

**27. Expertengespräch
„Psychiatrie und Recht“
Münster 2011-12-05**

„Endstation“ Maßregelvollzug?!

**Was kann die Behindertenhilfe
im Vorfeld der Forensik tun?**

**Ingmar Steinhart
Dortmund / Greifswald**

Eigene Perspektive

Tätigkeit im
Management der
„Behindertenhilfe“

- Seit 1992

Tätigkeit in Praxis, Wissenschaft,
Lehre, Management
psychiatrischer Angebote

- Seit 1980

u.a. Beschäftigung mit der Thematik
„Systemsprenger“ und der
Notwendigkeit geschlossener
Unterbringung in psychiatrischen
Heimen in Mecklenburg-Vorpommern



Kommunale
Verantwortung

Gemeinsame Abstimmung von
Werten, Angebote, Finanzierungssystematik

Steuerung
im Verbund

Definierter Sozialraum

Psychiatrie
Sektor
Vollversorgung
eingeschränktes Wahlrecht
der Institutionen!

Behindertenh.
Wunsch + Wahlrecht
... der Institutionen?

Gemeinsamer Auftrag:
regionales
Exklusionsverbot ?
(Pflichtversorgung)

Beispiele aus westfälischen Sozialräumen

„Kopierfolie“ für weitere Entwicklungen vor allem in der Psychiatrie

Empfehlung der
Psychiatrie-Enquete
von 1975 für die
Ausgestaltung der
Versorgungs-
Strukturen mit
differenzierten
institutionell
verankerten
Institutionen in einer
Region

Angebote in einem Standardversorgungsgebiet

Das Vorfeld psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer sowie rehabilitativer Dienste

Allgemeine professionelle und nicht-professionelle Beratung in den Bereichen:

Erziehung, Seelsorge, Rechtspflege, Gesundheitsämter, Arbeitsverwaltung und Sozialversicherung, Sozialarbeit

Beratungsstellen
praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin

psychosoziale Kontaktstellen
Fachärzte anderer Disziplinen

Ambulante Dienste

niedergelassene Nervenärzte

niedergelassene ärztliche und nicht-ärztliche Fachpsychotherapeuten

Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern

niedergelassene Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

psychosoziale Versorgungseinrichtungen (in unterversorgten Gebieten)

<i>Ambulante Dienste an Krankenhaus-einrichtungen</i> ambulante Dienste an psychiatrischen Behandlungszentren psychotherapeutisch/psychosomatische Polikliniken Fachambulanzen	<i>Halbstationäre Dienste</i> Tageskliniken und Nachtkliniken Tageskliniken und Nachtkliniken für besondere Patientengruppen	<i>Stationäre Dienste</i> psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern gerontopsychiatrische Abteilung Assessment-Unit für psychisch kranke alte Menschen	<i>Komplementäre Dienste</i> Übergangsheime Wohnheime und Wohnheime für besondere Patientengruppen Beschützende Wohngruppen und Wohnungen Familienpflege Tagesstätten Patientenclubs Einrichtungen für Schwerst- und Mehrfachbehinderte	<i>Spezielle rehabilitative Dienste</i> Werkstätten für Behinderte Beschützende Arbeitsplätze	<i>Dienste für Behinderte</i> Einrichtung zur Früherkennung, Frühdiagnose und Frühbehandlung Sonderkindergärten Sonderschulen Sonderklassen Wohnangebote Bildungs-, Freizeit- und Erholungsstätten
---	--	---	--	---	--

KOORDINATION

Psychosozialer Ausschuß
Kooperation der Träger
Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft

PLANUNG

Ambulante Dienste

d nicht-ärztliche Fachpsycho-
Jugendliche und Eltern

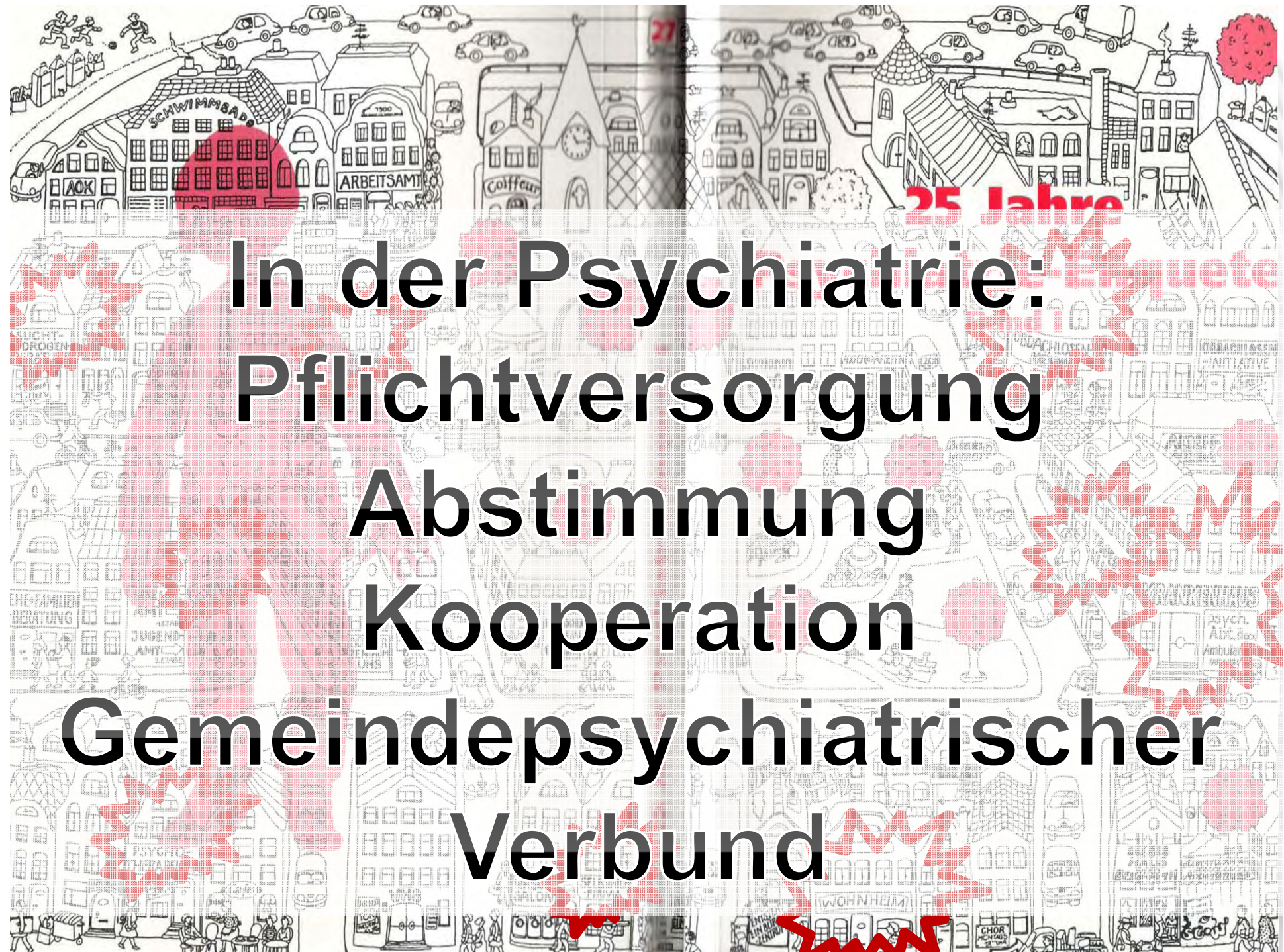
niedergelassene Psychagogen (Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeuten)

psychosoziale Versorgungseinrichtungen (in unterver-
sorgten Gebieten)

<p><i>tionäre</i></p> <p>iniken und iniken</p> <p>iniken und iniken für re ngruppen</p>	<p><i>Stationäre Dienste</i></p> <p>psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkranken- häusern</p> <p>psychotherapeu- tisch/psychosoma- tische Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemein- krankenhäusern</p> <p>gerontopsychia- trische Abteilung</p> <p>Assessment-Unit für psychisch kranke alte Menschen</p>	<p><i>Komplementäre Dienste</i></p> <p>Übergangsheime</p> <p>Wohnheime und Wohnheime für besondere Patientengruppen</p> <p>Beschützende Wohngruppen und Wohnungen</p> <p>Familienpflege</p> <p>Tagesstätten</p> <p>Patientenclubs</p> <p>Einrichtungen für Schwerst- und Mehrfach- behinderte</p>	<p><i>Spezielle rehabili- tative Dienste</i></p> <p>Werkstätten für Behinderte</p> <p>Beschützende Arbeitsplätze</p>	<p><i>Dienste für Behinderte</i></p> <p>Einrichtung zur Früherkennung, Frühdiagnose und Frühbehandlung</p> <p>Sonderkinder- gärten</p> <p>Sonderschulen</p> <p>Sonderklassen</p> <p>Wohnangebote</p> <p>Bildungs-, Freizeit- und Erholungs- stätten</p>
---	--	---	--	---

Psychosozialer Ausschuß
Kooperation der Träger
Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft

PLANUNG



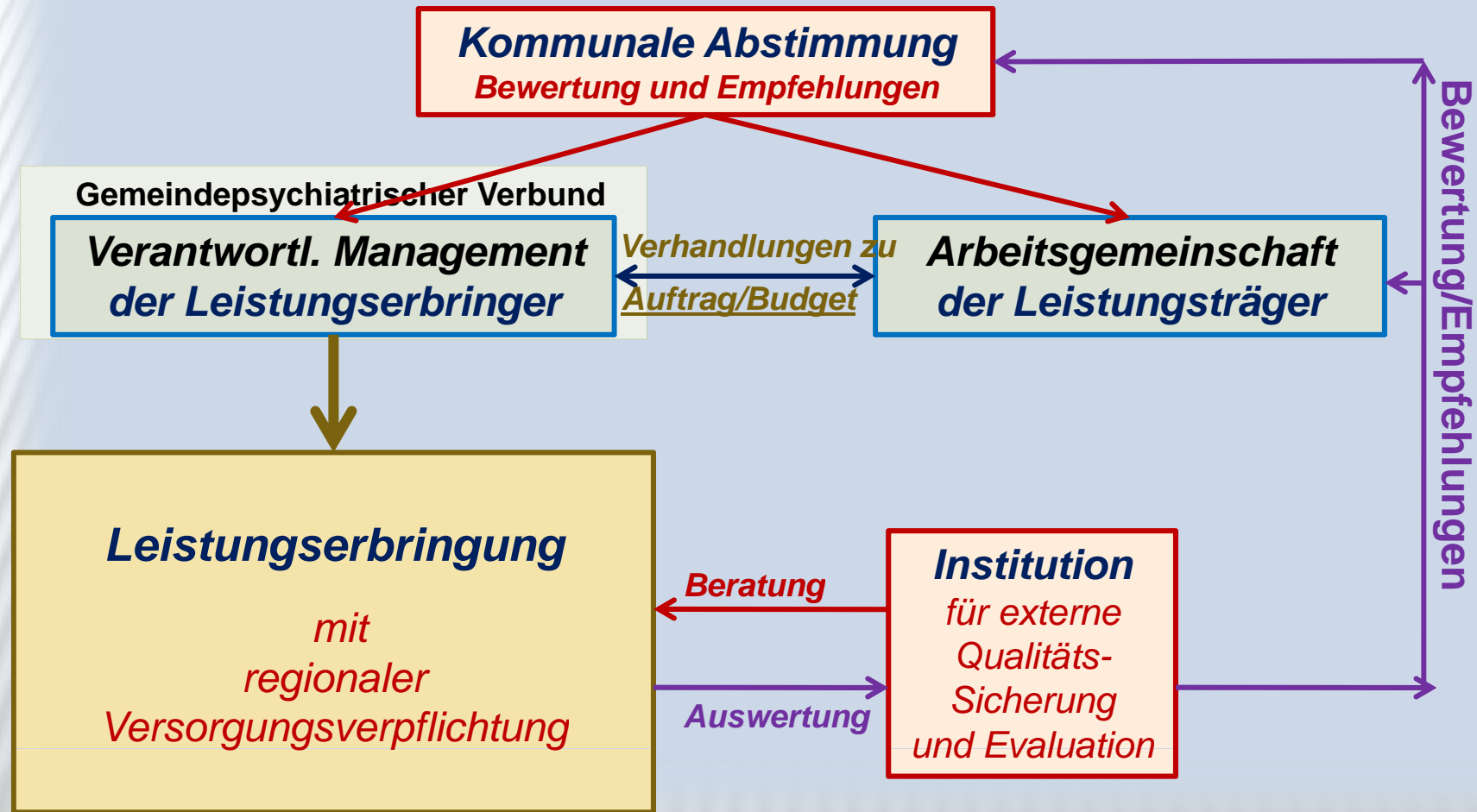
25 Jahre

**In der Psychiatrie:
Pflichtversorgung
Abstimmung
Kooperation
Gemeindepsychiatrischer
Verbund**

In der Psychiatrie existieren bereits hochdifferenzierte Überlegungen zur Steuerung, Finanzierung und Evaluation der Angebote in einer definierten Region!

Aus Berliner Manifest Februar 2011:

Management regionaler psychiatrischer Versorgung



Die Versorgung ehemaliger forensischer Patienten im Gemeindepsychiatrischen Verbund – Auswertung einer Basisdokumentation aus zwei Landkreisen

Community Care for Former Forensic Patients in the Local Mental Health Care System – Evaluation of the Basic Documentation in Two Regions

Autoren

Michael Konrad^{1,2}, Udo Gisbert Frank¹, Erich Flammer¹

Institute

¹ ZFP Südwürttemberg, Ravensburg

² Gemeindepsychiatrischer Verbund des Landkreises Ravensburg

Schlüsselwörter

- forensische Psychiatrie
- Nachsorge
- Gemeindepsychiatrischer Verbund
- Enthospitalisierung

Keywords

- forensic psychiatry
- aftercare
- community mental health care
- deinstitutionalisation

Zusammenfassung

▼
Anliegen Die Studie prüft anhand ausgewählter Kriterien, in welchem Umfang vormals forensisch untergebrachte Klienten in die Gemeinde integriert werden können und welche Betreuung sie benötigen.

Methode Auswertung der Basisdokumentation des Gemeindepsychiatrischen Verbundes.

Ergebnisse Die Integration in die Gemeinde ist möglich. Ehemalige forensische Patienten bege-

hen mehr aggressive Handlungen, die jedoch handhabbar sind. Die aggressiven Handlungen werden mit der Dauer der Integration weniger. Kriseninterventionen sind nicht häufiger als bei Klienten ohne forensische Vorgeschichte.

Schlussfolgerungen Die Gemeindeintegration von Klienten „difficult to place“ kann in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund mit Versorgungsverpflichtung geleistet werden.

Ganz anders die Entwicklung der Standards in der „Behindertenhilfe“:

- **Primär institutionszentrierte Hilfen**
Klient muss in Angebot passen
schwierig = muss in „Komplexeinrichtung“
- **Keine festen Kooperationsstrukturen**
- **Keine Pflichtversorgung**
- **Keine Sozialplanung mit Tradition, sich am „harten Kern“ auszurichten**
- **Kein Konzept für Verbundstrukturen wie z.B. dem GPV etc.**
- **Noch keine Entwicklung alternativer Finanzierungssysteme**

Was muss sich ändern?

***das Selbstverständnis
im Nachgang:
die regionalen Verbundstrukturen***

Allgemeine Perspektiven für die Behindertenhilfe I

- Kommune, Anbieter und Menschen mit Behinderungen stimmen im Rahmen von **regionalen Teilhabeverwirklichungskonferenzen** ihre gegenseitigen Werte und Vorstellungen für Hilfen in der Region ab.
- **Gemeinsame Werte** sollten mindestens sein:
 - Exklusion aus der Region verhindern
 - Personenorientierte Hilfen
 - Befähigung des Sozialraumes zur *Teilhabe für alle* als gemeinsame Aufgabe
- Im Rahmen einer **örtlichen Teilhabeplanung** entsteht unter kommunaler Federführung ein Bild über die perspektivisch gewünschte Unterstützungsstruktur inklusive fallspezifischer, fallübergreifender und fallunspezifischer Hilfen.
- Hieraus entwickelt sich **ein Unterstützungsstandard für die Region**
- Für jeden, der das Regelsystem (über)fordert, wird eine **spezifische Teilhabekonferenz** durchgeführt unter Beteiligung aller Experten

Perspektiven für die Behindertenhilfe II

- Die Anbieter schließen sich zu einem **Regionalen Teilhabeverbund** zusammen
- Zum Verbund gehören auch spezifische Leistungen in der **Diagnostik** und **psychotherapeutische Angebote** auch für Menschen mit Behinderungen
- Teil dieses Verbundes ist ein **ambulantes Kompetenznetzwerk** aus Experten von SGB V und SGB XII und Jugendhilfe sowie Gesundheits-/Sozialamt
 - Die Expertise der Forensischen Psychiatrie ist integraler Bestandteil
 - Neben der Klienten bezogenen Tätigkeit berät es u.a. Familien, Anbieter, Institutionen und Gerichte insbesondere durch besondere Fallkonferenzen, die Alternativen zur forensischen Unterbringung aufzeigen und gleichzeitig für die Refinanzierung sorgen.
- Es entsteht **Transparenz** über die aktuellen Finanzierungsströme
- Mit den Leistungsträgern wird eine **neues Finanzierungsmodell** ausgehandelt, das sowohl Einzelfall bezogene Leistungen enthält wie pauschalisierte Beratungs-, Diagnostik und Teilhabeplanungsleistungen.

Beispiel Dortmund I - kleine Schritte in die richtige Richtung

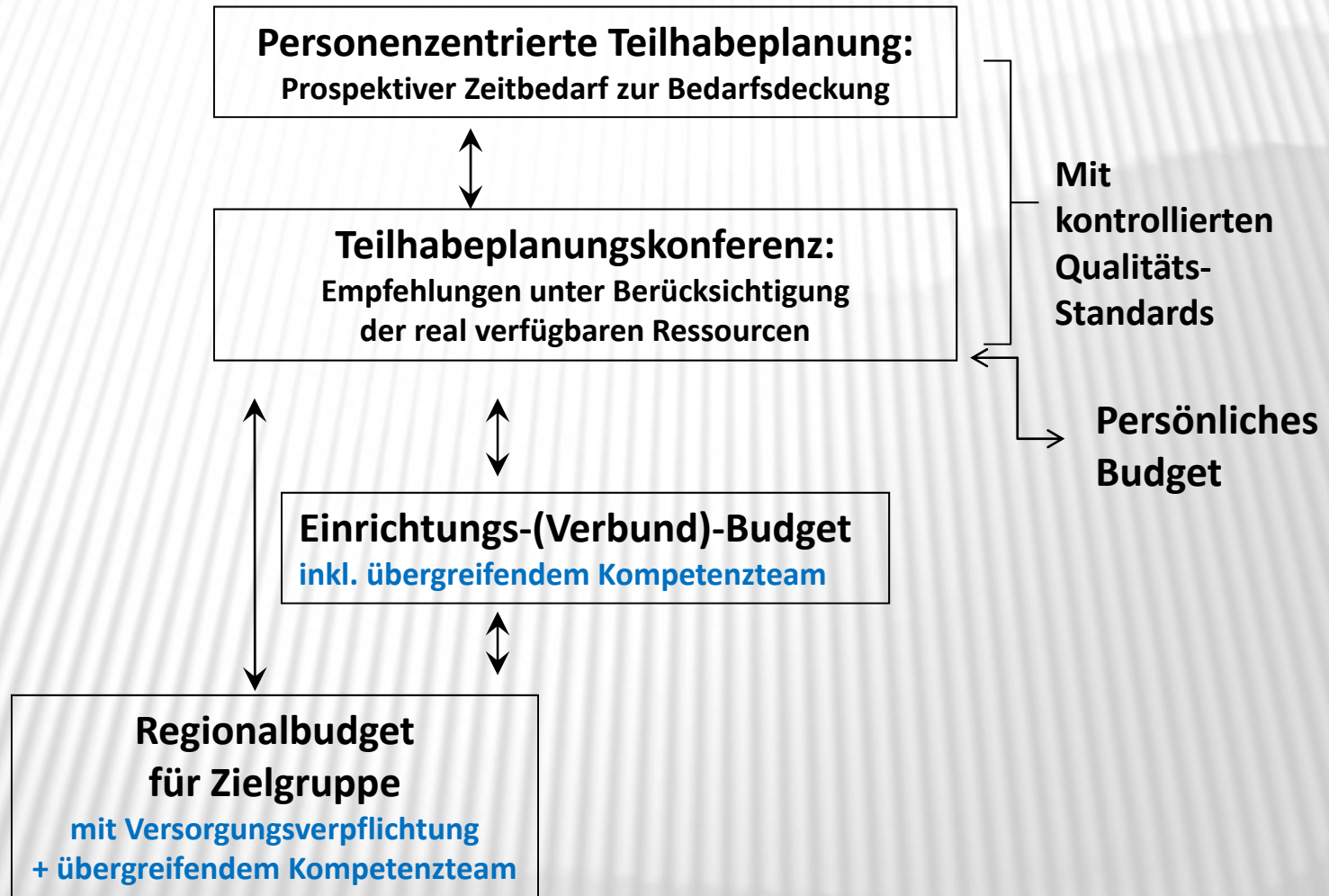
- Regionalplanungskonferenz
- Koordinierungsgremium von Leistungsanbietern(LIGA) und Leistungsträgern(Stadt und LWL)
Koordinierung der Angebotssituation bezogen auf Bedarfe
besonderer Fokus auf (noch) fehlende Leistungsangebote
- Engmaschiges System für Menschen, die „auffallen“
- Gute Angebote in der forensischen Vor- und Nachsorge
„qualifizierte und kooperative Nachsorge statt Endstation“
-> gemeinsames Lernen im Gemeinwesen

Beispiel Dortmund II - kleine Schritte in die richtige Richtung

- Enge Kontrolle der Pflichtversorgung für Menschen mit Behinderungen
hier: Exklusion verhindern
- Psychiatrische Klinik mit Pflichtversorgung
auch für Menschen mit Behinderungen(Kompetenz-Center)
- Sonder-Problem <- 18 Jahre
- Themen werden zumindest partiell gehoben
- Know-How Transfer zwischen Gemeinwesen und
Forensik weiter ausbaufähig
- Viele junge Menschen, die „auffällig“ werden, leben noch bei ihren Eltern.
Insbesondere die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe, Kinder- und
Jugendpsychiatrie und der Behindertenhilfe ist daher zu optimieren.
Menschen mit Migrationshintergrund sind hier eine besondere
Herausforderung

- Offen ist noch die **Refinanzierung der Bemühungen**, die primär durch Budget-Lösungen ermöglicht werden könnte, so dass die Finanzmittel differenziert Einzelfall bezogen eingesetzt werden können.
- Insbesondere sollten die **Finanzmittel** aus verschiedenen Töpfen „**gepoolt**“ werden können statt voneinander abgegrenzt zu werden.
- Wichtig wäre ein **Anreizsystem für erfolgreiche Teilhabe-Arbeit und Vollversorgung** statt ein Belohnungssystem für „volle Einrichtungen“.

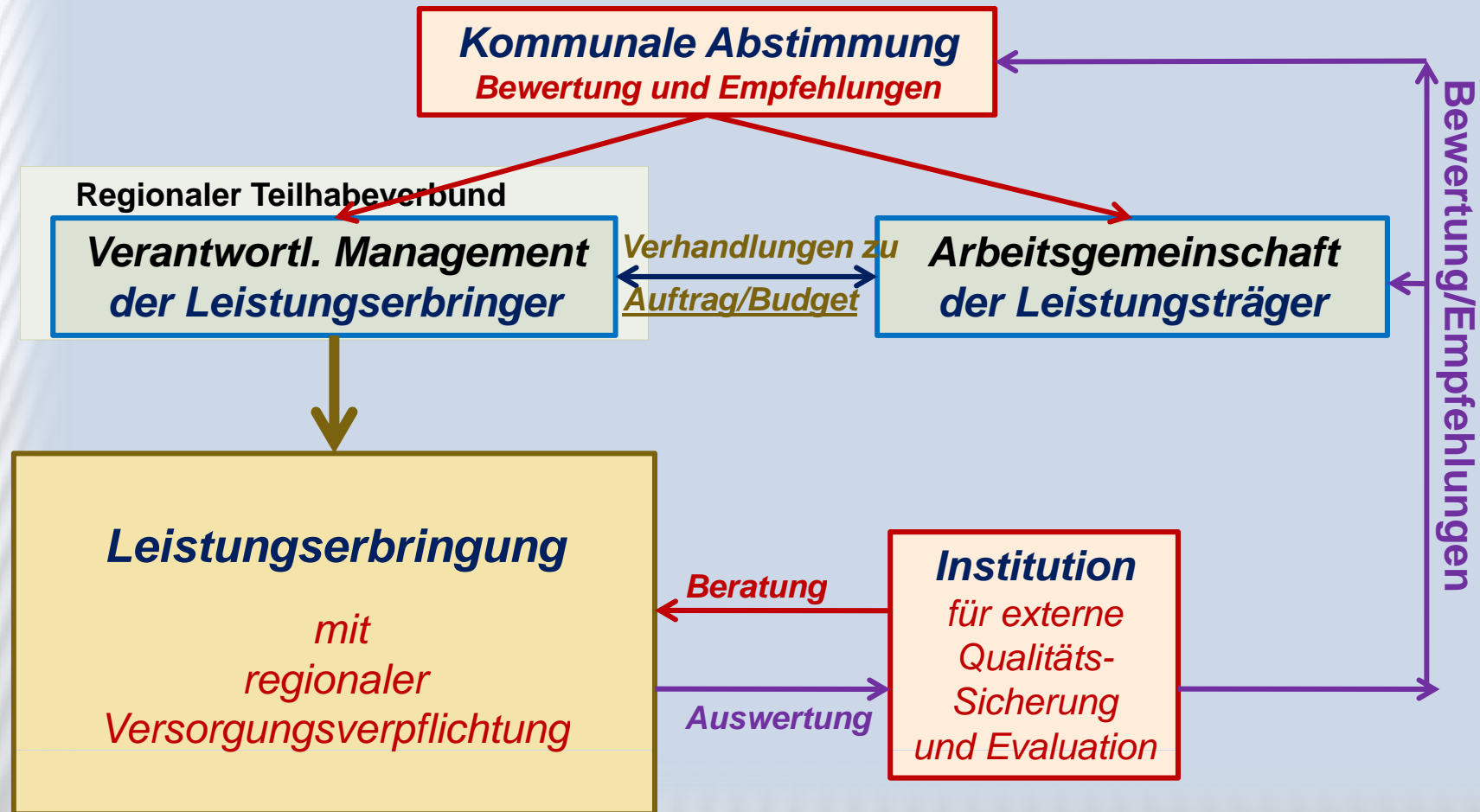
Ebenen der prospektiven Budget-Steuerung



Nach Prof. Dr. Heinrich Kunze 2005,
AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

V I S I O N

Management regionaler Teilhabeangebote



**Worauf es ankommt:
Stück für Stück die Hürden
gemeinsam nehmen und ...
keine Angst vor der Länge
der Strecke und der Zahl der
Hürden**



**DANKE
FÜR IHRE
AUFMERKSAMKEIT**