenleistungsrechnung** (KLR) ab 2000
- Installation einer berlinweiten Software (SpDI) ab 2003
- Strukturelle Veränderung: **Gesundheitsdienstreformgesetz** 2006
Auflösung der kommunalen Suchtberatungsstellen
- **Aktualisierung** des Gesundheitsdienstgesetzes (GDG) 2016*
- Einrichtung der **Beschwerde- und Informationsstelle** Psychiatrie BIP (2011)
- Aktualisierung des **Berliner PsychKG** 2016**

* Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
(Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG) vom 25. Mai 2006
letzte berücksichtigte Änderung: §§ 1, 3 und 8 geändert durch
Artikel 2 Absatz 1 des Gesetzes vom 17.06.2016 (GVBl. S. 336)

** Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)
vom 17.6. 2016 (GVBl. S. 336)

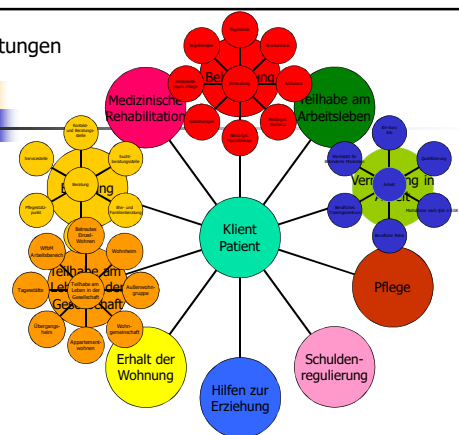
Strukturelle Veränderungen

- neue **Phänomene** (Inklusion, social media, burn-out...)
- zunehmende **Komplexität** der psychiatrischen Versorgung
(ambulanten Soziotherapie, integrierte Versorgung, ambulante psychiatrische Pflege, Komplexleistung nach SGB V, Stationsäquivalente Behandlung, Tendenz zu geschlossenen Pflegeeinrichtungen...)

Leistungsbereiche



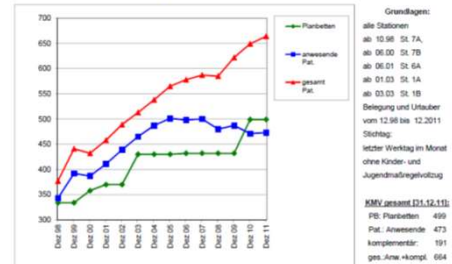
Leistungen



Strukturelle Veränderungen

- zunehmende **Wohnungsnot** bei niedrigem Einkommen
- ungleiche Verteilung/Mangel **niedergelassener** Praxen
- lange **Wartezeiten** (Fachärzt_innen/Psychotherapeut_innen)
- **Verkürzung der Behandlungsdauer** in Kliniken („Drehtürpsychiatrie“?)
- **Zunahme** der Fallzahlen in der **Forensischen Psychiatrie**

3b1. Gesamtbelegungssituation im KMV



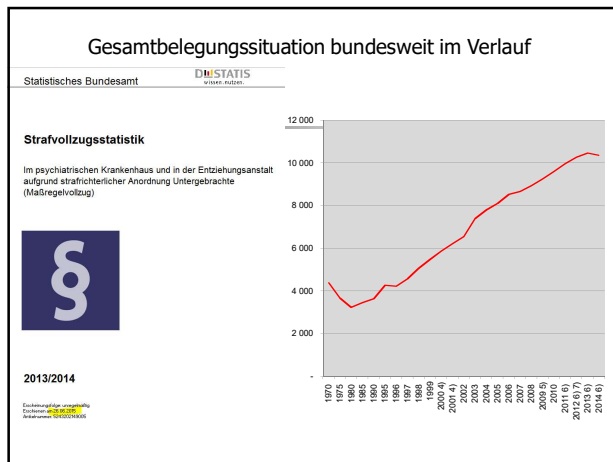
Der Landesbeauftragte für Psychiatrie, Heinrich Deutscher 17

Verlauf Gesamtbelegungssituation Berlin (2012-2017)

2012: 694
 2013: 682
 2014: 681
 2015: 679
 2016: 672
 2017: 677

Panoramasendung vom 22.03.2021

Patient zündet sich an: **Kritik** am Berliner Maßregelvollzug
Erneut ist es im Berliner Maßregelvollzug zu einem **dramatischen Vorfall** gekommen: Nach Panorama-Informationen hat sich im Februar 2021 ein **Patient** an den Gittern seines Zimmers **erhängt** und **selbst angezündet**, die Tür hatte er verbarrikadiert. Er wird wegen schwerster Verbrennungen in einer Klinik behandelt.
 Der **psychisch kranke Mann** war von einem Gericht wegen einer Straftat in den Maßregelvollzug eingewiesen worden, nicht das erste Mal. Mitarbeiter des Maßregelvollzugs berichten, dass der Patient zwischen verschiedenen Stationen **mehrmals verletzt** werden musste. (...) Weil er **aggressiv** und **unberechenbar** war, wurde er offenbar in einem **Einzelzimmer untergebracht** und eingeschlossen, um sich zu beruhigen. Weshalb er **trotz seines instabilen Zustandes** ein Feuerzeug hatte, ist **nicht geklärt**.



- ### Fachliche Veränderungen
- **Neue Störungen** sind Definitionsangelegenheit (vgl. DSM 5), d.h. Ergebnis einer Expertengruppe ICD 11?
 - Zunahme von **Arbeitsunfähigkeitstagen** wegen seelischer Störungen
 - Zunahme von **Erwerbsunfähigkeiten** wegen seelischer Störungen
 - kritische Auseinandersetzung mit der **Psychopharmakotherapie**
 - Zunahme von **drogenassoziierten** Eskalationen
 - **digitale** Anwendungen (z.B. Internettherapien)

- ### Fachliche Veränderungen
- ICD 11- Beispiel anhand der Persönlichkeitsstörungen
Bisher: eher unterdiagnostiziert, mehrere Persönlichkeitsstörungen, mangelnde Evidenz für dauerhafte Existenz, Mangel an störungsspezifischen Interventionsstrategien (Ausnahme: BPS)

- ### Herausforderungen im Fach Psychiatrie
- Wann wird normale **Traurigkeit** zur **Depression**?
 - Wann ist jemand nur **anders**, wann ist er **krank**? Stimmen hören, Autismusspektrumstörung, 50 Katzen in der Wohnung
 - **Diagnose** hat weitreichende **Implikationen**: Krankschreibung, Finanzierung der Therapie, Feststellung der Schuld(un)fähigkeit
 - Wunsch der **Nicht-Behandlung**
- Zusammengefasst:
- ❖ Was ist **Wohl**, was ist **Wollen** des Betroffenen?
 - ❖ Wunsch der **Nicht-Behandlung**

Rechtliche Veränderungen

- **UN-Behindertenrechtskonvention** (Ratifizierung in Deutschland am 26. März 2009)
- Urteile des Bundesverfassungsgerichts 2011
- Urteile des Bundesgerichtshofs 2012
- **Verabschiedung des überarbeiteten § 1906 BGB am 25.2.2013***
- Stellungnahme der Ethikkommission der Bundesärztekammer zur Zwangsbehandlung 8/2013
- Bericht des Sonderberichterstatters J. E. Mendéz vom 1.2.2013
- Empfehlungen des Deutschen Instituts für Menschenrechte 2013
- **Verabschiedung Berliner Psychisch-Kranken-Gesetzes 17.6.2016****

* Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9, ausgegeben zu Bonn am 25. Februar 2013
 ** Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 17.6. 2016 (GVBl. S. 336)

Rechtsgrundlagen ärztlichen Handelns

Psychiatrische Akutbehandlung	
Generelle Rechtsgrundlagen ärztlichen Handelns: ein Überblick	
Übersicht 2.1. Rechtliche Grundlagen ärztlichen Handelns in der psychiatrischen Notfallversorgung (Quelle: übernommen bei: B. Borenski, 2009)	
Grundgesetz und Zivilrecht	Strafrecht
➤ Artikel 2 GG (Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) ➤ Artikel 104 GG (Freiheitsentziehung) ➤ § 104 bis § 108 BGB (Geschäftsfähigkeit) ➤ § 227 BGB (Notwehr) ➤ § 249 BGB (Schadensersatz) ➤ § 276 BGB (Vorsatz und Fahrlässigkeit) ➤ § 323 BGB (Verletzung von Leben, Körper, Gesundheit und Freiheit) ➤ § 331 BGB (Haltung und Sorgfaltspflicht bei Delegation einer therapeutischen Handlung) ➤ § 339 BGB (Anspruchverletzung) ➤ PsychKG (Unterbringungsgesetze je nach Bundesland unterschiedlich geregelt)	➤ § 13 StGB (Unterlassene Hilfeleistung) ➤ § 16 StGB (Einschuldhaftigkeit, Unrecht zu tun) ➤ § 34 StGB (Abwendung von Gefahr) ➤ § 138 StGB (Offenbarungspflicht) ➤ § 203 StGB (Schweigepflicht) ➤ § 212 StGB (Totschlag) ➤ § 216 StGB (Tötung auf Verlangen) ➤ § 221 StGB (Aussetzen oder Verlassen hilfloser, gebrechlicher oder kranker Personen) ➤ § 222 StGB (Fahrlässige Tötung) ➤ § 223 StGB (Körperverletzung) ➤ § 226 StGB (Einwilligung zur Körperverletzung) ➤ § 230 StGB (Fahrlässige Körperverletzung) ➤ § 239 StGB (Freiheitsberaubung) ➤ § 240 StGB (Nötigung) ➤ § 323 c StGB (Unterlassene Hilfeleistung)

B. Borenski - Artikel für Psychiatrie

Urteil des Bundesverfassungsgerichts

Beschluss des Zweiten Senats vom 23. März 2011
 - 2 BvR 882/09 -

„Eine Zwangsbehandlung zur Erreichung des Vollzugsziels ist nur zulässig, wenn der Untergebrachte krankheitsbedingt zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit oder zum Handeln gemäß dieser Einsicht nicht fähig ist. Maßnahmen der Zwangsbehandlung dürfen nur als letztes Mittel und nur dann eingesetzt werden, wenn sie im Hinblick auf das Behandlungsziel, das ihren Einsatz rechtfertigt, Erfolg versprechen und für den Betroffenen nicht mit Belastungen verbunden sind, die außer Verhältnis zu dem erwartbaren Nutzen stehen. Zum Schutz der Grundrechte des Untergebrachten sind besondere verfahrensmäßige Sicherungen geboten.“

http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20110323_2bvr088209.html

Urteil des Bundesgerichtshofs

Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 20. Juni 2012
 - XII ZB 99/12 -

„Unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug (...) fehlt es gegenwärtig an einer den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügenden gesetzlichen Grundlage für eine betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung (...). Deshalb darf der Betreuer derzeit auch im Rahmen einer geschlossenen Unterbringung keine Zwangsbehandlung veranlassen.“

<http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=60970&pos=0&anz=1>

Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme

Widerspricht eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 Nummer 2 dem natürlichen Willen des Betreuten (ärztliche Zwangsmaßnahme), so kann der Betreuer in sie nur einwilligen, wenn

1. der Betreute **auf Grund einer psychischen Krankheit** oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die **Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen** oder **nicht nach dieser Einsicht handeln** kann,
2. zuvor **versucht** wurde, den Betreuten von der **Notwendigkeit** der ärztlichen **Maßnahme** zu **überzeugen**,
3. die **ärztliche Zwangsmaßnahme** im Rahmen der Unterbringung nach Absatz 1 zum **Wohl des Betreuten** erforderlich ist, um einen drohenden **erheblichen gesundheitlichen Schaden** abzuwenden,
4. der **erhebliche gesundheitliche Schaden** durch **keine** andere dem Betreuten **zumutbare Maßnahme** abgewendet werden kann und
5. der zu **erwartende Nutzen** der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu **erwartenden Beeinträchtigungen** deutlich überwiegt.

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9, ausgegeben zu Bonn am 25. Februar 2013

Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten

„Eine Zwangsbehandlung der psychischen Erkrankung oder einer weiteren somatischen Erkrankung kommt (...) nur mit dem Ziel in Betracht, die Fähigkeit des Patienten zur selbstbestimmten Entscheidung über seine Behandlung wiederherzustellen oder um den Patienten vor einer erheblichen Selbstschädigung zu bewahren. Eine drohende Fremdschädigung durch aggressives bzw. gewalttätiges Verhalten infolge der psychischen Erkrankung kann in der Regel durch freiheitsentziehende und sichernde Maßnahmen verhindert werden und rechtfertigt daher allein keine Zwangsbehandlung.“

Deutsches Ärzteblatt | PP | Heft 8 | August 2013

Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten

Auch eine akute Gefahr der Selbstschädigung durch krankheitsbedingtes, aktiv selbstschädigendes Verhalten kann unter Umständen durch andere Schutzmaßnahmen wie eine Unterbringung abgewendet werden. Die zwangsweise Behandlung kommt deshalb nur in Betracht, wenn ein Patient infolge einer psychischen Störung nicht zur Einsicht in die Notwendigkeit einer Behandlung in der Lage ist oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann, die Ablehnung der Behandlung Ausdruck der psychischen Störung ist und die zwangsweise Behandlung das letzte Mittel ist, um ihn vor erheblichen gesundheitlichen Schäden zu bewahren.“

Deutsches Ärzteblatt | PP | Heft 8 | August 2013

Urteil des Bundesverfassungsgerichts

Beschluss vom 08. Juni 2021 - 2 BvR 1866/17, 2 BvR 1314/18

„Teilweise erfolgreiche Verfassungsbeschwerden zu Zwangsbehandlungen bei Patientenverfügung im Maßregelvollzug

Mit heute veröffentlichtem Beschluss hat der Zweite Senat des Bundesverfassungsgerichts **zwei Verfassungsbeschwerden teilweise stattgegeben**, die sich **gegen gerichtliche Entscheidungen** richteten, mit denen die **Einwilligung in eine medizinische Zwangsbehandlung** des Beschwerdeführers in der einstweiligen Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus sowie im anschließenden Maßregelvollzug erteilt wurde.

<https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2021/bvg21-066.html>

Urteil des Bundesverfassungsgerichts

Der im Maßregelvollzug untergebrachte **Beschwerdeführer** wurde auf Antrag des behandelnden Bezirkskrankenhauses **wiederholt medizinisch zwangsbehandelt**, obwohl er zuvor schriftlich niedergelegt hatte, nicht mit Neuroleptika behandelt werden zu wollen. Die der Zwangsbehandlung zugrundeliegenden fachgerichtlichen Beschlüsse halten einer verfassungsrechtlichen Prüfung nicht stand. Die Fachgerichte haben bei der Auslegung und Anwendung der landesrechtlichen Vorschriften die **Bedeutung und Tragweite der Grundrechte der körperlichen Unversehrtheit** aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG und des allgemeinen Persönlichkeitsrechts aus Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG **unzureichend** Rechnung getragen. Die **Beschlüsse** wurden **aufgehoben** und zur erneuten Entscheidung **zurückverwiesen**.“

<https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2021/bvg21-066.html>

UN-Behinderten-Rechts-Konvention (UN-BRK)

Kriterien für das Vorliegen von Folter in Gesundheitseinrichtungen:

- Die Handlung fügt **große körperliche oder seelische Schmerzen** zu,
- sie ist **vorsätzlich**,
- sie verfolgt einen **spezifischen Zweck** und
- sie erfolgt unter **Beteiligung** oder zumindest mit dem stillschweigenden Einverständnis eines oder einer staatlichen Bediensteten

Bericht des Sonderberichterstatters über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, Juan E. Méndez (UN-Dok. A/HRC/22/53 vom 1. Februar 2013)

Artikel 14 der UN-Behinderten-Rechts-Konvention (UN-BRK)

Artikel 14 — Freiheit und Sicherheit der Person

- (1) Die Vertragsstaaten **gewährleisten**,
- a) dass **Menschen mit Behinderungen** gleichberechtigt mit anderen das **Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit** genießen;
 - b) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die **Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen** wird, dass jede Freiheitsentziehung **im Einklang mit dem Gesetz** erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt.
- (2) Die Vertragsstaaten **gewährleisten**, dass Menschen mit Behinderungen, denen aufgrund eines Verfahrens ihre Freiheit entzogen wird, **gleichberechtigten Anspruch** auf die in den internationalen Menschenrechtsnormen **vorgesehenen Garantien** haben und im Einklang mit den Zielen und Grundsätzen dieses Übereinkommens behandelt werden, einschließlich durch die Bereitstellung angemessener Vorkehrungen.

<http://www.behindertenrechtskonvention.info/freiheit-und-sicherheit-der-person-3816/>

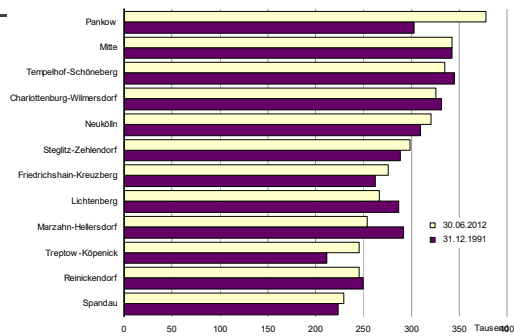
Artikel 19 der UN-Behinderten-Rechts-Konvention (UN-BRK)

Art. 19 der UN-BRK besagt, dass **Menschen mit Behinderungen** gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren **Aufenthaltort zu wählen** und zu **entscheiden, wo und mit wem sie leben**, und **nicht verpflichtet** sind, in **besonderen Wohnformen** zu leben; Darüber hinaus **Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen** sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, **einschließlich der persönlichen Assistenz**, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist. **gemeindenaher Dienstleistungen** und Einrichtungen für die Allgemeinheit Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung **zur Verfügung stehen** und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen.

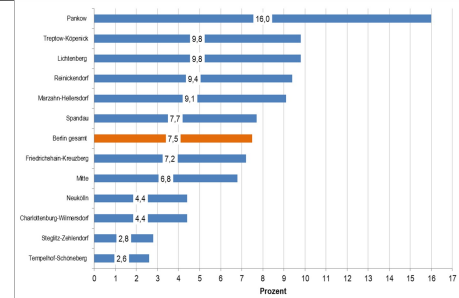
<http://www.behindertenrechtskonvention.info/unabhaengige-lebensfuehrung-3864/>

Entwicklung 1991-2012 Bevölkerung

Pankow: 303.342 (1991) ➔ 378.173 (2012)



Prognose 2015-2030 Bevölkerung Berlin



<http://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/bevoelkerungsprognose/>

Probleme des Sozialpsychiatrischen Dienstes

- **Multipolarität** (ärztlich-sozialarbeiterisches Mandat, soziale Verantwortung, öffentlich-rechtlicher Auftrag)
- **Imageeinbuße** (SpDi als ordnungsbehördliche Einrichtung)
- Medizin im öffentlichen Gesundheitsdienst von gesellschaftlichen und politischen Interessen beeinflusst („Politikverflechtungsfalle“)
- Einschränkungen bei **knappen Ressourcen** (z.B. Haushalt)
- **unbesetzte Stellen** (Fachärztlicher Mangel)
- **Ungleichverteilung des Geschlechts** der Mitarbeiter:innen
- (zu) **wenig Supervision** trotz hoher psychischer Belastungen
- **Komplexität** der ambulanten und komplementären Versorgung

Chancen des Sozialpsychiatrischen Dienstes

- Förderung des Prinzips „**nichts über uns ohne uns**“
- Statt Behandlung **Verhandlung über die Behandlung**
- „**neutrale**“ Position
- **Vor-Ort-Kompetenz**
- **Multiprofessionelle Kompetenz** zu Gesundheit, Krankheit und Behinderung
- **Kontakte zu allen relevanten Akteuren** (Krankenhaus, ngl. Ärztinnen und Psychotherapeutinnen, ambulante psychiatrische Hauskrankenpflege, Sozial- und Jugendhilfe, Arbeitsagentur und Jobcenter, Wohnungs- und Ordnungsamt, Polizei, Feuerwehr, rechtliche Betreuerinnen, Schule und Betroffenenorganisationen der (Familien)Selbsthilfe)
- **Erfahrung in Gremienarbeit** und **direkter Zugang** zur Politik

Dilemma des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Wir haben

- Multiprofessionelle Kompetenz zu Gesundheit, Krankheit und Behinderung
- Vor-Ort-Kompetenz (Hausbesuche)
- Förderung des Prinzips „nichts über uns ohne uns“
- Statt Behandlung Verhandlung über die Behandlung
- „neutrale“ Position

Aber

- zunehmend Personalmangel
- zunehmende Komplexität der Leistungen

Darstellung einer menschlichen Situation

Person A

- 2014: Kontakt zu mehreren Personen des sozialen Umfeldes, dabei große Besorgnis um Wohlergehen
- Auffällige Verhaltensweisen: wahllos Kontakte, Verlust von Wohnungsschlüssel und Ausweis weg, deutlich verwahrloste Wohnung, diverse - auch körperliche - Auseinandersetzungen
- Behandlungsversuche (IV-Programm, Vorstellungen in der Klinik auf frw. Basis, Ablehnung der Behandlung)
- Aufnahme in die Klinik auf frw. Basis ← Entlassung

Darstellung einer menschlichen Situation

Person A

- 2014 Hausbesuch mit Familienmitglied
- Wiederaufnahme: Unterbringung nach PsychKG
- Kontakt in der Klinik: Ärger, ca. 30 Min Gespräch
- Entlassung nach vier Wochen (eine Woche untergebracht, drei Wochen freiwillig)

Darstellung einer menschlichen Situation

Person A

- *1979
- Kind (*2002)
- Erstmals psychiatrische Störung ca. 1994
- Diverse stationäre Vorbehandlungen
- 2017 Klinikbesuch: Person A hält sich für fehldiagnostiziert, fehlplatziert, fühlt sich wohl, hat aber große Sorge um ihr Kind
- 2018 Hausbesuch: Person A kann seinerzeitige Begegnung nicht mehr erinnern, ist gut eingebunden, versorgt das Kind
- 2019 kein weiterer Kontakt
- 2020 kein weiterer Kontakt



Perspektiven

- **Bundesteilhabegesetz (BTHG)** seit 2017
Umsetzung?
gemacht für den „Akademiker im Rollstuhl“?
- PsychVVG (2017):
Personaleinsparungen in den Krankenhäusern?
- Thema **Umwelt** und **Psyche**: Klimaangst, Solastalgie