

# Public Mental Health

**Anke Bramesfeld**  
**Manfred Koller**  
**Hans-Joachim Salize**  
(Hrsg.)

Steuerung der Versorgung  
für psychisch kranke Menschen

# Public Mental Health

## **Public Mental Health**

Anke Bramesfeld, Manfred Koller, Hans-Joachim Salize (Hrsg.)

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheit

Ansgar Gerhardus, Bremen; Klaus Hurrelmann, Berlin; Petra Kolip, Bielefeld; Milo Puhan, Zürich;  
Doris Schaeffer, Bielefeld

**Anke Bramesfeld**  
**Manfred Koller**  
**Hans-Joachim Salize**  
(Hrsg.)

# Public Mental Health

Steuerung der Versorgung für psychisch kranke Menschen

unter Mitarbeit von

Wolfram Beins  
Christof Beyer  
Uwe Dönisch-Seidel  
Jochen Gensichen  
Uta Gühne

Iris Hauth  
Jörg Holke  
Caroline Jung-Sievers  
Jürgen Malzahn  
Norbert Mayer-Amberg

Steffi G. Riedel-Heller  
Christiane Roick  
Wulf Rössler  
Frank Schulz-Nieswandt  
Mariam Ujeyl



**Professor Dr. med. Anke Bramesfeld (Hrsg.)**

Institut Epidemiologie, Sozialmedizin und  
Gesundheitssystemforschung  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neubergstrasse 1  
D-30625 Hannover  
bramesfeld.anke@mh-hannover.de  
Referat Psychiatrie  
Niedersächsisches Ministerium für Soziales,  
Gesundheit und Gleichstellung  
Hannah-Ahrendt-Platz 2  
D-30159 Hannover

**Dr. med. Manfred Koller (Hrsg.)**

Referat Psychiatrie  
Niedersächsisches Ministerium für Soziales,  
Gesundheit und Gleichstellung  
Hannah-Ahrendt-Platz 2  
D-30159 Hannover  
manfred.koller@ms.niedersachsen.de

**Professor Dr. Hans-Joachim Salize (Hrsg.)**

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit  
D 6  
D-68159 Mannheim  
hans-joachim.salize@zi-mannheim.de

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG  
Lektorat Gesundheit  
Länggass-Strasse 76  
3012 Bern  
Schweiz  
Tel: +41 31 300 45 00  
E-Mail: [verlag@hogrefe.ch](mailto:verlag@hogrefe.ch)  
Internet: <http://www.hogrefe.ch>

Lektorat: Susanne Ristea  
Bearbeitung: Thomas Koch-Albrecht, Münchwald  
Herstellung: René Tschirren  
Umschlag: Claude Borer, Riehen  
Satz: punktgenau GmbH, Bühl  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s. r. o., Český Těšín  
Printed in Czech Republic

1. Auflage 2019

© 2019 Hogrefe Verlag, Bern  
(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-95869-9)  
(E-Book-ISBN\_EPUB 978-3-456-75869-5)  
ISBN 978-3-456-85869-2  
<http://doi.org/10.1024/85869-000>

**Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

**Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigefügt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Geleitwort</b> . . . . .	13
<b>1 Einleitung: Steuerung psychiatrischer Versorgung im Spannungsfeld von Fürsorge, öffentlicher Ordnung/Sicherheit und Gesundheitsversorgung</b> . . . . .	15
<i>Anke Bramesfeld, Christof Beyer, Hans-Joachim Salize und Manfred Koller</i>	
1.1 Öffentliche Fürsorge . . . . .	16
1.2 Öffentliche Ordnung und Sicherheit . . . . .	19
1.3 Gesundheitssystem . . . . .	22
1.4 Paradigmen und Ziele der Steuerung . . . . .	24
<hr/>	
<b>Hintergrund</b> . . . . .	29
<b>2 Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland</b> . . . . .	31
<i>Uta Gühne und Steffi G. Riedel-Heller</i>	
2.1 Bedeutung psychischer Störungen . . . . .	31
2.2 Epidemiologische Perspektive: Vielfalt der Bedarfe psychisch kranker Menschen . . . . .	32
2.2.1 Prävalenzen psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter . . . . .	33
2.2.2 Prävalenzen psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter . . . . .	35
2.2.3 Prävalenzen psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter . . . . .	36
2.2.4 Prävalenzen psychischer Erkrankungen in Risikogruppen und Gruppen mit besonderen Bedarfen . . . . .	39
2.3 Das Hilfesystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen . . . . .	46
2.3.1 Einleitung . . . . .	46
2.3.2 Niedrigschwellige Leistungen im Rahmen von Beratung und Begleitung . . . . .	47
2.3.3 Leistungen ambulanter und (teil-)stationärer Behandlungen . . . . .	48
2.3.4 Leistungen der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation . . . . .	48
2.3.5 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben . . . . .	49
2.3.6 Leistungen der ambulanten und stationären Pflege . . . . .	50
2.3.7 Leistungen zur sozialen Teilhabe . . . . .	50
2.3.8 Leistungen zur Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und Familien . . . . .	53
2.3.9 Spezielle Leistungen der Suchthilfe . . . . .	54

<b>3</b>	<b>Entwicklungslinien und gegenwärtiger Stand von Public Mental Health in Deutschland</b> . . . . .	61
	<i>Mariam Ujeyl und Wulf Rössler</i>	
3.1	Entwicklung und Strukturen von Public Health . . . . .	61
3.1.1	Was ist Public (Mental) Health? . . . . .	61
3.1.2	Aspekte der historischen Entwicklung von Public Health in Deutschland . . . . .	62
3.1.3	Von der Mortalität über die Morbidität zu DALYs . . . . .	64
3.1.4	Bedeutung von Mental Health als Teil von Public Health . . . . .	65
3.1.5	Aufgaben und Strukturen zur Umsetzung von Public Health . . . . .	66
3.1.6	Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) . . . . .	68
3.1.7	Selbstverwaltung . . . . .	69
3.2	Besondere Herausforderungen auf dem Gebiet der Public Mental Health . . . . .	69
3.2.1	Relevanz psychischer Störungen für Public Health . . . . .	69
3.2.2	Spezielle Herausforderungen von Public Mental Health . . . . .	70
3.2.3	Präventionsmaßnahmen . . . . .	70
3.2.4	Maßnahmen der Versorgung und Rehabilitation . . . . .	71
<hr/>		
	<b>Akteure der psychiatrischen Versorgung und ihre Steuerungsmöglichkeiten</b> . . . . .	77
<b>4</b>	<b>Der Bund und seine Rolle in der Steuerung der Versorgung psychisch kranker Menschen</b> . . . . .	79
	<i>Anke Bramesfeld</i>	
4.1	Akteure . . . . .	79
4.1.1	Bundestag und Bundesrat . . . . .	79
4.1.2	Ministerien und Behörden . . . . .	80
4.1.3	Organe der Selbstverwaltung . . . . .	80
4.1.4	Organisationen, Verbände und Interessenvertretungen . . . . .	81
4.2	Instrumente der Steuerung . . . . .	81
4.2.1	Direkte Steuerung . . . . .	82
4.2.2	Indirekte Steuerung . . . . .	87
4.3	Steuerungsmöglichkeiten, Grenzen, Ansatzpunkte . . . . .	93
4.3.1	Was sind die Steuerungsmöglichkeiten auf Bundesebene für die psychiatrische Versorgung . . . . .	93
4.3.2	Wo sind die Grenzen? . . . . .	93
4.3.3	Welche Folgen haben diese Grenzen für die Versorgung? . . . . .	94
4.3.4	Wo wären Ansatzpunkte, diese Grenzen zu überwinden? . . . . .	96
<b>5</b>	<b>Die Länder und ihre Rolle in der Steuerung der alltagspsychiatrischen Versorgung psychisch kranker Menschen – Beispiel Nordrhein-Westfalen</b> . . . . .	101
	<i>Jörg Holke</i>	
5.1	Steuerung und Gestaltung im Rahmen der Gesetzgebung im Föderalismus . . . . .	101

5.1.1	Verantwortung und Steuerung im Rahmen der Ländergesetzgebung – am Beispiel NRW . . . . .	103
5.1.2	Steuerung durch Mitwirkung bei der Bundesgesetzgebung . . . . .	109
5.2	Steuerung durch Aufsicht und Planung auf Landesebene . . . . .	110
5.2.1	Steuerungsverantwortung im Rahmen der Aufsichtspflicht . . . . .	111
5.2.2	Landespsychiatrieplanung . . . . .	112
5.2.3	Zusammenarbeit auf Länderebene . . . . .	116
5.3	Steuerungsmöglichkeiten, Grenzen, Ansatzpunkte . . . . .	117
5.3.1	Was sind die Steuerungsmöglichkeiten der Länder in der Allgemeinpsychiatrie? . . . . .	117
5.3.2	Wo sind die Grenzen? . . . . .	117
5.3.3	Wo finden sich Ansatzpunkte, diese Grenzen zu überwinden? . . . . .	117
<b>6</b>	<b>Die Länder und ihre Rolle in der Steuerung der Maßregelversorgung psychisch kranker Menschen . . . . .</b>	<b>121</b>
	<i>Uwe Dönisch-Seidel und Manfred Koller</i>	
6.1	Aufgabe des psychiatrischen Maßregelvollzuges . . . . .	121
6.1.1	Kann man es im Maßregelvollzug überhaupt richtig machen? Öffentliche Aufmerksamkeit und Skandalisierungstendenzen . . . . .	121
6.1.2	Gesetzeslage – Bundesgesetzgebung/Ländergesetze . . . . .	122
6.1.3	Inanspruchnahme des Maßregelvollzuges . . . . .	125
6.2	Akteure und Strukturen . . . . .	126
6.2.1	Stellung des Maßregelvollzuges in der psychiatrischen Versorgung . . . . .	126
6.2.2	Kostenträgerschaft . . . . .	127
6.2.3	Behandlungsoptionen im Maßregelvollzug . . . . .	128
6.2.4	Bauliche Ausstattung und Sicherung . . . . .	129
6.2.5	Personelle Ressourcen . . . . .	130
6.3	Was soll im Maßregelvollzug gesteuert werden? . . . . .	130
6.4	Was sind die Steuerungsmöglichkeiten der Länder? . . . . .	131
6.4.1	Direkte Steuerung . . . . .	131
6.4.2	Indirekte Steuerung . . . . .	133
6.5	Grenzen der Steuerungsmöglichkeiten und daraus resultierende Folgen . . . . .	135
6.5.1	Anzahl der Untergebrachten im Maßregelvollzug . . . . .	135
6.5.2	Dauer der Unterbringung im Maßregelvollzug . . . . .	136
6.5.3	Bauliche und personelle Ausstattung . . . . .	137
6.5.4	Forensische Institutsambulanzen, Nachsorge und professionelles Entlassmanagement . . . . .	138
6.5.5	Konkurrenzverhältnis Sicherheitsanspruch versus therapeutische Sichtweise . . . . .	138
6.5.6	Rolle von Wissenschaft und Universitäten . . . . .	139
6.6	Steuerungsmöglichkeiten, Grenzen, Ansatzpunkte . . . . .	139

6.6.1	Was sind die Steuerungsmöglichkeiten der Länder in der Maßregelversorgung? . . . . .	139
6.6.2	Wo sind die Grenzen? . . . . .	140
6.6.3	Welche Folgen haben diese Grenzen für die Versorgung? . . . . .	140
6.6.4	Wo wären Ansatzpunkte, diese Grenzen zu überwinden? . . . . .	141
<b>7</b>	<b>Die Kommunen und ihre Rolle in der Steuerung der Versorgung psychisch kranker Menschen</b> . . . . .	<b>143</b>
	<i>Wolfram Beins</i>	
7.1	Funktionsbereiche der sozialpsychiatrischen Versorgung . . . . .	144
7.2	Akteure . . . . .	147
7.3	Steuerung im Sozialpsychiatrischen Verbund . . . . .	152
7.4	Steuerung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst . . . . .	153
7.4.1	Kernaufgabe: niederschwellige Beratung und Betreuung . . . . .	154
7.4.2	Kernaufgabe: Krisenintervention und notfalls Unterbringung . . . . .	154
7.4.3	Kernaufgabe: Planung und Koordination von Einzelfallhilfen . . . . .	154
7.4.4	Kernaufgabe: Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund . . . . .	155
7.5	Steuerung im Gesamt- und Teilhabepflanverfahren des SGB IX . . . . .	155
7.6	Steuerungsmöglichkeiten, Grenzen, Ansatzpunkte . . . . .	158
7.6.1	Was sind die Steuerungsmöglichkeiten auf der kommunalen Ebene für die psychiatrische Versorgung? . . . . .	158
7.6.2	Wo sind die Grenzen? . . . . .	159
7.6.3	Welche Folgen haben diese Grenzen für die Versorgung? . . . . .	160
7.6.4	Wo wären Ansatzpunkte, diese Grenzen zu überwinden? . . . . .	161
<b>8</b>	<b>Die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Rolle in der Steuerung der Versorgung psychisch kranker Menschen</b> . . . . .	<b>165</b>
	<i>Christiane Roick und Jürgen Malzahn</i>	
8.1	Akteure und Instrumente der Regulierung . . . . .	165
8.1.1	Gesetzliche Grundlagen der GKV-Versorgung . . . . .	165
8.1.2	Vertragsärztliche und psychotherapeutische Versorgung: Steuerung auf Bundes- und Landesebene . . . . .	166
8.1.3	Krankenhausversorgung: Steuerung auf Bundes- und Landesebene . . . . .	168
8.1.4	Selektivverträge und Modellvorhaben . . . . .	171
8.2	Grenzen der bestehenden Steuerungsmöglichkeiten und sektorale Lösungsansätze . . . . .	172
8.2.1	Unzureichende Umsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“ . . . . .	172
8.2.2	Anstieg stationärer Belegungstage . . . . .	172
8.2.3	Versorgungsauftrag der Psychiatrischen Institutsambulanzen . . . . .	173
8.2.4	Wartezeiten in der ambulanten Versorgung . . . . .	174
8.2.5	Unzureichende Vernetzung der Versorgungsangebote und -sektoren . . . . .	176

8.3	Sektorübergreifende Ansätze zur Überwindung der Grenzen bestehender Steuerungsmöglichkeiten . . . . .	177
8.3.1	Regionales Psychiatricbudget . . . . .	177
8.3.2	Hanauer OVP-Modell . . . . .	179
8.3.3	Qualitätssicherung in sektorübergreifenden Versorgungsmodellen . . .	179
8.3.4	Evaluation sektorübergreifender Modellprojekte nach § 64b SGB V . .	180
8.4	Steuerungsmöglichkeiten, Grenzen, Ansatzpunkte . . . . .	180
8.4.1	Was sind die Steuerungsmöglichkeiten auf der Ebene der gesetzlichen Krankenversicherung? . . . . .	180
8.4.2	Wo sind die Grenzen der bestehenden Steuerungsmöglichkeiten und welche Folgen haben diese Grenzen für die Versorgung? . . . . .	181
8.4.3	Wo wären Ansatzpunkte, diese Grenzen zu überwinden? . . . . .	182
<b>9</b>	<b>Die kassenärztliche Vereinigung und ihre Rolle in der Steuerung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung psychisch kranker Menschen</b> . . . . .	189
	<i>Norbert Mayer-Amberg</i>	
9.1	Zulassung . . . . .	190
9.1.1	Zulassungsinstanzen . . . . .	191
9.2	Bedarfsplanung . . . . .	192
9.2.1	Versorgungsgrade . . . . .	194
9.2.2	Über- und Unterversorgung . . . . .	195
9.2.3	Lokaler und qualifikationsbezogener Sonderbedarf . . . . .	196
9.3	Honorarverteilung . . . . .	197
9.3.1	Vergütung und Verteilungsgerechtigkeit . . . . .	198
9.3.2	Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen . . . . .	198
9.4	Steuerungsmöglichkeiten, Grenzen, Ansatzpunkte . . . . .	201
9.4.1	Was sind die Steuerungsmöglichkeiten auf KV-Ebene? . . . . .	201
9.4.2	Wo sind die Grenzen und was sind ihre Folgen für die Versorgung? . . .	202
9.4.3	Wo wären Ansatzpunkte, diese Grenzen zu überwinden? . . . . .	203
<b>10</b>	<b>Die Allgemeinmedizin und ihre Rolle in der Steuerung der Versorgung psychisch kranker Menschen</b> . . . . .	207
	<i>Jochen Gensichen und Caroline Jung-Sievers</i>	
10.1	Psychische Erkrankungen in der Allgemeinmedizin . . . . .	207
10.2	Neue Patientengruppen mit psychischen Erkrankungen in der Allgemeinmedizin . . . . .	207
10.2.1	Patienten mit Mehrfacherkrankungen . . . . .	208
10.2.2	Patienten mit Suizidgefährdung . . . . .	209
10.2.3	Patienten mit Traumaerfahrung . . . . .	209
10.2.4	Patienten aus Gesundheitsberufen . . . . .	209

10.3	Steuern im allgemeinmedizinischen Handeln für psychische Erkrankte . . . . .	210
10.3.1	Screening und Diagnostik . . . . .	210
10.3.2	Indikation und Therapie . . . . .	210
10.3.3	Monitoring/Evaluation der Ergebnisse . . . . .	212
10.4	Steuern im koordinierten Handeln für psychische Erkrankte . . . . .	212
10.4.1	Chronic-Care-Modell . . . . .	212
10.4.2	Stepped-Care-Modell . . . . .	214
10.4.3	Disease-Management-Programme . . . . .	215
10.5	Allgemeinmedizinisches Handeln für psychisch Erkrankte verbessern . . . . .	216
10.6	Steuerungsmöglichkeiten, Grenzen, Ansatzpunkte . . . . .	218
10.6.1	Was sind die Steuerungsmöglichkeiten? . . . . .	218
10.6.2	Wo sind die Grenzen? . . . . .	218
10.6.3	Welche Folgen haben diese Grenzen für die Versorgung? . . . . .	219
10.6.4	Wo wären Ansatzpunkte, diese Grenzen zu überwinden? . . . . .	219
<b>11</b>	<b>Die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und ihre Rolle in der Steuerung der Versorgung psychisch kranker Menschen . . . . .</b>	<b>227</b>
	<i>Iris Hauth</i>	
11.1	Krankenhäuser und ihre Leistungen . . . . .	227
11.2	Steuerungsmöglichkeiten, Grenzen, Ansatzpunkte . . . . .	228
11.2.1	Was sind die Steuerungsmöglichkeiten der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie? . . . . .	228
11.2.2	Wo sind die Grenzen der Steuerungsmöglichkeiten? . . . . .	230
11.2.3	Welche Folgen haben diese Grenzen für die Versorgung? . . . . .	230
11.2.4	Wo wären Ansatzpunkte, diese Grenzen zu überwinden? . . . . .	231
<b>12</b>	<b>Die Selbsthilfe und ihre Rolle in der Steuerung der Versorgung psychisch kranker Menschen . . . . .</b>	<b>233</b>
	<i>Frank Schulz-Nieswandt</i>	
12.1	Das Feld der Selbsthilfe und ihre regulierende Förderung im Sozialversicherungsrecht . . . . .	237
12.2	Selbsthilfe im Rahmen der Patientenbeteiligung gemäß § 140f SGB V auf der Bundesebene . . . . .	239
12.3	Selbsthilfe wirkt und wird durch Förderung bewirkt . . . . .	240
12.4	Strategien und Instrumente der Regulierung durch öffentlich-rechtliche Finanzierung . . . . .	241
12.5	Strategie der Regulation des Feldes Selbsthilfe als Teil der Hilfe-Mix-Philosophie . . . . .	243
12.6	Die Rechtfertigungsregime der öffentlichen Förderung: interne und externe Stakeholder-Nutzen . . . . .	245

12.7 Beispiele strategischer Instrumentalfunktion der Selbsthilfe in der Versorgungssicherstellung . . . . .	246
12.8 Steuerungsmöglichkeiten, Grenzen, Ansatzpunkte . . . . .	249
12.8.1 Was sind die Steuerungsmöglichkeiten? . . . . .	249
12.8.2 Wo sind die Grenzen? . . . . .	250
12.8.3 Welche Folgen haben diese Grenzen für die Versorgung? . . . . .	250
12.8.4 Wo wären Ansatzpunkte, diese Grenzen zu überwinden? . . . . .	251
<hr/>	
<b>Zusammenfassung und Fazit</b> . . . . .	261
<b>13 Zusammenfassung und Fazit</b> . . . . .	263
<i>Anke Bramesfeld, Manfred Koller und Hans-Joachim Salize</i>	
13.1 Zur gegenwärtigen Versorgungssituation . . . . .	264
13.2 Steuerung der ambulanten Versorgung . . . . .	266
13.3 Steuerung der Versorgung auf Ebene der Kommunen . . . . .	270
13.4 Fazit vom Fazit: Was müsste geschehen? . . . . .	271
<hr/>	
<b>Anhang</b> . . . . .	277
<b>Autorenverzeichnis</b> . . . . .	279
<b>Sachwortverzeichnis</b> . . . . .	281



# Geleitwort

„Endlich“ möchte man sagen, endlich gibt es ein Buch, das sich ausschließlich mit „Public Mental Health“ bzw. der „Steuerung der Versorgung für psychisch kranke Menschen“ – so der treffendere Untertitel – beschäftigt. Warum aber ein eigenes Buch, wenn es sowohl Bücher zu Public Health als auch zum Gesundheitssystem gibt? Weil die Versorgung von psychisch kranken Menschen nicht nur gesundheitliche Versorgung ist, so die kurze Antwort. Dies wird gleich in Kapitel 1 klar; die Wahrnehmung psychisch kranker Menschen – und die sich dadurch ergebenden staatlichen Konsequenzen – befand (und befindet) sich in einem Spannungsfeld zwischen ihrer Wahrnehmung als im medizinischen Sinne „krank“ (wofür dann die Medizin bzw. das Gesundheitssystem zuständig ist), ihrer Wahrnehmung als „unfähig“, sich selbst zu versorgen (mit entsprechender Zuordnung zur öffentlichen Fürsorge) und/oder ihrer Wahrnehmung als „gemeingefährlich“ (woraus sich eine Zuordnung zum System der öffentlichen Ordnung und Sicherheit ergibt). Dementsprechend vielfältig sind – bis zum heutigen Tag – die rechtlichen Rahmenbedingungen, die Akteure und schließlich die tatsächliche Versorgung.

Selbst die heute überwiegende erstgenannte Säule, also die medizinische Versorgung von psychisch kranken Menschen, differiert in vielen Aspekten von der „normalen“ Versorgung, während sie dieser in anderen Aspekten gleicht. Dies wird im vorliegenden Buch in den Kapiteln 4 bis 12 ausführlich beleuchtet, und zwar sortiert nach Zuständigkeiten bzw. handelnden Akteuren.

Wer diese Kapitel aufmerksam liest, versteht nach und nach die Komplexitäten: so regulieren mindestens sechs Sozialgesetzbücher die Leistungsansprüche; Bund, Länder und Kommunen kommen Steuerungs- und z.T. Durchführungskompetenzen zu. Während die ambulante vertragsärztliche Versorgung genauso wie die Versorgung somatisch Erkrankter geregelt ist (und finanziert wird), spielen die praktisch flächendeckend an den Krankenhäusern vorhandenen Psychiatrischen Instituts-Ambulanzen, die es so sonst (außer vielleicht den Hochschulambulanzen) so nicht gibt, die aber durchaus als Vorbild dienen könnten. Auch die stationäre Versorgung unterscheidet sich, z.T. durch die (immer noch) recht große Anzahl psychiatrischer Fachkrankenhäuser (die vom Statistischen Bundesamt zudem zusammen mit reinen Tages- und Nachtkliniken als „Sonderkrankenhäuser“ klassifiziert werden), sondern vor allem durch die Finanzierung der Leistungen, die nicht über Fallpauschalen (DRGs) erfolgt, sondern über – inzwischen modifizierte – Tagespflegesätze.

Diese Unterschiede in Steuerung, Finanzierung und Versorgung zum „Rest“ der Medizin können positiv und negativ zugleich sein – positiv, wenn dadurch auf die spezifischen Bedürfnisse der psychisch Kranken besser eingegangen werden kann, d.h. ihre Versorgung zugänglicher und qualitativ besser ist als sie sonst wäre. Negativ, wenn sie vom medizinischen, aber auch gesundheitspolitischen Alltag, so weit entfernt ist, dass sie in Gefahr gerät, vergessen zu werden. Diese Gefahr besteht

nicht zuletzt auch für die Versorgungsforschung, weil weniger vergleichbare Daten vorliegen. So fehlt die psychiatrische Versorgung in den meisten zur Forschung genutzten stationären Datensätzen, den DRG-Daten. Dadurch wird ein Vergleich, z. B. zu den Anreizwirkungen der DRGs, nicht nur erschwert, sondern praktisch verunmöglicht.

Ich hoffe, dass dieses Buch nicht nur gelesen wird, sondern auch zu einer zugänglicheren und qualitativ hochwertigeren Versorgung für psychisch kranke Menschen beiträgt.

Dass dies nicht von heute auf morgen passiert, das ist bei dem sorgfältig herausgearbeiteten Dickicht auch klar – es wird also eine zweite Auflage geben müssen. Wenn ich dafür schon einen Wunsch aussprechen dürfte, dann wäre es, den Blick über den deutschen Tellerrand hinaus aus Europa und die Welt zu erweitern.

Prof. Dr. med. Reinhard Busse MPH  
Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin

# 1 Einleitung: Steuerung psychiatrischer Versorgung im Spannungsfeld von Fürsorge, öffentlicher Ordnung/ Sicherheit und Gesundheitsversorgung

Anke Bramesfeld, Christof Beyer, Hans-Joachim Salize und Manfred Koller

Wir alle wünschen uns im Fall einer (psychischen) Erkrankung die bestmögliche medizinische Behandlung, Unterstützung bei der Bewältigung der Erkrankung und ihrer Folgen für den Alltag, das Berücksichtigen unserer persönlichen Prioritäten und unseres Selbstbestimmungsbedürfnisses in der Versorgung sowie Schutz vor übermäßiger wirtschaftlicher Belastung durch die Erkrankung. Jenseits dieser individuellen Interessen gibt es aber auch ein gesellschaftliches und öffentliches Interesse an einer guten Versorgung kranker Menschen. Dieses öffentliche Interesse drückt sich in Steuerungs- und Regulierungsmechanismen aus. Dabei ist mit Steuerung das planvolle Gestalten von gesellschaftlichen Strukturen und Prozessen gemeint, im Sinne von „governance“. Regulierung bezieht sich hingegen auf gesetzgeberische Maßnahmen zur Korrektur oder Vermeidung unerwünschter Ergebnisse (Ramb, 2018).

Das Besondere an der Versorgung für Menschen mit psychischer Erkrankung ist – und da unterscheidet sich diese Versorgung von der Versorgung anderer Erkrankungen –, dass ihre Steuerung und Regulierung nicht nur die beiden Politikfelder Gesundheitssystem und öffentliche Fürsorge betreffen, sondern auch das Politikfeld der Sicherung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit.

Diese drei Politikfelder werden durch unterschiedliche öffentliche Interessen, unterschied-

liche Stakeholder, Traditionen, Steuerungs- und Regulierungsmechanismen geprägt. In der Versorgung psychisch kranker Menschen überschneiden, verweben und beeinflussen sie sich. Um zu verstehen, warum die Versorgung psychisch kranker Menschen heute ist wie sie ist, und um eine Idee zu bekommen, wie die Versorgung sinnvoll gesteuert werden kann, ist es daher wichtig

- die Politikfelder, in denen sich die Versorgung psychisch kranker Menschen bewegt, zu kennen und zu wissen, was ihre Paradigmen sind,
- zu wissen, welche Akteure welche Kompetenzen in der Steuerung haben,
- und schließlich, sich über die Ziele einer Steuerung im Klaren zu sein.

Dieses Buch soll hierbei helfen und interessierten Laien, Professionellen, Studierenden und Betroffenen einen Überblick geben, wer die Akteure in der Steuerung der Versorgung psychisch kranker Menschen sind, welche Kompetenzen und Möglichkeiten sie zur Steuerung einsetzen, wie sie diese einsetzen und was die Grenzen der Steuerung sind.

Doch zuallererst sei kurz auf die drei Politikfelder, in denen Versorgung psychisch kranker Menschen stattfindet und gesteuert wird, eingegangen. Dabei ist die (öffentliche) Fürsorge in ihrer Relevanz für die Versorgung psychisch kranker Menschen wohl historisch am

ältesten, gefolgt von der Sicherung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit und schließlich dem Gesundheitssystem.

### 1.1

## Öffentliche Fürsorge

Psychische Erkrankung und Armut sind eng miteinander verwoben, das eine ist ein Risikofaktor für das andere. Die Geschichte der Fürsorge für psychisch kranke Menschen ist Teil der Geschichte der Fürsorge für Arme. Wenn im Folgenden von Armen gesprochen wird, so befinden sich in dieser sehr heterogenen Gruppe auch psychisch kranke sowie seelisch und geistig behinderte Menschen, die in der Geschichte als „Geisteskranke“ oder „Irre“ bezeichnet wurden.

In der Antike und der Frühzeit lag die Verantwortung für die soziale Sicherung der Invaliden, der Alten oder der Hinterbliebenen bei der Familie oder der Sippe. Erst mit der schrittweise beginnenden Individualisierung der Gesellschaft und der Spezialisierung der Arbeitswelt, aber auch im Zusammenhang mit der zunehmenden Urbanisierung der Bevölkerung entwickelte sich ein wachsender Bedarf nach einer von der Familie bzw. Sippe unabhängigen sozialen Sicherung (Sozialgericht Hannover, 2018). Im Mittelalter entwickelten sich die ersten Strukturen einer Armenfürsorge im Rahmen von kirchlichen Einrichtungen, insbesondere in Orden und Klöstern. So hatte sich z.B. der Orden der Alexianer zur Aufgabe gemacht, Arme, Kranke und Ausgestoßene zu pflegen und bis zum Tode zu begleiten. Im 17. Jahrhundert beginnt der Orden als einer der ersten auch mit der Fürsorge für „Geisteskranke“. Finanzierung und Leistungszuwendung in der christlichen Armenfürsorge erfolgten mittels Almosen (Huster, 2018).

Der weitere Zuzug der ländlichen Bevölkerung in die Städte und damit die Zunahme der Armut und des Bettelns in den Städten brachte

das christliche, auf Almosen gegründete System der Armenfürsorge an seine Grenzen. Die Städte erließen immer neue Regulierungen zur Eindämmung und Kontrolle des Bettelns. 1522 verabschiedete die Stadt Nürnberg eine Armenordnung, in der unter bestimmten Bedingungen eine kommunale Unterstützungspflicht für die Armen eingeführt und die Armenfürsorge vereinheitlicht und zentralisiert wurde. In Armen-, Zucht- und Tollhäusern wurden Arme, (Klein-)Kriminelle, psychisch Kranke, Behinderte und andere gesellschaftliche Randgruppen mehr schlecht als recht gemeinsam untergebracht. Am Übergang zum 16. Jahrhundert setzte ein Wandel in der Bewertung von Armut und Arbeit ein. Sowohl in der christlichen Ethik als auch im kommunalen Denken standen nun Arme und das Betteln unter Verdacht des Müßiggangs. Kommunal wurden Kriterien für die Hilfestellung präzisiert: eine Trennung zwischen „würdigen“ und „unwürdigen“ Armen, eine Mitwirkungspflicht etwa durch den Nachweis der eigenen Arbeitswilligkeit, Hilfe zur Selbsthilfe und schließlich eine Schlechterstellung des materiellen Umfangs der Hilfeleistungen gegenüber anderen Formen eigenständiger Existenzsicherung. Einige dieser Kriterien finden auch heute noch bei Hilfestellung Anwendung (Huster, 2018).

Während anfangs die Arbeit in den Zuchthäusern einen „moralisch-pädagogischen Selbstzweck“ verfolgte, spielte mit zunehmender Industrialisierung die Rentabilität eine Rolle. Es bestand große Nachfrage nach Arbeitskräften und so wurden die arbeitsfähigen unter den Insassen zunehmend für die Gesellschaft freigesetzt. Die Arbeitsunfähigen und darunter auch die psychisch Kranken und geistig Behinderten hingegen, wurden von ihnen getrennt. Je nachdem, wie sie eingeschätzt wurden, wurde mit ihnen unterschiedlich verfahren. Entweder

- wurden sie als gemeingefährlich und „Landplage“ eingeschätzt und damit zum Objekt der polizeilichen Sicherung oder

- sie wurden als „schlichtweg Unfähige“ identifiziert und damit zum Objekt einer aufbewahrenden Pflege (Fürsorge) oder
- sie wurden als krank bezeichnet und waren damit an die Medizin zu verweisen (Dörner, 1995).

Psychisch Kranke wurden ab dem 19. Jahrhundert zunehmend in eigens für „Geistesranke“ eingerichteten Anstalten untergebracht, die „Tollhäuser“ wurden aufgelöst. Die Fürsorge für psychisch Kranke sowie für Epilepsiekranken und gebrechliche Menschen ohne Heilungschancen wurde zu einem der Schwerpunkte der sich im 19. Jahrhundert gründenden kirchlichen Wohlfahrtsverbände. 1881 gründete sich der Deutsche Verein für Armutspflege und Wohltätigkeit als Spitzenverband der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege (Huster, 2018).

Auch das System der kommunalen Armutspflege wurde zu dieser Zeit weiter ausgebaut: Angesichts der durch die Industrialisierung angestoßenen großen Migrationsbewegungen wird 1871 das Prinzip des Unterstützungswohnsitzes in Preußen eingeführt. Nun war nicht mehr die Heimatgemeinde für die Hilfsbedürftigen zuständig, sondern diejenige Gemeinde, in der sich die Person bei Eintritt der Hilfsbedürftigkeit befand. Zusammenfassend stellt sich vor Entstehung des zentralen Sozialstaates eine Situation dar, in der die kommunale Armenfürsorge als Auffangbecken für alle sozialen Risiken ausgebaut wird. Auch nach Etablieren des Sozialstaates und der Sozialgesetze Ende des 19. Jahrhunderts blieb das kommunale Wohlfahrtssystem weiterhin die Reserve hinter dem Sozialstaat für nicht berücksichtigte soziale Risiken (Huster, 2018).

Die Einführung des Prinzips des Unterstützungswohnsitzes führte zu einer finanziellen Entlastung von Familien und Gemeinden. Für die psychisch Kranken und seelisch Behinderten aber bedeutete sie eine zunehmende Konzentration in Anstalten. Lebten noch zu Beginn des 19. Jahrhunderts die Mehrzahl der psy-

chisch Kranken außerhalb von Institutionen, kam es im ausgehenden 19. Jahrhundert zu einem erheblichen Anwachsen der Anstaltspopulation. Während das Bevölkerungswachstum in Preußen in den Jahren 1880–1910 um 48% wuchs, betrug die Zahl der psychisch Kranken in staatlichen Anstalten um 429% (Blasius, 1980). Die Mehrzahl der Anstalten diente – entgegen ihrer ursprünglichen doppelten Zielstellung als Heil- und Pflegeanstalten und auch in Ermangelung medizinisch-therapeutischer Möglichkeiten – der langfristigen Verwahrung. Aus der im 19. Jahrhundert als „heilsam“ verstandenen Isolation der meist sehr ländlich gelegenen Anstalten – ein Punkt, der bereits in der Entstehungsphase dieser medizinischen Teildisziplin durchaus umstritten war – resultierte auch eine Ausgrenzung psychisch Kranker aus der Gesellschaft. Dies hatte auch gesundheitspolitische Effekte, waren es doch in Zeiten kriegsbedingter Verknappung von Ressourcen immer auch die Anstaltsinsassen, denen (medizinische) Versorgung vorenthalten wurde bzw. die unter der allgemeinen Mangelversorgung deutlich mehr zu leiden hatten als andere Bevölkerungsgruppen. So starben während des ersten Weltkrieges über 70 000 Patienten in psychiatrischen Anstalten. Dies waren mehr als aufgrund der Sterberaten der Vorkriegszeit zu erwarten gewesen wären. Als Insassen geschlossener Anstalten waren sie von der schlechten Ernährungslage ganz besonders betroffen. Es scheint, als hätten die Ärzte das Hungersterben in den Anstalten aus „patriotischen Gründen überwiegend in Kauf genommen“ (Brink, 2010, S. 208–212)

Während der Weimarer Republik ordnete sich die Wohlfahrtspflege neu und es kamen säkulare Wohlfahrtsverbände wie die Arbeiterwohlfahrt hinzu. Die Verordnungen der Fürsorge- und der Jugendwohlfahrtsgesetze wiesen den freien Wohlfahrtsverbänden Aufgaben im Sozialstaat zu. Aus den barmherzigen Erbringern von Armutshilfe, als die sich die Wohlfahrtsverbände im 18. und 19. Jahrhundert gegründet hatten, wurden professionelle

Stakeholder des Sozialstaates mit hoheitlichen Aufgaben (Huster, 2018).

Relevant für die Versorgung psychisch kranker Menschen war das Reichsfürsorgegesetz (1924), das dem Gesetz über den Unterstützungswohnsitz (1870) nachfolgte. Mit ihm wurden neu gegründete Bezirks- und Landesfürsorgeverbände zu Trägern der Fürsorgepflicht. Das Reichsfürsorgegesetz fasste erstmals das Fürsorgerecht für sämtliche Gruppen wirtschaftlich Hilfsbedürftiger zusammen. Es hatte den Anspruch, sich am individuellen Hilfebedarf zu orientieren und hatte eine arbeitsrehabilitative Ausrichtung (Brink, 2010). Wie schon das Gesetz über den Unterstützungswohnsitz, so führte auch das Reichsfürsorgegesetz zu einer finanziellen Entlastung von Angehörigen und Gemeinden, letztlich aber zu einer Zunahme der Anstaltspopulation. So wuchs die Anzahl der psychisch kranken Bewohner von Heil- und Pflegeanstalten von 1924 bis 1929 von rund 200 000 auf 300 000 Personen. Ursache sei, so ein damaliger Verbandsfunktionär, dass Behörden, Fürsorgestellen, Krankenkassen und Angehörige sich entlasten wollten, auch seien die Anstalten selber an einer Vollbelegung interessiert. Als der ökonomische Druck während der Weimarer Republik zunahm, wurde z. B. in Bayern versucht, die teureren Heilanstalten von den günstigeren Pflegeanstalten zu trennen. Gleichzeitig kam es schon vor 1933 zu massiven Kürzungen der Pflegesätze (Brink, 2010).

Die Sozialpolitik der Nationalsozialisten baute auf dem Prinzip der Ausgrenzung auf: Die Strukturen der Fürsorge wurden genutzt, um ein System zu etablieren, welches das Ziel hatte, im Dienste der Volksgemeinschaft die „Wertvollen“ und „Erbgesunden“ zu fördern, während den als minderwertig Bewerteten Fürsorge vorenthalten wurde (Huster, 2018). Eine Folge dieser von Medizinern und Nationalsozialisten betriebenen Gesundheitspolitik waren die zentral organisierten Morde an Psychatriepatienten und Heimbewohnern

(„Aktion T4“), die auch als gesundheits- und professionspolitisches Mittel zur Ressourcenkonzentration auf „heilbare“ Patienten angesehen wurden – wenn auch vor allem die Arbeitsfähigkeit der Patienten in der Anstalt bei der Selektion im Vordergrund stand. Der „Aktion T4“ als logistischem und personellem Vorläufer des Holocausts fielen von 1940 bis 1941 mehr als 70 000 Männer, Frauen und Kinder zum Opfer. Die folgende „dezentrale Euthanasie“ durch gezielte Vernachlässigung, Verhungernlassen und Medikamentenüberdosierung setzte die Selektionslogik der „T4“ auf regionaler Ebene und ohne zentrale Steuerung fort: Ihr fielen meist die schwächsten, pflegebedürftigsten oder – aus Sicht des Personals – „störendsten“ Patienten zum Opfer. Dabei ging es nicht um Einsparungen, in deren Rahmen der vorzeitige Tod von Anstaltsinsassen billigend in Kauf genommen wurde, sondern das Ziel war, Anstaltsinsassen durch Verhungern zu vernichten (Brink, 2010). Nach vorliegenden Schätzungen kann von etwa 90 000 Opfern der „dezentralen Euthanasie“ ausgegangen werden (Faulstich, 2000).

Das Sterben in den Anstalten hörte nicht mit dem Krieg auf, sondern ging teilweise noch bis in die 1950er-Jahre weiter. In den durch die Nationalsozialisten, den Krieg und die marginalisierte gesellschaftliche Stellung völlig deprivierten Anstalten fehlte es an allem: Die Insassen hungerten, froren, Krankheiten grassierten, die Lebensverhältnisse waren beengt, da viele Anstalten ganz oder in Teilen zu Lazaretten und anderen Einrichtungen umgewidmet worden waren. Die Sterberaten lagen teilweise höher als in der Vorkriegszeit (Brink, 2010).

Die psychiatrischen Anstalten der Nachkriegszeit betreuten sowohl Patienten im Rahmen der Fürsorge als auch im Rahmen des Gesundheitssystems. 1974 befanden sich fast 60% der Patienten in psychiatrischen Fachkrankenhäusern länger als zwei Jahre dort, 30% länger als 10 Jahre (Deutscher Bundes-

tag, 1975). Ab den 1950er-Jahren und verstärkt ab den 1970er-Jahren wurde sukzessive begonnen, Langzeitpatienten in kostengünstigere Heime zu verlegen. Diese wiesen geringere Versorgungsstandards auf und reproduzierten teilweise die Anstaltsverhältnisse. Der Heimbereich entwickelte sich als eigener Markt für die Wohlfahrtsverbände und für private Anbieter (Brink, 2010).

Der Wiederaufbau der Bundesrepublik Deutschland ging mit dem Wiederaufbau des Sozialstaates einher. Im Kontext der Fürsorgeentwicklung stellt das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) von 1961 einen bedeutenden Meilenstein dar. Während die Renten- und die Krankenversicherungen standardisierbare Armutsrisiken, nämlich Alter, Krankheitskosten und später durch die Arbeitslosenversicherung auch Arbeitslosigkeit, auffangen sollten, sollte das BSHG nur für die nicht-standardisierbaren sozialen Risiken gewährt werden (Huster, 2018). Dies betraf und betrifft die schwer psychisch kranken Menschen. Mit der in den 1970er-Jahren beginnenden Psychiatriereform, dem Umstrukturieren vieler Anstalten in Heime und dem Aufbau von Hilfen zur Eingliederung in den Gemeinden, bekommt die örtliche und überörtliche Sozialhilfe eine zunehmende bedeutende Rolle bei den rehabilitativen Leistungen im Zusammenhang mit Arbeit und Wohnen von psychisch kranken Menschen.

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG, 2016), als die große Reform der in den Sozialgesetzbüchern definierten Ansprüche auf Rehabilitation, bedeutet einen erneuten Meilenstein für chronisch psychisch kranke Menschen im System der Fürsorge. Es formuliert einen sozialgesetzübergreifenden Leistungsanspruch für (seelisch) Behinderte auf Rehabilitation, der sich an der Schwere der Beeinträchtigung und dem individuellen Hilfebedarf orientieren soll und nicht wie bisher an der Anspruchsberechtigung im Rahmen von Sozialversicherungen. Ferner ist das Ziel, die Leistungen den individuellen Prioritäten der Betroffenen anzupassen

und nicht wie bisher, dass sich die Prioritäten dem vorhandenen Leistungsangebot anpassen müssen. Insbesondere, was die Wiedereingliederungshilfe und damit die Unterstützung beim Wohnen anbelangt, wird erwartet, dass das Bundesteilhabegesetz zu einer weiteren Dekonzentration und Reintegration psychisch kranker Menschen in den Gemeinden führt.

## 1.2 Öffentliche Ordnung und Sicherheit

Im Zeitalter des Absolutismus wurden psychisch Kranke in die Nähe von Verbrechern gerückt (Blasius, 1980). Sie wurden gemeinsam mit Kriminellen, Bettlern, Landstreichern, Arbeitslosen und Dirnen, Geschlechtskranken und politisch Unliebsamen hinter Schloss und Riegel gebracht. Die „Tollhäuser“, in denen diese Menschen am Rande der Gesellschaft lebten, fungierten in dieser Zeit zugleich als Zucht-, Korrekions- und Arbeitshäuser.

Durch das im Absolutismus aufkommende Paradigma der Arbeitsfähigkeit wurden psychisch Kranke als gesellschaftlich unbrauchbar bewertet und zugleich zunehmend als gesellschaftlich störend empfunden. Das 1783 in Lübeck eröffnete Irrengefängnis sah seinen Zweck hauptsächlich in der Sicherstellung der öffentlichen Ordnung (Dörner, 1995).

Auch die Heil- und Pflegeanstalten für psychisch kranke Menschen hatten seit ihrer Entstehung im 19. Jahrhundert nicht nur einen Fürsorgeauftrag, sondern waren auch Institutionen der öffentlichen Ordnung. Nur den Behörden und der Polizei war es vorbehalten, in eine Heil- und Pflegeanstalt einzuweisen; Angehörige und Vormund konnten lediglich um eine Einweisung ersuchen, die Entscheidung aber trafen die Behörden. Eine Beteiligung von Ärzten oder Juristen dabei war nicht vorgesehen, ebenso wenig wie die der Betroffenen (Brink, 2010). Die Behörden entfalteten einen regelrechten Eifer, psychisch Kranke, die noch

in den Gemeinden lebten, aufzuspüren und einzuweisen. So sollten die Bürgermeister in der Rheinprovinz jährlich Listen in der Gemeinde lebender „Geisteskranker“ zusammenstellen und der Polizei melden. Auch in anderen Regionen wurden die Kreisärzte angewiesen zu melden, wenn sie in Gemeinden „Geisteskranke, Epileptische oder Idioten außerhalb von ausschließlich zur Aufnahme solcher Kranker bestimmter Anstalten“ anträfen (Blasius, 1980, S. 97).

Bei der Einweisung durch Behörden stand nicht das Interesse der betroffenen Person, sondern das vermeintliche Sicherheits- und Ordnungsbedürfnis der Gesellschaft im Vordergrund. Hier spielte der Begriff der „Gemeingefährlichkeit“ eine wichtige Rolle, denn er eröffnete einen großen Interpretationsspielraum für die Rechtfertigung von Einweisungen. Bereits seit 1850 taucht der Begriff der Allgemeingefährlichkeit immer wieder in Erlassen, Verordnungen und Verfügungen auf, ohne genau definiert zu werden. Anfangs protestierten Ärzte dagegen, denn sie wollten nicht, dass sie mit dem Argument der Allgemeingefährlichkeit „irre Verbrecher“ oder „psychopathische Minderwertige“ in ihren Anstalten aufnehmen mussten; auch fürchteten sie, die Zuschreibung der Allgemeingefährlichkeit könnte ihre Anstalten in der öffentlichen Meinung in die Nähe von Verbrechern und Gefängnissen rücken. Unter der Vorstellung aber, mit einer früher einsetzenden Behandlung bessere Ergebnisse erzielen zu können, begannen Ärzte Ende des 19. Jahrhunderts, den Begriff der Allgemeingefährlichkeit selber zu nutzen, um Patienten frühzeitiger behandeln zu können. Die Zuschreibung der Gemeingefährlichkeit bezog sich nun nicht mehr auf begangene Taten, sondern wurde zu einem Persönlichkeitsmerkmal. Die Begriffe „Geisteskrankheit“ und „Gemeingefährlichkeit“ wurden dadurch zunehmend identischer (Brink, 2010).

1910 erließ Baden das erste „Irrenfürsorgegesetz“, indem erstmals auch der Heilzweck als Unterbringungsgrund festgelegt wurde.

Auch in der Weimarer Republik blieb die zentrale Rolle der Polizei bei der Einweisung von psychisch kranken Menschen in Anstalten bestehen. Das Polizeiverwaltungsgesetz von 1931 forderte zwar ein ärztliches Attest, das die „Gemeingefährlichkeit“ des Kranken belegen sollte, aber es war die Polizei, die entschied, ob dieses Attest ausreichend sei. Die Polizei konnte auch dem ärztlichen Attest vorgreifen und den Patienten ohne vorherige ärztliche Anhörung einer Anstalt zuführen. Auch Entlassungen erfolgten nur mit Zustimmung der Polizeibehörde. Dahingegen konnten die Behörden die Aufnahme erschweren oder verhindern, wenn keine Allgemeingefährdung bestand und lediglich medizinische Gründe für eine Aufnahme sprachen (Brink, 2010). Das Polizeiverwaltungsgesetz erleichterte damit die Aufnahme bei „Gemeingefährlichkeit“, erschwerte sie aber bei Hilfsbedürftigkeit. Es verstärkte dadurch die Positionierung einer Psychiatrie, die vor allem der öffentlichen Ordnung zu dienen hatte. Gleichzeitig aber räumte es den nicht „gemeingefährlichen“ Patienten erstmals Rechte gegen die Psychiatrie ein (Brink, 2010).

In der nationalsozialistischen Weltordnung lag der Schwerpunkt nicht mehr auf dem Individuum, sondern auf dem Volksganzen. In diesem Kontext verschwanden die sich vorsichtig entwickelnden Rechte von Patienten im Rahmen einer psychiatrischen Einweisung wieder aus der Gesetzgebung. So hatte zum Beispiel das Entmündigungsrecht nun die Funktion eines „Kampfmittels der Gemeinschaft gegen seelisch abnorme Asoziale“ (Hartmann, zitiert von Brink, 2010, S. 276). Auch der strafrechtliche Schutz für nicht oder vermindert zurechnungsfähige Angeklagte (§ 51 Strafgesetzbuch) wurde eingeschränkt. Das im November 1933 verabschiedete „Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über die Maßregeln der Sicherung und Besserung“, das die Unterbringung von als unzurechnungsfähig angesehenen Straftätern in Heil- und Pflegeanstalten regelte, kehrte mit dem § 42b des Reichstrafgesetzbuches und der Einführung der „Siche-

ungsverwahrung“ die Schutzfunktion des genannten § 51 um: Nicht mehr der Schutz des psychisch kranken Menschen vor Strafe stand nun im Vordergrund, sondern die „öffentliche Sicherheit“. Damit wurde Unzurechnungsfähigkeit zum Nachteil psychisch kranker Menschen gewertet und eine Unterbringung in der forensischen Psychiatrie auch bei geringfügigsten Rechtsverstößen möglich (Coché, 2017). Die gesetzlichen Regelungen für eine Unterbringung in einer psychiatrischen Anstalt mussten von den Nationalsozialisten weitgehend nicht geändert werden, sie standen einer Politik nicht im Weg, die meinte, das Volk vor „seelisch Minderwertigen“, „Asozialen“, „Antisozialen“, „Gemeinlästigen“ und „Gemeinschaftlichen“ schützen zu müssen (Brink, 2010, S. 278).

Nach dem Ende des Nationalsozialismus brachte im Mai 1949 das Grundgesetz (GG) einen entscheidenden Wandel in den Rechten von psychisch kranken Menschen im Zusammenhang mit einer Unterbringung: Art. 2 Abs. 2 GG bestimmt, dass die Freiheit der Person unverletzlich ist, und Art. 104 GG bestimmt, dass über die Zulässigkeit und Fortdauer einer Freiheitsentziehung nur ein Richter zu entscheiden hat. Dies bedeutete in Bezug auf die Unterbringung psychisch kranker Menschen, dass in dem Verfahren einer Einweisung erstmals in der Geschichte eine dritte, unabhängig überprüfende Instanz verlangt wurde.

Der Versuch, die sich mit dem GG auftuende Gesetzeslücke in den Unterbringungsgesetzen der Bundesländer durch eine bundeseinheitliche Regelung zu schließen, scheiterte, unter anderem an dem Widerstand der Psychiater. Bis 1958 schuf jedes Bundesland sein eigenes Unterbringungsgesetz. Die Unterbringungsgesetze sind dem materiellen Polizeirecht zugeordnet. Damit stehen die Unterbringungs- und später auch die Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) primär weiter in der rechtlichen Tradition der Gefahrenabwehr und nicht des Patienten- oder Persönlichkeitsschutzes. Einweisungen gegen den

Willen des Patienten blieben auch in der neuen Bundesrepublik die Regel. 1972 betrafen sie rund 40 % aller Einweisungen (Brink, 2010).

In den Novellierungen der Psychiatriegesetze ab den 1970er-Jahren rückten zunehmend therapeutische und fürsorgliche Begründungen für eine Einweisung gegen bzw. ohne den Willen des Patienten in den Vordergrund. So dehnte z. B. das PsychKG in Nordrhein-Westfalen die Einweisungsgründe – über die Fremdgefährdung hinaus – auch auf die Selbstschädigung und die Gefahr einer erheblichen gesundheitlichen Schädigung aus. Die neuen PsychKGs banden den Freiheitsentzug darüber hinaus in vor- und nachgehende Hilfen ein und schrieben eine Verpflichtung zur ärztlichen Behandlung fest. Sie stärkten die Position der Ärzte bei der Unterbringung mehr als jemals zuvor und verbesserten die Rechtsposition der Patienten.

Die Betonung des Fürsorgegedankens bei der Unterbringung trug durchaus paternalistische und sozial kontrollierende Züge. Sie führte wider Erwarten nicht zu einer Reduktion der Einweisungen gegen/ohne den Willen des Patienten. Eine vergleichbare Entwicklung zeigte sich auch bei den Unterbringungen im Rahmen von Entmündigungen. Vielfach wurden Entmündigungen vorgenommen, um eine Unterbringung zu rechtfertigen. Juristische Kritik gegen die Auffassung, eine Entmündigung sei zulässig, wenn ein psychisch Kranker anders nicht in eine Klinik zu bekommen sei, wurde erst Ende der 1970er-Jahre laut (Brink, 2010).

Gleichzeitig war mit den neuen PsychKGs der 1970er-Jahre der Gedanke einer Bringschuld der Gesellschaft zur Reintegration psychisch Kranker verbunden. Dieser Gedanke fand auch in der Neufassung des Bundessozialhilfegesetzes von 1969 seinen Ausdruck, das für psychisch Kranke einen Anspruch auf Nachsorge formulierte.

Eine Reihe von Bundesverfassungsgerichtsentscheiden zur Freiheit von Unterbrachten, über ihre Therapie zu entscheiden, und die gegenwärtigen Novellen der PsychKGs stärken

die Rechte von Patienten in stationärer psychiatrischer Versorgung weiter. Mehr Wert wird dabei nicht nur auf die Modalitäten der Einweisung sowie auf die präventiven Hilfen zur Vermeidung dieser gelegt, sondern auch auf die Regulierung der Ausübung von Zwang im Zusammenhang mit Behandlung und Sicherungsmaßnahmen. Der Fürsorgegedanke steht dabei im Spannungsfeld zum Selbstbestimmungsrecht und dem „Recht auf Krankheit“.

### 1.3

## Gesundheitssystem

Dass Krankheit nicht nur die Bedeutung eines individuellen Unglücks hat, mit dem sich der Betroffene und seine Angehörigen zu arrangieren haben, sondern jenseits der individuellen Wohltätigkeit Relevanz für eine größere Gruppe bzw. eine Gesellschaft hat, ist eine Erkenntnis der Neuzeit.

Bis zum Anfang des 19. Jahrhunderts war Gesundheitsversorgung ein Teil der kirchlichen und kommunalen Fürsorge. Mit dem Code Napoléon wurde das französische Prinzip der regionalen Verwaltung in den 1798 von Frankreich annektierten linksrheinischen Gebieten eingeführt. Damit ging einher, dass erstmals die regionalen Verwaltungen verantwortlich waren für die Planung der Gesundheitsversorgung einer Gesamtbevölkerung (Dörner, 1995). Die kirchlichen Konvente, die sich bislang um Kranke, Arme, Hilflose gekümmert hatten, wurden durch Bürgerhospitäler ersetzt, wie 1803 das Kölner Bürgerhospital, das aus zwei Klöstern hervorging. Nicht aufgelöste Konvente wurden einer Hospitalkommission unterstellt. Der christlichen Caritas bislang unbekannt, waren nun alle Bürger versorgungsberechtigt. Es wurde zwischen heilbaren und unheilbaren Kranken unterschieden, und auch die psychisch Kranken galten als Kranke, für die gesonderte, wenn auch dürftige Trakte den Krankenhäusern angegliedert wurden (Dörner, 1995).

Mit fortschreitender Industrialisierung und damit auch Komplexität der Arbeitsvorgänge erwies es sich als Wettbewerbsvorteil, wenn Arbeiter gesund waren und eine geringe Arbeitskraftfluktuation stattfand, denn nicht nur die reine Arbeitskraft, sondern zunehmend auch ihre Expertise war gefragt. Um einmal angelehrte Arbeitskräfte zu halten, gründete Alfred Krupp, Besitzer eines aufstrebenden Stahlwerkes in Essen, eine Vorstufe der Betriebskrankenkassen. Auf dieses frühe, von Krupp initiierte Sozialsystem baute 1883/1884 Bismarck mit seiner Sozialgesetzgebung und der Gründung von Krankenkassen für Arbeiter auf. Bismarcks ging es dabei darum, dem Erstarken der Sozialdemokratie und einer „Revolution von unten“ etwas entgegenzusetzen. Ziel war es, den sozialen Frieden zu erhalten und die Monarchie zu stärken.

Das Gründen von Krankenkassen war der Beginn eines Gesundheitssystems, das neben der regionalen Verantwortung für Gesundheitsversorgung, wie sie mit dem Code Napoleon eingeführt worden war, auch die Verantwortung eigenständiger Vereinigungen für die Gesundheitsversorgung einer Gruppe kennt. Krankenkassen übernahmen nicht nur die Kosten einer medizinischen Behandlung und federten so die ökonomischen Folgen von Krankheit ab, sie griffen auch steuernd in das Leistungsangebot ein (Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, 2018).

Die Versorgung psychisch kranker Menschen stand im 19. Jahrhundert noch überhaupt nicht im Fokus des sich entwickelnden Gesundheitswesens. Vielmehr war die Versorgung psychisch kranker Menschen noch eng mit der Armenpolitik verflochten und fand im System der Fürsorge statt. Im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts gründeten sich, parallel zur Entwicklung der Psychiatrie als medizinischem Fachgebiet, zunehmend kommunal oder kirchlich getragene Heil- und Pflegeanstalten. Sie gehörten zum Fürsorgesystem und in ihnen wurden bei – im Vergleich zu rein medizinischen Einrichtungen – geringeren Ver-

sorgungsstandards psychisch kranke Menschen sowohl behandelt als auch dauerhaft untergebracht. Bis in die 1970er-Jahre des 20. Jahrhunderts fanden Unterbringungen und Behandlung psychisch kranker Menschen überwiegend in diesen Heil- und Pflegeanstalten statt (Blasius, 1980).

In der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik war der Zugang zu Gesundheitsversorgung von politischen, kriegswirtschaftlichen und rassistischen Vorgaben determiniert. Das „Gesetz zur Verhinderung erbkranken Nachwuchses“ (1933), das die Zwangssterilisierung von psychisch kranken Menschen und Behinderten vorsah, war dabei eine gravierende Maßnahme einer eugenischen Gesundheitspolitik, wie sie von Medizinern gefordert und gemeinsam mit den Nationalsozialisten umgesetzt wurde. Mit der gezielten Tötung von psychisch kranken und behinderten Kindern und Erwachsenen im Rahmen der sogenannten Kinderreuthanasie und der erwähnten „Aktion T4“ ab 1939, begann ein „Krieg nach innen“, der vermeintlich „minderwertige“ Menschen mit psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen nicht mehr allein an ihrer Fortpflanzung hindern, sondern sie selbst vernichten wollte (Hohendorf, Beyer, Thiel & Rotzoll, 2015). Während durchaus Therapien mit ausgewählten, als „heilbar“ angesehenen psychiatrischen Patienten durchgeführt wurden, wurden die als „unheilbar“ identifizierten Patienten ermordet. Eine Zwangssterilisation erlitten etwa 360 000 Menschen, den Mordaktionen an minderjährigen und erwachsenen Psychatriepatienten und Heimbewohnern im Deutschen Reich und den besetzten Gebieten fielen mindestens 200 000 Menschen zum Opfer (Blasius, 1994).

An der Gestalt der Anstalten änderte sich auch in der jungen Bundesrepublik vorerst nicht viel. Welche Patienten Anspruch auf Kasernenleistungen, auf Fürsorgeleistungen hatten oder ihren Aufenthalt selber bezahlen mussten, war bundesweit uneinheitlich geregelt. Neben neuen Therapieansätzen durch Psychopharmaka und Psychotherapie und ersten ver-

einzelten teilstationären Behandlungsangeboten brachten die 1950er- und 1960er-Jahre des 20. Jahrhunderts auch eine Binnendifferenzierung der Patienten in den Anstalten. Unter dem Stichwort „Entflechtung der Psychiatrie“ wurden zunehmend Spezialabteilungen für Kinder, für Neurologie und andere Diagnosen eingerichtet. Die komplexen und chronischen Kranken, Suchtkranke, schuldunfähige Rechtsbrecher und geistig Behinderten, die seit den Anfängen zum Anstaltsklientel gehört hatten, wurden in eigenen Abteilungen, Gebäuden oder Einrichtungen untergebracht oder in kostengünstigere Heime verlegt.

Letztlich steht dieser Prozess der Differenzierung der psychisch Kranken in potenziell heilbare und unheilbare in der Tradition der Differenzierung der Anstaltsinsassen, wie sie bereits im Absolutismus, im Kaiserreich, der Weimarer Republik sowie dem Nationalsozialismus vorgenommen wurde. Der Nationalsozialismus trieb dieses Prinzip auf die Spitze, indem er den als weniger heilbar und nutzbringend bewerteten psychisch kranken Menschen nicht nur weniger Versorgung angedeihen ließ, sondern ihnen das Existenzrecht absprach und sie vernichtete.

Das Phänomen, dass die bereits marginalisierte Gruppe der psychisch Kranken intern noch eigene Ausgrenzungsmechanismen kennt, besteht durch die Jahrhunderte. Erst die „Recovery“-Bewegung des 21. Jahrhunderts, die ihren Ursprung in den USA nahm, macht Schluss mit der Differenzierung in heilbare und unheilbare psychische Erkrankungen. Sie lenkt konsequent den Fokus auf den Bedarf nach Versorgung und Hilfen. In der deutschen und europäischen Diskussion um psychiatrische Versorgung spielt das Recovery-Konzept allerdings eine untergeordnete Rolle (Slade et al., 2014)

Der Prozess der „Entflechtung“ der Psychiatrie wurde begleitet von einer Verschiebung bzw. Öffnung der medizinisch-psychiatrischen Versorgung für weniger schwer kranke Patienten und eine Diversifizierung der stationären,

teilstationären und ambulanten Angebote (Brink, 2010).

Heute bildet die krankenkassenfinanzierte psychiatrische Versorgung das Rückgrat der Versorgung psychisch kranker Menschen. Die Versorgung findet, wie bei somatischen chronischen Erkrankungen, primär ambulant statt. Leistungen der Fürsorge, insbesondere Leistungen der Wiedereingliederung im Wohn- und Arbeitsbereich, gelten als komplementär. Mit der Wahrnehmung, dass fast 30 % der erwachsenen Bevölkerung innerhalb eines Jahres an einer psychischen Krankheit leidet (Jacobi et al., 2014), und der ständig wachsenden Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen für Common Mental Disease (Depressionen, Angst- und somatoforme Störungen), ist die Versorgung psychischer Erkrankungen, zumindest was die leichten und mittelschweren Fälle anbelangt, in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Man kann allerdings vermuten, dass die Beachtung, die die psychiatrische Versorgung heute gesundheitspolitisch und gesellschaftlich genießt, unter anderem auf die Ausweitung des Behandlungsspektrums in den Bereich der Common Mental Disease zurückzuführen ist.

#### 1.4

### Paradigmen und Ziele der Steuerung

Die Qualität einer Versorgung bemisst sich an der Versorgung der Schwächsten. Eine Versorgung, welche die Schwächsten erreicht, führt insgesamt zu besseren Ergebnissen auch auf der Ebene der ganzen Bevölkerung (Wilkinson & Pickett, 2007). Vor diesem Hintergrund sind Reformen in der Versorgung psychisch kranker Menschen und die sie bewegenden Steuerungsmechanismen zu sehen. Und vor diesem Hintergrund versucht dieses Buch, für jeden relevanten Akteur der Versorgung psychisch kranker Menschen die folgenden Fragen zu beantworten:

- Was sind die Steuerungsmöglichkeiten?
- Wo sind die Grenzen?
- Welche Folgen haben diese Grenzen für die Versorgung?
- Wo wären Ansatzpunkte, diese Grenzen zu überwinden?

Welche und wie viele Menschen in Deutschland heute von psychischen Störungen betroffen sind und wo sie versorgt werden, darüber gibt Kap. 2 Auskunft. Kap. 3 beschreibt die Einbettung der psychiatrischen Versorgung in das öffentliche Gesundheitswesen in Deutschland.

Was die Steuerung der Versorgung für psychisch kranke Menschen betrifft, so baut sie einerseits auf historisch gewachsenen Strukturen auf, andererseits haben sich die Ziele und Paradigmen gerade im Politikfeld der Fürsorge und der öffentlichen Ordnung und Sicherheit in den letzten 10 Jahren deutlich weiterentwickelt:

- Im **System der Fürsorge** haben sich die Paradigmen und Versorgungsziele vom un-systematischen Almosensystem im Mittelalter, von Paternalismus und Ausgrenzung in der Neuzeit zu dem Recht auf Teilhabe und Inklusion heute gewandelt. Leitend sind hier die Prinzipien der UN-Behindertenkonvention (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, 2017), die für Deutschland mit dem BTHG operationalisiert werden sollen. Ihre Umsetzung wird einiges verlangen an Umdenken in der Fürsorgeindustrie, aber auch bei Professionellen und Bürgern. Wie seit Jahrhunderten sind die relevanten Akteure in der Steuerung dieses Prozesses die Länder (siehe Kap. 5) und vor allem die Kommunen (siehe Kap. 7). Der Bund (siehe Kap. 4) gibt die Policy-Richtung vor. Trotz des Trends hin zu Teilhabe und Inklusion darf nicht vergessen werden, dass nach wie vor schwer rehabilitationsfähige psychisch kranke Menschen in eigenen, eher abgeschiedenen und nicht wohnortnahen Heimen untergebracht sind.

- Im **System der Sicherung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit** haben die Paradigmen und Ziele sich sicherlich auch vor dem Hintergrund einer Reihe von Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zu Unterbringung und Zwangsmaßnahmen deutlich in Richtung einer Stärkung von Patientenrechten entwickelt (Brieger et al., 2014; Bundesverfassungsgericht, 2017; Vollmann, 2014). Dies geschah in den letzten 10 Jahren durch Einrichten von Beschwerdestellen, Fürsprechern und Trialogischen Foren. Auch wenn der Kern der PsychKGs nach wie vor der Wahrung der öffentlichen Ordnung dient, so ist das präventive Denken – wie kann vermieden werden, dass Situationen entstehen, in denen Zwang angewendet werden muss? – eine feste Größe in der Bewertung der Qualität von Versorgung und in ihrer Steuerung (DGPPN, 2009). Diese Steuerung findet zum einen auf Länderebene statt, durch die PsychKGs (siehe Kap. 5), auf kommunaler Ebene (siehe Kap. 7) durch die Implementierung von Sozialpsychiatrischen Diensten und natürlich im Rahmen der stationären Versorgung (siehe Kap. 11). Dabei steht die Steuerung der Versorgung in der stationären Versorgung im Spannungsfeld zwischen Vermeiden von Gewalt durch mehr Sicherungsmaßnahmen und Vermeiden von Gewalt durch Deeskalation. Dies ist insbesondere im Maßregelvollzug relevant (siehe Kap. 6). Dabei ist das ideale Ziel die Deeskalation, allein, es fehlen häufig die strukturellen Möglichkeiten, einschließlich Personal, und die politischen Nerven.
- Im **Gesundheitssystem**, das heute das Rückgrat einer jeden psychiatrischen Versorgung bildet, steht schließlich die Koordination der verschiedenen medizinischen und komplementären, rehabilitativen Dienste im Vordergrund sowie die Realisation des seit der Enquête vor 30 Jahren bestehenden Paradigmas „ambulant vor stationär“. Abgesehen von dem Grundziel der gesundheit-

lichen Versorgung, Leiden zu lindern und Krankheitsverläufe stabil zu halten (SVR, 2012), sind eine koordinierte Versorgung und der Zugang zu Versorgung wichtige Ziele. Das patientenbezogene Ergebnis einer solchen Versorgung ist, die Eigenständigkeit und Befähigung zur Selbsthilfe wiederherzustellen oder zu erhalten (SVR, 2012). Wichtige Akteure in der Steuerung sind die fachärztlichen und allgemeinärztlichen ambulanten Leistungserbringer (siehe Kap. 9 und Kap. 10) sowie die Akteure der Selbstverwaltung, insbesondere die Krankenkassen, mit deren Hilfe wirksame ökonomische Anreize gesetzt werden können (siehe Kap. 8).

Schon seit dem Mittelalter wird Versorgung für psychisch kranke Menschen von den Akteuren der Versorgung gesteuert. Viele – nicht alle – waren sicher auch der Meinung, sie handeln im besten Sinne der Betroffenen, und doch schockieren die Ergebnisse dieser Steuerung viel zu häufig. Erzählt doch die Geschichte der Versorgung psychisch kranker Menschen (siehe auch Kap. 3) im System der Fürsorge, im System der öffentlichen Ordnung und Sicherheit und im Gesundheitssystem allzu oft von entmündigender, entwürdigender, vernachlässigender und brutaler Behandlung. Als Regulativ und Schutz von einer Entwicklung von Versorgung entgegen den Prioritäten psychisch kranker Menschen braucht es zwingend die Beteiligung der Betroffenen. Versorgung kann nicht nur durch die Leistungsträger wie Krankenkassen und Kommunen oder die Leistungserbringer gesteuert werden, sondern auch von den in Selbsthilfeformen organisierten Betroffenen (siehe Kap. 12). Inwieweit hier echte Einflussnahmemöglichkeiten bestehen oder nur ein Feigenblatt, diskutiert Kap. 12. Wie auch immer das Ergebnis ist, eine aktive Beteiligung der Selbsthilfe in der Steuerung der psychiatrischen Versorgung ist eine Voraussetzung für das Entwickeln einer patientenorientierten und ethischen Versorgung.

### Das Wichtigste in Kürze

1. Die Versorgung psychisch kranker Menschen wird innerhalb von drei Politikfeldern gesteuert:

- Fürsorge
- Öffentliche Ordnung und Sicherheit
- Gesundheitssystem

Diese drei Politikfelder unterscheiden sich in ihren Traditionen, Paradigmen, Akteuren und Kompetenzen.

2. Fürsorge: Die Versorgung für psychisch kranke Menschen nahm im Mittelalter ihren Ursprung im System der Armenfürsorge. Seitdem haben sich die Paradigmen und Versorgungsziele gewandelt: vom unsystematischen Almosensystem des Mittelalters zum Paternalismus in der Neuzeit, zu dem Recht auf Teilhabe und Inklusion, wie es in der UN-Behindertenkonvention festgeschrieben ist und mit dem Bundesteilhabegesetz umgesetzt werden soll.
3. Öffentliche Ordnung und Sicherheit: Beginnend mit der Neuzeit waren psychisch kranke Menschen relativ rechtlos behördlichen Maßnahmen zum Wahren einer vermeintlichen öffentlichen Ordnung ausgesetzt. Mit der Gründung der Bundesrepublik und dem Grundgesetz beginnt eine Tradition der Gesetzgebung und Rechtsprechung, die sukzessive die Patientenrechte, insbesondere im Zusammenhang mit Maßnahmen gegen/ ohne den Willen der Patienten stärkt.
4. Gesundheitssystem: In dem sich im 19. Jahrhundert entwickelndem Gesundheitssystem stand die Versorgung psychisch kranker Menschen noch nicht im Fokus. Heute stellt die Krankenkassen finanzierte Gesundheitsversorgung das Rückgrat der Versorgung psychisch kranker Menschen dar. Ziele der Versorgungsentwicklung heute ist die Realisierung des Anspruchs ambulant vor stationär und eine Verbesserung der Koordination der Versorgung.
5. Die Kapitel dieses Buch geben einen Überblick über die Akteure, die in diesen drei Politikfeldern agieren, ihren Kompetenzen,

Möglichkeiten und umgesetzten Maßnahmen in der Steuerung der Versorgung psychisch kranker Menschen.

### Literatur

- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen. (2017). *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung*. Verfügbar unter [https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN\\_Konvention\\_deutsch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2)
- Blasius, D. (1980). *Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses*. Frankfurt: Fischer.
- Blasius, D. (1994). *Einfache Seelenstörung*. Frankfurt: Fischer.
- Brieger, P., Kling Lourenco, P., Steinert, T., Längle, G., Lemke, U., Herpertz, S. C., ... Kilian, R. (2014). Psychiatrische Unterbringungspraxis: Ein Vergleich von fünf Kliniken in drei Bundesländern. *Nervenarzt*, 85(5), 606–613.
- Brink, C. (2010). *Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860–1980* (Reihe Moderne Zeit, Bd. 20). Göttingen: Wallstein.
- Bundesverfassungsgericht. (2017). *Erfolgreiche Verfassungsbeschwerde gegen Zwangsbehandlung im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in Mecklenburg-Vorpommern* (Pressemitteilung Nr. 71/2017 vom 16. August 2017. Beschluss vom 19. Juli 2017; 2 BvR 2003/14). Zugriff am 12. Februar 2018 unter <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2017/bvg17-071.html>
- Coché, S. (2017). *Psychiatrie und Gesellschaft. Psychiatrische Einweisungspraxis im „Dritten Reich“, in der DDR und in der Bundesrepublik 1941–1963*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2009). *Leitlinie Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie*. AWMF Registernummer 038/022. Verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-022.html>
- Deutscher Bundestag. (1975). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung* (Psychiatrie-Enquete. Drucksache 7/4200). Bonn. Verfügbar

- unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/07/042/0704200.pdf>
- Dörner, K. (1995). *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*. Hamburg: Europäische Verlagsanstalt.
- Faulstich, H. (2000). Die Zahl der „Euthanasie“-Opfer. In A. Frewer & C. Eickhoff (Hrsg.), „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte (S 218–234). Frankfurt, New York: Campus.
- Hohendorf, G., Beyer, C., Thiel, J. & Rotzoll, M. (2015). *Die Patientenmorde im Nationalsozialismus. Ein Überblick*. Berlin: Stiftung Denkmal für die ermordeten Juden Europas.
- Huster, E.U. (2018). Von der mittelalterlichen Armenfürsorge zur sozialen Dienstleistung: Ausdifferenzierung und Integration. In E.U. Huster, J. Boeckh & H. Mogge-Grotjahn (Hrsg.), *Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung* (3. Aufl., S. 341–366). Wiesbaden: Springer.
- Jacobi, F., Hofler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... Wittchen, H.U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85(1), 77–87.
- Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH). (2018). *Zur Geschichte des KV-Systems*. Zugriff am 06. Februar 2018 unter <http://www.kvhh.net/kvhh/pages/index/p/321>
- Ramb, B.T. (2018). Regulierung. In *Gabler Wirtschaftslexikon*. Zugriff am 02. Juni 2018 unter <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/regulierung.html#definition>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). (2012). *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung* (Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen). Zugriff am 06. Juni 2018 unter [https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=378&no\\_cache=1&sword\\_list%5B%5D=2012](https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=378&no_cache=1&sword_list%5B%5D=2012)
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., ... Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12–20.
- Sozialgericht Hannover. (2018). *Geschichte der sozialen Absicherung*. Zugriff am 06. Februar 2018 unter [https://www.sozialgericht-hannover.niedersachsen.de/wir\\_ueber\\_uns/gerichtsorganisation/](https://www.sozialgericht-hannover.niedersachsen.de/wir_ueber_uns/gerichtsorganisation/)
- Vollmann, J. (2014). Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie: Eine ethische Analyse der neuen Rechtslage für die klinische Praxis. *Nervenarzt*, 85(5), 614–620.
- Wilkinson, R.G. & Pickett, K.E. (2007). The problems of relative deprivation: why some societies do better than others. *Social Science & Medicine*, 65(9), 1965–1978.