

Bundesweites Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste



LVG & AFS Nds. HB e. V. • Schillerstraße 32 • 30159 Hannover
Bundesweites Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste

Netzwerk-Koordinierung

Dr. Matthias Albers
Dr. Detlev Gagel
Corinna Krämer
Dr. Klaus Obert
Klaus Petzold

März 2026

Positionspapier des Bundesweiten Netzwerks der Sozialpsychiatrischen Dienste zur psychiatrischen Versorgungssituation und zur aktuellen Diskussion zu mutmaßlichen Gefährdern

Nach der Psychiatrie Enquete 1975 hat die Expertenkommission 1988 zur Öffnung und Verkleinerung der psychiatrischen Anstalten u.a. die Einrichtung Sozialpsychiatrischer Dienste (SpDi) als kommunale Daseinsvorsorge empfohlen. Diese Dienste wurden in den meisten Bundesländern an den Gesundheitsämtern der Gebietskörperschaften, in Bayern und Baden-Württemberg bei Trägern der Wohlfahrtspflege angesiedelt.

Das 2010 gegründete Bundesweite Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste bietet eine Plattform des fachlichen Austauschs, der konzeptionellen Weiterentwicklung, der Information der Fachöffentlichkeit und der auf das spezifische Arbeitsfeld zugeschnittenen Fortbildung aller in den SpDi Tätigen über die Grenzen von Bundesländern, Berufsgruppen und Trägern (kommunale/Verbände der freien Wohlfahrtspflege) hinweg.

Im Netzwerk wurde ein gemeinsames Selbstverständnis auch in der qualitativen und quantitativen Beschreibung von fünf Kernaufgaben (KA) der SpDi erarbeitet.

- Dies sind:
- KA1: Beratung und Begleitung
auch aufsuchend und nachgehend auf Veranlassung durch Dritte
 - KA2: Krisenintervention und (im Notfall) Unterbringung
auch aufsuchend und nachgehend auf Veranlassung durch Dritte
 - KA3: Planung und Koordination der Einzelfallhilfen
 - KA4: Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund
 - KA5: Sozialraumarbeit

Mit den Kernaufgaben wird nicht nur das Alleinstellungsmerkmal der initiativ niedrigschwellig aufsuchenden und bei Bedarf nachgehenden Arbeit der SpDi dargestellt, sondern auch deren komplexe Vernetzung und Steuerungsfunktion in der Versorgungsregion als Brücke zwischen dem regulären Versorgungssystem, dem Sozialraum und der kommunalen Verwaltung und Politik beschrieben*¹.

Warum dieses Positionspapier

Mit diesem Text versucht das Bundesweite Netzwerk der SpDi zum einen, zur Versachlichung des aktuellen Diskurses beizutragen, zum anderen aber auch eindeutig Position zu beziehen gegen eine Verschärfung rechtlicher und ordnungspolitischer Maßnahmen, die

aufgrund schwieriger Haushaltslagen auch noch mit Sparmaßnahmen einhergehen und dadurch weiter verschärft werden können.

In der aktuellen Debatte erkennen wir drei problematische Themen:

1. Die seit längerem anhaltende oft emotional und ideologisch geführte Diskussion um Zwang in der Psychiatrie.
2. Die Darstellung von unter psychischen Beeinträchtigungen leidenden Menschen als Gefahr für die öffentliche Sicherheit und daraus resultierende Konsequenzen.
3. Die Absicht, die Haushaltsprobleme des Staates auch durch Einsparungen bei Gesundheit und sozialer Teilhabe zu lösen.

In Folge der Psychiatrie-Enquete und insbesondere nach Unterzeichnung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) durch die Bundesregierung haben sich nicht nur die Bestrebungen der Psychiatrie zur Vermeidung von Zwang intensiviert. Es hat auch diverse Veränderungen und Erweiterungen der Gesetzgebung zum Schutz der Persönlichkeitsrechte der betroffenen Menschen gegeben. Dabei standen die individuelle Freiheit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung im Fokus. So hat sich die Schwelle zur Unterbringung und Behandlung sukzessive erhöht. Diese Regelungen haben - in Wechselwirkung mit der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) - allerdings in den letzten Jahren zu erheblichen Problemen insbesondere in der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen geführt ^{*2}.

In der Folge bleiben zunehmend Menschen mit schweren (und schwer behandelbaren) psychischen Störungen und krankheitsbedingt eingeschränktem Hilfeannahmeverhalten über längere Zeit hinweg ihrer Krankheit und deren Folgen ausgeliefert, verlieren ihre Arbeit, Wohnung und soziale Beziehungen und enden nicht selten in der Obdachlosigkeit. Kommt es dann bei akuten Gefährdungsaspekten zu einer Unterbringung in eine Klinik, werden sie häufig psychopharmakologisch nicht oder unzureichend behandelt und ohne Nachsorgeplanung und Anschlussperspektive schnell wieder entlassen und bleiben häufig unversorgt. Dies geschieht auch in Folge der Regularien des BTHG mit seinem langwierigen Verfahren, hohen Anspruch an die Fähigkeit, differenziert individuelle Ziele zu formulieren und an hochkomplexen Bedarfsermittlungsverfahren mitzuwirken. Der stetig zunehmende Mangel an bezahlbarem Wohnraum seit weitgehender Einstellung des sozialen Wohnungsbaus vor nunmehr drei Jahrzehnten belastet zudem psychisch kranke Menschen in besonderer Weise. Ohne eigene Wohnung kann es meist keine individuellen Lösungen für ein selbstbestimmtes Leben geben. Hinzu kommt in der Gesellschaft im Allgemeinen eine zu beobachtende abnehmende Akzeptanz für „normabweichendes“ Verhalten.

Die aktuelle Rechtsprechung mit ihren langwierigen und aufwendigen Verfahren bis zur Genehmigung einer Behandlung gegen den Willen begünstigt häufig die Entscheidungen der Kliniken zu vorzeitigen Entlassungen ablehnender Patient*innen. Auch der Druck der Krankenversicherungen, die die Kostenübernahme bei fehlender medikamentöser Behandlung häufig ablehnen, führt zusätzlich zu stationären Behandlungsabbrüchen. Dass in diesem Zeitraum sehr wohl therapeutische Arbeit, nämlich Beziehungsaufbau und das Bestreben, eine gemeinsam ausgehandelte Behandlung zu ermöglichen, geleistet wird, wird nicht als Teil einer Behandlung zur Kenntnis genommen. So entstehen zunehmend „Drehtür-Patienten“. Das im BTHG selbst angelegte Primat der Kostendeckelung gegenüber der Deckung des individuellen Bedarfs erschwert bzw. verunmöglicht die bedarfsgerechte Begleitung dieser schwer kranken Menschen. Die leistungsrechtliche Trennung von Behandlung und

Teilhabeleistungen in den Sozialgesetzbüchern ist ein weiteres Hindernis für eine adäquate Versorgungsgestaltung.

Das psychiatrische Versorgungssystem in Deutschland ist auch 50 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete aus unserer Sicht immer noch zu sehr auf die vollstationäre Behandlung in Kliniken konzentriert. Deutschland verfügt über eine der höchsten Bettenzahlen im Vergleich zu allen europäischen Ländern. Intensive Behandlung gibt es fast ausschließlich im Krankenhaus ^{*3)}. Eine Umschichtung von Ressourcen in die Gemeindepsychiatrie ist weitgehend ausgeblieben. Positive Ansätze wie z.B. die Stationsäquivalente Behandlung (StäB), Modellprojekte nach § 64 b SGB V (regionale Versorgungsbudgets) oder die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischem oder psychotherapeutischem Hilfebedarf (KSVPsych-RL) sind bislang regional und zahlenmäßig begrenzt. Hier sind entsprechende Vorgaben und auch finanzielle Anreize zur flächendeckenden Etablierung dieser Angebote, die formal bereits Bestandteil der Regelversorgung sind, dringend erforderlich. Zudem müssen die Leistungen der Krankenbehandlung des SGB V und die zur Teilhabe des SGB IX, insbesondere der medizinischen Rehabilitation und sozialen Teilhabe, zusammengeführt werden. Auf Ebene der Leistungserbringer ist dafür ein Gemeindepsychiatrischer Verbund mit Versorgungsverpflichtung Voraussetzung, auf der Ebene der Leistungsträger deren strukturierte und verbindliche Zusammenarbeit entsprechend der Vorgaben des SGB IX. Um Menschen mit psychischen Erkrankungen möglichst frühzeitig in Kontakt zum Hilfesystem zu bringen und auch schwer kranke Menschen mit eingeschränktem Hilfeannahmeverhalten zu begleiten, bedarf es aufsuchend und nachgehend arbeitender, personell und fachlich multiprofessionell gut ausgestattete Sozialpsychiatrische Dienste mit hoheitlichen Aufgaben. Diese müssen im Hilfesystem und Sozialraum gut vernetzt sein, um so koordinierte Unterstützung gestalten und steuern zu können. Durch eine enge Begleitung und Betreuung von psychisch Erkrankten mit einem komplexen Hilfebedarf können sich anbahnende Krisen frühzeitig erkannt und so Eskalationen vorgebeugt werden. So kann auch möglichen Ausgrenzungsprozessen, die dann im Weiteren zu Gewaltspiralen führen können, präventiv begegnet werden.

3

Gewalttaten von Menschen, bei denen möglicherweise eine psychische Störung zu der Tat beigetragen haben könnte, wurden in letzter Zeit medial in einer undifferenzierten Art und Weise dargestellt und kommentiert. Dies wurde von etlichen Politiker*innen aufgenommen. Die Innenministerkonferenz der Länder fordert in ihrem Beschluss vom 13.06.2025 die Einrichtung einer Gefährderliste für psychisch kranke Menschen und die Meldung potenziell gefährlicher psychisch kranker Menschen an die Polizei.

Das Bundesweite Netzwerk der SpDi ist, wie die große Mehrheit der Fachöffentlichkeit, der Selbsthilfe sowie der Angehörigen psychisch kranker Menschen davon überzeugt, dass eine Gefährderliste und deren Meldung an die Polizei Menschen von der Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen abhält. Dadurch wird eine gesamte Personengruppe stigmatisiert und unter einen absolut unzulässigen Generalverdacht gestellt (siehe auch die Stellungnahme der DGPPN ^{*4)}, Resolution aus der 50 Jahre Enquete Tagung des Kontaktgesprächs Psychiatrie ^{*5)}). Die statistisch betrachtet extrem seltenen Gewalttaten in Folge psychischer Erkrankungen können mit solchen Maßnahmen nicht verhindert werden. Nur durch eine bessere Zugänglichkeit und Tragfähigkeit des Unterstützungssystems und bei Bedarf aktiver Aufrechterhaltung des Kontakts sind ungünstige Entwicklungen, die letztendlich in Gewalttaten münden können, oft vermeidbar.

Die Psychiatrie musste sich schon immer mit der Spannung zwischen persönlicher Freiheit (auch auf Krankheit) und Zwang auseinandersetzen. Dieser Diskurs rückte in den letzten Jahren auch durch die UN-BRK stärker in den Blick. Gleichzeitig scheint sich u.a. in Folge der medial ausgeschlachteten Gewalttaten psychisch kranker Menschen der Fokus von der „persönlichen Freiheit um jeden Preis“ zu den Aspekten „Sicherheit und Kontrolle“ zu verschieben.

Die Forderung nach einer menschenrechtsbasierten Psychiatrie darf nicht allein auf das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben eingeengt werden. Diese muss auch die Rechte auf körperliche Integrität, Gesundheit, gesellschaftliche Teilhabe, Wohnung und Arbeit miteinbeziehen. Menschenrechtsbasierung bedeutet, die Interdependenz der verschiedenen Grundrechte zu beachten. Des Weiteren müssen im Hinblick auf gesellschaftliche Teilhabe auch die Rechte und Bedürfnisse von Angehörigen und des Umfelds in Betracht gezogen werden.

Die Durchsetzung der Menschenrechte von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen erfordert konsequentes Handeln in zahlreichen Politikfeldern auch außerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems.

Zudem muss hinterfragt werden, inwieweit bei einigen schweren krankheitsbedingten Beeinträchtigungen von selbstbestimmter Entscheidungsfindung ausgegangen werden kann. Sind diese Menschen nicht eher phasenweise ihrer Krankheit und deren Folgen sowie einer entsprechenden Einschränkung der Selbstbestimmung ausgeliefert? Wenn alle verfügbaren Möglichkeiten zur Hilfe ausgeschöpft und gescheitert sind, müssen, insbesondere wenn Eigen- oder Fremdgefährdung im Spiel sind, als Ultima Ratio vorübergehend Zwangsmaßnahmen mit dem Ziel eingeleitet werden, die Selbstbestimmungsfähigkeit wieder herzustellen. Hier sieht auch der Bundesgerichtshof (BGH) die Fürsorgepflicht des Staates für den schutzbedürftigen Einzelnen (BGH-Beschluss vom 2.2.2022 – XII ZB 530/21). Justiz und Psychiatrie wollen hier dasselbe: Menschen ein freies und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

4

Themen, an denen sich die aktuelle Diskussion entzündet:

Dem aktuell insbesondere durch die Medien vermittelte Eindruck, dass psychisch kranke Menschen gewalttätiger als die sogenannte Normalbevölkerung sind, muss differenziert und faktenbasiert begegnet werden. In der öffentlichen Diskussion über die in den Studien festgestellten Risikodifferenzen wird zu wenig berücksichtigt, dass es sich um relative Risiken handelt. Das absolute Risiko, das sich erhöht, wird dabei nicht zur Kenntnis genommen. Das Risiko dafür, dass eine Person mit der Diagnose einer schizophrenen Psychose eine ihr unbekannte Person tötet, liegt bei 1: 14 Millionen*⁶. Dieses gegenüber der sog. Normalbevölkerung zwar messbar erhöhte Risiko liegt im Bereich der extrem geringen Risiken, die absolute Risikoerhöhung ist also praktisch irrelevant.

Die aktuell diskutierte ambulante Zwangsbehandlung, d.h. die Verabreichung einer Medikation unter Anwendung von physischem Zwang in der Häuslichkeit, lehnt das Bundesweite Netzwerk der SpDi ab.

Eine Aussetzung einer Unterbringung unter Auflagen ist bereits jetzt in § 328 in Verbindung mit § 312 Nr.4 FamFG für Unterbringungen nach den PsychK(H)G der Länder bundesrechtlich geregelt, wird jedoch auch aufgrund des aufwendigen Verfahrens nur sehr selten angewendet. Diese rechtliche Option kann es auch den wenigen schwerkranken Menschen ohne

stabiles Hilfeannahmeverhalten ermöglichen, in einem ambulanten Setting relativ frei zu leben. Wir fordern, eine entsprechende Regelung auch im Betreuungsrecht zu entwickeln, gemäß dessen derzeit eine hohe Zahl von Personen teils langjährig geschlossen untergebracht ist. Voraussetzung hierfür wären allerdings eng gesteckte klare und praktikable rechtliche Regelungen und eine eindeutige Zuordnung der Zuständigkeiten bei der Umsetzung.

Frühzeitige Entlassungen unmittelbar nach Abklingen akuter Gefährdungsaspekte setzen voraus, dass eine intensive ambulante Anschlussbehandlung und -betreuung gewährleistet werden kann (z.B. Regionalbudgets nach § 64b, StäB, Hometreatment, Krisendienste 24/7, Institutsambulanzen und gut ausgestattete SpDi mit hoheitlichen Aufgaben), sowie eine geordnete Wohnsituation.

Mitarbeitende der SpDi sehen sich mit diesen Fragen und Themen in ihrer Alltagsarbeit aufgrund ihrer Aufgabe und ihres Auftrags regelmäßig konfrontiert. Sie können und dürfen sich diesen Problemstellungen nicht entziehen und müssen in der täglichen Praxis damit umgehen und Wege der Bewältigung finden ^{*7}.

Der Umgang mit den Herausforderungen und ambulante Wege

Der Fachöffentlichkeit ist seit langem bekannt und klar, was zu tun ist, was es braucht, wie die Ambulantisierung der psychiatrischen Versorgung, vor allem für die sog. schwierigsten Menschen mit komplexem Hilfebedarf aussehen sollte. Allein die konsequente Umsetzung fehlt: Ein umfassender Aus- und Aufbau der Grundversorgung. Dies bedeutet die niedrigschwellige Behandlung und Betreuung in multidisziplinären Teams mit hoheitlichen Aufgaben. In den meisten Bundesländern ist es schon seit Jahrzehnten üblich, dass die SpDi über jede Unterbringung nach PsychKG und über jede Entlassung nach PsychKG untergebrachter Personen informiert werden, um diesen ein Nachsorgeangebot zu unterbreiten und erneute zwangsweise Unterbringungen zu vermeiden. Für diesen Zweck ist es vollkommen unerheblich, ob es um Eigen- oder Fremdgefährdung gegangen ist, es geht um Unterstützung im Lebensumfeld. Wenn sog. „kritische Patienten“ bei Entlassung aus der Klinik weiterhin ambulante Behandlung und Betreuung benötigen, dieser aber eher ablehnend gegenüberstehen, kann und soll der SpDi schon vor der Entlassung Kontakt aufnehmen, mit quantitativ und qualitativ breitausgestatteten Ressourcen und Kompetenzen. Es gibt somit keinen Grund für eine Meldung an die Polizei.

Es braucht niedrigschwellige Gemeindepsychiatrische Behandlungszentren in Verbindung mit einer Dezentralisierung der stationären Versorgung (SGB V § 64 B Modelle, StäB, Krisendienste, die nachts und am Wochenende zur Verfügung stehen und gut ausgestattete SpDi mit hoheitlichen Aufgaben).

Es braucht niedrigschwellige soziale Teilhabeunterstützung (ehemals betreutes ambulant und stationäres Wohnen) entgegen der hochschwelligem Umsetzung, wie dies vielerorts bei der Umsetzung des (BTHG) zu beobachten ist. Diese führt dazu, dass die sog. schwierigsten psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfebedarf, die sich schwertun, Hilfe annehmen zu können oder zu wollen, kaum oder keine angemessenen Hilfen erhalten.

Schließlich braucht es eine rechtlich abgesicherte Versorgungsverpflichtung im GPV, welche über die freiwillige Selbstverpflichtung hinausgeht.

Dies alles muss in enger Verzahnung und Vernetzung mit der Selbsthilfe und den Angehörigen psychisch kranker Menschen geschehen. Die aufgeführten Ressourcen und Bausteine sind verankert im Sozialraum. Regionale Akteure können frühzeitig tätig werden und kooperieren gleichzeitig verpflichtend und eng mit den anderen Hilfesystemen wie Wohnungslosen- und Sucht(kranken)hilfe etc., aber auch mit der Polizei und den Ordnungsbehörden.

Aufgrund langjähriger Erfahrung ist das Bundesweite Netzwerk der SpDi davon überzeugt, dass mit entsprechenden Ressourcen und Kompetenzen ausgestattete Sozialpsychiatrische Dienste zusammen mit den Gemeindepsychiatrischen Verbänden menschenwürdige und fachlich angemessene und bedarfsgerechte Hilfen und Unterstützung bereitstellen können. Diese sind langfristig kostengünstiger und schaffen eine Versorgungssituation, in der auch Gewalttaten unwahrscheinlicher werden. Grundlage muss dabei die gleichberechtigte Beteiligung und Miteinbeziehung der Selbsthilfe und der Angehörigen in Verbindung mit der Beschäftigung von Ex-In Absolvent*innen und Peers in den Bausteinen der Gemeindepsychiatrischen Verbände sein.

Dadurch werden Rahmenbedingungen und eine Versorgungsrealität geschaffen, die Mitarbeitende in die Lage versetzen, mit der entsprechenden Haltung (Geduld, Fantasie, Kreativität, Kompetenz, Engagement und „wertschätzende und respektvolle Aufdringlichkeit“) auch zu schwer kranken Menschen Kontakt zu finden und aufrecht zu erhalten und sie so nicht sich selbst zu überlassen.

Literatur

- *1 Albers M, Elgeti H, Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland: Fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste. 1. Auflage 2018.
<https://www.sozialpsychiatrische-dienste.de/kernaufgaben-leistungsstandards-personalbedarf>
- *2 Petzold K., Gagel D. Gut gemeint ist nicht immer gut. In: „Die Kerbe“ 2/2025
https://www.kerbe.info/wp-content/uploads/2025/04/Kerbe_2_2025_Titel_Inhalt_Editorial.pdf
- *3 <https://www.aok.de/gp/krankenhaus/blickpunkt-klinik-newsletter/nicht-mehr-sondern-anders-reformen-fuer-die-psychiatrische-versorgung>
- *4 <https://www.dgppn.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen/praevention-von-gewalttaten.html>
- *5 <https://www.dgsp-ev.de/veroeffentlichungen/standpunkte-stellungnahmen/resolution-psychiatrie-enquete>
- *6 O. Niessen et al., Homicide of Strangers by People with a Psychotic Illness, Schizophrenia Bulletin 37, 2011, 572-579
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbp112>
- *7 Obert K. et al. 2025 Sozialpsychiatrische Begleitung von Menschen in prekären Lebenslagen
<https://psychiatrie-verlag.de/product/sozialpsychiatrische-begleitung-in-prekaeren-lebenslagen>