

Fachtag der Landesarbeitsgemeinschaft Betreuungsgesetz: Dein Wille geschehe - aber wie?!

Arbeitsgruppe D Was wollen wir, wenn es kompliziert wird? Versorgungslücken

Liebe Teilnehmer:innen des Arbeitsgruppe D,
sehr geehrte Damen und Herren,
ich freue mich Ihnen einige Ansätze der G-BA Richtlinie „Komplexe Strukturierte Versorgung Psychiatrie (KSV Psych Richtlinie)“ wie auch des Hamburger Psychiatrieplans kurz vorstellen zu können. Hier finden sich wichtige Regelungen, um die Versorgungslücken an den Schnittstellen der ambulanten und der stationären Versorgung innerhalb der Sphäre des SGB V wie auch zwischen den Regelungskreisen der verschiedenen Sozialgesetzbücher, insbesondere zwischen SGB V und SGB IX, schließen zu können.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des SGB V 2022 beschlossene KSV Psych Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.

Ich war als einer von mehreren Patientenvertreter:innen an der Entwicklung dieser Richtlinie beteiligt; aktuell bin ich in dieser Funktion in der AG KSV Psych, die die weitere Anpassung dieser Richtlinie vorbereitet. Diese Richtlinie soll den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung erleichtern und eine notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote gewährleisten. Die Versorgung nach KSV Psych soll ärztliche, psychotherapeutische und mindestens eine nichtärztliche Behandlung umfassen (zur letzteren zählen die Soziotherapie, Ergotherapie und häusliche psychiatrische Krankenpflege).

Die Behandlung darf aktuell nur in Netzverbänden durchgeführt werden, in welchen zumindest 10 Ärzte:innen und Psychotherapeuten:innen zusammengeschlossen sind. Betont wird der Wert kurzer Wartezeiten für Termine durch dieses Versorgungsangebot. Die KSV Psych Richtlinie sieht vor, dass der erste Termin innerhalb von 7 Werktagen nach der Überweisung und innerhalb weiterer 7 Tage die Differentialdiagnostik stattzufinden hat.

Der Bezugsarzt bzw. die Bezugsärztin und der Bezugstherapeut bzw. die –therapeutin müssen über einen vollen Versorgungssitz verfügen.

Da die Hürden, Netzverbände zu gründen aktuell ziemlich hoch sind, gibt es bisher in Deutschland nur wenige Netzverbände.

In Hamburg ist zurzeit nur ein Netzverbund aktiv. Um die Gründung der Netzverbände möglichst flächendeckend in Deutschland zu etablieren, insbesondere auch in den ländlichen Regionen, wird aktuell die Richtlinie angepasst, um die Hürden (möglichst ohne Reduzierung der Qualitätsanforderungen) zu senken.

Der Psychiatrieplan in Hamburg sieht vor, diese Netzverbände in die neu gegründeten Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPVe) zu integrieren, was bessere Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern nach dem SGB V und anderen SGB ermöglichen soll.

Die neuen GPVe sind Zusammenschlüsse der wesentlichen Leistungserbringer in einer definierten Region. In Hamburg soll in jedem Bezirk ein GPV gegründet werden, der die jeweilige Versorgung sichert. Die Verbände sollen dialogisch sein, das bedeutet in jedem Verbund soll sich zumindest jeweils ein:e Vertreter:in von Betroffenen und Angehörigen beteiligen. Auch rechtliche Betreuer:innen können an den Sitzungen des GPV teilnehmen. Die Tatsache, dass GPVe sich verpflichten, die Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Menschen rechtskreisübergreifend zu sichern, lässt für die Zukunft hoffen, dass die Situation für die, ohne medizinisch akute Behandlungsbedürftigkeit, in psychiatrischen Kliniken untergebrachten Patient:innen bzw. ihrer Verlegungen in andere Bundesländer, zwecks Unterbringung in geschlossenen Heimen der Eingliederungshilfe aufgrund fehlender Kapazitäten in Hamburg selbst, verbessert werden kann. Anzustreben ist mit den GPVe, dass Patientinnen und Patienten in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben und gemeindenahе versorgt und unterstützt werden.

Im Rahmen des Psychiatrieplans wird das seit 2022 bestehende Krisentelefon im ersten Quartal dieses Jahres evaluiert und auf weitere Bedarfe geprüft. Eine Weiterentwicklung ist in einem Angebot hin zu einem Kriseninterventionsteam zu sehen, das zur Vermeidung von Zwangseinweisung zwecks Notfallbehandlung in einer psychiatrischen Klinik beitragen würde. Die Beteiligung an der Finanzierung des Krisendienstes durch die Krankenkassen soll noch geklärt werden.

Weitere Schwerpunkte des Psychiatrieplans sind Stärkung der verschiedenen Formen aufsuchender Behandlung, wie nichtärztliche Leistungen nach dem SGB V, zu denen die Soziotherapie und psychiatrische häusliche Krankenpflege gehören. Es sollen in dem Zusammenhang die Fragen der Qualifikation und der Vergütung der Leistungen mit den Krankenkassen geklärt werden, um die Verbesserung dieser Angebote flächendeckend in Hamburg zu erreichen. Davon sollen insbesondere schwer und chronisch erkrankte Personen profitieren, die Treffpunkte nicht aufsuchen können. Die Soziotherapie soll die Motivation stärken, andere Therapien in Anspruch zu nehmen. Die psychiatrische häusliche Krankenpflege kann eine gute Hilfe leisten, möglichst selbständig in eigener Häuslichkeit, trotz psychischer Erkrankung leben zu können.

Fazit: Im Zusammenhang mit dem Psychiatrieplan in Hamburg und der KSV Psych Richtlinie auf Bundesebene wird es voraussichtlich mehr Möglichkeiten der wohnortnahen und bedarfsgerechten Versorgung für schwer chronisch erkrankten Menschen geben. Viele dieser betroffenen Menschen benötigen auch eine rechtliche Betreuung. Es wird deshalb wichtig sein, dass sich sowohl Betreuer:innen als auch andere Akteur:innen im Betreuungsrecht über diese Angebote informieren und aktiv

an den Absprachen in Bezug auf die Versorgung der Menschen mit Betreuung teilnehmen, um im Rahmen der Unterstützten Entscheidungsfindung deren Selbstbestimmung zu stärken.

Vielen Dank.

Jurand Daszkowski

VERBESSERUNG DER WOHNORTNAHEN VERSORGUNG FÜR SCHWER PSYCHISCH ERKRANKTE MENSCHEN

Modellvorhaben des Hamburger Südens



Fachtag der Landesarbeitsgemeinschaft
Betreuungsgesetz 29.01.2025

Dr. Astrid Jörns-Presentati
Asklepios Klinikum Harburg



AGENDA

- ❖ Hintergrund
- ❖ Grundprinzipien
- ❖ Ziele und Zielgruppe
- ❖ Aufbau und Arbeitsablauf
- ❖ Zwischenergebnisse

HINTERGRUND

- Bislang in Hamburg einzigartiges regionales Netzwerk zur gemeinsamen Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen mit komplexen Hilfebedarfen.
- Grundlage ist ein Kooperationsvertrag ausgerichtet an den Prinzipien der gemeindepsychiatrischen Versorgung.
- Die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg fördert eine Stelle zur Netzwerkmoderation (0,5 VZÄ) zwecks Strukturierung und Koordinierung des Kooperationsgeschehens (keine Fallzuständigkeit).
- Derzeit umfasst der Verbund insgesamt 18 Träger/Institutionen
- Modellphase: 09/2022 – 08/2025

GRUNDPRINZIPIEN

Zentraler Punkt des Modellvorhabens Hamburger Süden ist die gemeinsame Verantwortung für Menschen mit komplexen Hilfebedarfen.

Orientierung an den Prinzipien einer rechtskreisübergreifenden regionalen Pflichtversorgung, im Rahmen einer vertraglich vereinbarten Selbstverpflichtung aller Kooperationspartner.

Maxime

„Keiner geht verloren!“

„Keiner kann alles

ZIELE

Verbesserung der Versorgungslage schwer psychisch erkrankter Menschen im Bezirk Harburg sowie den Elbinsel-Stadtteilen des Bezirks HH-Mitte (Wilhelmsburg, Veddel und Finkenwerder), indem

- die Betroffenen je nach individueller Lebenslage wohnortnah, möglichst schnell und flexibel mit passgenauen Hilfe- und Unterstützungsangeboten erreicht werden,
- selbst- oder fremdgefährdende Lebenslagen nach Möglichkeit verhindert, abgebaut oder verkürzt werden und
- Zwang, wenn möglich, vermieden wird.

ZIELGRUPPE

- Menschen im Erwachsenenalter einschließlich ihrer Angehörigen
- mit einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung bzw. einer drohenden seelischen Behinderung,
- mit komplexem Hilfebedarf in schwieriger Versorgungslage mit dem Risiko der Eskalation oder bei drohender Selbst- oder Fremdgefährdung.
- Die betroffenen Personen haben einen gewöhnlichen Aufenthalt im Hamburger Süden (u.a. auch Obdachlose)

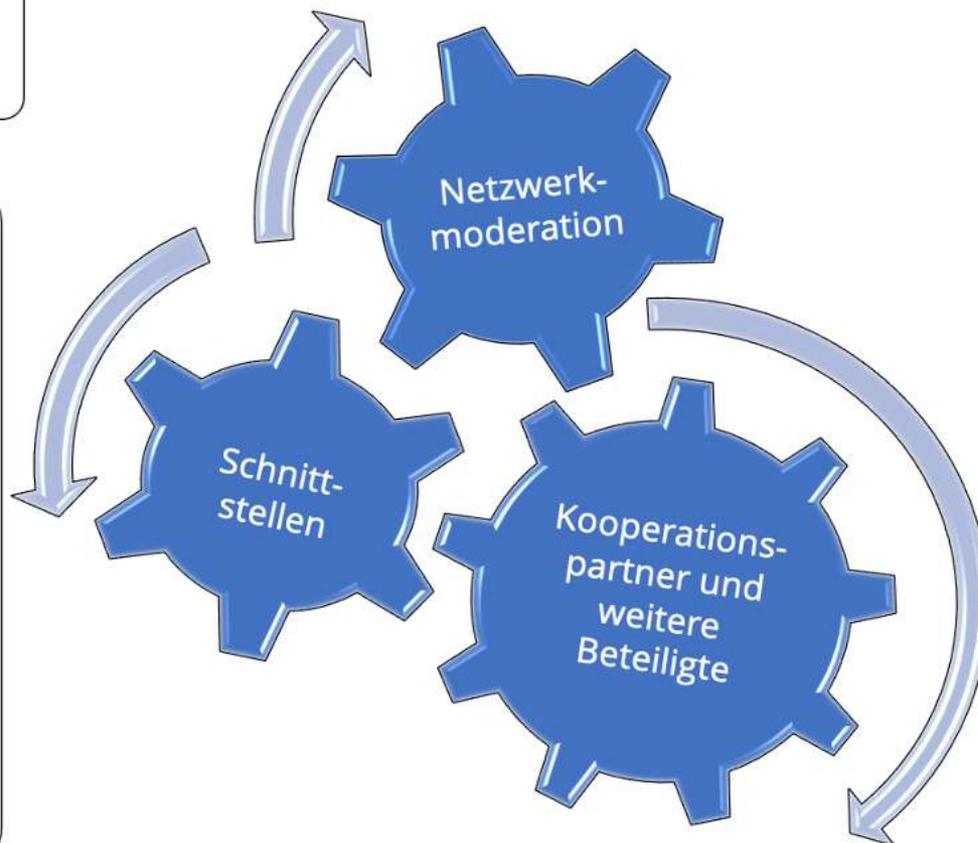


AUFBAU DER KOOPERATION

Psychisch Kranke
und ihre
Angehörigen

Kooperationsverbund:

- Asklepios Klinikum Harburg - Zentrum für Seelische Gesundheit
- Sozialpsychiatrischen Dienste der Gesundheitsämter in Harburg und HH-Mitte
- Leistungsanbieter der Eingliederungshilfe (ambulant und stationär)
- beruflichen Rehabilitation
- rechtlichen Betreuung
- ambulanten/stationären Pflege
- Suchthilfe



Weitere Beteiligte (u.a.):

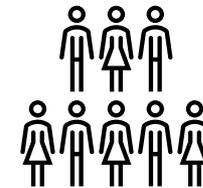
- Landesverband Psychiatrie- Erfahrener (LPE)
- Landesverband Hamburg der Angehörigen psychisch Erkrankter (LApK)
- Fachamt Eingliederungshilfe
- Krankenkassen
- Andere Sozialleistungsträger
- Gericht, Polizei
- Andere Träger der freien Wohlfahrtspflege
- Ärzt:innen
- Psychotherapeut:innen

ARBEITSABLAUF

Anlassbezogene Netzwerkgespräche



Monatliche Netzwerktreffen



Kollegiale Beratungen zu Einzelfällen mit Schweigepflichtentbindung



Beteiligung der Betroffenen als handlungsleitendes Arbeitsprinzip, u.a. durch eine respektvolle und autonomiefördernde, subjektorientierte Haltung, sowie geeignete Gesprächsmethoden, wie z.B. open dialogue/systemische Netzwerkgespräche.

UMSETZUNG DER VEREINBARTEN VERFAHRENSABLÄUFE

Zielgruppe und Fallzahlen

- Insgesamt 26 bearbeitete Meldungen in den ersten zwei Jahren (angedacht waren 6-8 pro Jahr), insg. 20 Fallbesprechungen im Netzwerktreffen, Netzwerkgespräche in 10 Fällen (häufig wiederholt)
- Regelmäßige Netzwerktreffen ursprünglich für den Ablauf des Modellvorhabens nicht vorgesehen, nehmen aber wichtige Funktion im Aufbau der Kooperation ein

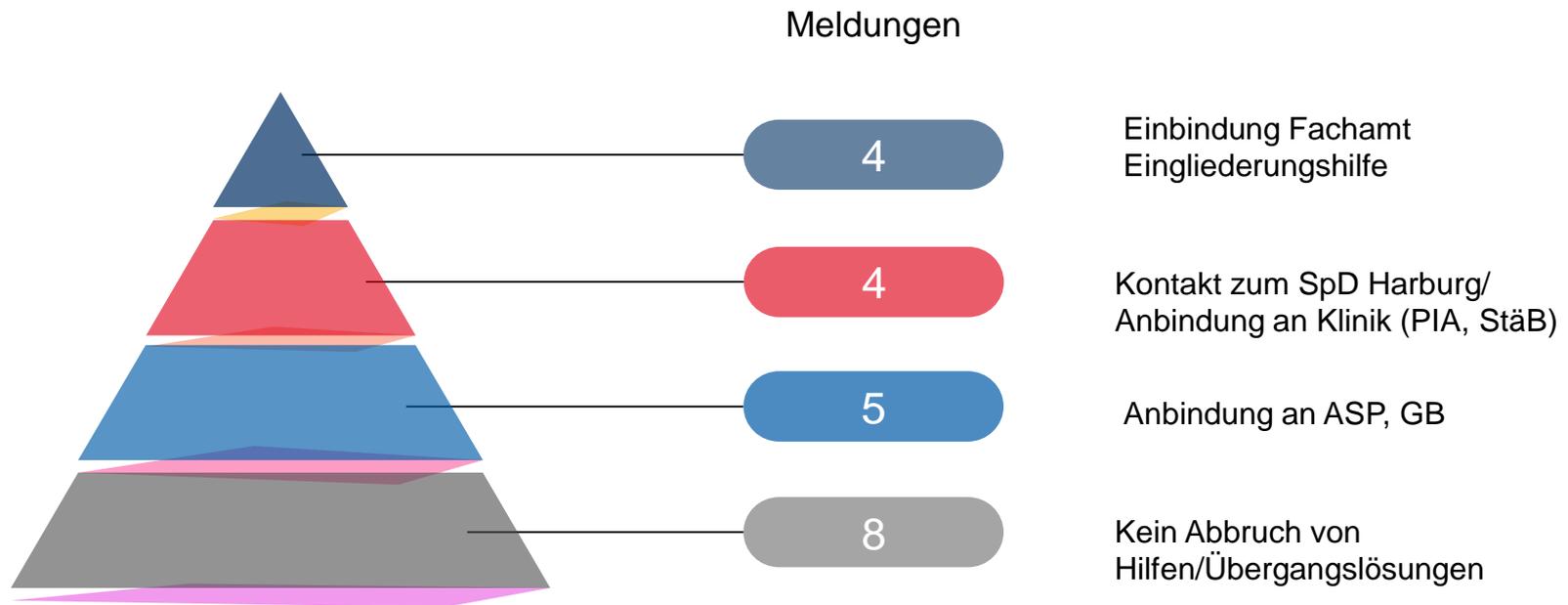
Praxistauglichkeit der Kriterien zur Priorisierung, Reaktionszeit, Informationsfluss

- Zuordnung: 2/3 der Falle in Phase 1 und 2
- Zeitraum von Meldung zu Netzwerkgespräch variiert (3 Tage bis zu 3 Wochen)
- Fallvorlage aus GPV Bremen

BETEILIGUNG DER BETROFFENEN UND ANGEHÖRIGEN

- Die direkte Beteiligung war zu 100% in den anlassbezogenen Netzwerkgesprächen gegeben (z.T. wiederholt)
- Schweigepflichtentbindungen zur Vorstellung in den Netzwerktreffen waren in den meisten Fällen unproblematisch.
- Anlässe: u.a. hohe Hürden einzelner Angebote, komplexe Enthospitalisierungsprozesse, unrealistische oder unklare Bedürfnisse, schlechte Erfahrungen mit Psychiatrie, hard-to-reach Klientel
- Alle Personen waren an Träger im Verbund angebunden, häufig seit Jahren im System bekannt
- In Einzelfällen Teilhabegespräche in Anwesenheit der fallzuständigen Person aus dem Fachamt Eingliederungshilfe

UMSETZUNG VON MAßNAHMENN



AUSBLICK

Mehrwert des Modellvorhabens...

- Verstärkte Orientierung am Bedarf des Einzelnen
- Entlastung durch gemeinsame regionale Versorgungsverantwortung besonders bei schwer zu erreichenden Nutzenden
- Fachliche Erkenntnisse und Weiterentwicklungen – insbesondere zur Krisenintervention in interdisziplinär vernetzten
- Bessere Gestaltung von Übergängen (Intensivierung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit schon im Vorfeld der Kooperation)
- Vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den beteiligten Behörden in den Einrichtungen: kurze Wege, gemeinsames Ziel

Fragen aus der Praxis zur Umsetzung trägerübergreifender, unkonventioneller Angebote sind weiter zu klären, u.a. Finanzierung, berufsrechtlicher Rahmen, personell

VIELEN DANK FÜR IHRE/EURE AUFMERKSAMKEIT

Astrid Jörns-Presentati

Kontakt: a.joerns@asklepios.com



Fachtag der Landesarbeitsgemeinschaft Betreuungsgesetz 29.01.2025: „Dein Wille geschehe – aber wie?!“
Was wollen wir, wenn es kompliziert wird?

ACT – aufsuchend behandeln, um den Maßregelvollzug zu verhindern?!

Daniel Lüdecke

Zielgruppe schwere psychische Erkrankungen

Anhaltende schwere psychische Erkrankungen mit komplexen Versorgungsbedarf

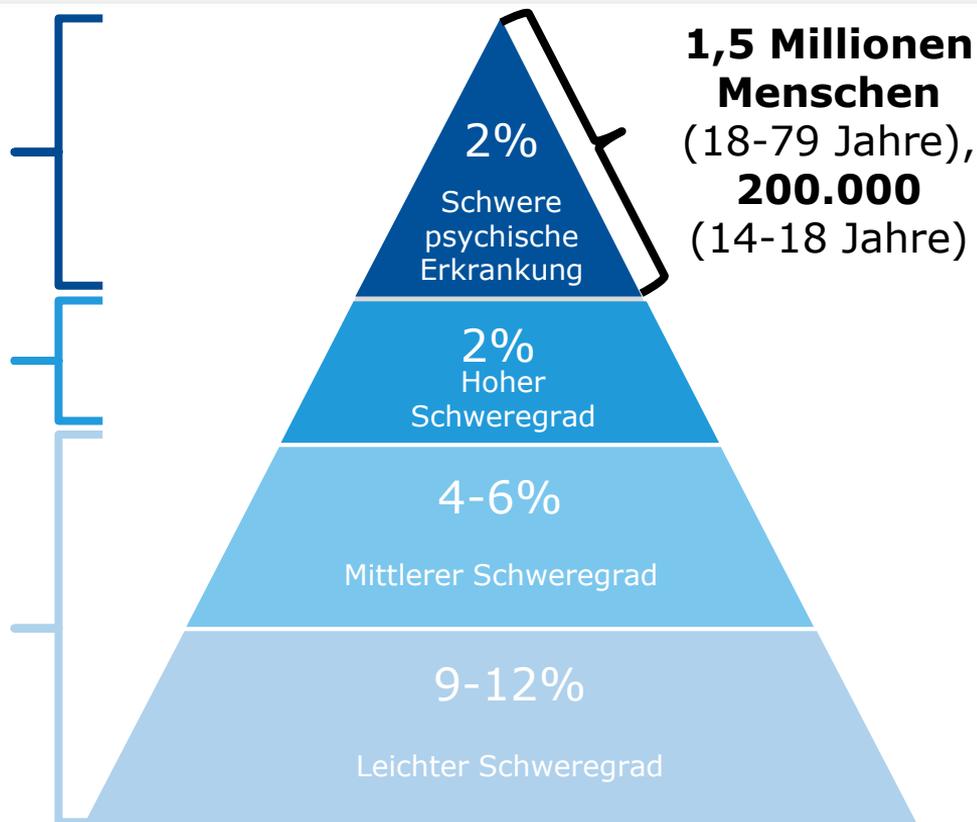
Erkrankungen: v.a. Psychotische Störungen, Bipolar I Störung und Emotional-instabile Persönlichkeitsstörungen

Schwere allgemeine psychische Erkrankung

Erkrankungen: v.a. schwere rezidivierende Depression

Allgemeine psychische Erkrankung

Erkrankungen: v.a. Angststörungen, Depressionen, somatoforme Störungen



Über welche Menschen sprechen wir?



typischerweise **schwere psychische Störungen** (sog. SMI), also chronisch mit anhaltendem Funktionsverlust



psychotische Störungen (ca. 85% Schizophrenie, schizoaffektive Störungen, bipolare Störungen) und zusätzlich **Suchtstörung**



Gehen häufig auf Distanz zur Gesundheitsversorgung („**Drehtürpatient:innen**“), häufige Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen (PsychKG, BGB), keine nachgehende Behandlung, keine Steuerung

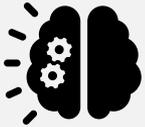


Hohe **Ablehnungsquote** in der stat. Wiedereingliederung, häufig **obdachlos**



Haben im Schnitt 2 **Vorstrafen** (wegen kleinerer Delikte)

Häufigste Reaktionen



Gesellschaftliche Ablehnung:

- kein Obdach
- keine Sozialleistungen
- keine Therapie

Extremste Form der Marginalisierung

Assertive Community Treatment (ACT) – die Alternative zur Stationären Behandlung



World Health
Organization

- Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat ACT zur „**notwendigen Alternative zur stationären Versorgung**“ erklärt.
- In Europa gibt es in ca. 30 von 47 Ländern Richtlinien und/oder Gesetze, die vorschreiben, dass Personen mit schweren psychischen Erkrankungen Zugang zu ACT haben.
- Deutschland hat keine derartigen Richtlinien und Gesetze, *ACT ist kein Teil der Regelversorgung.*

Assertive Community Treatment (ACT)

Definition:

- Fachärztlich geleitetes, multiprofessionelles und interdisziplinäres Team zur **Langzeitbehandlung** für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.

Indikation:

- Schwere psychische Erkrankung

Kernelemente:

- Intensive Behandlung über einen langen Zeitraum
- 24htgl. / 7 Tage Woche Krisenintervention
- Hochfrequente Behandlung
- Aufsuchende Behandlung
- Experten für schwere psychische Erkrankungen



Versorgungsmodelle ACT



Assertive Community Treatment (ACT)

Assertive Community Treatment (ACT):

- Klassisches ACT
- 80% Pflege, 20% Ärzt:innen, Psycholog:innen, Sozialpädagog:innen
- 20% Intervention und 80% Koordination

Ressource Group Assertive Community Treatment (RACT):

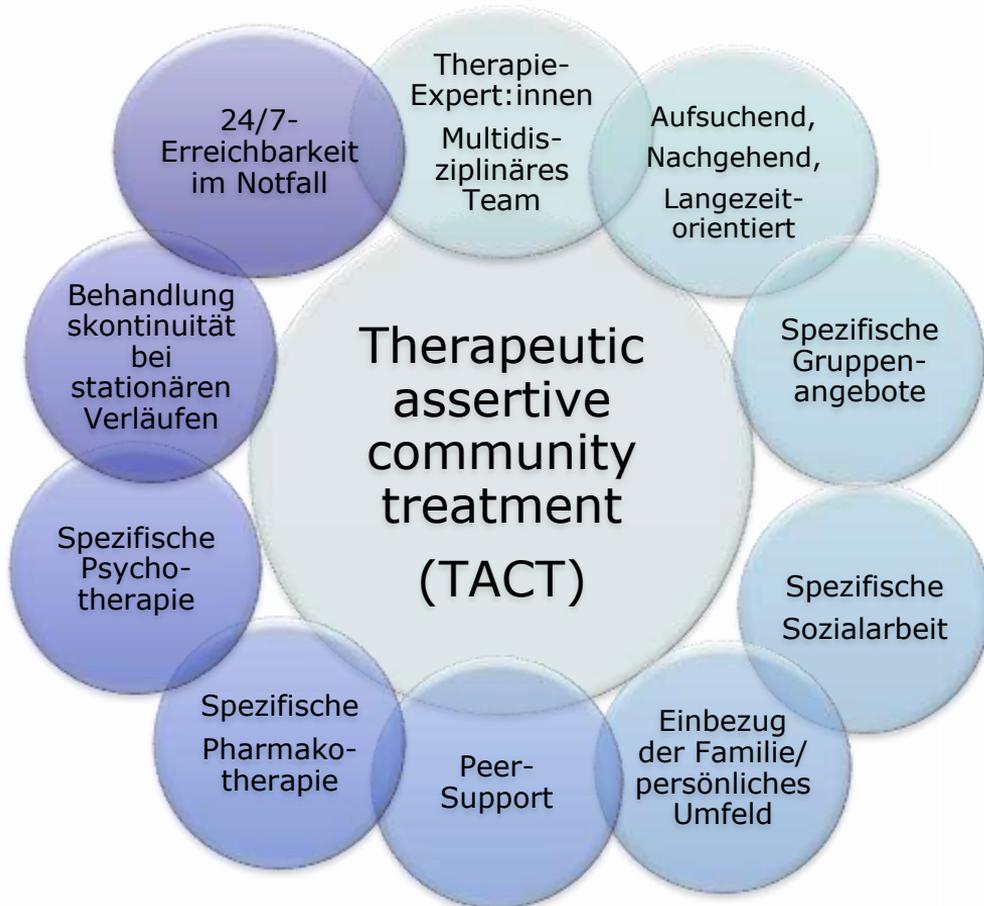
- Regelmäßige Peer-geleitete Netzwerkgespräche zur Behandlungsplanung
- 60% Pflege, 40% Ärzt:innen, Psycholog:innen, Sozialpädagog:innen
- 50% Intervention und 50% Koordination

Flexibles Assertive Community Treatment (FACT):

- Je nach Akuität Wechsel zwischen ACT und Case Management im gleichen Team
- 50% Pflege, 50% Ärzt:innen, Psycholog:innen, Sozialpädagog:innen
- 60% Intervention und 40% Koordination

Therapeutisches Assertive Community Treatment (TACT):

- Spezialisiert auf eine Erkrankung mit hoher Team –"Fidelity" und Psychotherapie
- 10% Pflege, 90% Ärzt:innen, Psycholog:innen, Sozialpädag:innen
- 90% Intervention und 10% Koordination



TACT

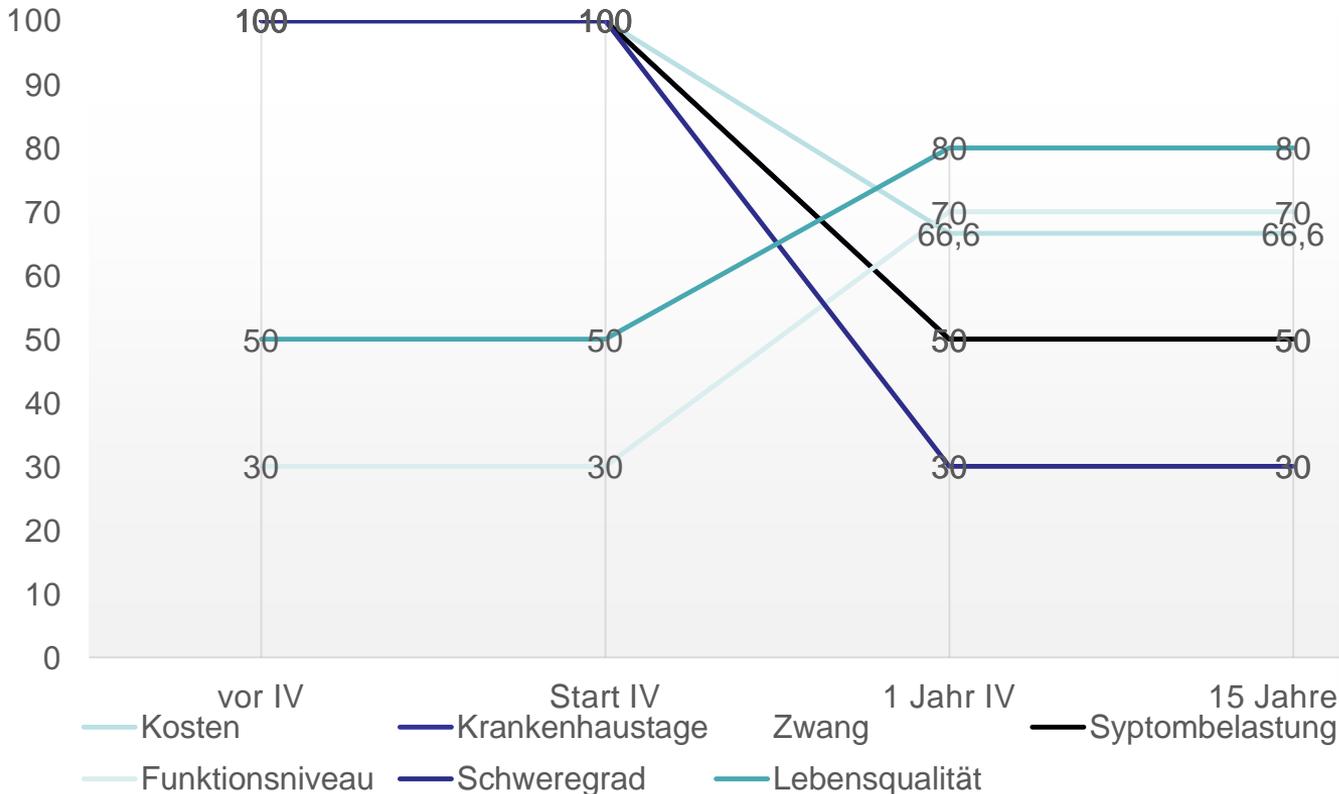
schwere psychische Erkrankung

Komplexer und fortlaufender Bedarf

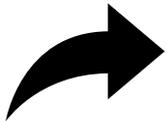
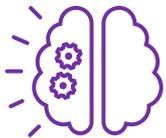
- Diagnostik
- Therapieplanung
- Crisis Resolution (kurzfristig)
- langfristig ausgerichtet
- Psychotherapie
- Pharmakotherapie
- Sozialarbeit
- Genesungsbegleitung



Evidenz des Therapeutischen Assertive Community Treatment (ACT) nach Hamburger Modell



- Reduktion der Krankenhaustage
- Reduktion von Einweisungen unter Zwang
- Reduktion der Syptombelastung
- Steigerung der Lebensqualität
- Steigerung des Funktionsniveaus
- Deutliche Senkung der Kosten

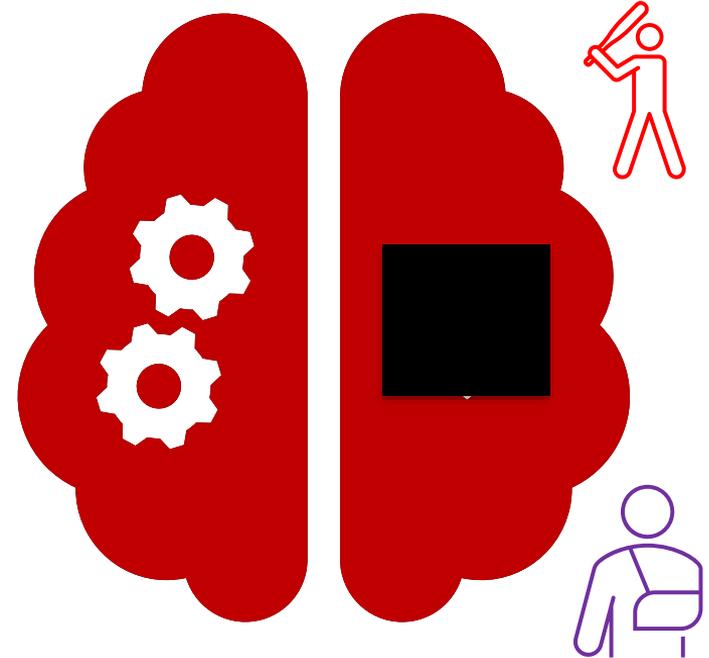


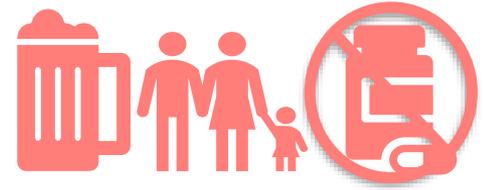
- **Kapazitätsgrenze** in der forensischen Psychiatrie erreicht und überschritten
 - **§ 63 StGB:** 2000: 82 Belegungen 2023: 305 Belegungen
 - **§ 126a StPO** 2000: 13 Belegungen 2023: 29 Belegungen
 - Einbezug der **allgemeinpsychiatrischen Kliniken**
- **Diagnose-Shift:** 2023 90% Menschen mit **Schizophrenie**
 - 1950er: ca. 30-40%
- Hohe und steigende **Kosten** und politischer Wille

Notwendigkeit einer kausal-präventiven Konzeption

- Jeder Dritte Mensch wird einmal im Leben psychisch krank.
- Nicht alle Menschen mit psychischen Erkrankungen sind kriminell, gewalttätig oder gewaltbereit.
- Psychische Erkrankung und Gewalt sind **vielschichtig miteinander verbunden**
 - Täterrolle
 - Opferrolle
- Vor dem Hintergrund der Krankenmorde des NS-Regimes herrschte bis in 1970er Jahre in Deutschland die fachliche Meinung:
 - als **Opfer** können psychisch kranke Menschen nicht **gleichzeitig "Täter:innen"** sein

> Untergruppe der Patient:innen mit Schizophrenie ein **etwa fünffach erhöhtes Risiko** für Gewalttaten





1. Studien zur **Kriminalitätsrate hospitalisierter Menschen mit Schizophrenie**

- retrospektiver Erfassung des kriminellen Verhaltens
- mit der Analyse krimineller bzw. aggressiver Handlungen während Klinikaufenthalte
- Follow-up-Studien nach Klinikentlassung

2. Studien an **Inhaftierten und Tötungsdelinquenten**

3. Erhebungen epidemiologisch repräsentativer **Stichproben in natürlichem Setting**

4. Studien an **untergebrachten psychisch kranken Rechtsbrecher:innen**

5. **prospektive Follow-up-Studien** von Geburtskohorten

Menschen mit **schwerer psychischer Erkrankung** begehen häufiger

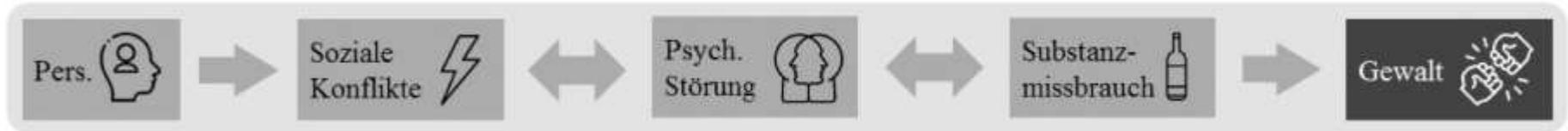
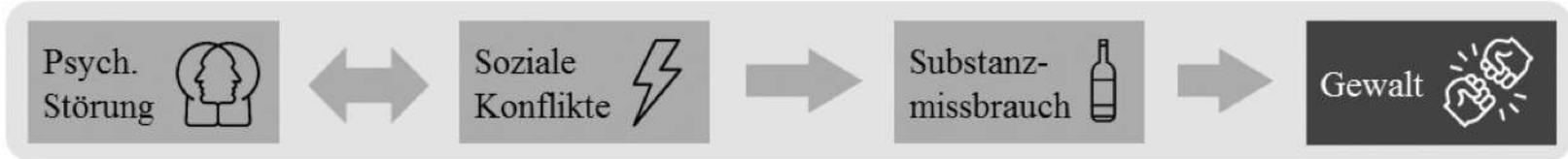
Gewaltverbrechen als Allgemeinbevölkerung

- insbesondere für Menschen mit **Schizophrenie** (ca. 4-5 fach erhöht)
- insbesondere für **schwere Gewaltverbrechen**

Hoher Anteil wird über drei wesentliche Risikofaktoren moderiert:

- (1) komorbide **Abhängigkeitserkrankungen**
- (2) **Therapie - Disengagement**
- (3) **familiäre Disposition (genetisch oder umwelt-bedingt)**

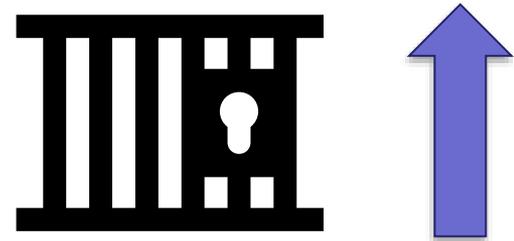
Psychische Erkrankung und Gewalt: Gibt es Zusammenhänge?



Penrose-Hypothese (1939)



Abbau psychiatrischer Betten



Mehr Menschen in
Gefängnissen oder forensisch-
psychiatrischen Einrichtungen



niedrigere Rate an Verurteilungen aufgrund neuer Straftaten



weniger Zeit im Gefängnis



häufiger in ambulanter Behandlung und weniger stationäre Behandlungstage



niedrigere Rate an Forensifizierung

A Randomized Controlled Trial of the Rochester Forensic Assertive Community Treatment Model

J. Steven Lamberti, M.D., Robert L. Weisman, D.O., Catherine Cerulli, J.D., Ph.D., Geoffrey C. Williams, M.D., Ph.D., David B. Jacobowitz, B.S., M.A., Kim T. Mueser, Ph.D., Patricia D. Marks, J.D., Robert L. Strawderman, Sc.D., Donald Harrington, M.S., Tara A. Lamberti, B.A., Eric D. Caine, M.D.

Objective: Forensic assertive community treatment (FACT) is an adaptation of the assertive community treatment model and is designed to serve justice-involved adults with serious mental illness. This study compared the effectiveness of a standardized FACT model and enhanced treatment as usual in reducing jail and hospital use and in promoting engagement in outpatient mental health services.

Methods: Seventy adults with psychotic disorders who were arrested for misdemeanor crimes and who were eligible for conditional discharge were recruited from the Monroe County, New York, court system. Participants were randomly assigned to receive either FACT (N=35) or enhanced treatment as usual (N=35) for one year. Criminal justice and mental health service utilization outcomes were measured by using state and county databases.

Results: Forty-nine participants (70%) completed the full one-year intervention period. Nineteen (27%) were removed

early by judicial order, one was removed by county health authorities, and one died of a medical illness. Intent-to-treat analysis for all 70 participants showed that those receiving the FACT intervention had fewer mean \pm SD convictions (4 \pm 7 versus 9 \pm 13, $p = .023$), fewer mean days in jail (21.5 \pm 25.9 versus 43.5 \pm 59.2, $p = .025$), fewer mean days in the hospital (4.4 \pm 15.1 versus 23.8 \pm 64.2, $p = .025$), and more mean days in outpatient mental health treatment (305.5 \pm 92.1 versus 169.4 \pm 139.6, $p < .001$) compared with participants who received treatment as usual.

Conclusions: The Rochester FACT model was associated with fewer convictions for new crimes, less time in jail and hospitals, and more time in outpatient treatment among justice-involved adults with psychotic disorders compared with treatment as usual.

„Forensic Assertive Community Treatment“ zur Prävention von „Forensifizierung“



Interdisziplinäres Team zur ambulanten/ spezifischen Behandlung von Menschen mit **schweren psychischen Erkrankungen** (Jennings J, 2009; Lamberti, 2020)



gemeindenaher sektorenübergreifende **Langzeitbehandlung** (Jennings J, 2009, Sapouna et al. 2015, Latessa et al. 2015)



Fokus auf **Abhängigkeitserkrankungen** und **anti-soziale Persönlichkeitszüge** um Rückfallkriminalität zu reduzieren (McHugo et al. 1999)



Stabile **Wohnverhältnisse** und **Job-Coaching** (Browne et al. 2008)



Laufende, standardisierte Erhebung des (Rückfall)risiko für Delinquenz (Andrews et al. 2004)



Juristischer Druck: fACT als Angebot für vorzeitige Entlassung, Bewährung oder anstelle von Inhaftierung (Elbogen et al. 2003, Hiday & Scheid-Cook 1991, Swarts et al. 2001)



Kooperation mit der Strafjustiz (Lamberti et al. 2020)



Ein **Bewährungshelfer:in/ Justizmitarbeiter:in** im Team (Short et al. 2012, Bellamy et al. 2019, Adams & Lincoln 2020)

„Forensic Assertive Community Treatment“ zur Prävention von „Forensifizierung“



Interdisziplinäres Team zur ambulanten/ spezifischen Behandlung von Menschen mit **schweren psychischen Erkrankungen** (Jennings J, 2009; Lamberti, 2020)



gemeindenaher sektorenübergreifende **Langzeitbehandlung** (Jennings J, 2009, Sapouna et al. 2015, Latessa et al. 2015)



Fokus auf **Abhängigkeitserkrankungen** und **anti-soziale Persönlichkeitszüge** um Rückfallkriminalität zu reduzieren (McHugo et al. 1999)



Stabile **Wohnverhältnisse** und **Job-Coaching** (Browne et al. 2008)



Gruppentherapie für anti-soziale Kognitionen (Lamberti, 2017)



Genesungsbegleiter:innen mit forensischen Erfahrungen im Justizsystem (Davidson L, 2008)



Trauma-informierten Behandlung (Freeman D, 2015)



Bereitstellung stationärer Behandlung/ **Behandlungskontinuität** (Lamberti, 2020)

Personelle Ausstattung für pACT



1VK Fachärzt:in

1VK Psycholog:in

2VK Ärzt:in

1VK Genesungsbegleiter:in

2VK Gesundheits- und Krankenpflege

1VK Sozialarbeiter:in

Bewährungshelfer:in (?)



> möglichst breiter *forensischer* Hintergrund

- Für ca. 20 - 40 zu versorgende Risikopatient:innen
- 2 Teams
 - Patient:in/ Behandler:in Ratio 8:1
 - hoher therapeutischer Fokus (TACT)

Justizbehörde & Polizei

- enger und offener Austausch
- Fester Ansprechpartner
- Mithilfe zur Risikoeinschätzung

Präventionsstelle/ Repsoldstr

- von forensischen Krankheitsverläufen und Verhinderung von schweren Straftaten
- Aufklärung u. Qualifizierung
- Übergänge aus der Haft gestalten
- Kein eigenes Behandlungs- u. Versorgungsangebot
- Risiko-Assessments: Anwendung evidenzbasierter Prognoseinstrumente erstellt werden.
- spezifische Anforderungen zu obdachlosen Menschen, Heranwachsenden sowie Mm Migrationshintergrund
- Unterstützung Angehöriger
- Aufbau eines Monitorings

Akuttagesklinik für schwer psychisch erkrankte Menschen mit Neigung zur Gewalt –Anbieter aus dem Bereich der ambulanten Versorgung in enger Zusammenarbeit mit einer Kooperationsklinik für akute psychiatrische Notfälle mit Eigen- oder Fremdgefährdung, der Suchthilfe, der jeweils zuständigen Gemeindepsychiatrischen Verbänden, Sozialbehörde (NPZ/Tonn)

Forschung

"Wissenschaftliche Auswertung der Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit"; "Auswertungskriterien mit den Krankenkassen"; Mit den Evaluationsergebnissen sollen Lösungsmöglichkeiten zur Finanzierung der Behandlungsleistungen durch die GKV entwickelt werden. Zielgrößen:

Forensik AKN-O

Therapieplätze in 18 stationären Behandlungseinheiten. Der Behandlungsverlauf gliedert sich in Aufnahme und Erstdiagnostik, berufsgruppenspezifische Behandlungsplanung und -durchführung, Risikoanalyse und Rehabilitationsmaßnahmen.

Forensische Ambulanz - FIA AKN-O

Fachambulanz = Anlaufstelle für entlassene, aber auch präforensische Patienten und deren Angehörige. – Ausweitung an 2 weiteren Standorten (AK R & Repsold):

- Fokus auf Präforensik
- Enge Zusammenarbeit mit Präventionsstelle
- Beteiligung der Allgemeinpsychiatrie
- Auf Prävention und Risikoeinschätzungen ausgerichtetes Behandlungskonzept, datenschutzkonforme Kooperationen mit Kliniken, der Suchthilfe, der Wohnungs- und Obdachlosenhilfe und GPV, Justiz und Polizei

Psychiatrische Kliniken Hamburg

KAPPA: „Kontinuierliche Allgemeinpsychiatrische und Prä-/Postforensische Psychosen-behandlung in Hamburg-Altona“ und beinhaltet eine Vielzahl an ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten unterschiedlicher Intensität und Zugangsschwelle für schwer psychisch Erkrankte. (AK Rissen)



Was?

Intensive, flexible aufsuchende Behandlung für Hochrisikopatienten die kurz vor der Einleitung von Strafverfahren stehen. Ziel: Reduzierung forensischer Krankheitsverläufe u. damit verbundenen Maßregeln, Behandlungskontinuität auch in Krisensituationen, Vermeidung von Polizeieinsätzen und Zwangseinweisungen

Wer?

Kooperation psychiatrischer Kliniken in Zusammenarbeit mit Präventionsstelle, allen Hamburger Psychiatrinen, Justiz, Polizei und allen Gemeindepsychiatrischen Verbänden

Wie?

Aufbau von 2 Behandlungsteams an zwei Standorten zur Behandlung von 30-50 Patienten. Pro Jahr wird mit einem Abfluss von ca. 10 Patienten/Patientinnen und Neuaufnahmen in gleicher Anzahl gerechnet.

Wann?

Start im 2. Quartal 2025

Womit?

794 Tsd. Euro (2025) + 935 Tsd. Euro (2026) Personalbedarf: 1 VZÄ psychiatrischer Oberarzt, 2 VZÄ psychiatrische Assistenzärzte, 1 VZÄ Psychologe, 2 VZÄ psychiatrische Pflegekraft, 1 VZÄ Sozialtherapeut, 1 VZÄ Sozialpädagoge, 1 VZÄ forensische Genesungsbegleitung. Sachkosten für 2 Leasing-Fahrzeuge, EDV, Arbeitsplatzausstattung mit Standort an 2 Krankenhäusern.



Zentrum für Psychosoziale Medizin –
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Fachtag der Landesarbeitsgemeinschaft Betreuungsgesetz 29.01.2025: „Dein Wille geschehe – aber wie?!“

Danke.

da.luedecke@uke.de



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf