

Handlungsempfehlungen der ASMK-AG
„Übergänge an der Schnittstelle von
Allgemeinpsychiatrie sowie forensischer
Psychiatrie und Eingliederungshilfe
passgenau gestalten“



Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	3
2	Darstellung der Systeme.....	4
2.1	Allgemeinpsychiatrie.....	4
2.2	Forensische Psychiatrie (Maßregelvollzug).....	7
2.3	Leistungen der Eingliederungshilfe.....	8
3	Problembeschreibung: Schnittstellen und Herausforderungen.....	10
3.1	Grundsätzliche Problematiken der Übergänge zwischen der forensischen Psychiatrie (Maßregelvollzug) und möglichen Anschlussversorgungen	10
3.2	Schnittstelle Allgemeinpsychiatrie und Anschlussversorgung.....	11
3.3	Eingliederungshilfe und ihre Schnittstellen	12
3.3.1	Eingliederungshilfe und SGB V.....	12
3.3.2	Eingliederungshilfe und gesetzliche Pflegeversicherung (SGB XI).....	13
3.4	Allgemeiner Fach- und Arbeitskräftemangel	13
4	Handlungsempfehlungen	14
4.1	Regionale Kooperation verbindlich initiieren	14
4.2	Gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV) bundesweit schaffen	15
4.3	Individuelle und personenzentrierte Lösungen schaffen	15
4.4	Flankierende Unterstützungsleistungen systematisch bereitstellen.....	15
4.5	Sicherstellungsauftrag, Strukturplanung und Versorgungsverantwortung für alle Rehabilitationsträger umsetzen	16
4.6	Erreichbarkeit und Zugänglichkeit von Angeboten der Eingliederungshilfe verbessern.....	17
4.7	Sicherstellung der Finanzierung von sicherheitserhöhenden Bedarfen.....	17
4.8	Wohnraum schaffen/sichern	17
4.9	Früherkennung und Prävention stärken	18
4.10	Fachkräftestrategien entwickeln	18
5	Ausblick.....	18

1 Einleitung

Die 100. ASMK hat am 6./7.12.23 in Berlin beschlossen, eine länderoffene Facharbeitsgruppe unter Federführung Hamburgs einzusetzen. Diese wurde beauftragt, unter Beteiligung der AG Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden und weiterer mit diesen Themenbereichen befasster Gremien Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung von Personen mit hohem Unterstützungsbedarf und schwerwiegend herausforderndem Verhalten an den Übergängen der Hilfesysteme (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)/ forensische Psychiatrie (Maßregelvollzug) sowie Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)/ Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)) zu entwickeln. Die Vorschläge sollte sie der GMK bis zu ihrer 98. Sitzung und der ASMK bis zu ihrer 102. Sitzung in 2025 vorlegen. Die Facharbeitsgruppe sollte die von der GMK beschlossenen Schwerpunkte und Grundorientierungen als Ausgangspunkte bei der Lösung berücksichtigen und sie bei Bedarf aus der fachpolitischen Perspektive der Sozialressorts einschätzen und ergänzen.

In der AG „Übergänge“ waren die Länder BW, BY, BE, BB, HB, HH, HE, NW, ST und SH vertreten. Die Konstituierende Sitzung fand am 27.3.24 in Präsenz in Hamburg statt. Weitere AG-Sitzungen erfolgten virtuell bzw. tlw. in Präsenz am 21.05.24, 18.06.24, 07.08.24, 30.10.24, 04.12.24, 24.01.25, 18.02.25, 29.04.25, 04.06.25 sowie am 11.07.25.

Die Arbeitsgruppe hat sich inhaltlich mit folgenden Themen befasst:

Menschen, die in einer allgemeinen oder forensischen Psychiatrie sind oder waren und darüber hinaus eine dauerhafte Behinderung haben oder von einer nach dem Gesetz drohenden Behinderung gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX betroffen sind, bedürfen individuell anschlussfähiger Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft können nach § 6 SGB IX sieben Rehabilitationsträger zuständig sein (§ 6 SGB IX). Dies sind die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Träger der Sozialen Entschädigung, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und die Träger der Eingliederungshilfe. Die Träger der Eingliederungshilfe sind in den Bundesländern unterschiedlichen organisiert. Teilweise liegt die Zuständigkeit in den Ministerien; größtenteils aber bei kommunalen Trägern, wie den Gemeinden oder kommunalen Zusammenschlüssen.

Mit diesem Bericht sollen die Übergänge zwischen den Systemen Allgemeinpsychiatrie, der forensischen Psychiatrie und der Eingliederungshilfe analysiert und Handlungsempfehlungen zur Verminderung von Schnittstellenproblemen gegeben werden.

Der Fokus der Betrachtung liegt auf erwachsenen Personen. Eine Befassung mit der Schnittstelle zu Hilfen für Kinder/Jugendliche ist in diesem Rahmen nicht Gegenstand des Arbeitsauftrags. Zu diesem Thema bestehen in anderen Zusammenhängen und in einzelnen Bundesländern eigene Arbeitsgruppen/Prozesse.

Es hat sich gezeigt, dass die Zuständigkeiten und Abläufe in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich ausgestaltet sind. Es lässt sich daher kein einheitliches Bild zeichnen, sodass die Darstellungen und Handlungsempfehlungen unter den landesrechtlichen Regelungen zu betrachten sind. In diesem Rahmen können regionale Unterschiede nicht erschöpfend berücksichtigt werden.

2 Darstellung der Systeme

2.1 Allgemeinpsychiatrie

Gesundheitsbezogene Leistungen für psychisch erkrankte Menschen sind im SGB V (für gesetzlich Krankenversicherte) sowie in Ländergesetzen verankert. Hierbei gilt regelhaft der Grundsatz: „ambulant vor stationär“.

Nachfolgend werden relevante Elemente der psychiatrischen Versorgung aufgeführt:

Ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung

Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten und die psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V (und in einigen Bundesländern die Medizinischen Versorgungszentren) sollen eine erforderliche kontinuierliche Behandlung sicherstellen. Sie können auftretende Krisen erkennen und kurzfristig darauf reagieren.

Teilstationäre und stationäre medizinisch-therapeutische Behandlung

Diese wird in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachabteilungen und Tageskliniken angeboten. Hier werden unterschiedliche Leistungen vorgehalten, die von der geschlossenen Akutversorgung bis hin zu therapeutisch ausgelegten längerfristigen Behandlungsangeboten reichen und oft störungsspezifisch ausgerichtet sind. Die an der regionalen Pflichtversorgung teilnehmenden psychiatrischen Kliniken oder Kliniken mit psychiatrischer Fachabteilung stellen die öffentlich-rechtliche Unterbringung nach den Landesgesetzen sicher. Eine regionale Pflichtversorgung ist nicht in allen Bundesländern normiert.

Aufsuchende Dienste und Behandlungsmöglichkeiten

Die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch aufsuchende multidisziplinäre Dienste kann die Häufigkeit von Unterbringungen gegen den Willen der Person reduzieren. Gerade in sich zuspitzenden Krankheitssituationen können aufsuchende Dienste eine intensive Betreuung psychisch erkrankter Menschen ermöglichen. Dadurch kann einem stationären Aufenthalt oder gar einer Unterbringung gegen den Willen der Person vorgebeugt werden.

Im deutschen Gesundheitswesen sind die folgenden aufsuchenden Dienste der Regelversorgung implementiert, die jedoch regional heterogen ausgestaltet sind und zum Teil (noch) nicht bundesweit installiert wurden.

Stationsäquivalente Leistungen (StäB) nach § 115 d SGB V, eine Form des Hometreatment, können eingesetzt werden, wenn eine vollstationäre Aufnahme indiziert wäre, aus unterschiedlichen Gründen aber das häusliche Setting zur Behandlung bevorzugt wird. In diesem Fall kommt nicht die Patientin oder der Patient ins Krankenhaus, sondern „das Krankenhaus“ kommt gewissermaßen zu der Patientin bzw. dem Patienten nach Hause. StäB ist somit eine psychiatrisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, die durch ein multiprofessionelles mobiles Team, täglich geleistet wird. Die aufsuchende Arbeit im

Lebensumfeld ermöglicht den Bezug zum sozialen Umfeld, und Krisen können direkt im häuslichen Kontext behandelt werden.

Psychiatrische häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V ist als besonders spezialisierte Form der häuslichen Pflege ein gemeindeorientiertes psychiatrisches Versorgungsangebot. Sie ist geeignet, den umfassenden und oft wechselnden Hilfebedarfen von Menschen mit schweren psychischen Störungen und ihren Angehörigen im direkten Lebensumfeld vergleichsweise niederschwellig zu begegnen. Somit können stationäre Aufenthalte verringert oder gar vermieden werden und notwendige ambulante Hilfen angebahnt bzw. sichergestellt werden. Die Angebote sind in den Ländern nicht flächendeckend vorhanden.

Im Rahmen der **Soziotherapie** nach § 37 a Abs. 3 SGB V verordnen niedergelassene psychiatrische Fachärztinnen und -ärzte ein flankierendes soziotherapeutisches Konzept, das aus Trainings- und Motivationsmethoden sowie Koordinierungsmaßnahmen besteht und durch anerkannte Soziotherapeutinnen und -therapeuten erbracht wird. Ziel der Soziotherapie ist es, stationäre Krankenhausaufenthalte weitgehend zu vermeiden und die leistungsberechtigten Personen zu einer eigenständigen Inanspruchnahme notwendiger Behandlungsleistungen zu befähigen sowie ihre Selbstständigkeit (wieder-)herzustellen. Die Angebote sind in den Ländern nicht flächendeckend vorhanden.

Mit **Modellprojekten nach § 64 b SGB V** wird das regelhafte Finanzierungssystem der Krankenhausleistungen flexibilisiert und ermöglicht alternative Behandlungsansätze. Sie dienen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung. In vielen Bundesländern werden hierbei unterschiedliche, in der Regel sektorenübergreifende Ansätze umgesetzt, häufig spielt hierbei eine qualifizierte Krisenintervention im häuslichen Kontext und eine Rund-um-die-Uhr Erreichbarkeit der multiprofessionellen Teams eine große Rolle.

In den Bundesländern halten Landkreise und kreisfreie Städte **Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi)** vor, die überwiegend bei den Gesundheitsämtern angesiedelt sind. Die Kernaufgabe der SpDi ist es, psychisch erkrankte Menschen, deren Angehörige und weitere Mitglieder des sozialen Umfelds zu Unterstützungsmöglichkeiten zu beraten, notwendige Hilfen sicherzustellen, in Krisen tätig zu werden und bis zu einem gewissen Grad auch psychosozial zu betreuen. Hierbei stehen insbesondere die Menschen im Mittelpunkt, die entweder noch gar keinen Kontakt zum Hilfesystem hatten oder den Zugang zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung nicht aus eigener Kraft finden. SpDi sind als einziger Dienst ermächtigt, psychisch erkrankte Menschen auch aufgrund von Hinweisen Dritter (bspw. aus der Nachbarschaft, dem Arbeitsumfeld etc.) aufzusuchen, um einen etwaigen Hilfebedarf abzuklären und diesen anzubieten. Sie sind in diesen Fällen eine besonders wichtige Versorgungsinstanz für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Aufgaben und Befugnisse der SpDi sind meist in den jeweiligen Landesgesetzen geregelt, die für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen Anwendung finden. In diesem öffentlich-rechtlichen Zusammenhang können auch Aspekte von Unterbringungs- und anderen Zwangsmaßnahmen als eine Aufgabe der SpDi zu finden sein.

Netzverbünde, im Sinne der am 18.12.2021 in Kraft getretenen Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL), sollen u.a. zu einer Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten, berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung beitragen, den Übergang zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung erleichtern und auch einen strukturierten Austausch mit Einrichtungen außerhalb des SGB V fördern. Im Fokus steht hierbei, eine leicht zugängliche, flexible und koordinierte Versorgungsstruktur zu etablieren. Mindestens zehn Fachärztinnen und -ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten müssen sich dazu mittels eines sogenannten Kooperationsvertrags mit mindestens einem psychiatrischen Krankenhaus sowie mindestens einem Leistungserbringer für Ergotherapie oder Soziotherapie oder psychiatrischer häuslicher Krankenpflege zusammenschließen. Bisher liegen zur Beurteilung der Zielerreichung noch nicht ausreichend Erfahrungen vor, zudem wird die Richtlinie derzeit durch den (gemeinsamen Bundesausschuss) G-BA überarbeitet, um eine vereinfachte Anwendung zu ermöglichen.

Gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV) oder ähnliche Netzwerke dienen der Koordination von Hilfen von psychisch erkrankten Menschen. Das Zusammenspiel der unterschiedlichen Angebote, Dienste und Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen kann vor Ort in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund geregelt sein. Sie sind wichtig für ein abgestimmtes, gemeinsames Handeln und ermöglichen auf Grund der verschiedenen regionalen Mitglieder, Aufgaben auf mehreren Schultern zu verteilen. In dieser strukturierten, personenbezogenen Kooperation sollten daher stationäre, teilstationäre und ambulante psychiatrische Angebote und Angebote der sozialen Teilhabe (Leistungserbringer und Leistungsträger) unter Einbeziehung z.B. der Gebietskörperschaft, der psychiatrischen Selbsthilfe, dem Betreuungswesen nach BGB, der Sozialpsychiatrischen Dienste sowie auch von Arbeitslosen-, Wohnungslosen-, Sucht- und Altenhilfe, miteinander verzahnt werden.

Psychiatrische Krisenhilfen/-dienste stehen in einigen Regionen für eine bedarfsgerechte Notfallversorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. mit psychischen Krisen zur Verfügung. Dieses Angebot bietet Betroffenen, deren Angehörigen und Fachkräften einen niedrigschwelligen Zugang zur qualifizierten Beratung und Unterstützung in psychosozialen Krisen bis hin zu akuten psychiatrischen Notsituationen. Die erfahrenen Fachkräfte arbeiten in multiprofessionellen Teams und sind zum Thema Krisenintervention geschult. Vorrangig sind die Krisendienste telefonisch erreichbar, in dringenden Fällen können die Krisendienste mobile Einsätze vor Ort anbieten. Durch die enge Vernetzung mit dem psychosozialen und psychiatrischen Versorgungssystem soll eine geeignete und wohnortnahe Vermittlung in Behandlungs- und Hilfsangebote erfolgen. Derartige Angebote stehen nicht flächendeckend zur Verfügung und unterscheiden sich regional in ihrer Ausgestaltung. In wenigen Bundesländern wird ein Krisendienst, der rund um die Uhr an 365 Tagen verfügbar ist, vorgehalten.

2.2 Forensische Psychiatrie (Maßregelvollzug)

Bei einer Unterbringung in der forensischen Psychiatrie handelt es sich um den Vollzug der als Maßregeln der Besserung und Sicherung angeordneten Unterbringungen in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 des Strafgesetzbuches (StGB) oder in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB einschließlich der befristeten Wiederinvolzugsetzung gemäß § 67h StGB sowie gemäß § 7 Absatz 1 und § 93a des Jugendgerichtsgesetzes (JGG). Zudem kann auch eine einstweilige Unterbringung nach § 126a der Strafprozessordnung (StPO) erfolgen.

Wesentliche Voraussetzungen für eine Unterbringung einer Person in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB sind, dass die Person eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder der verminderten Schuldunfähigkeit (§ 21 StGB) begangen hat und die Person infolge ihres Zustandes für die Allgemeinheit gefährlich ist. Mithin handelt es sich um eine Freiheitsentziehung bei psychisch erkrankten Personen.

Die Anordnung einer Unterbringung nach § 64 StGB erfolgt hingegen bei Personen, die einen Hang haben, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen und wegen einer rechtswidrigen Tat, die überwiegend auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt wurden oder nur deshalb nicht verurteilt wurden, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist.

Zweck der Unterbringung in der forensischen Psychiatrie ist der Schutz der Allgemeinheit vor der Begehung weiterer erheblicher rechtswidriger Taten durch die untergebrachte Person. Ziel der Unterbringung ist dabei die (Wieder-)Eingliederung der untergebrachten Person in die Gesellschaft. Dieses Ziel wird durch vielfältige spezifische Therapieangebote erreicht, durch welche die krankheitsbedingte Gefährlichkeit reduziert wird.

Bei der Unterbringung in der forensischen Psychiatrie handelt es sich um ein von den untergebrachten Personen geleistetes Sonderopfer, nicht um eine Strafe. Aufgrund des strafrechtlichen Systems der Zweispurigkeit von Strafen und Maßregeln können diese grundsätzlich nebeneinander angeordnet werden. Im Bereich der nach § 63 StGB untergebrachten Personen kommt es jedoch nur in seltenen Fällen zur Anordnung einer parallelen Freiheitsstrafe, da die Patientinnen und Patienten in aller Regel schuldunfähig nach § 20 StGB sind.

In jedem Fall findet die Unterbringung in der forensischen Psychiatrie ihre einzige Grundlage und Berechtigung in der fortbestehenden Gefährlichkeit der untergebrachten Personen. Aufgrund des Sonderopfers ist in besonderer Weise der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu berücksichtigen: Die Freiheitsentziehung darf deshalb nur so lange andauern und so intensiv sein, solange und soweit die Gefährlichkeit der untergebrachten Person dies rechtfertigt. Über die Dauer der Unterbringung entscheiden die Strafvollstreckungskammern, mindestens im Rahmen der bei der Unterbringung nach § 63 StGB jährlich stattfindenden Fortdauerentscheidungen gemäß § 67e StGB.

Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gebietet darüber hinaus, die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB nur so lange zu vollstrecken, wie der Zweck der Maßregel dies unabweisbar erfordert und zu seiner Erreichung den Untergebrachten weniger belastende Maßnahmen im Rahmen der Aussetzung der Vollstreckung zur Bewährung (§ 67d Abs. 2, §§ 68a, 68b StGB) nicht genügen. In diesem Zusammenhang sind die Einrichtungen der forensischen Psychiatrie, die im staatlichen Auftrag Freiheit entziehen, gehalten, alle Möglichkeiten zu ergreifen, eine weniger belastende und freiheitsbeschränkende Situation für die untergebrachten Personen zu ermöglichen. Untergebrachte Personen sollen daher möglichst frühzeitig sog. Lockerungen des Vollzugs der Freiheitsentziehung erhalten. Die höchste Lockerungsstufe bzw. das geringste Maß der Freiheitsentziehung ist in der Regel das sog. Probewohnen, im Rahmen dessen

die untergebrachte Person in einem Setting lebt, das die spätere Lebenssituation in Freiheit möglichst passgenau abbildet.

Mit der Entlassung aus der forensischen Psychiatrie tritt Führungsaufsicht ein, d.h. die entlassenen Personen unterstehen letztlich noch einer gewissen staatlichen Kontrolle. Häufig wird als führungsaufsichtliche Weisung die Behandlung in einer forensisch-psychiatrischen Nachsorgeambulanz angeordnet. Deren multiprofessionelle Teams betreuen diese Personen ungeachtet dessen, ob diese in eigenem Wohnraum oder in Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben.

2.3 Leistungen der Eingliederungshilfe

Die Träger der Eingliederungshilfe sind einer der sieben Rehabilitationsträger, die Leistungen zur Teilhabe für Menschen mit Behinderungen erbringen. Leistungen der Eingliederungshilfe sind zudem nachrangig gegenüber anderen Sozialleistungen (§ 91 SGB IX).

Menschen mit Behinderungen erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 SGB IX, wenn sie wesentlich in der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind (wesentliche Behinderung) oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann (§ 99 SGB IX).

Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die Leistung soll sie befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können (§ 90 Absatz 1 SGB IX).

Die dazu vereinbarten Ziele in der Bedarfsermittlung sollen passgenau an den aktuellen Möglichkeiten jeder einzelnen Person ausgerichtet werden. Generell ist ein niederschwelliger Zugang zu Leistungen zur Teilhabe für den beschriebenen Personenkreis essenziell. In der Eingliederungshilfe gilt das Antragserfordernis nach § 108 SGB IX. Die Antragstellung kann formlos geschehen und sollte so früh wie möglich erfolgen. Der Träger der Eingliederungshilfe berät und unterstützt nach § 106 SGB IX, indem er Hilfe bei der Antragstellung leistet. Gerade auch mit Blick auf den personenzentrierten Ansatz ist das Vorhandensein eines passenden Angebots für eine Antragstellung nicht notwendig. Es ist immer eine individuelle Prüfung und Beratung notwendig. Die dazu notwendigen Verfahren und Instrumente sind im SGB IX verankert. Nach § 104 SGB IX sind die Leistungen nach der Besonderheit des Einzelfalles und den damit verbundenen Kontextbedingungen zu erbringen. Über Art und Maß der Leistungserbringung ist nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden (§ 107 Abs. 2 SGB IX).

Gemäß § 97 SGB IX beschäftigen die Träger der Eingliederungshilfe bei der Durchführung der Aufgaben dieses Teils eine dem Bedarf entsprechende Anzahl an Fachkräften aus unterschiedlichen Fachdisziplinen.

„Diese sollen

1. eine ihren Aufgaben entsprechende Ausbildung erhalten haben und insbesondere über umfassende Kenntnisse

- a) des Sozial- und Verwaltungsrechts,

- b) über Personen, die leistungsberechtigt im Sinne des § 99 Absatz 1 bis 3 sind, oder
 - c) von Teilhabebedarfen und Teilhabebarrieren verfügen,
2. umfassende Kenntnisse über den regionalen Sozialraum und seine Möglichkeiten zur Durchführung von Leistungen der Eingliederungshilfe haben sowie
 3. die Fähigkeit zur Kommunikation mit allen Beteiligten haben.

Soweit Mitarbeitende der Leistungsträger nicht oder nur zum Teil die Voraussetzungen erfüllen, ist ihnen Gelegenheit zur Fortbildung und zum Austausch mit Menschen mit Behinderungen zu geben. Die fachliche Fortbildung der Fachkräfte, die insbesondere die Durchführung der Aufgaben nach den §§ 106 und 117 umfasst, ist zu gewährleisten.“

Der Anspruch auf Beratung und Unterstützung nach § 106 SGB IX bezieht sich unter anderem auf Hilfe bei der Antragstellung, Hilfe bei der Klärung weiterer zuständiger Leistungsträger und die Vorbereitung von Kontakten und Begleitung zu Leistungsanbietern und anderen Hilfemöglichkeiten. Gerade auch im Vorfeld einer (möglichen) Antragstellung kann die Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) gemäß § 32 SGB IX eine begleitende Beratungsfunktion ausüben.

Sind Leistungen mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich, ist ein Teilhabeplanverfahren gem. §§ 19 ff. SGB IX im Einzelfall bezogen auf Ziel, Art und Umfang erforderlicher Leistungen gemäß § 25 SGB IX durchzuführen.

Die Leistungen sind nach einheitlichen Grundsätzen nahtlos und zügig zu erbringen, um effiziente Unterstützung/Begleitung zu ermöglichen und Abgrenzungen zu anderen erforderlichen Leistungen vornehmen zu können.

Strukturplanung

Zur Vorhaltung von Hilfen sind bedarfs- und flächendeckende Versorgungsstrukturen von individuellen Bedarfslagen mit Angeboten im Sozialraum vorzuhalten und ggf. zu entwickeln.

Nach § 95 SGB IX liegt der Sicherstellungsauftrag beim Träger der Eingliederungshilfe. Er arbeitet dabei gemäß § 96 SGB IX mit Leistungserbringern und anderen Stellen zusammen. Nach § 95 SGB IX haben die Träger der Eingliederungshilfe „eine personenzentrierte Leistung für Leistungsberechtigte unabhängig vom Ort der Leistungserbringung sicherzustellen“. Zudem verpflichtet die Vorschrift, die aus dem erforderlichen Gesamtplanverfahren gewonnenen Erkenntnisse bei der Planung der Infrastruktur zu berücksichtigen. Nach § 94 Absatz 3 SGB IX haben die Länder auf flächendeckende, bedarfsdeckende, am Sozialraum orientierte und inklusiv ausgerichtete Angebote von Leistungserbringern hinzuwirken und unterstützen die Träger der Eingliederungshilfe bei der Umsetzung ihres Sicherstellungsauftrages. Auf Basis dieser Rechtsgrundlagen sind die Träger der Eingliederungshilfe verpflichtet, auf entsprechende Strukturen in ihrem Zuständigkeitsbereich hinzuwirken. Wesentliches Instrument zur Umsetzung und Erfüllung des Sicherstellungsauftrags durch die Träger der Eingliederungshilfe ist nach § 95 Satz 2 SGB IX der Abschluss von Vereinbarungen über die Erbringung von Leistungen nach den vertragsrechtlichen Vorschriften der §§ 123 ff. SGB IX. Eigene Angebote sollen die Träger der Eingliederungshilfe nach § 124 Absatz 1 Satz 1 in der Regel nicht schaffen und bereithalten, sondern nur ausnahmsweise und subsidiär bei Lücken im Leistungsangebot.

Ein individuell einklagbarer Rechtsanspruch auf die Schaffung von konkreten Angeboten/Leistungen ergibt sich dadurch nicht.

3 Problembeschreibung: Schnittstellen und Herausforderungen

Je nach regionaler Angebotslandschaft und individueller Lebenssituation ergeben sich für den Personenkreis der Menschen, die in einer allgemeinen oder forensischen Psychiatrie sind oder waren und darüber hinaus von einer dauerhaften oder drohenden Behinderung betroffen sind, häufig besondere Hemmnisse bei der Suche nach passgenauen Diensten und Einrichtungen. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich die Menschen in komplexen Lebenssituationen befinden und für die Deckung des Bedarfs die Leistungen unterschiedlicher Leistungsträger koordiniert erbracht werden müssen. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn der Unterstützungsbedarf sehr hoch ist oder die Behinderung mit herausfordernden Verhaltensweisen und selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten einhergeht. Hier können Unterstützungsbedarfe oft nicht oder nicht angemessen gedeckt werden.

Findet sich zeitnah daraufhin kein passendes Angebot für eine Anschlussversorgung, besteht die Gefahr, dass die Menschen länger als erforderlich in psychiatrischen Kliniken einschließlich der forensischen Psychiatrie verbleiben oder von Obdachlosigkeit bedroht sind, beziehungsweise in Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe versorgt werden müssen, wo eine bedarfsgerechte psychosoziale Betreuung nicht überall regelhaft sichergestellt werden kann.

Bei diesem Personenkreis handelt es sich beispielsweise um:

- sogenannte „Bewahr- oder Nichtbehandlungsfälle“. Das sind Patientinnen und Patienten in psychiatrischen und/oder forensischen Kliniken, deren stationäre medizinische und/oder therapeutische Behandlung nach ärztlicher Einschätzung prinzipiell abgeschlossen ist, für die ein Rehabilitationsträger oder die Pflegeversicherung bereits zuständig ist, die aber mangels passender Anschlussversorgung nicht entlassen werden können.
- oder Menschen mit Behinderungen, die bereits in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, der Pflege oder noch in ihrem Elternhaus/familiärem Kontext unterstützt werden, die jedoch aufgrund ihres hohen Unterstützungsbedarfs sowie herausfordernder Verhaltensweisen dort nicht oder nicht mehr adäquat versorgt werden können. Dies betrifft u.a. Menschen mit herausforderndem Verhalten aufgrund chronischer psychischer Erkrankung und/oder geistiger Behinderung, für die es aber aufgrund eines umfassenden Unterstützungsbedarfs noch keine entsprechende Versorgungssituation gibt.

Erschwert wird die Versorgung der Menschen mit hohem Betreuungsbedarfen generell durch den Fachkräftemangel. Dieser trifft zum einen die Leistungserbringer, die Schwierigkeiten haben, ihre Einrichtungen mit qualifiziertem Personal zu besetzen. Dadurch können Einrichtungen nicht in dem gewünschten Umfang und in der erforderlichen Zeit geschaffen werden. Vom Fachkräftemangel sind zum anderen auch die Reha-Träger und die Pflegekasse betroffen, bei denen Stellen unbesetzt bleiben. Dies kann zu langen Bearbeitungszeiten führen.

3.1 Grundsätzliche Problematiken der Übergänge zwischen der forensischen Psychiatrie (Maßregelvollzug) und möglichen Anschlussversorgungen

Je nach Bundesland etwas unterschiedlich, zeigen sich größere Probleme in Bezug auf potenzielle Anschlussmaßnahmen für Personen aus der forensischen Psychiatrie unabhängig des in Frage kommenden Rehabilitationsträgers:

- Zwischen gerichtlich angeordneten Maßnahmen und der Eingliederungshilfe kann ein Konfliktfeld entstehen. So entscheidet bei der Ausgestaltung von Assistenzleistungen gemäß § 78 Abs. 2 SGB IX die Person über den Ort, Ablauf und Zeitpunkt der Assistenzleistung während im Rahmen der forensischen Psychiatrie und der Führungsaufsicht die Person gerichtlichen bzw. vollzuglichen Vorgaben unterliegt.
- Belastungserprobungen können außerhalb der forensischen Psychiatrie (z.B. sog. Probewohnen) z.T. nicht in ausreichender Zahl in geeigneten Wohn- und Betreuungseinrichtungen durchgeführt werden. Dies hängt auch mit der Zunahme forensischer Unterbringungen zusammen, da somit deutlich mehr Personen eine Belastungserprobung in Anspruch nehmen könnten und sollten.
- Vermittlungshemmnisse bestehen v. a. für Personen, die keine weitere Behandlung in der forensischen Psychiatrie, aber dennoch eine intensive individuelle Unterstützung benötigen.
- Personen mit besonders herausfordernden Verhaltensweisen und/ oder gravierenden Anlassdelikten (z.B. Sexualdelikte, Brandstiftung, schwere Anlassdelikte in Einrichtungen/Angeboten nach den SGB IX, XI und XII) sehen sich oft mit Vorbehalten konfrontiert, auch wenn das Ziel der Besserung durch Therapie im Maßregelvollzug erfüllt ist. Erschwerend kommt hinzu, dass die Leistungserbringer nicht immer auf diesem Personenkreis ausgerichtet sind.
- In einigen Ländern gibt es Probleme, weil Anträge aus der forensischen Psychiatrie heraus von der Eingliederungshilfe nach Antragsprüfung unter Hinweis auf die Nachrangigkeit der Eingliederungshilfe abgelehnt oder gar nicht erst angenommen werden.
- Es werden Schwierigkeiten durch Personen mit fehlendem oder unklarem Aufenthaltstitel durch die Praxis berichtet. Diese Personengruppe verbleibe häufig lange in der forensischen Psychiatrie, da aufgrund fehlender/unklarer Kostenträgerschaft kein belastbarer Empfangsraum (Anschlusssetting) gestaltet werden könne. Dies hängt damit zusammen, dass Grundleistungsberechtigte nach AsylbLG nur Anspruch auf Akutbehandlungen, nicht aber auf Eingliederungshilfe (§§ 4, 6 AsylbLG) haben. Analogleistungsberechtigte gem. § 2 Abs.1 S.1 AsylbLG haben zwar dem Grunde nach Anspruch auf Eingliederungshilfe. Oft scheitert dieser Anspruch aber an der fehlender Aufenthaltsperspektive.

3.2 Schnittstelle Allgemeinpsychiatrie und Anschlussversorgung

Bei Menschen mit komplexen Hilfebedarfen und dem Erfordernis komplexer Unterstützung ergibt sich die Erforderlichkeit passgenauer und tlw. neuer Leistungsangebote, die häufig nicht kurzfristig zur Verfügung stehen.

An der Schnittstelle der allgemeinpsychiatrischen Behandlung und der Anschlussversorgung treten insbesondere folgende Probleme auf:

- Unzureichende Verfahrenstransparenz, wenn verschiedene Akteurinnen und Akteure parallel tätig sind, wie z.B. mangelnde Kommunikation und Aufgabenverteilung, Rollendefinition,
- Fehlende Transparenz über freie Kapazitäten in den Versorgungs- und Unterstützungssystemen,

- Fehlende Angebote/Kapazitäten passender Angebote aus allen Versorgungs- und Unterstützungssystemen (z.B. niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater, Assistenzangebote in der Eingliederungshilfe, Verfügbarkeit von Wohnraum)
- Einweisung in die Klinik ohne Anschlussperspektive – aufgrund fristloser Kündigung des Platzes in einer Besonderen Wohnform oder weil die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit nicht mehr möglich ist.
- Kliniken nutzen nicht immer den Zeitraum des Aufenthalts für eine strukturierte Entlassungsplanung – dadurch entstehen lange Klinikaufenthalte oder Entlassungen ohne passende Anschlussversorgung z.T. in die Obdachlosigkeit,
- Teilweise lange Bearbeitungszeiten bei Eingliederungshilfe-Anträgen, insbesondere bei Menschen mit komplexen Hilfebedarfen,
- Mangelnde Analyse von Versorgungslücken in der Region im Rahmen der Strukturplanung (z. B. in der Landespsychiatrieplanung, in den GPVen) in einigen Ländern.
- Erschwerend kommt hinzu, dass die Reha-Träger und Leistungserbringer zwar darauf ausgerichtet sind, den bestehenden Eingliederungshilfebedarf – wenn erforderlich auch in einem hochstrukturierten Setting – zu decken, die Abwehr von Fremdgefahr aber nicht zur Aufgabe gehört.

3.3 Eingliederungshilfe und ihre Schnittstellen

3.3.1 Eingliederungshilfe und SGB V

An der Schnittstelle Eingliederungshilfe/SGB V-System kann es zu vielfältigen Konflikten kommen:

- Es wird ein Teilhabebedarf geltend gemacht. Grundsätzlich sind SGB IX-Leistungen gem. § 91 SGB IX nachrangig u.a. gegenüber den vorrangigen Maßnahmen nach SGB V: „Eingliederungshilfe erhält, wer die erforderliche Leistung nicht von anderen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhält“ (§ 91 Abs. 1 SGB IX). Die Eingliederungshilfe ist daher nicht als Ersatz für medizinische Behandlungsmaßnahmen geeignet. Beide Leistungsbereiche (medizinische Behandlung und Eingliederungshilfeleistungen) können im Bedarfsfall parallel in Anspruch genommen werden.
- Teilweise ist die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen mit langen Wartezeiten verbunden. Erhalten diese Menschen mit Behinderungen bereits Eingliederungshilfeleistungen, obwohl die medizinische Behandlung noch nicht abgeschlossen ist oder noch gar nicht begonnen hat, steht die mit der Eingliederungshilfe verfolgte langfristige Stabilisierung in Frage.
- Bei den ambulant-psychiatrischen Behandlungsangeboten (Psychiaterinnen und Psychiater, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie) kann es dazu kommen, dass es die Angebote nicht gibt oder die festgelegte Obergrenze der Therapiestunden, die von der Krankenversicherung übernommen wird, ausgeschöpft werden – unabhängig davon, ob ein Behandlungserfolg eingetreten ist oder nicht. Liegt eine seelische Behinderung vor, wird die Eingliederungshilfe dann mitunter tätig, obwohl die medizinische Behandlung faktisch nicht abgeschlossen ist. Liegt keine seelische

Behinderung vor, bestünde kein Anspruch auf Eingliederungshilfe, die Person würde aus dem SGB V-System unter- oder unversorgt entlassen.

- Es gibt Fälle in einzelnen Bundesländern, in denen die stationäre Psychiatrie einen Sicherheitsdienst für erforderlich hält. Sie sieht jedoch keine Möglichkeit der Finanzierung und verlangt von der Eingliederungshilfe die Übernahme der Patientinnen und Patienten, obwohl die Behandlung nach SGB V noch nicht abgeschlossen ist bzw. die Übernahme der Kosten für den Sicherheitsdienst während eines Krankenhausaufenthaltes.

3.3.2 Eingliederungshilfe und gesetzliche Pflegeversicherung (SGB XI)

Die Betrachtung der Schnittstelle zur Pflege nach SGB IX ist grundsätzlich ein äußerst wichtiges Thema, kann hier jedoch – angesichts des vorgesehenen Arbeitsauftrags – nur angeschnitten werden.

Welche Form der Leistung letztendlich die richtige ist – aus dem SGB IX oder dem SGB XI – hängt von den jeweils individuellen Voraussetzungen ab und kann immer nur im Einzelfall unter Würdigung der Gesamtumstände und unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts ermittelt werden.

Schnittstellenprobleme treten dann auf, wenn ein Bedarf festgestellt wurde, der durch Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 SGB IX gedeckt werden soll, aber kein entsprechendes Angebot der Eingliederungshilfe vorhanden ist.

Dies gilt vor allem für den Personenkreis der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und herausforderndem Verhalten, die über eine zeitweilige Freiheitsentziehung im Rahmen eines Unterbringungsbeschlusses nach § 1831 BGB eine Einrichtung benötigen.

3.4 Allgemeiner Fach- und Arbeitskräftemangel

Es fehlen bundesweit etwa 133.000 qualifizierte Fach- und Arbeitskräfte in Sozial- und Gesundheitsberufen.¹ Der Fachkräfte- und Arbeitskräftemangel wird sich aufgrund der demographischen Entwicklungen in Deutschland noch weiter verschärfen.

Die Arbeitsbedingungen in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen und in der allgemeinen und forensischen Psychiatrie, wie Schichtdienste, eine häufig unterdurchschnittliche Bezahlung im Vergleich zu anderen Berufen, kontinuierliche Beziehungsarbeit sowie dem Umgang mit eigen- und fremdgefährdendem Verhalten von Leistungsberechtigten verstärken den Fachkräfte- und Arbeitskräftemangel in diesen Arbeitsfeldern zusätzlich. Der Fachkräfte- und Arbeitskräftemangel in Deutschland betrifft somit auch die psychiatrische Versorgung und die Leistungserbringer in der Eingliederungshilfe nach Teil 2 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch.

Fachkräfte und Arbeitskräfte der Heilerziehungspflege, Heilpädagogik, Erzieher und Erzieherinnen, Pflege, Medizin sowie weitere soziale und gesundheitsbezogene Berufsgruppen werden sowohl in den gesundheitsbezogenen Angeboten als auch in den Angeboten zur Teilhabe von Menschen mit psychischen Behinderungen oder Erkrankungen benötigt. Nur so kann Behandlung, Therapie, Pflege und Rehabilitation erfolgen und das Recht auf Teilhabe umgesetzt werden.

¹ IW-Fachkräftedatenbank auf Basis von Sonderauswertungen der BA und der IAB-Stellenerhebung, 2024

Der Fachkräfte- und Arbeitskräftemangel stellt somit auch im Übergang von Menschen aus der forensischen Psychiatrie und aus Krankenhäusern der Allgemeinpsychiatrie in die erforderliche Anschlussversorgung eine Herausforderung dar und bringt folgende Problemstellungen mit sich:

1. **Verzögerter Übergang:** Aufgrund des Mangels an Fach- und Arbeitskräften bei Leistungserbringern und Leistungsträgern kann der Übergang von Menschen aus der Forensik in Anschlussangebote verzögert werden.
2. **Unzureichende Vorbereitung:** Ohne ausreichende Unterstützung und Vorbereitung durch Fachkräfte in der Forensik oder in allgemeinpsychiatrischen Krankenhäusern und der Eingliederungshilfe könnten Menschen nicht optimal auf den Übergang vorbereitet werden.
3. **Mangelnde individuelle Unterstützung:** Der Fach- und Arbeitskräftemangel kann dazu führen, dass die Menschen nicht im erforderlichen Maß die individuelle Unterstützung erhalten, die sie benötigen, um erfolgreich soziale Teilhabe erfahren zu können und eine möglichst selbständige Lebensführung zu erreichen.
4. **Erhöhtes Krisenrisiko:** Ohne ausreichende Unterstützung und Betreuung kann das Risiko von krisenhaften Verläufen bei psychisch erkrankten Menschen, die aus der Forensik in Angebote der Eingliederungshilfe wechseln, erhöht sein.

Um den Fachkräfte- und Arbeitskräftemangel abzuschwächen und um im Wettbewerb um Fachkräfte mit anderen Berufsgruppen nicht den Anschluss zu verlieren, sind landes- sowie bundesweite Programme zur Fach- und Arbeitskräftesicherung sowie mehr politische Sichtbarkeit für die Arbeitsbereiche in der allgemeinen und forensischen Psychiatrie und der Eingliederungshilfe notwendig.

4 Handlungsempfehlungen

Die Gründe für Versorgungsengpässe sind vielschichtig und regional unterschiedlich. Dennoch zeigen sich Tendenzen, die bundesweit von Bedeutung sind und Beachtung finden sollten. Diese münden in folgende Handlungsempfehlungen, die der ASMK und GMK zur Beschlussfassung vorgelegt werden:

4.1 Regionale Kooperation verbindlich initiieren

Soweit das Problem an den Schnittstellen in ungenügenden oder fehlenden Abstimmungen der Beteiligten untereinander besteht, kann dem durch verbindliche Kooperationsstrukturen begegnet werden. Um eine Versorgung von allen Menschen mit Behinderungen – auch für den Übergang von der Allgemeinpsychiatrie und der forensischen Psychiatrie – sicherzustellen, müssen diese sozialraumorientiert bzw. regional ausgerichtet sein (gem. § 94 SGB IX). Dazu gehört auch ein systematisches und verbindlich vereinbartes Übergangsmanagement zwischen den Leistungserbringern und den Rehabilitationsträgern, insbesondere zwischen den Kliniken und dem zuständigen Träger der Eingliederungshilfe.

In diesem Rahmen wäre auch ein Case-Management hilfreich, das jeden Leistungserbringer verpflichtet, mit dem jeweils verantwortlichen Träger Anschlusshilfen seiner Klientinnen und Klienten abzusprechen. So kann verhindert werden, dass Leistungsberechtigte ohne Perspektive aus einem System entlassen werden.

4.2 Gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV) bundesweit schaffen

Die Übergänge zwischen den Systemen, Sektoren und Sozialgesetzbüchern bringen das Erfordernis der Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure sowie der Abstimmung von Prozessen mit sich. Mangelnde Kooperationsgrundlagen sowie fehlende Regelungen zu Verantwortlichkeiten führen ansonsten dazu, dass insbesondere schwer psychisch erkrankten Menschen mit komplexen Hilfebedarfen keine, falsche oder späte und nicht miteinander verzahnte medizinisch-therapeutische, psychosoziale Hilfen und Rehabilitationsleistungen erhalten. Zur Verbesserung der Koordinierung und Kooperation der Beteiligten untereinander dient die Schaffung von Gemeindepsychiatrischen Verbünden. Diese haben in einer festgelegten Region die gemeinsame Versorgungsverantwortung aller an der Versorgung psychisch erkrankter Menschen beteiligter Akteurinnen und Akteure auf struktureller und individueller Ebene mit institutioneller (Basis-) Finanzierung und unter Beteiligung aller Rehabilitationsträger. Zudem können weitere Vertretungen z.B. der Obdachlosen- und Suchthilfe, kommunalen Wohnbauunternehmen oder des rechtlichen Betreuungswesens eingebunden werden. In Kooperationsvereinbarungen oder anderen Arten der Übereinkommen werden u.a. Zuständigkeiten, Rahmenbedingungen und Standards der Zusammenarbeit geregelt. Um die verbindliche Gründung der GPV in allen Regionen sicherzustellen, sollten diese in den PsychK(H)Gs verankert und fester Bestandteil in der Landespsychiatrieplanung o.ä. sein.

Zu weiteren Ausführungen wird auf die „Qualitätsstandards für Gemeindepsychiatrische Verbünde in der BAG GPV“ der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e.V. sowie auf das Papier der Arbeitsgruppe „Langfristige Anschlussversorgung an psychiatrische Klinikbehandlung“ des Landesarbeitskreis Psychiatrie (LAK) in Baden-Württemberg verwiesen.

4.3 Individuelle und personenzentrierte Lösungen schaffen

Es sind für alle Menschen mit Behinderungen individuelle Lösungen zu finden, die system-/rechtskreisübergreifend ausgerichtet werden sollen. Dies gilt auch und in besonderem Maße für den hier beschriebenen Personenkreis. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, dass die Fachkräfte, die bei den Rehabilitationsträgern für Beratung und Unterstützung, Bedarfsermittlung und für die Gesamt- bzw. Teilhabeplanung zuständig sind, fachlich dafür qualifiziert sind, wie das beispielsweise für die Fachkräfte in der Eingliederungshilfe in § 97 SGB IX beschrieben ist. Hierzu muss die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gesichert und kontinuierlich erweitert werden. Auch im Sinne der Fachkräftesicherung sollten die Fachkräfte durch Supervision sowie die Möglichkeit der Inanspruchnahme externer Beratung unterstützt werden. Dies kann z.B. durch Netzwerke von Leistungserbringern oder durch „Konsulentendienste“ erfolgen, die Menschen mit Behinderungen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei Klärung und Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen zur Seite stehen. Nach längerer Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik können Einrichtungen, die Leistungen bzw. Prinzipien verschiedener Systeme bündeln, den Übergang in die Eingliederungshilfe erleichtern.

4.4 Flankierende Unterstützungsleistungen systematisch bereitstellen.

Insbesondere an der Schnittstelle zwischen allgemeiner Psychiatrie und forensischer Psychiatrie und Eingliederungshilfe braucht es die flächendeckende Unterstützung durch begleitende Maßnahmen aus dem psychiatrischen sowie psychotherapeutischem Versorgungssystem. Dabei könnte u.a. auch

die Verstetigung der Modellvorhaben nach § 64b SGB V, mit dem Ziel der sektorübergreifenden Leistungserbringung, eine entscheidende Rolle spielen. Hierzu ist es ferner wichtig, die unterschiedlichen Rehabilitationsträger und die unterschiedlichen Leistungsangebote je nach vorliegendem Bedarf mit in das Versorgungssystem einzubeziehen. Nur so können Drehtüreffekte vermieden und eine bedarfsgerechte Unterstützung sichergestellt werden. Dazu sind Kooperationen u.a. mit psychiatrischen Institutsambulanzen und forensischen Nachsorgeambulanzen, auch mit Blick auf Krisenintervention, notwendig. Voraussetzung hierfür ist deren auskömmliche Ausstattung mit Ressourcen, um eine Behandlungskontinuität sicherstellen zu können. Dabei sind beispielsweise auch die Möglichkeiten der Medizinischen Behandlungszentren für erwachsene Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) nach § 119c SGB V hinzuzuziehen und ggf. auszubauen.

4.5 Sicherstellungsauftrag, Strukturplanung und Versorgungsverantwortung für alle Rehabilitationsträger umsetzen

Um eine personenzentrierte Teilhabe sicherzustellen, müssen individuell geeignete Versorgungssettings geschaffen werden, die im Rahmen des jeweiligen Sicherstellungsauftrags der sieben Rehabilitationsträger und anderer Leistungsträger sowohl individuell als auch regional strukturell zu entwickeln sind. Dazu müssen die Leistungsträger eine kontinuierliche und auf Dauer gestellte Strukturplanung vornehmen. Die Strukturplanung umfasst die kurz-, mittel- und langfristige Gestaltung der Angebotslandschaft in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich, um rechtzeitig und in geeigneter Weise eine bedarfsgerechte Infrastruktur zur Erbringung von personenzentrierten Leistungen zur Teilhabe sicherzustellen. Zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen braucht es eine konstruktive Zusammenarbeit und Verpflichtung aller Rehabilitationsträger im Sinne einer gemeinsamen (regionalen) Versorgungsverantwortung.

Dazu ist es notwendig, dass alle Akteure Verantwortung für die Sicherstellung übernehmen und an den erforderlichen Prozessen mitwirken:

- Die Übernahme der Gewährleistung von Angeboten könnte als ein Auswahlkriterium von Rehabilitationsdiensten in § 36 Abs. 2 SGB IX verankert werden.
- Ergänzend könnte in § 131 Abs. 1 SGB IX eine neue Nummer eingefügt werden, um zu regeln, dass die Landesrahmenverträge Grundsätze und Methoden zur Gewährleistung der Leistungserbringung enthalten müssen.
- Sowohl die Länder als auch die Träger der Eingliederungshilfe sollen dies befördern, was in den entsprechenden §§ 94 und 95 SGB IX geschärft werden müsste.
- Neben rechtlichen Verpflichtungen, ist es notwendig, entsprechende Anreize für die beteiligten Akteure zu schaffen, in dem z.B. bei der Kalkulation von Vergütungen die sozialraumbezogene Einbindung z.B. in GPVen oder ähnlichen Verbünde berücksichtigt und die Vorhaltung von Leistungen für definierte Personengruppen („Vorhalteplätze“) refinanziert wird. Dies könnte in den Landesrahmenverträgen nach § 131 SGB IX geregelt werden.
- Darüber hinaus müsste das Zusammenwirken der Leistungsträger übergreifend im SGB I und/oder SGB V und IV verbindlicher formuliert werden, um die gemeinsame Verantwortung von Leistungsträgern und Kommunen in der regionalen Sicherstellung von Hilfeangeboten vom Grundsatz her gesetzlich zu verankern. Eine zu prüfende Option wäre im § 17 SGB I

einen Absatz einzufügen, dass sie gemeinsam die regionale, bedarfsgerechte und personenzentrierte Versorgung psychisch erkrankter Menschen bzw. von Menschen mit seelischer Behinderung sicherstellen.

Sofern sich Versorgungslücken zeigen, wird die Sicherstellung von Hilfen zu finanziellen Aufwendungen führen, wenn entsprechende Angebote zu schaffen sind, wobei Umverteilungen zu prüfen sind. Perspektivisch wirkt sich die gemeinsame Verantwortung und Sicherstellung auf die Wirksamkeit von Behandlung und Rehabilitation positiv aus, da Übergänge der Systeme optimiert werden.

4.6 Erreichbarkeit und Zugänglichkeit von Angeboten der Eingliederungshilfe verbessern

Die Effektivität von Angeboten der Eingliederungshilfe hängt insbesondere auch von der guten Erreichbarkeit bzw. Zugänglichkeit ab. Wesentlich dafür ist die Gewährleistung eines Zugangs zur Eingliederungshilfe durch Beratungs- und Unterstützungsleistungen des Trägers der Eingliederungshilfe nach § 106 SGB IX. Um diesem Anspruch nachkommen zu können, sind nicht nur entsprechend qualifizierte Fachkräfte erforderlich, sondern auch neue Wege im Verwaltungshandeln. Die Träger der Eingliederungshilfe sollten z.B. entsprechende Dienste einrichten, die je nach Erforderlichkeit auch aufsuchend tätig werden und schon im Vorfeld einer Antragsstellung mögliche Wege sondieren. Der Bund könnte dies durch Modellprojekte fördern und unterstützen.

4.7 Sicherstellung der Finanzierung von sicherheitserhöhenden Bedarfen

Die Systeme müssen so aufgestellt werden, dass sie Menschen mit hohem Betreuungsbedarf angemessen versorgen können. Kommt ein Leistungserbringer zu der Einschätzung, dass für seine Leistung zusätzliche Module erforderlich sind, muss dies innerhalb seines Leistungssystems ermöglicht werden können.

In Einzelfällen wird der Einsatz von sicherheitserhöhenden baulichen Veränderungen oder Dienstleistungen (z.B. sicherheitserhöhendes Personal) erforderlich. Dafür ist eine Finanzierung sicherzustellen.

4.8 Wohnraum schaffen/sichern

Für die genannte Zielgruppe ist es besonders problematisch, geeigneten Wohnraum auf dem ohnehin angespannten Wohnungsmarkt zu finden. Hierfür eine Lösung zu finden ist schwierig, denn es gehört weder zu den Aufgaben der allgemeinen und forensischen Psychiatrie noch der Rehabilitationsträger, Wohnraum zu schaffen. Deshalb ist die Bereitstellung von Wohnraum für den Personenkreis durch die Kommunen bspw. durch Kooperationen mit Wohnungsbaugesellschaften ein wichtiger Baustein für eine gute Teilhabe. Auch eine enge Kooperation mit den Fachstellen zur Wohnraumsicherung ist notwendig.

4.9 Früherkennung und Prävention stärken

Möglicherweise könnte durch eine rechtzeitige Intervention zumindest bei einem Teil der psychisch- oder suchterkrankten Menschen vermieden werden, dass sich herausfordernde Verhaltensweisen manifestieren. Dies betrifft insbesondere Menschen, die während einer akuten seelischen Krise aufgrund von fremdgefährdendem Verhalten im allgemeinpsychiatrischen Versorgungssystem behandelt werden. Es ist sinnvoll, diese Menschen frühzeitig im Versorgungssystem zu identifizieren und sie im Nachgang ihrer akuten Krise intensiv und nachgehend weiter zu begleiten. Hierfür gilt es, mit den beteiligten Akteurinnen und Akteuren unter Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen geeignete Instrumente zu eruieren, ggf. weiterzuentwickeln und klar strukturierte Prozesse festzulegen. Zusätzlich ist es notwendig, Projekte zur Gewaltvermeidung und Deeskalationsstrategien umzusetzen. Maßgebliche Erkenntnisse sind hierzu dem entsprechenden Teilprojekt 1 aus dem abgeschlossenen Forschungsvorhaben „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP)“ der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit zu entnehmen².

4.10 Fachkräftestrategien entwickeln

Dem Fachkräftemangel ist durch gezielte Strategien entgegenzuwirken. Diese sollten gezielt die Ursachen bekämpfen. Dazu gehören bspw.:

- Attraktive Arbeitsbedingungen,
- Ausbildung und berufliche Weiterbildung fördern,
- Entbürokratisierungs- und Digitalisierungspotentiale nutzen,
- Erwerbsbeteiligung erhöhen und damit verbundene Potentiale nutzen und
- Fachkräftezuwanderung und Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Migrationshintergrund stärken.

5 Ausblick

Die vorliegende Analyse der Schnittstellen zwischen Allgemeinpsychiatrie, forensischer Psychiatrie und Eingliederungshilfe sowie der damit verbundenen Herausforderungen zeigt deutlich, dass eine nachhaltige Verbesserung der Übergänge zwischen den Hilfesystemen nur durch eine verbindliche und enge Zusammenarbeit aller beteiligten Akteurinnen und Akteure sowie durch eine umfassende Strukturplanung und gezielte Maßnahmen zur Fachkräftesicherung erreicht werden kann.

Hierbei sind Rahmensetzungen auf Bundesebene, z.B. bzgl. einheitlicher Standards ebenso erforderlich wie deren Berücksichtigung (unter Einbezug regionaler Besonderheiten in der Angebotslandschaft). Der Fokus muss auf einer bedarfsgerechten und personenzentrierten Versorgung auf der Grundlage abgestimmter Prozesse liegen. Die Einführung verbindlicher Kooperationsstrukturen, wie z.B. im Rahmen Gemeindepsychiatrischer Verbünde und die Förderung innovativer Versorgungsmodelle können dazu beitragen, die Versorgungslücken zu schließen und die Übergänge zwischen den Systemen zu erleichtern. Dabei ist es unerlässlich, die Bedürfnisse der

² [Projekt: Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem](#), Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrische Verbünde e.V. (Hg.). Online-Ressource, letzter Zugriff 19.02.2025.

Übergänge an der Schnittstelle von Allgemeinpsychiatrie
sowie forensischer Psychiatrie und Eingliederungshilfe passgenau gestalten



betroffenen Menschen in den Mittelpunkt zu stellen und individuelle Lösungen zu entwickeln, die ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben fördern.

Die Stärkung der Früherkennung und Prävention sowie die Umsetzung von Projekten zur Gewaltvermeidung und Deeskalation sind weitere wichtige Bausteine, um die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und herausforderndem Verhalten zu verbessern.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die erfolgreiche Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen und Handlungsempfehlungen eine langfristige und kontinuierliche Zusammenarbeit aller Beteiligten erfordert. Nur durch ein gemeinsames und koordiniertes Vorgehen kann eine zukunftsfähige Versorgung gewährleistet werden, die den Bedürfnissen der Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen gerecht wird und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht.