

Redaktion

S. Rudolf, Lübeck
 U. Voderholzer, Freiburg
 F. Hohagen, Lübeck

H. Saß

Einleitung

Die DGPPN hat mit der Einführung eines zertifizierten Schwerpunktes „Forensische Psychiatrie“ einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung in diesem wichtigen Teilgebiet unseres Faches geleistet. Diesem Ziel gilt auch der folgende Artikel, erstmals erschienen in *NStZ* 2005: 57–62, der hier wegen seiner besonderen Bedeutung für alle Begutachtungsfragen interessierten Fachkollegen zur Kenntnis gegeben wird.

H.S.

RiBGH Dr. A. Boetticher · Prof. Dr. N. Nedopil · Prof. Dr. H.A.G. Bosinski
 Prof. Dr. H. Saß

Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten

Eine an forensisch-psychiatrischen Fragen besonders interessierte interdisziplinäre Arbeitsgruppe aus Juristen, forensischen Psychiatern und Psychologen sowie Sexualmedizinerinnen hat die nachfolgenden Empfehlungen für die forensische Schuldfähigkeitsbeurteilung nach §§ 20, 21 StGB erarbeitet. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe waren: VRinBGH Dr. Rissing-van Saan, VRiBGH Nack, RiBGH Basdorf, RiBGH Dr. Bode, RiBGH Dr. Boetticher, RiBGH Dr. Detter, RiBGH Maatz, RiBGH Pfister, VRiBGH a.D. Dr. Schäfer, die Bundesanwälte Hannich und Altvater, der Kriminologe Prof. Dr. Schöch (München), der Rechtsanwalt Dr. Deckers (Düsseldorf), die forensischen Psychiater Prof. Dr. Berner (Hamburg), Prof. Dr. Dittmann (Basel), Prof. Dr. Foerster (Tübingen), Prof. Dr. Kröber (Berlin), Prof. Dr. Leygraf (Essen), Dr. Müller-Isberner (Gießen), Prof. Dr. Nedopil (München), Prof. Dr. Saß (Aachen), Dr. Habermeyer (Rostock), die Sexualmediziner Prof. Dr. Dr. Beier (Berlin), Prof. Dr. Bosinski (Kiel) und der Rechtspsychologe Prof. Dr. Köhnken (Kiel).

A. Zweck der Empfehlungen

Die Empfehlungen der beteiligten forensischen Sachverständigen richten sich in erster Linie an deren Fachkollegen für die Erstattung von psychiatrischen Gutachten zur Frage der aufgehobenen oder verminderten Schuldfähigkeit. Hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die rechtliche Beurteilung haben sie die Zustimmung der Juristen gefunden. Die Empfehlungen sind keine rechtlichen Kriterien für die revisionsgerichtliche Überprüfung im Sinne verbindlicher Mindeststandards, deren Nichtbeachtung in jedem Einzelfall einen Rechtsfehler begründen kann. Dessen ungeachtet gehen die beteiligten Juristen davon aus, dass die Empfehlungen in der Rechtsprechung der fünf Strafsenate des Bundesgerichtshofs Berücksichtigung finden werden.

Die Empfehlungen sollen dem forensischen Sachverständigen die fachgerechte Erstellung von Schuldfähigkeitsgutachten und den Verfahrensbeteiligten die Bewertung von deren Aussagekraft erleichtern. Sie können auch für die Auswahl des Sachverständigen nach §§ 73 ff. StPO und für

das Beweisrecht nach § 244 StPO herangezogen werden. Sie können bei der Entscheidung helfen, ob

- die Sachkunde des Gutachters zweifelhaft ist,
- das Gutachten von unzutreffenden tatsächlichen Voraussetzungen ausgeht,
- das Gutachten Widersprüche enthält,
- einem anderen Sachverständigen überlegene Forschungsmittel zur Verfügung stehen.

B. Schuldfähigkeitsgutachten aus juristischer Sicht

Das Gesetz schreibt in bestimmten Fällen – u. a. wenn sich die Frage der Anordnung von freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung oder der Unterbringung zur Beobachtung stellt – die Hinzuziehung eines Sachverständigen vor. Im Übrigen kommt es auf die eigene Sachkunde des Richters an. Für die Beurteilung der Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB reicht diese jedenfalls dann regelmäßig nicht mehr aus, wenn sich aufgrund von Auffäl-

ligkeiten oder gar Störungen Zweifel an der strafrechtlichen Verantwortlichkeit ergeben. Dann muss ein Sachverständiger hinzugezogen werden. Sachverständige sind Personen, die aufgrund besonderer Sachkenntnis über Tatsachen, Wahrnehmungen oder Erfahrungssätze Auskunft geben oder einen bestimmten Sachverhalt beurteilen können. Der Staatsanwalt oder der Richter hat die Tätigkeit des Sachverständigen zu leiten (§ 78 StPO). Die Leitung betrifft das, was der Sachverständige, nicht wie er es erforschen soll.

I. Die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze

Die fünf Strafsenate des Bundesgerichtshofs haben schon früher für einzelne Bereiche der Schuldfähigkeitsbeurteilung Vorgaben der fachpsychiatrischen oder fachpsychologischen Wissenschaft übernommen und den Tatrichtern auferlegt, im Urteil die aus der Begutachtung gewonnenen Erkenntnisse darzulegen und ihre richterlichen Entscheidungen bei der ihnen obliegenden Beantwortung der Rechtsfragen zu begründen. Dies gilt u. a. für die Affektdelikte, die Beeinträchtigung der Schuldfähigkeit bei Drogenabhängigen und den Umgang mit psychodiagnostischen Kriterien für das Leistungsverhalten bei Beurteilung einer unter Alkoholeinfluss begangenen Straftat¹. Aus

¹ Wichtige Entscheidungen: Abgrenzung der Zuständigkeit Gericht – Sachverständiger: BGH, UrT. vom 12. Februar 1998 – 1 StR 588/97 – BGHSt 44, 26, 31f. = NStZ 1998, 422; BGH, UrT. vom 7. Juli 1999 – 1 StR 207/99 – NStZ 1999, 630; Schwere andere seelische Abartigkeit: BGH, UrT. vom 4. Juni 1991 – 5 StR 122/91 – BGHSt 37, 397; BGH, Beschl. vom 2. Dezember 1997 – 4 StR 581/97 – NStZ-RR 1998, 189; BGH, Beschl. vom 6. Mai 1997 – 1 StR 17/97 – NStZ 1997, 485; 2. Dezember 1997 – 4 StR 581/97 – NStZ-RR 1998, 189; BGH, Beschl. vom 22. August 2001 – 1 StR 316/01 – StV 2002, 17; BGH, Beschl. vom 22. August 2003 – 2 StR 267/03; BGH, UrT. vom 21. Januar 2004 – 1 StR 346/03 – NStZ 2004, 437; Borderline: BGH, Beschl. vom 6. Februar 1997 – 4 StR 672/96 – BGHSt 42, 385 = NStZ 1997, 278; 4 StR 100/97; BGH, UrT. vom 22. Januar 1998 – 4 StR 100/97 – NStZ 1998, 366. Psychose: BGH, Beschl. vom 09. April 2002 – 5 StR 100/02 – NStZ-RR 2002, 202. Affekt: BGH, UrT. vom 14. Dezember 2000 – 4 StR 375/00 – StV 2001, 228. Alkohol: BGH, UrT. vom 29. April 1997 – 1 StR 511/95 – BGHSt 43, 66 = NJW 1997, 2460; BGH, UrT. vom 27. März 2003 – 3 StR 435/02 – NStZ 2003, 480; BGH, UrT. vom 17. August 2004 – 5 StR 93/04, StV 2004, 591.

dieser Rechtsprechung und den Ergebnissen der interdisziplinären Arbeitsgruppe lassen sich die folgenden allgemeinen Grundsätze für forensische Schuldfähigkeitsgutachten ableiten:

1. Wahl der Untersuchungsmethode

Der Sachverständige bedient sich bei der Gutachtenerstattung methodischer Mittel, die dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand gerecht werden. Existieren mehrere anerkannte und indizierte Verfahren, so steht deren Auswahl in seinem pflichtgemäßen Ermessen. In diesem Rahmen steht es dem Sachverständigen – vorbehaltlich der Sachleitungsbezugnis durch das Gericht – frei, wie er die maßgeblichen Informationen erhebt und welche Gesichtspunkte er für seine Bewertung für relevant hält.

2. Klassifikationssysteme

Die Juristen gehen aufgrund der interdisziplinären Diskussion davon aus, dass ein forensisch tätiger Sachverständiger bei der Beurteilung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit in der Regel nach den Kriterien der in der forensischen Psychiatrie gebräuchlichen diagnostischen und statistischen Klassifikationssysteme vorgeht (ICD-10 Kapitel V (F), Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], 4. Aufl., 1992; DSM-IV-TR, Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen Saß/Wittchen/Zaudig/ Houben [Hrsg.], 2003).

3. Ausmaß der psychischen Störung

Gelangt der Sachverständige zu der Feststellung, dass das Störungsbild die Merkmale eines oder mehrerer Muster oder einer Mischform der Klassifikationen in ICD-10 oder DSM-IV-TR erfüllt, ist auch das Ausmaß der psychischen Störung und deren Auswirkung auf die Tat(en) zu bestimmen, die vom Sachverständigen aufgrund einer Gesamtbeurteilung der Persönlichkeit des Beschuldigten, des Ausprägungsgrads der Störung und ihrer Auswirkung auf seine soziale Anpassungsfähigkeit ermittelt werden kann. Rechtlich besagt die Zuordnung eines Befundes zu einem in den Klassifikationen ICD-10 oder DSM-IV-TR noch nichts über das Ausmaß der psychischen Störungen und deren forensische Bedeutung. Allerdings weist eine sol-

che Zuordnung in der Regel auf eine nicht ganz geringfügige Beeinträchtigung hin.

4. Nachvollziehbarkeit und Transparenz

Das Gutachten muss nachvollziehbar und transparent sein. Darin ist darzulegen, aufgrund welcher Anknüpfungstatsachen (Angaben des Probanden, Ermittlungsergebnisse, Vorgaben des Gerichts zum Sachverhalt und möglichen Tathandlungsvarianten), aufgrund welcher Untersuchungsmethoden und Denkmodelle der Sachverständige zu den von ihm gefundenen Ergebnissen gelangt ist.

5. Beweisgrundlagen des Gutachtens

Die sozialen und biographischen Merkmale sind unter besonderer Berücksichtigung der zeitlichen Konstanz der psychopathologischen Auffälligkeiten zu erheben. Es muss deutlich werden, ob und welche Angaben des Beschuldigten als Anknüpfungstatsachen zugrunde gelegt wurden; insbesondere sind die gerichtlich noch zu überprüfenden Zusatzstatsachen besonders hervorzuheben. Die Gutachtenerstattung in der Hauptverhandlung muss auf das dort gefundene Beweisergebnis – gegebenenfalls mit vom Gericht vorgegebenen Sachverhaltsvarianten – eingehen. Grundlage für die richterliche Urteilsfindung ist allein das in der Hauptverhandlung mündlich erstattete Gutachten. Der vorläufige Charakter des schriftlichen Gutachtens muss dem Sachverständigen und dem Gericht bewusst bleiben.

II. Beratung des Tatrichters durch den Sachverständigen

1. Diagnose und Eingangsmerkmale der §§ 20, 21 StGB

Die psychiatrische Diagnose nach ICD-10 und DSM-IV-TR ist nicht mit einem Eingangsmerkmal des § 20 StGB gleichzusetzen. Ob der sachverständige Befund unter ein Eingangsmerkmal des § 20 StGB zu subsumieren ist, entscheidet nach sachverständiger Beratung der Richter.

2. Ausprägungsgrad der Störung

Mit der bloßen Feststellung, bei dem Beschuldigten liege eines der vier Merkma-

le des § 20 StGB vor, ist die Frage, ob die Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB vorliegen, noch nicht abschließend beantwortet. Dafür sind der Ausprägungsgrad der Störung und der Einfluss auf die soziale Anpassungsfähigkeit entscheidend. Die Beeinträchtigung der psychischen Funktionsfähigkeit durch die festgestellten psychopathologischen Verhaltensmuster ist zu untersuchen.

So ist bei der Tat überdauernden Störungen für die Bewertung der Schwere insbesondere maßgebend, ob es im Alltag außerhalb des beschuldigten Deliktes zu Einschränkungen des beruflichen und sozialen Handlungsvermögens gekommen ist.

III. Beurteilung der Schuldfähigkeit bei Begehung der Tat

Der Richter hat die Anwendung der §§ 20, 21 StGB anhand der gesetzlichen Voraussetzungen und der daraus von der höchstgerichtlichen Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen zu entscheiden.

1. Auswirkungen auf die konkrete Tat

Für das Vorliegen der §§ 20, 21 StGB kommt es nicht darauf an, ob die Steuerungsfähigkeit generell aufgehoben oder rechtlich erheblich eingeschränkt ist. Maßgeblich kommt es vielmehr auf den Zustand bei Begehung der Tat an. Zur Beurteilung dieser Rechtsfrage überprüft der Richter die vom Sachverständigen gestellte Diagnose, den Schweregrad der Störung und deren innere Beziehung zur Tat. Die Prüfung erfolgt auf der Grundlage des Beweisergebnisses der Hauptverhandlung. Tatvarianten hat der Richter mit dem Sachverständigen zu erörtern.

2. Erheblichkeit ist Rechtsfrage

Die Frage der Erheblichkeit im Sinne des § 21 StGB ist eine Rechtsfrage, die der Richter nach sachverständiger Beratung in eigener Verantwortung zu beantworten hat (s.o. III.1). Hierbei fließen normative Gesichtspunkte ein. Entscheidend sind die Anforderungen, die die Rechtsordnung an jedermann stellt. Diese Anforderungen sind um so höher, je schwerwiegender das in Rede stehende Delikt ist.

IV. Revisionsrechtlicher Prüfungsmaßstab

Für die revisionsgerichtliche Überprüfung der Schuldfähigkeitsbeurteilung gelten die bisherigen Prüfungsmaßstäbe. Insbesondere gilt weiter, dass ein forensischer Sachverständiger in eigener Verantwortung über die Heranziehung von Unterlagen, seine Untersuchungsmethoden und den Umfang seiner Erhebungen entscheidet.

V. Von der Arbeitsgruppe nicht abschließend beratene Probleme

Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe hat naturgemäß nur einen Ausschnitt der umfangreichen Problematik der Schuldfähigkeitsbeurteilung erörtern können. Sie hat nicht alle Störungsbilder der vier Merkmale des § 20 StGB behandeln können. Sie hat den Schwerpunkt ihrer Beratungen auf das aktuell am häufigsten vorkommende und schwer zu beurteilende Störungsbild der schweren anderen seelischen Abartigkeit gelegt. Die Arbeitsgruppe hat sich darüber hinaus mit Beschuldigten mit Verdacht auf eine paraphil motivierte Sexualstraftat befasst, obwohl bei diesen Beschuldigten die gleichen Prinzipien und Methoden angewandt werden sollten wie bei allen anderen Tätergruppen. Die Erörterung dieser Deliktgruppe erschien aber deshalb sinnvoll, weil die Beurteilung von Sexualstraftätern durch die Sachverständigen und die Entscheidungen der Gerichte in diesen Fällen von der Öffentlichkeit besonders verfolgt werden und Fehler in der Beurteilung schwerwiegende Konsequenzen haben können.

Wichtige verfahrensrechtliche Fragen wurden in der Arbeitsgruppe erörtert, aber nicht in die Empfehlungen aufgenommen, weil es hier meistens um schwierige Abgrenzungsfragen ging, deren Entscheidung dem Einzelfall vorbehalten bleiben muss: z.B. welche Erkenntnisse aus beigezogenen Akten früherer Verfahren verwertet werden dürfen; wie der Sachverständige mit vertraulich gemachten Angaben des Beschuldigten – z.B. in einer therapeutischen Situation im Rahmen einer Unterbringung nach § 126a StPO – umzugehen hat; welche vom Sachverständigen gefertigte Aufzeichnungen privat und wel-

che als Bestandteil des Gutachtens anzusehen und damit für die Verfahrensbeteiligten zugänglich sind.

Als derzeit nicht gelöst sieht die Arbeitsgruppe den Umgang mit Beschuldigten an, bei denen es unabhängig vom Vorliegen der Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB Hinweise auf ein erhöhtes Rückfallrisiko gibt. Dies ist bei gefährlichen Tätern der Fall, bei denen in vielen Fällen eine Maßregel der Besserung und Sicherung nicht angeordnet wird und dennoch eine Therapie im Regelvollzug in einer sozialtherapeutischen Anstalt nach § 9 StVollzG erfolgen soll. Häufig werden in diesen Fällen die Sachverständigen über die Angaben zur Schuldfähigkeit hinaus nicht zur Gefährlichkeitsprognose und zu den Behandlungsaussichten in der sozialtherapeutischen Anstalt befragt, obwohl sachverständige Angaben zu Therapiemöglichkeiten und deren Auswirkungen auf die Rückfallwahrscheinlichkeit sinnvoll sind, damit im Vollstreckungsverfahren schon früh die Weichen für eine adäquate Behandlung des Beschuldigten gestellt werden. Dies sollte über die Beachtung des § 246a StPO hinaus zum Standard jeder Hauptverhandlung gehören und sich im Strafurteil, das Grundlage für das Vollstreckungsverfahren ist, wieder finden.

C. Katalog der formellen und inhaltlichen Mindestanforderungen für forensische Schuldfähigkeitsgutachten

Die Vorschläge zur Qualitätssicherung von psychiatrischen Schuldfähigkeitsgutachten sind in erster Linie ausgerichtet auf die Abfassung des schriftlichen Gutachtens. Dafür empfiehlt sich die Einhaltung einer relativ schematischen Struktur, nicht nur um wesentliche Punkte nicht zu übersehen, sondern auch, weil es dem Leser leichter fällt, das Gutachten zu erfassen, wenn er genau weiß, wo welche Informationen zu finden sind. Deshalb enthalten die Vorschläge sowohl formale Anforderungen an Aufbau, Gliederung und Umfang des Gutachtens als auch inhaltliche Aspekte wie die Verwendung kriterienorientierter Diagnosen entsprechend ICD-10 oder DSM-IV-TR. Der Katalog ist ausgerichtet auf die Begutachtung aller Stö-

rungsbilder, die im Rahmen der Prüfung des Vorliegens der rechtlichen Voraussetzungen der §§ 20 und 21 StGB in Betracht kommen. Besonders hohe Anforderungen an die Qualität des Gutachtens müssen an die – in der Praxis wichtige – Begutachtung von Beschuldigten mit Verdacht auf Persönlichkeitsstörung oder Paraphilie im Zusammenhang mit der Schuldfähigkeitsbeurteilung bei Gewalt- und Sexualstraftaten gestellt werden. Die Arbeitsgruppe hat deshalb für solche Gutachten näher ausgeführte Vorschläge entwickelt. Die Arbeitsgruppe betont, dass die Beachtung von Mindestanforderungen das Studium von Lehrbüchern und die Auseinandersetzung mit der aktuellen wissenschaftlichen Literatur nicht ersetzt. Diese Auseinandersetzung ist zwangsläufig auch Bestandteil eines wissenschaftlich begründeten Gutachtens. Einigkeit bestand auch, dass der Bezug auf Klassifikationssysteme und Lehrbücher keiner Zitierung im Gutachten bedarf.

I. Formelle Mindestanforderungen

- 1.1. Nennung von Auftraggeber und Fragestellung
- 1.2. Darlegung von Ort, Zeit und Umfang der Untersuchung
- 1.3. Dokumentation der Aufklärung
- 1.4. Darlegung der Verwendung besonderer Untersuchungs- und Dokumentationsmethoden (z.B. Videoaufzeichnung, Tonbandaufzeichnung, Beobachtung durch anderes Personal, Einschaltung von Dolmetschern)
- 1.5. Exakte Angabe und getrennte Wiedergabe der Erkenntnisquellen
 - a. Akten
 - b. Subjektive Darstellung des Untersuchten
 - c. Beobachtung und Untersuchung
 - d. Zusätzlich durchgeführte Untersuchungen (z.B. bildgebende Verfahren, psychologische Zusatzuntersuchung)
- 1.6. Eindeutige Kenntlichmachung der interpretierenden und kommentierenden Äußerungen und deren Trennung von der Wiedergabe der Informationen und Befunde
- 1.7. Trennung von gesichertem medizinischen (psychiatrischen, psychopathologischen, psychologischen) Wissen und subjektiver Meinung oder Vermutungen des Gutachters
- 1.8. Offenlegung von Unklarheiten und Schwierigkeiten und den daraus abzuleitenden Konsequenzen, ggf. rechtzeitige Mitteilung an den Auftraggeber über weiteren Aufklärungsbedarf
- 1.9. Kenntlichmachung der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der beteiligten Gutachter und Mitarbeiter
- 1.10. Bei Verwendung wissenschaftlicher Literatur Beachtung der üblichen Zitierpraxis
- 1.11. Klare und übersichtliche Gliederung
- 1.12. Hinweis auf die Vorläufigkeit des schriftlichen Gutachtens.

II. Inhaltliche Mindestanforderungen

- 1.13. Vollständigkeit der Exploration, insbesondere zu den delikt- und diagnosenspezifischen Bereichen (z.B. ausführliche Sexualanamnese bei sexueller Devianz und Sexualdelikten, detaillierte Darlegung der Tatbegehung)
- 1.14. Benennung der Untersuchungsmethoden. Darstellung der Erkenntnisse, die mit den jeweiligen Methoden gewonnen wurden. Bei nicht allgemein üblichen Methoden oder Instrumenten: Erläuterung der Erkenntnismöglichkeiten und deren Grenzen
- 1.15. Diagnosen unter Bezug des zugrunde liegenden Diagnosesystems (i.d.R. ICD-10 oder DSM-IV-TR). Bei Abweichung von diesen Diagnosesystemen: Erläuterung, warum welches andere System verwendet wurde
- 1.16. Darlegung der differentialdiagnostischen Überlegungen
- 1.17. Darstellung der Funktionsbeeinträchtigungen, die im Allgemeinen durch die diagnostizierte Störung bedingt werden, soweit diese für die Gutachtensfrage relevant werden könnten
- 1.18. Überprüfung, ob und in welchem Ausmaß diese Funktionsbeeinträchtigungen bei dem Untersuchten bei Begehung der Tat vorlagen

- 1.19. Korrekte Zuordnung der psychiatrischen Diagnose zu den gesetzlichen Eingangsmerkmalen
- 1.20. Transparente Darstellung der Bewertung des Schweregrades der Störung
- 1.21. Tatrelevante Funktionsbeeinträchtigung unter Differenzierung zwischen Einsichts- und Steuerungsfähigkeiten
- 1.22. Darstellung von alternativen Beurteilungsmöglichkeiten.

D. Mindestanforderungen bei der Schuldfähigkeitsbeurteilung von Beschuldigten mit Persönlichkeitsstörungen oder sexueller Devianz

Obwohl bei der Begutachtung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen oder sexueller Devianz im Prinzip die gleichen methodischen Anforderungen wie bei anderen Störungen gestellt werden, hat sich die Arbeitsgruppe wegen der besonderen Abgrenzungsschwierigkeiten mit diesen beiden Störungsbildern besonders befasst. Eine Reihe der hier dargestellten Anforderungen finden als allgemeine Grundsätze bei allen Schuldfähigkeitsbegutachtungen analog Anwendung. Es gehört zu einer sorgfältigen forensischen Begutachtung im psychiatrisch/psychotherapeutischen und psychologischen Bereich, dass diagnostisch auch auf die Persönlichkeit und eine eventuelle Persönlichkeitsstörung eingegangen wird. Die hier vorgelegten Anhaltspunkte sind immer dann heranzuziehen, wenn die Untersuchung Hinweise für akzentuierte Persönlichkeitsmerkmale und Auffälligkeiten ergibt, die unter dem Begriff der schweren anderen seelischen Abartigkeit zu fassen sind. Dies betrifft auch Gutachten bei Sexualstraftaten, da Störungen der psychosexuellen Entwicklung in der Mehrzahl der Fälle eng mit Persönlichkeitsauffälligkeiten verschränkt sind.

I. Begutachtung von Persönlichkeitsstörungen

1. Sachgerechte Diagnostik

1.1. Das Gutachten sollte die Kriterien von ICD-10 oder DSM-IV-TR zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung berücksichtigen

sichtigen. Von besonderer Bedeutung ist die Beachtung der allgemeinen definierenden Merkmale von Persönlichkeitsstörungen in den beiden Klassifikationssystemen. Darüber hinaus ist in jedem Fall die Diagnose anhand der diagnostischen Kriterien der einzelnen Persönlichkeitsstörungen zu spezifizieren.

1.2. Da zum Konzept der Persönlichkeitsstörungen eine zeitliche Konstanz des Symptombildes mit einem überdauernden Muster von Auffälligkeiten in den Bereichen Affektivität, Kognition und zwischenmenschlichen Beziehungen gehört, kann eine zeitlich umschriebene Anpassungsstörung die Diagnose nicht begründen. Um die Konstanz des Symptombildes sachgerecht begründen zu können, darf sich das Gutachten nicht auf die Darstellung von Eckdaten beschränken, sondern muss die individuellen Interaktionsstile, die Reaktionsweisen unter konflikthaften Belastungen sowie Veränderungen in Folge von Reifungs- und Alterungsschritten oder eingeleiteter therapeutischer Maßnahmen darlegen. Da biographische Brüche oder Tendenzen zu stereotypen Verhaltensmustern bei Konflikten bzw. Stressoren für die Diagnosestellung von besonderer Bedeutung sind, bedürfen sie auch im Gutachten einer entsprechenden Hervorhebung.

1.3. Rezidivierende sozial deviante Verhaltensweisen müssen sorgfältig von psychopathologischen Merkmalen einer Persönlichkeitsstörung getrennt werden. Auswirkungen von Persönlichkeitsstörungen zeigen sich nicht nur im strafrechtlichen Kontext.

1.4. Die klinische Diagnose einer Persönlichkeitsstörung darf nicht per se mit dem juristischen Begriff der schweren anderen seelischen Abartigkeit gleichgesetzt werden.

2. Sachgerechte Beurteilung des Schweregrads

2.1. Stellungnahmen zum Schweregrad der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung sollten getrennt werden von der Diskussion der Einsichts- bzw. Steuerungsfähigkeit, die eng mit der Analyse der Tatsituation verbunden ist.

2.2 Der Orientierungsrahmen anhand dessen der Schweregrad der Persönlichkeitsstörung eingeschätzt wird, muss jedem Gutachten entnommen werden können.

2.3. Nur wenn die durch die Persönlichkeitsstörung hervorgerufenen psychosozialen Leistungseinbußen mit den Defiziten vergleichbar sind, die im Gefolge forensisch relevanter krankhafter seelischer Verfassungen auftreten, kann von einer schweren anderen seelischen Abartigkeit gesprochen werden.

2.4 Gründe für die Einstufung einer Persönlichkeitsstörung als schwere andere seelische Abartigkeit können sein:

- erhebliche Auffälligkeiten der affektiven Ansprechbarkeit bzw. der Affektregulation,
- Einengung der Lebensführung bzw. Stereotypisierung des Verhaltens,
- durchgängige oder wiederholte Beeinträchtigung der Beziehungsgestaltung und psychosozialen Leistungsfähigkeit durch affektive Auffälligkeiten, Verhaltensprobleme sowie unflexible, unangepasste Denkstile,
- durchgehende Störung des Selbstwertgefühls,
- deutliche Schwäche von Abwehr- und Realitätsprüfungsmechanismen.

2.5. Gegen die Einstufung einer Persönlichkeitsstörung als schwere andere seelische Abartigkeit sprechen:

- Auffälligkeiten der affektiven Ansprechbarkeit ohne schwerwiegende Beeinträchtigung der Beziehungsgestaltung und psychosozialen Leistungsfähigkeit,
- weitgehend erhaltene Verhaltensspielräume,
- Selbstwertproblematik ohne durchgängige Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung und psychosoziale Leistungsfähigkeit,
- intakte Realitätskontrolle, reife Abwehrmechanismen,
- altersentsprechende biographische Entwicklung.

3. Psycho(patho)logisch-Normative Stufe: Einsichts- und Steuerungsfähigkeit

3.1. Eine relevante Beeinträchtigung der Einsichtsfähigkeit allein durch die Symptome einer Persönlichkeitsstörung kommt in der Regel nicht in Betracht.

3.2. Selbst wenn eine schwere andere seelische Abartigkeit vorliegt, muss geprüft werden, ob ein Zusammenhang zwischen Tat und Persönlichkeitsstörung besteht. Hierbei ist zu klären, ob die Tat Symptomcharakter hat, also Ausdruck der unter 2.4 genannten Charakteristika einer schweren anderen seelischen Abartigkeit ist.

3.3. Die Beurteilung der Steuerungsfähigkeit erfordert eine detaillierte Analyse der Tatumstände (u.a. Verhalten vor, während und nach der Tat, Beziehung zwischen Täter und Opfer, handlungsleitende Motive).

3.4. Für forensisch relevante Beeinträchtigungen der Steuerungsfähigkeit sprechen über den vorgenannten Aspekt hinausgehend folgende Punkte:

- Konflikthafte Zuspitzung und emotionale Labilisierung in der Zeit vor dem Delikt,
- abrupter impulshafter Tatablauf,
- relevante konstellative Faktoren (z.B. Alkoholintoxikation),
- enger Zusammenhang zwischen („komplexhaften“) Persönlichkeitsproblemen und Tat.

3.5. Gegen eine erhebliche Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit bei Persönlichkeitsstörungen, nicht aber notwendigerweise bei anderen Störungen (z.B. beim Wahnsyndrom), sprechen Verhaltensweisen, aus denen sich Rückschlüsse auf die psychischen Funktionen herleiten lassen:

- Tatvorbereitung,
- Hervorgehen des Deliktes aus dissozialen Verhaltensbereitschaften,
- planmäßiges Vorgehen bei der Tat,
- Fähigkeit, zu warten, lang hingezogenes Tatgeschehen,
- komplexer Handlungsablauf in Etappen,

- Vorsorge gegen Entdeckung,
- Möglichkeit anderen Verhaltens unter vergleichbaren Umständen.

3.6. In der Regel kommt für den Bereich der schweren anderen seelischen Abartigkeit allenfalls eine erhebliche Verminderung der Steuerungsfähigkeit in Betracht.

II. Begutachtung von Sexualstraftätern

1. Sachgerechte Diagnostik

1.1. Wegen häufiger Diskrepanzen zwischen subjektiven Schilderungen von Personen, die an Sexualdelikten beteiligt waren, ist eine sorgfältige Analyse der Akten und die explizite Darlegung von Anknüpfungstatsachen bei der Begutachtung von Sexualstraftätern von besonderer Bedeutung

1.2. Ausführliche Sexualanamnese. Hierzu gehören insbesondere Informationen zu folgenden Themenbereichen:

- Rahmenbedingungen und Verlauf der (familiären) sexuellen Sozialisation,
- Entwicklung der geschlechtlichen Identität und sexuellen Orientierung,
- Zeitpunkte, Verlauf (etwaige Störungen und Erkrankungen) sowie Erleben der körperlichen sexuellen Entwicklung, insbesondere der Pubertät,
- Entwicklung und Inhalte erotisch-sexueller Imaginationen/Phantasien in der biographischen Entwicklung,
- Daten, Ausgestaltung und Erleben der soziosexuellen Entwicklung,
- Erleben sexueller und anderer gewalttätiger Übergriffe in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter (als Zeuge, als Opfer oder als Täter),
- Bisherige Behandlungen psychischer und/oder sexueller Störungen oder Erkrankungen,
- Pornographiekonsum, Prostituiertenkontakte,
- „Beziehungsanamnese“ inkl. sexuelle Funktionen (u. a. sexuelle Praktiken, sexuelle Funktionsstörungen, ggf. Außenbeziehungen, Gewalt in Partnerschaften),
- In der klinischen Behandlung ist die Befragung aktueller und/oder frühe-

rer Sexualpartner/innen (Fremdanamnese) erforderlich, um paraphile Neigungen auszuschließen oder zu objektivieren. Bei der Begutachtung bedarf es der Beachtung des Zeugnisverweigerungsrechts der Angehörigen und des Ermittlungsverbots für den Sachverständigen. Daher müssen im Gutachten verbleibende Unklarheiten deutlich gemacht und Wege der Aufklärung aufgezeigt werden,

- Ausführliche Anamnese der (Sexual-) Delinquenz.

1.3. Diagnostische Einordnung paraphiler Neigungen /Paraphilie anhand der gängigen Klassifikationssysteme. Dabei ist die Diagnose mittels der diagnostischen Kriterien der einzelnen Paraphilien zu spezifizieren. Häufig sind verschiedene Paraphilien miteinander vergesellschaftet. Diese sind differenziert in ihren Anteilen an der gesamten Sexualstruktur zu beschreiben.

1.4. Gelegentlich ist eine Sexualstraftat die erste Manifestation einer Paraphilie. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass folgende Aspekte *für sich genommen* nicht eine Paraphilie belegen:

- Allein außergewöhnliche Ersatzhandlungen oder forcierter sinnlicher, möglicherweise auch orgasmischer "Kick", übersteigter Reizhunger bei ansonsten unproblematischer Sexualität und Partnerschaft,
- *Nachträgliche* Einlassungen oder Umdeutungen des Angeklagten über seine oder opferseitige Motivationen zum Zeitpunkt der Tat bei gleichzeitigem Erlass eines Schweigegebots u. ä.

2. Sachgerechte Beurteilung des Schweregrades

2.1. Bei der Beurteilung des Schweregrads gelten die unter D.I.2.1 und D.I.2.2 genannten allgemeinen Anforderungen (Trennung der Zuordnung zur schweren anderen seelischen Abartigkeit von der Diskussion über Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit sowie Angabe des Orientierungsrahmens für die Schweregradbeurteilung).

2.2. Zur sachverständigen Einordnung einer Paraphilie als schwere andere seelische Abartigkeit bedarf es der Prüfung

- des Anteils der Paraphilie an der Sexualstruktur,
- der Intensität des paraphilen Musters im Erleben,
- der Integration der Paraphilie in das Persönlichkeitsgefüge,
- der bisherigen Fähigkeit des Probanden zur Kontrolle paraphiler Impulse.

2.3. Daraus ergeben sich unter anderem folgende mögliche Gründe für die Einstufung einer Paraphilie als schwere andere seelische Abartigkeit:

- Die Sexualstruktur ist weitestgehend durch die paraphile Neigung bestimmt,
- Eine ich-dystone (ich-fremde) Verarbeitung führt zur Ausblendung der Paraphilie,
- Eine progrediente Zunahme und „Überflutung“ durch dranghafte paraphile Impulse mit ausbleibender Satisfaktion beherrscht zunehmend das Erleben und drängt zur Umsetzung auf der Verhaltensebene,
- Andere Formen soziosexueller Befriedigung stehen dem Beschuldigten aufgrund (zu beschreibender) Persönlichkeitsfaktoren und / oder (zu belegenden) sexueller Funktionsstörungen erkennbar nicht zur Verfügung.

3. Psycho(patho)logisch-Normative Stufe: Einsichts- und Steuerungsfähigkeit:

3.1. Zur Beeinträchtigung der Einsichts-fähigkeit sowie zum Zusammenhang zwischen der Paraphilie und der Tat gelten die Ausführungen zu den Persönlichkeitsstörungen (D.I. 3.3.1. bis 3.).

3.2. Eine forensisch relevante Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit kann bei Vorliegen folgender Aspekte diskutiert werden:

- Konflikthafte Zuspitzung und emotionale Labilisierung in der Zeit vor dem Delikt mit vorbestehender und länger anhaltender triebdynamischer Ausweglosigkeit,
- Tatdurchführung auch in sozial stark kontrollierter Situation,
- Abrupter, impulshafter Tatablauf, wobei jedoch ein paraphil gestaltetes und

zuvor (etwa in der Phantasie) „durchgespieltes“ Szenario kein unbedingtes Ausschlusskriterium für eine Vermin- derung der Steuerungsfähigkeit ist, so- fern dieses Szenario der (den) unter 2. diagnostizierten Paraphilie(n) ent- spricht und eine zunehmende Progre- dienz nachweisbar ist,

- Archaisch-destruktiver Ablauf mit ri- tualisiert wirkendem Tatablauf und Hinweisen für die Ausblendung von Außenreizen,
- Konstellative Faktoren (z.B. Alkoholin- toxikation, Persönlichkeitsstörung, eingeschränkte Intelligenz), die u. U. auch kumulativ eine erheblich vermin- derte Steuerungsfähigkeit bedingen können.

E. Ausblick

Die Ergebnisse der interdisziplinären Ar- beitsgruppe haben die Teilnehmer ermu- tigt, auch Mindestanforderungen für die im Strafverfahren vielfältig verlangten Pro- gnosegutachten zu beraten und zu formu- lieren. Diese Aufgabe soll im Verlauf des Jahres 2005 angegangen werden.

M. von Cranach · K. Nißle · S. Schäfer-Walkmann

Integrierte Versorgung im Versorgungsverbund Kaufbeuren

1. Eine kurze Vorgeschichte

Durch den Ausbau der gerontopsychia- trischen Institutsambulanz und unter- stützt vom Bundesgesundheitsministe- rium (Gerontopsychiatrischer Verbund 1996 – 1999) konnte die gerontopsychia- trische Versorgung in unserem Einzugs- gebiet umgestaltet werden. Krankenhaus- betten wurden geschlossen und die am- bulante Tätigkeit unter Einbeziehung der im stationären Bereich tätigen Mit- arbeiter stark ausgebaut. Als nächster Schritt wurde, ebenfalls mit Unterstüt- zung des Bundesgesundheitsministeri- ums ein gerontopsychiatrischer Konsili- ar- und Liaisondienst (2000 – 2003) ein- gerichtet, der zwischenzeitlich in die Re- gelversorgung übernommen wurde. Es konnte gezeigt werden, dass dieses Pro- jekt sowohl psychiatrische als auch soma- tische stationäre Aufnahmen verhindert, ebenso die Heimeinweisungen und die ambulanten Hilfen zielgerechter einge- setzt werden.

Des Weiteren wurde in Absprache mit dem Bayerischen Sozialministerium und dem Landespflegeausschuss ein Fortbil- dungsinstitut für alle im geriatrischen Be- reich Tätigen, insbesondere Krankenpfle- ger/innen, Altenpfleger/innen, Heilerzie- hungspfleger/innen, gegründet, mit der Absicht, einen Großteil der in den Hei- men Tätigen gerontopsychiatrisch zu qua- lifizieren.

Zur Vervollständigung der modellhaf- ten gerontopsychiatrischen Versorgung der Region wurde ein Präventionsprojekt (2001 – 2004), wiederum vom Bundesge- sundheitsministerium und dem Bayeri- schen Sozialministerium gefördert und un- ter dem Namen „Die Blaue Blume Schwa-

ben gGmbH“ in der Stadt Kaufbeuren ein- gerichtet. Dieses Projekt, um einen the- rapeutischen Bereich erweitert, war Aus- gangspunkt der Beantragung eines Inte- grierten Versorgungsprojektes, das im Herbst 2004 von einigen Krankenkassen bewilligt wurde und seit dem 01.01.2005 seine Arbeit aufgenommen hat.

Im Folgenden wird dieses Projekt be- schrieben und zwar, aus didaktischen Gründen für etwaige Neuantragsteller, in der neuen, gewöhnungsbedürftigen Spra- che der modernen aktuellen Gesundheits- planung.

Charakteristisch für die hier vorge- stellte „Integrierte Versorgung im Versor- gungsverbund Kaufbeuren“ ist ein Modell leistungsträger- und sektorenübergreifen- der Vernetzung zur Integrierten Versor- gung geriatrischer und gerontopsychia- trischer Patienten. Um das erklärte Ziel ei- ner umfassenden und möglichst gut abge- stimmten Gesundheitsversorgung zu er- reichen, arbeiten in der Region Kaufbeu- ren Anbieter von Gesundheitsdienstlei- stungen sektorenübergreifend zusammen und stellen darüber hinaus eine enge Ver- bindung zum Altenhilfebereich her.

„Integrierte Versorgung im Versor- gungsverbund Kaufbeuren“ bedeutet, durch Disease Management und ein abge- stuftes, aufeinander abgestimmtes und ver- bindliches Vorgehen der Verbundpartner die diagnostische und therapeutische Ver- sorgung von Patienten mit gerontopsych- iatrischen Erkrankungen gezielt zu ver- bessern und zu optimieren. Somit erhält die medizinische, pflegerische und sozia- le Versorgung alterspsychiatrisch erkrank- ter Menschen seit Anfang des Jahres 2005 in der Versorgungsregion Kaufbeuren ei- ne neue fachliche Qualität.

2. Finanzierungsgrundlage und Struktur des Versorgungsverbundes

Wichtigste Finanzierungsgrundlage bildet das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) mit seinen §§ 140a ff. zur Integrierten Versorgung. Die Vertragspartner BKH Kaufbeuren und verschiedene Krankenkassen, allen voran die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, die DAK sowie die LKK Schwaben, haben für die Dauer von (zunächst) zwei Jahren einen Vertrag über die Zusammenarbeit im Rahmen einer Integrierten Versorgung für gerontopsychiatrische Erkrankungen geschlossen.

Das heißt: Auf der einen Seite verpflichtet sich das BKH Kaufbeuren zur federführenden Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Kooperationspartner in der Versorgungsregion. Auf der anderen Seite unterbreitet die jeweilige Krankenkasse einer bestimmten Anzahl ihrer Versicherten das Angebot, sich in die Integrierte Versorgung einzuschreiben und gemäß den vertraglichen Vereinbarungen behandeln zu lassen.

Zu den vertraglich in den Versorgungsverbund einbezogenen Kooperationspartnern gehören aktuell 24 niedergelassene Haus- und Fachärzte¹, die gerontopsychiatrische Institutsambulanz am BKH Kaufbeuren, der gerontopsychiatrische Liaisondienst im Allgemeinkrankenhaus sowie vier sozialpflegerische ambulante Dienste. Darüber hinaus sind weitere teilstationäre und stationäre Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe mit dem Integrierten Versorgungsverbund assoziiert.

Bei der in Kaufbeuren erprobten Integrierten Versorgung handelt es sich um ein indikationsbezogenes, regional ausgerichtetes Modell. Das Angebot besteht für Versicherte/Patienten ab 55 Jahren mit einer der folgenden psychiatrischen Alterserkrankungen:

1. Versicherte/Patienten mit dementiellen Erkrankungen (ICD-10 F 00 – F09),

¹ In der Region Kaufbeuren besteht für niedergelassene Ärzte die Möglichkeit zur Mitgliedschaft im Ärztenetz GENIALL.

2. Versicherte/Patienten mit affektiven Störungen (ICD-10 F30 – F39),
3. Versicherte/Patienten mit sonstigen gerontopsychiatrischen Störungen².

Pro eingeschriebenem Versicherten gewährt die Krankenkasse eine Pauschale, die sämtliche Kosten im Rahmen der Integrierten Versorgung vergütet (Clearing, Behandlung, Fallkonferenzen, Maßnahmen der Qualitätssicherung)³. Das Recht des Patienten auf freie Arztwahl bleibt unberührt.

3. Ziele des Versorgungsverbundes

Die Verbundpartner der „Integrierten Versorgung im Versorgungsverbund Kaufbeuren“ wollen erklärtermaßen die Qualität der medizinischen Leistungen für die Versicherten durch eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Rahmen einer Versorgungskette verbessern. Das Leistungsspektrum des Versorgungsverbundes ist im Vertrag zur Integrierten Versorgung festgeschrieben und beinhaltet die folgenden Punkte:

- Eine **patientenbezogene Kooperation** der Anbieter von Versorgungsleistungen mit einer systematischen, verbindlich-verpflichtenden Koordination ihrer Leistungen und einem Schwerpunkt auf ambulant-komplementärer Versorgung. Die BLAUE BLUME SCHWABEN GMBH übernimmt als **zentrale örtliche Anlaufstelle** das Management der gerontopsychiatrischen Vernetzung für die Akteure im Raum Kaufbeuren.

² Versicherte/Patienten mit dementiellen Erkrankungen können aufgrund der Chronizität der Erkrankungen zeitgleich unbefristet behandelt werden. Versicherte/Patienten mit affektiven Störungen und Versicherte/Patienten mit sonstigen gerontopsychiatrischen Störungen können mindestens zwölf Monate behandelt werden. Eine Weiterführung der Behandlung ist möglich, wenn dadurch ein stationärer Aufenthalt vermieden und eine Stabilisierung erreicht werden kann.

³ Des Weiteren teilen sich die Vertragspartner die Kosten für die wissenschaftliche Begleitung, deren vorrangige Aufgabe es ist, regelmäßige Qualitätsberichte zu erstellen und vor allem Kosteneffekte zu ermitteln.

- Eine verbesserte Nutzung aller bereits etablierten Angebote, Strukturen und Instrumente des gerontopsychiatrischen Netzwerks Kaufbeuren durch gezielten Einsatz sämtlicher notwendiger Maßnahmen zur **Optimierung der Schnittstellen** bzw. Vermeidung von Schnittstellenproblemen unter Umgehung von kostenrelevanten Doppelstrukturen.
- Eine **einrichtungs- und kostenträgerübergreifende Integration der Behandlungsabschnitte**. Diagnostik, Behandlung, Teilhabe und Rehabilitation finden ohne Reibungsverluste innerhalb des gerontopsychiatrischen Netzwerks statt.
- Eine **Clearingstelle** zur psychiatrischen Früherkennung von Demenz und zur Früherkennung von sonstigen psychischen Störungen. Diese diagnostischen Leistungen werden von einer speziell ausgebildeten Fachkraft (Psychologe/Psychologin) in der BLAUE BLUME SCHWABEN GMBH durchgeführt.
- Eine **flexible Nutzung der vorhandenen Ressourcen**, die sich statt an starren Kompaktangeboten am individuellen, wechselnden Hilfebedarf des einzelnen Patienten orientiert. Hierfür wird personenzentriert von der Koordinierungsstelle case management angeboten.
- Einzel- und gruppentherapeutische **Prävention, Behandlung und Therapie**:
 - Angebote zur Prävention im Hinblick auf Vereinsamung und Isolation;
 - Angebote zur Prävention im Hinblick auf den Abbau kognitiver Leistungsfähigkeit (Gedächtnissprechstunde);
 - Gruppen- und Einzeltherapie bei depressiven Störungen;
 - Ergotherapie bei leichten psychiatrischen Störungen;
 - wohnortnahe, ambulante Behandlung und Rehabilitation im Lebens- und Wohnumfeld der Patienten unter Einbeziehung des persönlichen Umfeldes.

4. Dreh- und Angelpunkt der Integrierten Versorgung: Die „BLAUE BLUME SCHWABEN“

Dreh- und Angelpunkt des Integrierten Versorgungsmodells und damit zentrales Gestaltungselement der niederschweligen gerontopsychiatrischen Versorgung ist das *Zentrum für seelische Gesundheit im Alter* mitten in Kaufbeuren. Aufgebaut und ausgestattet mit Fördermitteln des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung und des Landes Bayern⁴ bietet es als BLAUE BLUME SCHWABEN gGmbH Versicherten wie Vertrags- und Verbundpartnern gleichermaßen den Rahmen für eine breite Palette verschiedener Versorgungsangebote, die sich in die Leistungskomplexe „Vorsorge (Prävention)“, „Gesundheitskoordination (Clearing)“, „Therapie“ und „Verbundmanagement“ untergliedern lassen.

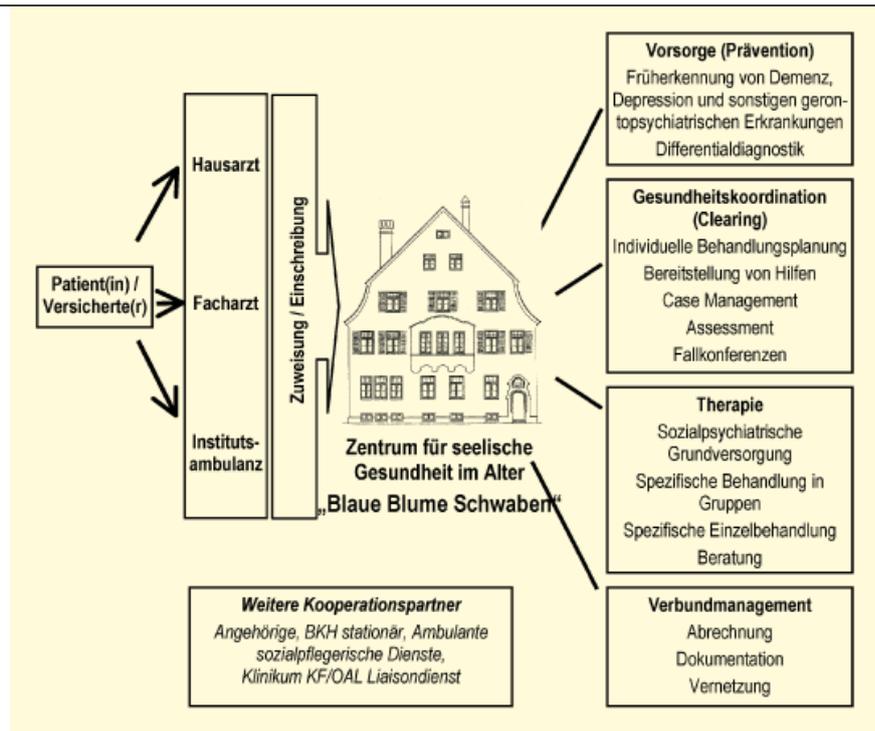
Entsprechend strukturiert sich die BLAUE BLUME SCHWABEN organisatorisch in eine Aktions- und Begegnungsstätte sowie ein Beratungs- und Präventionszentrum⁵. Das interdisziplinäre Team vor Ort besteht aus einem Sozialgerontologen (1 VK), einer Psychologin (0,5 VK), einer Sozialpädagogin (0,5 VK), drei Fachschwester/-pfleger für Gerontopsychiatrie (2 VK) sowie einer Verwaltungsangestellten (0,5 VK).

Die nachfolgende **Darstellung 1** informiert über die Arbeit des Versorgungsverbundes Kaufbeuren. Im Mittelpunkt der Versorgung steht der alterspsychiatrisch erkrankte Mensch, und die Verbundpartner optimieren die notwendige Versorgung um ihn herum.

Für den Patienten/Versicherten führt der Weg in die BLAUE BLUME SCHWABEN über einen der ärztlichen Kooperations-

⁴ Das *Zentrum für seelische Gesundheit im Alter* war dreieinhalb Jahre ein Modellprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung im Rahmen des Bundesmodellprogramms zur „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“. Der Bezirk Schwaben konnte das Haus mithilfe von Fördermitteln aus dem Bayerischen Sozialministerium und der Bayerischen Landesstiftung erwerben und umbauen.

⁵ Im Rahmen der Modellerprobung wurde außerdem ein gemeinsames Wohnangebot für vier ältere psychisch kranke Menschen aufgebaut, die weitgehend selbstverantwortlich als Mieter im 2. Stock wohnen.



Darstellung 1 ▲ Integrierte Versorgung im Versorgungsverbund Kaufbeuren, Quelle: YSOP-Institut für Sozialwissenschaftliche Politikberatung 2005

partner. Dieser weist zu, in der BLAUE BLUME SCHWABEN erfolgt die Einschreibung in die Integrierte Versorgung. Auch Angehörige, stationäre Anbieter oder ambulante Dienste können mit der BLAUE BLUME SCHWABEN Kontakt aufnehmen bzw. werden, falls nötig, in die Versorgung des Versicherten/Patienten mit eingebunden.

Das Leistungsangebot der BLAUE BLUME SCHWABEN ist auf der rechten Seite der Graphik dargestellt. Jeder Patient/Versicherte ist mit einer primären Bezugsperson aus dem interdisziplinären Team assoziiert (samt Vertretungsregelung), so dass die Behandlung sehr personenzentriert und individuell abgestimmt erfolgen kann.

Da die BLAUE BLUME SCHWABEN im Versorgungsverbund die Funktion einer Koordinierungsstelle hat, werden hier unter anderem die Patientenakten der Integrierten Versorgung geführt. Innerhalb des Verbundes sind die Kommunikations- und Berichtswege standardisiert und Bestandteil des Versorgungsvertrages. Beispielsweise bekommt der behandelnde (Fach)Arzt eine Rückmeldung über die Ergebnisse der Differentialdiagnostik oder erhalten die Verbundpartner Rückmeldung über Organisation und Verlauf eines case management-Prozesses.

Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der im Verbund erbrachten Leistungen dienen regelmäßige Fallkonferenzen und Qualitätszirkel (je 1 pro Quartal). An den Fallkonferenzen nehmen teil: der jeweilige Haus- oder Facharzt, bei Bedarf der Facharzt der gerontopsychiatrischen Institutsambulanz sowie die zuständigen Bezugspersonen der gerontopsychiatrischen Institutsambulanz, der BLAUE BLUME SCHWABEN und der eingesetzten ambulanten Dienste.

Im Rahmen der Qualitätssicherung werden außerdem Leitlinien zur Steigerung der medizinischen und wirtschaftlichen Effizienz der Versorgung sowie zur Verbesserung der Ergebnisqualität erarbeitet und verpflichtend angewandt. Des Weiteren bestehen für die Verbundpartner eine verpflichtende Teilnahme an Fortbildungen und der Auftrag zur Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen.

5. Integrierte Versorgung im Versorgungsverbund Kaufbeuren: Eine erste Zwischenbilanz

Die „Integrierte Versorgung im Versorgungsverbund Kaufbeuren“ startete am 01.01.2005, allerdings nicht bei „Null“, sondern konnte auf den Erfahrungen der Bun-

desmodellerprobung aufbauen. Deshalb ist es auch bereits zu diesem frühen Zeitpunkt – am Ende des 2. Quartals – durchaus möglich, eine erste Zwischenbilanz zu ziehen.

Inhaltlich greift die Konzeption die zentralen Kernpunkte zur Integrierten Versorgung auf, die mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) auf den Weg gebracht wurden, wie beispielsweise eine bessere medizinische Versorgung der Patienten, eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung, die Überwindung von Schnittstellen zwischen ambulantem und stationärem Bereich sowie die Sicherung einer dauerhaften sektorenübergreifenden Organisation einer optimierten Versorgungsstruktur.

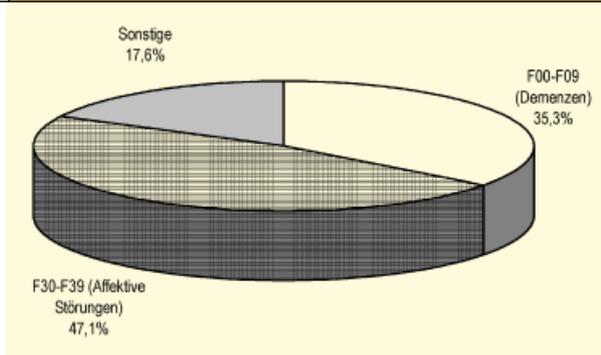
Die Zielgruppe der psychiatrisch erkrankten bzw. von einer psychiatrischen Erkrankung bedrohten geriatrischen Patienten wird in hohem Maße erreicht. Bei über einem Drittel der 85 eingeschriebenen IV-Patienten am Ende des 2. Quartals 2005 wurde eine dementielle Erkrankung diagnostiziert, bei 47,1 % eine affektive Störung, 17,6 % leiden unter einer sonstigen gerontopsychiatrischen Störung (vor allem Schizophrenie oder neurotische Störung; vgl. **Darstellung 2**).

77,6 % der Teilnehmer an der Integrierten Versorgung sind weiblich. Auffällig ist, dass sich zunehmend jüngere Patienten in die Integrierte Versorgung einschreiben: Ein knappes Drittel der Patienten ist jünger als 70 Jahre, ein Trend, welcher dem Aspekt der Früherkennung entgegenkommt. Fast erwartbar ist die Verteilung in den höheren Altersgruppen: 23,5 % der Teilnehmer sind zwischen 75 und 79 Jahre, ein Fünftel ist zwischen 80 und 84 Jahre alt.

Zu den Kosteneffekten ist zu sagen, dass gemeindenahe Versorgungsansätze sowohl zu einer erheblichen Verkürzung der Hospitalisationsdauern führen, als auch die Chancen eines kontinuierlichen Behandlungsverlaufs erhöhen und damit in bedeutsamen Umfang kostendämpfend wirken können.

Belegen lassen sich diese Aussagen mithilfe eines Rückgriffs auf das Datenmaterial der Bundesmodellerprobung.

Bei einer Untersuchung von 64 zufällig ausgewählten regelmäßigen Besuchern der BLAUEN BLUME SCHWABEN (mindestens



Darstellung 2 ◀ **Integrierte Versorgung im Versorgungsverbund Kaufbeuren; Auswertung der Dokumentation (n = 85).**

1 x pro Woche) sind 44 durch die gerontopsychiatrische Abteilung im BKH Kaufbeuren stationär behandelt worden.

Von diesen 44 Patienten wurden zuvor 29 mindestens ein Mal stationär behandelt: 48,3 % der Patienten wegen depressiver Episoden, 31,0 % waren Demenzpatienten, 13,8 % wegen Suchtproblemen und 0,7 % aufgrund schizotyper und wahnhafter Störungen. Vier der Patienten wurden sowohl stationär als auch ambulant behandelt.

Im weiteren Verlauf kam es lediglich bei insgesamt fünf Patienten zu einem erneuten stationären Aufenthalt, wobei es sich dabei in der Regel um Patienten mit sehr ausgeprägter Indikation handelte.

Die Institutsambulanz behandelte 15 der 44 Patienten ausschließlich ambulant: Neun der Patienten litten unter depressiven Episoden, sechs unter einer demenziellen Erkrankung. Im weiteren Verlauf wurden – von einer Ausnahme abgesehen – alle Patienten deutlich weniger häufig ambulant gesehen.

Bei einer durchschnittlichen stationären Verweildauer für depressive Patienten von 42 Tagen bzw. von 21 Tagen für demente Patienten errechnet sich unter Zugrundelegung eines Pflegesatzes von 248,88 € pro Tag in der Akutpsychiatrie

- bei einem depressiven Patienten eine Ersparnis von 10.452,96 €,
- bei einem dementen Patienten eine Ersparnis von 5.226,48 €,

wenn es gelingt, durch regelmäßige Besuche in der BLAUEN BLUME SCHWABEN stationäre Wiederaufnahmen zu vermeiden bzw. deutlich zu reduzieren. Berücksichtigt werden müssen außerdem durchschnittlich ca. 600 € Ersparnis pro Quartal, wenn sich Ambulanzkontakte auf ein Minimum reduzieren lassen.

Man darf gespannt sein, wie die Kosten-Nutzen-Analyse am Ende des Jahres 2006 ausfällt, wenn unter Berücksichtigung der Behandlungsverläufe die Daten der Integrierten Versorgung ausgewertet werden.

Bislang ist die Zusammenarbeit im Versorgungsverbund Kaufbeuren sehr zielführend. Durch das aufeinander abgestimmte Vorgehen werden beide Seiten des Leistungsgeschehens gleichermaßen unterstützt: Die Patienten profitieren hinsichtlich einer optimalen Inanspruchnahme notwendiger Versorgungsangebote und die Verbundpartner hinsichtlich einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung. Qualität entsteht durch eine enge Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich sowie durch eine Verzahnung von Gesundheitswesen und Altenhilfe.

Statt „Schnellschüssen“ treten **langfristige Behandlungsergebnisse** in den Vordergrund, beispielsweise das frühzeitige Erkennen einer gerontopsychiatrischen Erkrankung, rechtzeitige Einleitung prophylaktischer Maßnahmen, eine Stabilisierung der persönlichen Situation des Patienten, Vermeidung stationärer Wiederaufnahmen, Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit, Erhalt der Autonomiepotenziale und Kompetenzen etc. Gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ werden Behandlung und Betreuung gerontopsychiatrischer Patienten vom stationären in den klinikexternen Bereich verlagert. Im Rahmen der Integrierten Versorgung sind solche langfristigen Zielsetzungen nur regional und gemeinschaftlich zu erreichen, weshalb die **gute Qualität der regionalen Versorgung** in den Vordergrund tritt und die Qualitätsentwicklung zur Aufgabe im Versorgungsverbund wird.

Zum Schluss bleibt festzuhalten: Je weiter die Erprobung voranschreitet, umso mehr wird deutlich, dass die „Integrierte Versorgung im Versorgungsverbund Kaufbeuren“ sowohl aus individuell-patientenbezogener Perspektive als auch aus sozialökonomischer Perspektive einen neuen Weg in der gerontopsychiatrischen Versorgung aufzeigt. Wird diese Entwicklung von allen Beteiligten mit dem bisherigen Engagement konsequent weiterverfolgt, dürfte am Ende eine „win-win-Situation“ entstehen, wie es sie im Gesundheitswesen nicht allzu viele gibt.

Verfasser

— Dr. M von Cranach

Leitender Ärztlicher Direktor,
Tel. 08341/721101,
E-Mail: michael.v.cranach@bkh-kaufbeuren.de

— Dr. K. Nißle

Stellvertretender Ärztlicher Direktor,
Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren,
Kemnater Str. 16, 87600 Kaufbeuren,
Tel. 08341/722030
E-Mail: klaus.nissle@bkh-kaufbeuren.de

— Dr. S. Schäfer-Walkmann

Wissenschaftliche Leitung, YSOP – Institut
für Sozialwissenschaftliche Politikberatung,
Maximilianstr. 16, 86150 Augsburg,
Tel. 0821/5087282
E-Mail: info@ysop-institut.de

Ankündigungen

Ausschreibung

„Förderpreis Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in Kooperation mit dem Verein Open the doors e.V. und der Sanofi-Aventis Deutschland GmbH

Zur Förderung der Entstigmatisierung psychisch Erkrankter in der Gesellschaft schreibt der Verein „Open the doors e.V.“ nach 2003 zum dritten Mal einen Förderpreis für Projekte oder Personen aus, die sich für eine nachhaltige gesellschaftliche Integration psychisch kranker Menschen einsetzen.

Der Preis ist mit 6.000 Euro dotiert.

Bewerbungen können bis zum 30. September 2005 beim Ersten Vorsitzenden des Vereins Open the doors e.V.,

Prof. Dr. W. Gaebel,
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Rheinische Kliniken Düsseldorf
Bergische Landstraße 2,
40629 Düsseldorf,

Stichwort „Open the doors – Förderpreis 2005“, eingereicht werden.

Die Bewerbungsunterlagen sollten enthalten:

- a) Die Darstellung eines Projektes oder einer Initiative, die durch Entstigmatisierung zur Integration psychisch Kranker in die Gesellschaft beiträgt
- b) Eine Übersicht über bisherige Aktivitäten, Veröffentlichungen etc. mit diesem Ziel
- c) Eine Selbstdarstellung der sich bewerbenden Personen oder Institutionen

Düsseldorf, im August 2005

Kurt-Schneider-Wissenschaftspreis

Der von Janssen-Cilag GmbH Deutschland für besondere wissenschaftliche Leistungen gestiftete und mit 10.000 € dotierte Preis wird beim 16. Weißenauer Symposium 2006 zum 10. Mal verliehen. Der Preis dient der Förderung der psychiatrischen Forschung, vorrangig auf dem Gebiet der Schizophrenien einschließlich Grundlagenforschung (klinische Psychopathologie, Biochemie, Neurophysiologie, Psychopharmakologie, Genetik, Epidemiologie), Diagnostik, Prävention, Therapie und Rehabilitation.

Einsendungen von einer (publizierten oder zum Druck angenommenen) Arbeit (mehr als eine Arbeit nur in begründeten Ausnahmefällen) in deutscher oder eng-

lischer Sprache (9fache Ausfertigung mit einseitigem Exposé) sind bis zum 15.01.2006 an das Kuratorium (Peter Berner, Paris; Gisela Gross, Bonn; Gerd Huber, Bonn; Werner Janzarik, Heidelberg; Joachim Klosterkötter, Köln; Hubertus von Loeper, Krefeld; Henning Saß, Aachen; Andreas Schreiner, Neuß; Lilo Süllwold, Frankfurt/M) z.Hd. des Vorsitzenden

Professor Dr. med. Dr. h.c. Gerd Huber,
Universitäts-Nervenklinik,
D-53105 Bonn (Venusberg)
Fax: +49(0) 228 287 1736 oder
+49(0) 228 32 28 83

einzureichen.