

Fortführung des Psychiatriedialoges
zur Weiterentwicklung der Hilfen
für psychisch erkrankte Menschen

**Zielsetzungen, Handlungsempfehlungen und
Perspektiven**

15.09.2025

Inhaltsverzeichnis

1. Präambel	4
2. Zielsetzungen und Handlungsempfehlungen.....	10
Dialogforum 1: Zwangsvermeidung und Selbstbestimmung.....	10
2.1 Handlungsempfehlung 1 – Patienten- und Betroffenenrechte in psychiatrischen Institutionen bei Freiheitseingriffen bzw. Zwangsmaßnahmen – Besuchskommissionen stärken.....	10
2.2 Handlungsempfehlung 2 – Monitoring von freiheitsentziehenden Maßnahmen sowie ärztlichen Zwangsmaßnahmen auf der Bundesebene.....	15
2.3 Handlungsempfehlung 3 – Patienten- und Betroffenenrechte in psychiatrischen Institutionen in Bezug auf die Betreuerbestellung und bei Freiheitseingriffen bzw. Zwangsmaßnahmen – Verfahrensrecht weiterentwickeln	19
2.4 Handlungsempfehlung 4 – Reformbedarfe bezüglich § 1831 BGB Freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen	25
Dialogforum 2: Teilhabe an Gesundheit – Medizinische Rehabilitation	31
2.5 Handlungsempfehlung 5 – Medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen bedarfsgerecht ausbauen – Zugänge und Ausrichtung individuell und niedrigschwellig gestalten	31
2.6 Handlungsempfehlung 6 – Medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen bedarfsgerecht ausbauen – Lebensweltorientierung stärken durch ambulante und mobile Angebote und eine entsprechende Bedarfsplanung.....	35
Dialogforum 3: Schnittstelle Behandlung und Teilhabe an der Arbeit und Beschäftigung..	40
2.7 Handlungsempfehlung 7 – Betriebliches Eingliederungsmanagement personenzentrierter ausrichten und stärker mit Behandlung verknüpfen.....	40
2.8 Handlungsempfehlung 8 – Stufenweise Wiedereingliederung im SGB V und SGB IX weiterentwickeln.....	43
2.9 Handlungsempfehlung 9 – Zugänge und Beratung zu Behandlungs- und Teilhabeleistungen zum Erhalt des Arbeitsplatzes und zur Rückkehr an den Arbeitsplatz verbessern	46
Dialogforum 4 (a): Schnittstelle Soziale Teilhabe	48
2.10 Handlungsempfehlung 10 – Beratung und Unterstützung im Zugang zu Eingliederungshilfen personenzentrierter ausrichten.....	48
2.11 Handlungsempfehlung 11 – Vorhalteleistungen bei Assistenzleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe sicherstellen.....	51
Dialogforum 4 (b): Übergreifende Handlungsbedarfe	53
2.12 Handlungsempfehlung 12 – Kooperation und Vernetzung innerhalb der Leistungsbereiche und übergreifend auf- und ausbauen	53

2.13	Handlungsempfehlung 13 – Personenzentrierte Koordination der Hilfen im Verlauf gewährleisten und absichern	56
2.14	Handlungsempfehlung 14 – Regionale Sicherstellung der Hilfen in geteilter und gemeinsamer Verantwortung – Leistungsträger, Leistungserbringer, Bund und Land – Hand in Hand.....	60
2.15	Handlungsempfehlung 15 – Individuelle und integrierte Behandlungs- und Teilhabeplanung weiterentwickeln und sicherstellen	66
	Dialogforum 5: Partizipation	70
2.16	Handlungsempfehlung 16 – Stärkung der Selbsthilfe und Einbezug von Erfahrungsexpertise in Behandlung und psychosozialen Hilfen	70
2.17	Handlungsempfehlung 17 – Sicherstellung der Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten	76
2.18	Handlungsempfehlung 18 – Organisierte Selbstvertretung der Betroffenen und der An- und Zugehörigen stärken	81
3.	Dialogprozess und Handlungsempfehlungen – Impulse aus dem Abschlussforum und Perspektiven	86
4.	Anhang	90

1. Präambel

Ausgangssituation

Die Aktion Psychisch Kranke (APK) hat in der vorletzten Legislaturperiode den vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiierten Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen organisiert und moderiert.

Unter Beteiligung der Fach- und Berufsverbände, der Selbsthilfe und der Selbstverwaltung konnten für den Bereich der Behandlung 13 Handlungsfelder und darauf bezogene Zielsetzungen konsentiert und Handlungsempfehlungen diskutiert und konkretisiert werden.¹ Der Fokus lag im Binnenbereich des Sozialgesetzbuches (SGB) V.

Gezeigt hat sich zugleich ein dringender Handlungsbedarf in Bezug auf die Schnittstellen zu den Leistungsbereichen der Sozialen Teilhabe, Arbeit und Beschäftigung, den medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung und der Pflege. Des Weiteren wurden im Bereich Partizipation Überschneidungen zu anderen Leistungsbereichen und Schnittstellen zum Betreuungsrecht in Bezug auf Zwang und Selbstbestimmung identifiziert.

Für die Fortführung des Dialoges und der Entwicklung von Lösungswegen und Handlungsempfehlungen zu diesen Herausforderungen wurden in der zurückliegenden Legislaturperiode aus dem Gesundheitsetat Mittel für die APK bewilligt. Die Fortführung ist damit auch in die Trägerschaft der APK delegiert.

Grundsätzliche Zielsetzung war wie bereits im ersten Dialog, Handlungsbedarfe zu identifizieren und in Form von gesetzlichen und untergesetzlichen Änderungsempfehlungen gekoppelt mit Prüfaufträgen und politischen Handlungsstrategievorschlügen die Weiterentwicklungslinien zu skizzieren.

Im Fokus standen die im ersten Dialog nicht bearbeiteten Themenfelder:

- Partizipation übergreifend über das SGB V hinaus mit dem Fokus auf Schnittstellen und Überschneidungen auch in Bezug auf die Länderebene,
- Zwangsvermeidung und Selbstbestimmung über das SGB V hinaus mit dem Fokus auf Schnittstellen zum Betreuungsrecht und den Psychisch-Kranken-(Hilfe)-Gesetzen (PsychK(H)Gs) der Länder,
- Schnittstellen zwischen den Leistungen im Behandlungsbereich und denen der Teilhabe – spezifische zu den verschiedenen Teilhabebereichen und übergreifend.

In den Empfehlungen werden Vorschläge formuliert, die auftragsgemäß an das Parlament, die relevanten Ministerien vorrangig auf Bundesebene aber auch Landesebene und die Leistungsträger adressiert sind. Den Verbänden der Leistungserbringern und den Fachgesellschaften kommt hier eine unterstützende Funktion zu.

Gleichwohl sind in den Zielsetzungen und Handlungsbedarfen auch Möglichkeiten implizit mitgedacht, die schon jetzt bestehen. Hier sind die relevanten Akteure in gemeinsamer Verantwortung schon jetzt in ihrer Pflicht entsprechend zu handeln. Das Warten auf die vorgeschlagenen Reformen

¹ Vgl. <http://www.psychiatriedialog.de/startseite> (zuletzt abgerufen am 31.07.2025)

und Weiterentwicklungen sollte keineswegs schon jetzt bestehende Handlungsbereitschaften und entsprechende Aktivitäten einschränken. Die formulierten Zielsetzungen und Handlungsbedarfe können hier Orientierung bieten.

Zugleich sind die entwickelten Handlungsempfehlungen Lösungsvorschläge, die nicht den Anspruch haben können, allumfassend und mit einer Erfolgsgarantie verbunden zu sein. Der Umsetzungsweg ist immer dynamisch zu sehen und muss den Spielraum der flexiblen Anpassung oder die Implementation neuer Perspektiven beinhalten.

Die konstruktive Beteiligung der Verbände, insbesondere auch über Vertretungen in der Dialoggruppe, spiegelt sich in der Vielzahl der Stellungnahmen und Impulse wider. Diese sind in die Empfehlungen eingeflossen und es konnte eine weitgehende Übereinstimmung in Bezug auf Handlungsempfehlungen erreicht werden. Den Vertretungen der Leistungsträger und den ministeriellen Vertretungen kamen im Prozess beratende und teilweise auch mahnende Funktionen in Bezug auf die Umsetzungsrealitäten zu.

Zielgruppe: Personen mit psychischen Beeinträchtigungen und komplexen Hilfebedarfen

Wesentliche Zielgruppe der Handlungsempfehlungen sind Menschen mit schwereren psychischen Erkrankungen. Zur Definition kann hier auf die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ zurückgegriffen werden.² Umfasst sind Menschen mit jeder psychiatrischen Diagnose, welche über längere Zeit, d. h. über mindestens zwei Jahre, Krankheitssymptome aufweisen bzw. in Behandlung sind, die mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und das soziale Funktionsniveau einhergehen sowie häufig mit einer intensiven Inanspruchnahme des Behandlungs- und psychosozialen Hilfesystems verbunden sind. Es ist von bis zu 1 Millionen Betroffener auszugehen. Gleichwohl sind auch Menschen mit psychischen Erkrankungen adressiert, die noch nicht diese Kriterien erfüllen, aber sich der Weg dorthin abzeichnet bzw. die Erkrankung bereits mit vielfältigen negativen Folgen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und die Teilhabe haben. So ist nach der Definition des SGB IX nach 6 Monaten andauernder Erkrankung und Teilhabeeinschränkung in Wechselwirkung mit Barrieren von einer seelischen Behinderung bzw. psychischen Beeinträchtigung auszugehen.

Die Behandlungsbedarfe und Unterstützungsbedarfe sind entsprechend komplex. Neben intensiver Behandlung und medizinischer Rehabilitation sind in der Regel auch Unterstützungsleistungen zur sozialen Teilhabe und bzw. oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig. Aber auch weitere psychosoziale Hilfen wie Schuldnerberatung oder auch Hilfen bei Obdachlosigkeit können indiziert sein.

Die komplexen Hilfebedarfe variieren je nach Krankheitsbild und -verlauf und Lebensumständen. Damit sind hohe Anforderungen an die Bedarfsermittlung und Hilfeplanung verbunden.

² Vgl. https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/28165ed34c0c09d9e092cbfb138e6edcbfcc277/S3-LL-PsychosozTherapien_Langversion.pdf (zuletzt abgerufen am 31.07.2025)

Partizipation

Im ersten Dialog wurden die Partizipationsrechte begrenzt auf die Bundesebene und damals bezogen auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erörtert. In der Fortführung des Dialoges wurde die Partizipation als Querschnittsthema umfassend auf allen Ebenen aufgegriffen und der Thematik ein eigenes Dialogforum zugeordnet (Reihenfolge siehe Einführung, S. 9).

Mit der Ratifizierung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) verpflichtete sich Deutschland zur Schaffung einer inklusiven Gesellschaft und der Umsetzung des Selbstbestimmungsrechtes von Menschen mit Behinderungen. Die Verpflichtungen durch die UN-BRK gelten übergreifend für alle psychosozialen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Unterstützungsangebote. In der Präambel der UN-BRK wird die umfassende Mitwirkung von Menschen mit Behinderungen an Entscheidungsprozessen über politische Konzepte und über Programme, insbesondere wenn diese sie unmittelbar betreffen, eingefordert.

Menschen mit Behinderungen sind in allen Phasen von Entscheidungs-, Umsetzungs- und Überwachungsprozessen von Maßnahmen, die sie direkt oder indirekt betreffen, auf allen Ebenen in allen Bereichen frühzeitig und fortlaufend eng zu konsultieren und sie sind aktiv einzubeziehen.³

Die wirksame Beteiligung von Menschen an persönlichen, gesellschaftlichen und politischen Entscheidungsprozessen und ihre Einflussnahme auf das Ergebnis haben Selbsthilfeorganisationen von Betroffenen und An- und Zugehörigen seit ihrer Gründung in den 1980er Jahren gefordert. Doch Partizipation muss politisch und seitens der Leistungsträger gewollt, gestaltet und finanziell unterstützt werden. Barrieren wie Stimmengewichtungen sowie fehlende Informationen, Zeit und finanzielle Ressourcen erschweren die Partizipation.

Damit Partizipation gelingt, ist eine Kultur der Partizipation notwendig, die rechtsbasiert und frei von Diskriminierung ist. Dies erfordert Barrierefreiheit – sowohl mit Blick auf Einstellungen als auch den Zugang zu benötigten Ressourcen.

In den Empfehlungen werden Vorschläge formuliert, die im Sinne der angeführten Zielsetzung adressiert sind und die Stärkung der Selbstbestimmung, der Selbsthilfe und der Selbstvertretung umfassen.

Neben der Stärkung der Selbsthilfe und Selbstvertretung auf politischer Ebene und auf der Ebene der Leistungsträger sind die Leistungserbringenden schon jetzt gefragt, Partizipation in ihren Strukturen zu ermöglichen und die Leitenden hierfür in die Verantwortung zu nehmen. Die Partizipation von Psychiatrie-Erfahrenen und ihrer An- und Zugehörigen erfordert einen kulturellen Wandel in der Kommunikation, Reflexion und Kooperation in den Unterstützungsangeboten und den dort tätigen Mitarbeitenden.

Im Bereich der Kinder und Jugendlichen ist die Partizipation zudem im Spannungsfeld von Elternrechten und Kinderrechten zu sehen. Die UN-Kinderrechtskonvention stellt die mit zunehmender

³ Vgl. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CRPD/CRPD_Allg_Bemerkung_7_01.pdf (zuletzt abgerufen am 31.07.2025)

Reife immer mehr in den Vordergrund zu stellenden Partizipations- und (Mit-)Entscheidungsrechte Minderjähriger explizit dar. Gerade in der Zugangsgestaltung im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter ist eine Stärkung der Beteiligungsmöglichkeiten in dieser besonderen Lebensphase von besonderer Bedeutung.

Schnittstellen und Überschneidungen von Behandlung und Teilhabeleistungen

Die Hilfeangebote und die rechtliche Verankerung der Rehabilitation bzw. von Teilhabeleistungen ist im gegliederten System und in der fachlichen Historie dreigeteilt: die medizinische, die berufliche Rehabilitation bzw. Teilhabe am Arbeitsleben und die soziale Rehabilitation. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) wurde die Teilhabe an Bildung als Leistungsbereich im SGB IX ergänzt. Nur die Rehabilitationsangebote für psychisch kranke Menschen (RPK) verknüpfen die medizinische und berufliche Rehabilitation bzw. Teilhabe am Arbeitsleben in einem Leistungsangebot.

Das SGB IX enthält im ersten Teil Regelung zur Zusammenarbeit und Kooperation, ohne dass das gegliederte System grundsätzlich in Frage gestellt wird.

Diese Versorgungs- und Rechtslage als Ausgangspunkt hat bei der Planung der Dialogforen zu der Entscheidung geführt auch entsprechend drei separate Foren zu konzipieren:

- Medizinische Rehabilitation (mobil, ambulant, ganztags ambulant, stationär) bzw. Teilhabe an Gesundheit,
- Teilhabe am Arbeitsleben bzw. Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung bei Einbezug geminderter Erwerbsfähigkeit und
- Soziale Teilhabe und psychosoziale Hilfen.

Dabei war auch im Bewusstsein, dass es bei der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Versorgung Überschneidungen in Bezug auf die Schnittstelle zur Behandlung geben wird. Zugleich bleiben die Kooperation und eine rehabilitationsträgerübergreifende Leistungserbringung entwicklungsperspektivisch im Fokus. Die Teilhabe an Bildung wurde den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen zugeordnet, auch wenn der Anspruch auch bei Erwachsenen insbesondere in Bezug auf das Nachholen von Bildungsabschlüssen gegeben sein kann.

Dies betrifft insbesondere das Versorgungsmanagement in Bezug auf die Übergänge zwischen Behandlung und Rehabilitation. Dabei stehen Teilaspekte wie die Integrierte Planung, Vorbereitung von Übergängen, Kompatibilität zu den International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) und International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) sowie die Kooperation im Fokus.

Die spezifischen Handlungsbedarfe und spezifische Handlungsoptionen wurden in den jeweiligen Foren diskutiert und jeweils Handlungsempfehlungen entwickelt und priorisiert.

Für das Themenfeld „Medizinische Rehabilitation“ wurden entsprechend die Besonderheiten der Unterversorgung, des Ungleichgewichtes stationär/ambulant und in der Lebensspanne, der Lebensweltorientierung und der nicht ausreichenden Berücksichtigung der Partizipation bearbeitet.

Im Fokus des dritten Forums stand die Schnittstelle bzw. die Übergänge von Behandlung in Arbeit bzw. an den Arbeitsplatz und wenn auch nur begrenzt die Schnittstelle bei Arbeitslosigkeit. Thematisiert konnte hier nur die Schnittstelle zu den Integrationsfachdiensten werden. Die Schnittstelle zu den Jobcentern bzw. zum SGB II konnte auf Grund des zunächst vorgegebenen engen zeitlichen Rahmens nicht aufgegriffen werden, auch wenn hier Handlungsbedarfe gesehen wurden. Auf Grund der zwischenzeitlich erfolgten Verlängerung der Laufzeit der Fortführung ist vorgesehen, nach dem Abschlussforum die Thematik im zweiten Halbjahr 2025 unter Berücksichtigung der rehapro-Model- lergebisse im Sinne von Nacharbeiten noch aufzugreifen. Auch die Schnittstellen zu Hilfen bei Ob- dachlosigkeit wurden zwar im vierten Dialogforum erörtert jedoch noch nicht in Richtung einer Emp- fehlung abschließend diskutiert. Auch hier ist die Nacharbeit für das zweite Halbjahr vorgesehen.

Im Bereich der Sozialen Teilhabe wurde deutlich, dass die priorisierten Handlungsbedarfe hier vor- rangig über das Eingliederungshilferecht abzudecken sind. So wurden die Erleichterungen für Zu- gänge, die Vorhalteleistungen im Rahmen der Assistenz und die Antragserfordernisse diskutiert und Handlungsempfehlungen entwickelt. In Bezug auf die Antragserfordernisse waren die Handlungs- bedarfe noch nicht so weitgehend identifizierbar, dass eine Empfehlung aktuell zu einigen gewesen wäre.

Die übergreifenden Handlungsempfehlungen wurden folgerichtig erst am Ende des dritten Teil- habe-Fforums zusammenfassend formuliert. Diese betreffen die leistungsbereichsübergreifende und personenzentrierte Planung und Koordination, die gemeindepsychiatrische Verbundarbeit und damit verbundene gemeinsame Verantwortung für die Sicherstellung der Hilfen in den Regionen. Den Leistungsträgern ist hier eine Verpflichtung zuzuordnen.

Zwangsvermeidung und Selbstbestimmung

Die Prävention bzw. die Vermeidung von Zwang steht im engen Zusammenhang mit frühzeitigen Hilfeangeboten. Im ersten Psychiatriedialog wurden diesbezüglich bereits Empfehlungen insbeson- dere zur ambulanten Krisenhilfen, zur ambulanten Intensivbehandlung, zur ambulanten medizini- schen Rehabilitation, zur Behandlungs- und Leistungsberatung und zum Peer-Einsatz vorrangig be- zogen auf das SGB V formuliert. Die Umsetzung dieser Empfehlungen soll separat weiterverfolgt werden. Die Fortführung des Psychiatriedialoges ist vorrangig auf die Schnittstellen zu den anderen Leistungsbereichen ausgerichtet.

- Auch in diesem Zusammenhang sind die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ und die S2k-Leitlinie „Autonomieför- derung und Prävention von Zwangsmaßnahmen, Unterbringungen und freiheitsentziehen- den Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Be- handlung“ einzuordnen. Hier erfolgen zurzeit parallel zum Dialogfortführungsprozess Über- arbeitungen.
- Stellungnahmen im ersten Dialog, der Fachdiskurs um die Umsetzung der UN-BRK und die höchstrichterliche Rechtsprechung haben gezeigt, dass Selbstbestimmung und Zwangsver- meidung eng verknüpft sind

- mit mehr Transparenz und Kontrolle zu Zwangsmaßnahmen,
 - mit Reduzierung von Zwang und Umsetzung des Grundsatzes der Ultima Ratio,
 - mit der Stärkung der Betroffenenrechte im Verfahren und in der Umsetzung.
- Unter Zwang/Zwangsmaßnahmen werden alle Maßnahmen verstanden, die ohne (Zustand der Willenlosigkeit) oder gegen den Willen eines Menschen vollzogen werden. Zu unterscheiden ist dabei zwischen Maßnahmen des Freiheitsentzugs und ärztlichen Zwangsmaßnahmen. Der Vollzug von ärztlichen Zwangsmaßnahmen ist nur gegen den Willen rechtlich legitimiert.
 - Landesgesetzliche Regelungen in Bezug auf Zwangsmaßnahmen, insbesondere die Ausgestaltung der PsychK(H)Gs, sind nicht vorrangig Gegenstand der Fortführung des Psychiatriedialoges, aber die Schnittstellen zu der Bundesebene wurden beleuchtet.
 - Durch die BMG-geförderten Projekte „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP)“ und „Zwangsmaßnahmen im Psychiatrischen Hilfesystem: Erfassung und Reduktion (ZIPHER)“ und dem Fachdiskurs, der sich in den eingegangenen Stellungnahmen und Positionspapieren zeigt, wurden bereits Handlungsansätze auf Bundesebene vorgelegt oder zumindest angedacht.

In den Handlungsempfehlungen wurden die vorliegenden Ansätze konkretisiert und priorisiert sowie die Stärkung der Patientenrechte in den Verfahrenswegen fortgeschrieben.

Die Handlungsansätze wurden über die Lebensspanne gedacht (inklusive Kinder, Jugendliche und ältere Menschen). Ein Reformbedarf für den gerade geänderten § 1631b des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) im Vormundschaftsrecht in Bezug auf Kinder und Jugendliche wurde im Gegensatz zu dem § 1831 BGB für den Erwachsenenbereich nicht gesehen.

Besondere Belange von Kindern und Jugendlichen

In den ersten beiden Foren wurden die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen umfassend berücksichtigt. In den beiden weiteren Foren zur Teilhabeleistungen fanden aus den bereits angeführten zeitlichen Begrenzungen die Schnittstellen insbesondere zur Kinder- und Jugendhilfe und zum Übergang Schule in Ausbildung nur peripher Berücksichtigung. Durch eine zusätzliche Veranstaltung und einer entsprechenden Besetzung von Expertinnen und Experten konnte zumindest die Schnittstelle zur Kinder- und Jugendhilfe aufgegriffen werden. Auch das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) war vertreten. Deutlich werden spezifische Bedarfe, und aufgrund der unterschiedlichen beteiligten Systeme auch vom Erwachsenenbereich, sich unterscheidende Lösungsansätze für die Verbesserung der Kooperation und Sozialen Teilhabe. Die in der 20. Legislatur nicht mehr verabschiedete Reform der Eingliederungshilfe („inklusive“ Lösung im SGB VIII) wurde thematisch aufgegriffen. Eine entsprechende Handlungsempfehlung kann erst im Nachgang zum Abschlussforum erstellt werden. Auch die Beeinträchtigungen im Bereich der Teilhabe an Bildung muss entsprechend in einem Folgeprozess bearbeitet werden.

2. Zielsetzungen und Handlungsempfehlungen

Die im Folgenden angeführten Zielsetzungen und Handlungsempfehlungen orientieren sich in ihrer Reihenfolge an dem zeitlichen Ablauf der Dialogforen.

Auf Grund der engen Zeittaktung für die Vorbereitungsphase wurde zunächst die Themenstellung Zwangsvermeidung und Selbstbestimmung aufgegriffen, da hier auf umfangreiche Vorarbeiten aus dem Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekten „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP)“⁴ und „Zwangsmaßnahmen im Psychiatrischen Hilfesystem: Erfassung und Reduktion (ZIPHER)“⁵ zurückgegriffen werden konnte. Die thematisch damit eng verbundene Themenstellung Partizipation wurde auf Grund des Votums der Selbsthilfevertretenden in der Vorbereitung zeitlich an das Ende der Dialogreihe gesetzt, um ausreichend Zeit für die Vorbereitung zu gewinnen. Die Reihenfolge der Schnittstellenforen ist angelehnt an die Reihenfolge im SGB IX Rehabilitation und Teilhabe.

Die Teilhabebereiche übergreifenden betreffenden Handlungsempfehlungen wurden, wie in der Präambel angeführt, im vierten Dialogforum behandelt.

Dialogforum 1: Zwangsvermeidung und Selbstbestimmung

2.1 Handlungsempfehlung 1 – Patienten- und Betroffenenrechte in psychiatrischen Institutionen bei Freiheitseingriffen bzw. Zwangsmaßnahmen – Besuchskommissionen stärken

2.1.1 Zielsetzungen

Die trialogisch besetzten Besuchskommissionen sollten auf gesetzlicher Grundlage auf die zivilrechtlichen freiheitsentziehenden Maßnahmen in allen Bundesländern ausgeweitet werden. Dies gilt auch für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung. In einzelnen Bundesländern ist dies bereits vollzogen. Zugleich ist eine Ausweitung auf Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege in den Ländern zu empfehlen, muss jedoch mit den jeweiligen Ländergesetzen in Einklang gebracht werden.

Inwieweit hier eine zivilgesellschaftlich ausgerichtete oder stärker staatlich organisierte Form gewählt wird, ist mit länderspezifischen Rahmenbedingungen in Verbindung zu bringen, sollte aber dem Prinzip der weitgehenden Unabhängigkeit in der Ausübung der Besuchskommissionsarbeit folgen.

Für die Mitglieder der Besuchskommissionen sollten für die Arbeit sicherstellende, bedarfsgerechte Rahmenbedingungen bestehen (Honorierung, Organisation, etc.).

⁴ Vgl. https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/Projektbericht_ZVP.pdf (zuletzt abgerufen am 31.07.2025)

⁵ Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/Abschlussbericht_ZIPHER_Vorlage_barrierefrei.pdf (zuletzt abgerufen am 31.07.2025)

Notwendig sind kontinuierliche Austausch-, Reflexions- und Auswertungsprozesse zwischen den Bundesländern. Neben dem Austausch wäre ein Ziel, die Erarbeitung eines fortzuschreibenden bundesweiten Orientierungsleitfadens bzw. Kriterienkatalogs für eine patientenorientierte und menschenrechtebezogene Arbeit der Besuchskommissionen in die Wege zu leiten.

2.1.2 Gründe

Besuchskommissionen als Instrument der zivilgesellschaftlichen Kontrolle oder als ein ergänzendes Element der staatlichen Aufsicht mit zivilgesellschaftlicher Beteiligung haben sich in Bezug auf freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) und ärztliche Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung im öffentlich-rechtlichen Bereich der Psychisch-Kranken-(Hilfe)-Gesetze (PsychK(H)Gs) der Länder bewährt.

Nur als Ultima Ratio bei erheblicher Fremd- oder Selbstgefährdung und unter konkret definierten Voraussetzungen sind diese Maßnahmen legitimiert. Sie beinhalten weitgehende Eingriffe in Grund- und Menschenrechte und bedürfen einer umfassenden Kontrolle und Aufsicht in ihrer Umsetzung. Die Verankerung von Besuchskommissionen in den PsychK(H)Gs in den Ländern verlief nicht parallel, sie ist Stand 2024 jedoch Bestandteil in allen Ländern, wenn auch in unterschiedlichen Ausgestaltungsformen.

In einzelnen Ländern gehen die Besuchskommissionen über den Wirkungskreis der öffentlich-rechtlichen Unterbringung hinaus und „besuchen“ auch Angebote von Teilhabe- und Pflegeeinrichtungen oder berücksichtigen in psychiatrischen Krankenhäusern nach Zivilrecht untergebrachte Personen. Die Verfahrens- und Organisationswege für die Arbeit der Kommissionen weisen Gemeinsamkeiten aber auch Unterschiede auf und Novellierungen der PsychK(H)Gs waren und sind nicht selten auch mit Weiterentwicklungen der Kommissionsarbeit verbunden.

Gegenwärtig bestehen zwei unterschiedliche Regelungskreise, die Maßnahmen auf öffentlich-rechtlicher Grundlage und die auf zivilrechtlicher Grundlage. Für die öffentlich-rechtlichen Regelungen sind die Länder zuständig und regeln dort auch Fragen der Aufsicht und der Zuständigkeitsbereiche der Besuchskommissionen. Über die Beilehung mit hoheitlicher Gewalt stellen sich auch die Befugnisse der Einrichtungen anders dar als bei den Maßnahmen auf zivilrechtlicher Grundlage. Hier sind wesentliche Kontrollpflichten den rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern zugewiesen. Es bestehen hier Behandlungs- bzw. Wohn- und Betreuungsverträge als Grundlage. Gleichwohl ist hier auf der Einrichtungsebene eine Kontrolle auf der Grundlage der leistungserbringerrechtlichen Vorgaben möglich und geboten.

Bei Minderjähriger können während der Verfahren nach § 1631b Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) Verfahrenspflegende ggfs. die Rechte Minderjähriger mit vertreten. Ansonsten obliegt es den sorgeberechtigten Personen, die auch den Antrag nach § 1631b BGB stellen, die Maßnahmen zu kontrollieren. Da Unterbringungen und FEM nach § 1631b BGB die Mehrzahl der Zwangsmaßnahmen bei Minderjährigen ausmachen, sollten auch diese Maßnahmen von Besuchskommissionen umfasst und statistisch erfasst werden.

Auf Fachdiskursebene der in der Psychiatrie tätigen Fachverbände, in den beiden vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Projekten ZVP und ZIPHER und zuletzt im ersten Psychiatriedialog, wurde vermehrt der Wunsch geäußert, einen bundesweiten Überblick über dieses so wichtige Instrument und wie es in den Ländern umgesetzt wird, zu gewinnen. Den meisten Stimmen gemeinsam war auch das Bedauern, dass betreuungsrechtliche Zwangsmaßnahmen nur selten im Wirkungskreis der Besuchskommissionen stehen und die Auffassung, dass es auch hier sinnvoll wäre, sich zu den Entwicklungen in den Ländern auszutauschen.

2.1.3 Maßnahmen

Regelungen zur Aufsicht über und Kontrolle von Maßnahmen auf zivilrechtlicher Grundlage über die Aufgabenstellung der rechtlichen Betreuung hinaus fehlen bisher weitgehend und bedürfen daher einer entsprechenden rechtlichen Grundlage. Diese umfasst die Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken, in besonderen Wohnformen und Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe. In einzelnen Landesgesetzen sind Ansätze zu Vorgaben zur Aufsicht enthalten. Die Besuchskommissionen als Kontroll-, Aufsichts- und Transparenzinstrument sollten so weitgehend wie möglich und auf der oben angeführten gesetzlichen Grundlage auf die zivilrechtlichen freiheitsentziehenden Maßnahmen in allen Bundesländern ausgeweitet werden. In einzelnen Bundesländern ist dies über die PsychK(H)Gs bereits vollzogen. Dies impliziert dann auch die Zuständigkeit für Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege, da auch hier die zivilrechtlichen Maßnahmen zum Tragen kommen.

Regelungen auf der Länderebene

Eine grundsätzliche Möglichkeit bestünde darin, die Zuständigkeit der Besuchskommissionen auf den Personenkreis zu erstrecken, der im jeweiligen PsychK(H)G genannt ist.

Daraus würde sich ergeben, dass nicht nur Krankenhäuser und dort Untergebrachte besucht würden, sondern dass alle Einrichtungen und Dienste, die Hilfeleistungen für psychisch erkrankte Menschen erbringen, einbezogen würden. Solche Regelungen bestehen in einzelnen Ländern.

Eine weniger weitgehende Regelung könnte sich zwar auf die Krankenhäuser beziehen, dann aber auf den gesamten Kreis der Patientinnen und Patienten, also nicht nur auf Patientinnen und Patienten mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.

Wenn sich die Besuchskommissionen nur auf Patientinnen und Patienten erstrecken soll, die von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen betroffen sind, dann könnte über diesen Weg auch sichergestellt werden, dass auch die Patientinnen und Patienten besucht werden, deren Freiheitsbeschränkung auf der Grundlage des BGB genehmigt wurde.

Für die Länder bestehen Regelungsmöglichkeiten über die PsychK(H)Gs.

Über die Landeskrankenhausgesetze, Wohn- und Teilhabegesetze und Ausführungsgesetze zum Sozialgesetzbuch (SGB) XI wären ergänzende Regelung hilfreich, um die Zuständigkeit verbindlich zu sichern.

Regelungen auf Bundesebene

Auf Bundesebene wären Regelungen im Zusammenhang mit den Gewaltschutzvorgaben im SGB IX und den Qualitätssicherung-Verpflichtungen im SGB V und SGB XI vorstellbar. Hier wäre jeweils ein Prüfauftrag zu vergeben.

So könnte in § 37a SGB IX die Mitwirkung an externen Monitoringverfahren explizit als geeignete Maßnahme angeführt werden.

In Bezug auf das SGB V wurde bereits eine Handlungsempfehlung im ersten Dialog vorgelegt, zur Verpflichtung der Krankenhäuser im Rahmen der Qualitätssicherung, sich am regionalen Zwangsmonitoring zu beteiligen. Die gesetzliche Verankerung steht noch aus und sollte um die Berichterstattung über die Besuche der Besuchskommissionen erweitert werden. Die Umsetzung sollte insgesamt forciert werden.

Zusammenführung Länderebene und Bundesebene

Die gesetzlichen Änderungen auf **Länderebene** unterliegen im föderalen System allein der Länderhoheit. Hier müssten entsprechend die oben angeführten Empfehlungen aufgegriffen werden. Ein Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz in diese Richtung wäre hilfreich. Ein Teil der notwendigen gesetzlichen Änderungen wäre Bundesrecht. Insofern wäre hier eine Austauschplattform auf Bund-Länder-Ebene zu überlegen. Die im Zusammenhang mit der Empfehlung zum Zwangsmonitoring vorgeschlagene Bund-Länder-Arbeitsgruppe wäre hier eine mögliche Plattform.

Zusammenführung Reflexion und Austausch auf Bundesebene

Zudem sollten die unterschiedlichen Erfahrungen und Ausgestaltungen in den Ländern in einen kontinuierlichen Austausch-, Reflexions- und Auswertungsprozess eingespeist werden. Die auf der Grundlage der Fortführung des Psychiatriedialoges erfolgten ersten Schritte einer bundesweiten Auswertung in einem Workshopformat sollten fortgesetzt werden (Verweis auf Dokumentation). In dem Workshop wurde eine Fortsetzung in regelmäßigen Abständen vorgeschlagen.

Zugleich war ein Ergebnis des Workshops der Vorschlag, einen bundesweiten Orientierungsleitfaden für eine patientenorientierte und menschenrechtsbezogene Arbeit der Besuchskommissionen zu erarbeiten.

Dieser sollte auch einen Orientierungsrahmen für die notwendigen strukturellen Bedingungen für die Arbeit einer dialogisch besetzten Besuchskommission abstecken.

Zentrale Diskussionspunkte im Workshop, die gegebenenfalls für einen Orientierungsleitfaden von Bedeutung wären, waren

- die Zusammensetzung der Besuchskommissionen,
- die Organisationsstrukturen und auch die Vergütungsregelungen bzw. Aufwandsentschädigungen für die Mitglieder,
- die Abläufe der Besuche und insbesondere der Einbezug der Betroffenen in den Krankenhäusern und Angeboten während der Besuche,
- die Rückkoppelung der Ergebnisse bzw. Berichterstellung und deren Wirksamkeit.

Wichtiges Differenzierungskriterium ist die oben ausgeführte Konstruktion der Besuchskommissionen auf zivilgesellschaftlicher oder staatlicher Basis.

Im Sinne der Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ist hier ein zu vergebender Auftrag durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales denkbar. Zu prüfen wäre aber auch ein interministerieller Auftrag gemeinsam mit dem BMG und dem Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz.

2.1.4 Perspektive und Auswirkungen

Der Zeithorizont für die Umsetzung müsste längerfristig abgesteckt werden, da hier die unterschiedlichen Ausgangspunkte in den Ländern zu berücksichtigen sind und die Zusammenführung von Bund- und Länderebene eine besondere Herausforderung darstellt. Die Aufwendungen auf Länderebene sind auf Grund der bereits nutzbaren bestehenden Strukturen überschaubar und dürften sich je nach Landesgröße im unteren sechsstelligen Bereich bewegen. Die Zusammenführung auf Bundesebene ist mit Arbeitsaufwand verbunden und je nach Verantwortungszuweisung pro Jahr auch im unteren sechsstelligen Bereich zu verorten.

2.2 Handlungsempfehlung 2 – Monitoring von freiheitsentziehenden Maßnahmen sowie ärztlichen Zwangsmaßnahmen auf der Bundesebene

2.2.1 Zielsetzungen

Freiheitsentziehende Maßnahmen und ärztliche Zwangsmaßnahmen sind mit weitgehenden Eingriffen in die im Grundgesetz und dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) verankerten Menschenrechte verbunden und sind nur als Ultima Ratio und auf gesetzlicher Grundlage legitimiert. Sofern solche Maßnahmen nach Ausschöpfung aller milderer Mittel unvermeidbar sind, sind Transparenz und Kontrolle ethisch und rechtlich unabdingbar.

Durch Dokumentation von Art, Umfang und Begründung von Zwangsmaßnahmen ist die Umsetzung transparent und überprüfbar.

Regionale und landesbezogene Monitorings bzw. Zwangsregister sind aggregiert auf Bundesebene zusammenzuführen, mit dem Ziel der höchstmöglichen Transparenz in Verantwortung von Bund und Ländern und der Rückkoppelung auf landesrechtliche und bundesrechtliche Regelungen (Bürgerliches Gesetzbuch, Verfahrensrecht).

2.2.2 Gründe

Der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat in den abschließenden Bemerkungen des Staatenprüfverfahrens für Deutschland⁶ eindringlich die mangelnde Datenlage angemahnt.

Informationen insbesondere darüber,

- welche Zwangsmaßnahmen zur Anwendung kamen,
- über welchen Zeitraum sie angewandt wurden,
- wer davon betroffen war (insbesondere auch Geschlecht, Krankheitshintergrund und Altersgruppen),
- welche milderer Mittel im Vorfeld zum Einsatz kamen und wie die Maßnahme begründet war (Grundlage Genehmigung),

ermöglichen wichtige Schlüsse in Bezug auf Möglichkeiten der Zwangsvermeidung bzw. Zwangsreduzierung im fachlichen Alltag und die ggf. erforderliche Weiterentwicklung rechtlicher Vorgaben.

In Bezug auf die Minimierung und Vermeidung von Zwangsmaßnahmen

- sollen die Daten Rückschlüsse auf möglichen Weiterentwicklungsbedarf der Leistungserbringung in Bezug auf Mängelbeseitigung und Qualitätssicherung zulassen.

⁶ Vgl. UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: *Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Germany (CRPD/C/DEU/CO/2-3)*, 2023, Online unter https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CRPD/2. und 3. Staatenbericht/CRPD State Report_DEU_2_3_ConObs_2023.pdf (zuletzt abgerufen am 31.07.2025)

- sollen die Daten zu den betroffenen Altersgruppen Hinweise auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten in Bezug auf die Gliederung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendpsychiatrie), von Erwachsenen jüngeren und mittleren Alters und Erwachsenen höheren Alters (Gerontopsychiatrie) geben.
- sollen die Daten in ein regionales Monitoring von Zwangsmaßnahmen einfließen, um die Erarbeitung von geeigneten Maßnahmen der Zwangsvermeidung zu ermöglichen, sie laufend zu begleiten und die Auswirkungen der Maßnahmen zu evaluieren.

Ein Teil der Bundesländer hält bereits ein Monitoring auf Landesebene vor, jedoch vorrangig in Bezug auf die öffentlich-rechtliche Unterbringung. Im Bericht der AG Psychiatrie an die Gesundheitsministerkonferenz 2023 sind vorhandene Daten der Länder dokumentiert.

Nicht erfasst sind hier freiheitsentziehende Maßnahmen in Eingliederungshilfeeinrichtungen und in Pflegeeinrichtungen. Allein bei Demenzerkrankungen ist von einem Anteil von 20 % (ca. 160.000 betroffene Menschen) auszugehen.

Bestimmte zivilrechtliche Zwangsmaßnahmen (Bettgitter, Fixierungen, etc.) sind auch in somatischen Kliniken unabhängig von einer Unterbringung möglich. Die Versorgungssituation in den somatischen Kliniken ist aber nicht Gegenstand der Fortführung des Psychiatriedialoges.

2.2.3 Maßnahmen

2.2.3.1 Zusammenführung Kommunale, Landes- und Bundesebene

Möglichkeiten für die Verankerung des überregionalen Monitorings von Zwangsmaßnahmen bieten die entsprechenden Bundes- und Landesgesetze, aber auch die vertraglichen Grundlagen, die die Zulassung zur Leistungserbringung bilden.

Im Rahmen der Fortführung des Psychiatriedialoges liegt der Fokus auf dem bundesgesetzlichen Regelungskreis und den Schnittstellen zur Landesgesetzgebung. Eine Verbindung zu den Landesgesetzen ist nur an den Schnittstellen möglich.

Gleichwohl ist die Voraussetzung für eine Zusammenführung von Daten auf der Bundesebene die verpflichtende Datenübermittlung der Kliniken, der Leistungserbringer, der Eingliederungshilfe, der Pflegeeinrichtungen und Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen auf der Grundlage von landesgesetzlichen Regelungen mit Unterstützung von bundesgesetzlichen Regelungen im Leistungserbringerrecht.

Zudem sollte ein einheitlicher Kerndatensatz vorliegen. Sinnvoll wäre die Verknüpfung mit der Datenerfassung der Kliniken und Einrichtungen.

Um die Prozesse in den Ländern zu unterstützen und zugleich bundesgesetzlichen Unterstützungsbedarf herauszuarbeiten wird empfohlen, eine interministerielle Bund-Länderarbeitsgruppe einzurichten. Zu beteiligen sind die Bundesministerien für Gesundheit, Arbeit und Soziales sowie Justiz und Verbraucherschutz, entsprechende ministerielle Zuständigkeiten auf Landesebene sind über die Ministerkonferenzen zuzuordnen.

Bei der Erarbeitung des Datensatzes ist externe trialogische Expertise (d. h. die Expertise von Fachpersonen, Betroffenen und Angehörigen) einzubeziehen.

Um die Aufgabe der Zusammenführung der Daten auf Bundesebene zu erfüllen, bedarf es eines gesetzlichen Auftrages.

2.2.3.2 Bundesrechtlicher Bezugsrahmen und Handlungsoptionen

Meldepflichten durch bundesgesetzliche Regelungen

In Bezug auf die unterstützenden Regelungen zur Datenerfassung und -übermittlung auf Landesebene kann hier für den Sozialgesetzbuch (SGB) V-Bereich auf die Empfehlung im ersten Psychiatriedialog zurückgegriffen werden. Für den SGB IX-Bereich ist eine Verankerung im § 37a SGB IX eine Option, in dem dort eine Dokumentations- und Meldepflicht an die für die Aufsicht zuständigen Landesbehörden durch das Betreuungsrecht legitimierten Zwangsmaßnahmen verankert wird. Im SGB XI sind hier Regelungen im § 75 zu den Rahmenverträgen sowie den Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung denkbar.

Bundesrechtliche Regelung zu einer zentralen Monitoringstellen

Ansatzpunkte bestehen zu den Bundes- und Landesstatistikgesetzen:

Unter der Voraussetzung der Datenübermittlung der Gerichte, der Kliniken, der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, der Pflegeeinrichtungen und der Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen an die zuständigen Behörden (Betreuungsbehörde/obere Landesbehörden) wäre eine Option, diese Behörden zu verpflichten, den Landesstatistikämtern die Daten in aggregierter Form zur Verfügung zu stellen. Meldepflichten der beteiligten Einrichtungen zu Daten auf Landesebene könnten für den Bereich der betreuungsrechtlichen Maßnahmen durch entsprechende Regelungen in die Landesausführungsgesetze zum Betreuungsgesetz aufgenommen werden, für den Bereich der Maßnahmen wären hier die Psychisch-Kranken-(Hilfe)-Gesetze die Regelungsebene.

Den Landesbehörden und Landesstatistikämtern müssten landesgesetzlich geregelte Vorgaben hinsichtlich der zu erhebenden Datensätze zur Verfügung stehen. Das Statistische Bundesamt sollte diese Vorgaben unterstützt durch ein Expertengremium mit Fachpersonen und Betroffenen für die Landesstatistikämter entwickeln.

Eine Überführung der Daten der Landesstatistikämter in eine Bundesstatistik müsste auf der Grundlage des Gesetzes über die Statistik für Bundeszwecke (Bundesstatistikgesetz) durch das Statistische Bundesamt erfolgen.

Alternativ könnten die Meldepflichten und Art und Umfang von Daten zu Zwangsmaßnahmen über ein Bundeszwangsregisterdatengesetz – unterlegt mit Landeszwangsregisterdaten – geregelt werden. Hier wäre das Bundeskrebsregistergesetz eine vergleichbare, wenn auch weitreichendere Konstruktion. Inwieweit hier Landeszwangsregisterdatengesetze notwendig sind, sollte geprüft werden.

Die Regelungen zu den Meldungen an die zuständigen Landesbehörden wären wie in der erstgenannten Option zu treffen. Gleiches gilt für die Zeitdimension und Berichtspflichten.

In der gesetzlichen Regelung wäre neben der Zeitdimension (jährlich oder mehrjähriger Abstand) auch der Adressat für die Monitoringberichte (Regierung, Ministerium, Parlament, Landes- und Bundesbehörden) aufzunehmen. Finanzierungsregelungen sind zwischen den beteiligten Ministerien abzustimmen.

2.2.4 Perspektive und Auswirkungen

Eine Bund-Länderarbeitsgruppe sollte zeitnah eingerichtet werden. Um die Umsetzung anzubahnen, wäre ein Entschließungsantrag möglichst parteiübergreifend hilfreich.

Die finanziellen Folgen beinhalten unabhängig von Reformschritten in der Landesgesetzgebung die Aufwendungen der Länder für die Datenweitergabe und die Aufwendungen auf Bundeebene für eine zentrale Monitoringstelle. Maßgeblich wird hier auch die Frage sein, ob bereits bestehende Institutionen die Aufgabe wahrnehmen oder ein neuer organisatorischer Rahmen zu konstituieren ist.

2.3 Handlungsempfehlung 3 – Patienten- und Betroffenenrechte in psychiatrischen Institutionen in Bezug auf die Betreuerbestellung und bei Freiheitseingriffen bzw. Zwangsmaßnahmen – Verfahrensrecht weiterentwickeln

2.3.1 Zielsetzungen

Die folgende Empfehlungszusammenstellung dient dem Ziel sicherzustellen, dass auch im gerichtlichen Verfahren alle Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang ausgeschöpft werden und die Betroffenenrechte auch im Verfahren gestärkt werden. Die Zielsetzung ist fokussiert auf das Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG), da diesem eine übergreifende Gültigkeit für die betreuungsrechtlichen Verfahren als auch auf die gerichtlichen Verfahren nach den Psychisch-Kranken-(Hilfe)- Gesetzen (PsychK(H)Gs) der Länder zukommt.

2.3.2 Gründe

In dem Gesetz FamFG sind die verfahrensrechtlichen Regelungen in Bezug auf Freiheitseingriffe und Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Ländergesetze und des Betreuungsrechtes verankert.

Die folgenden Handlungsempfehlungen betreffen Maßnahmen im Verfahren zur Erreichung des Ziels der Vermeidung und Verkürzung von Unterbringungsmaßnahmen und die Stärkung der Betroffenenrechte.

Grundsätzlich sind Regelungen im Verfahren und für das Handeln der rechtlichen Betreuung im Sinne der höchstrichterlichen Vorgaben und des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte der Menschen mit Behinderungen in gleicher Weise zu prüfen, wie die zivilrechtlichen Vorgaben und aus den PsychK(H)Gs der Länder in Bezug auf die freiheitsentziehenden und -beschränkenden Maßnahmen.

Die Empfehlungen wurden weitgehend im Zusammenhang mit dem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten ZVP-Projekt⁷ entwickelt. In dem ersten Dialogforum der Fortführung des Psychiatriedialoges wurden diese vorgestellt; hier wurde Zustimmung signalisiert und zugleich Aktualisierungsbedarf. Im Nachgang wurden die Empfehlungen entsprechend überarbeitet.

Die Änderungen im FamFG wirken sich sowohl auf die betreuungsrechtlichen Verfahren als auch auf die gerichtlichen Verfahren nach den PsychK(H)Gs der Länder aus.

⁷ Vgl. https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/Projektbericht_ZVP.pdf (zuletzt abgerufen am 31.07.2025)

2.3.3 Maßnahmen

a) **§ 275 FamFG Stellung des Betroffenen im Verfahren – Hinzuziehung Vertrauensperson und Hinweis auf Beratungsoptionen**

Hier fehlt der Hinweis auf die Möglichkeit der Hinzuziehung einer Person des Vertrauens oder eines Peers sowie von Beratungsstellen.

§ 275 FamFG Abs. 2 sollte wie folgt lauten (Ergänzung kursiv):

„(2) Das Gericht unterrichtet den Betroffenen bei Einleitung des Verfahrens in möglichst adressatengerechter Weise über die Aufgaben eines Betreuers, den möglichen Ablauf des Verfahrens *„und darüber, dass er eine Person seines Vertrauens hinzuziehen und dass er sich an die zuständige Betreuungsbehörde und über diese Behörde vermittelbare psychosoziale Beratungsstellen einschließlich Selbsthilfeorganisationen wenden kann,“* sowie die Kosten, die allgemein aus der Bestellung eines Betreuers folgen können.“

b) **§ 280 FamFG Einholung eines Gutachtens – Ergänzung Grundsatz Alternative zur Betreuerbestellung**

Im Verfahren werden ärztliche Gutachten in Auftrag gegeben, die die Zweckmäßigkeit einer freiheitsentziehenden Unterbringung darlegen sollen. In den Gutachten werden regelhaft die Einschränkungen der unterzubringenden Person dargestellt. Weder aus der Beauftragung noch aus der ärztlichen Fachkompetenz ergibt sich, dass regelhaft geprüft wird, welche Alternativen zu einer freiheitsentziehenden Unterbringung bereits erprobt wurden, warum sie nicht ausreichend waren und welche anderen Alternativen grundsätzlich zur Verfügung stünden und tatsächlich zugänglich sind.

Im Gutachten sollte Erwähnung finden, ob Alternativen zur Betreuerbestellung geprüft worden sind. Mit der Betreuungsrechtsreform sind hier auch Aufgaben der Betreuungsbehörde zugewiesen worden, die hier Erwähnung finden könnten.

Absatz 3 Nr. 4 FamFG wird wie folgt ergänzt (kursiv):

„4. den aus medizinischer Sicht aufgrund der Krankheit oder Behinderung erforderlichen Unterstützungsbedarf *„und, ob diesem durch soziale, medizinische oder pflegerische Hilfen entsprochen werden kann, die ohne Betreuerbestellung auskommen, welche Versorgungsalternativen in der Region bestehen und welche Zugangsbarrieren gegenwärtig diesen Leistungen entgegenstehen, und ...“*

c) § 316 FamFG Verfahrensfähigkeit – Informationspflicht ergänzen

Gleichwohl erscheint es sinnvoll, betroffene Personen unabhängig von der Einleitung eines Verfahrens auf Genehmigung einer Unterbringung oder einer freiheitsentziehenden Maßnahme auch über die Möglichkeit der Zuziehung einer Vertrauensperson und vorhandene außergerichtliche Beschwerdestellen und Beratungsangebote (z. B. Peers, Patientenfürsprechende, Selbsthilfevereine) ausdrücklich hinzuweisen.

Um klarzustellen, dass dies nicht erst bei der mündlichen Anhörung erfolgen solle – dann können Vertrauenspersonen eventuell nicht rechtzeitig erscheinen – sollte diese Unterrichtung bereits bei Verfahrenseinleitung erfolgen und daher in § 316 FamFG bei der Verfahrensfähigkeit als Absatz 2 angefügt werden. Zur Verbesserung der Information ist ein Satz 2 zu ergänzen:

„(2) Bei Einleitung des Verfahrens ist der Betroffene darüber zu informieren,

- dass er sich jederzeit an das Gericht wenden kann,*
- dass er eine Person seines Vertrauens im Verfahren hinzuziehen kann,*
- dass die Einrichtung verpflichtet ist, seine Beschwerden an das Gericht weiterzuleiten,*
- an welche Betreuungsbehörde und an welche von dieser zu vermittelnden örtlichen Beratungsstellen und Beschwerdestellen nach Landesrecht er sich wenden kann, wenn er mit Maßnahmen des Vertreters oder der Einrichtung nicht einverstanden ist.“*

d) § 317 Abs. 6 FamFG Verfahrenspfleger – Zeitraum der Bestellung verlängern

Die Rechtsstellung des Betroffenen nach Genehmigung bzw. Anordnung sollte gestärkt werden. Rechtsverletzungen können während der Unterbringungsmaßnahme fortauern und das Vorliegen der Voraussetzungen ist fortwährend zu prüfen.

Es wird eine Neuformulierung des § 317 Abs. 6 FamFG vorgeschlagen:

„(6) Die Bestellung endet, sofern sie nicht vorher aufgehoben wird, mit dem Ablauf des Zeitraums der Genehmigung oder Anordnung der Unterbringungsmaßnahme oder mit dem sonstigen Abschluss des Verfahrens.“

e) § 320 FamFG Anhörung der sonstigen Beteiligten und der zuständigen Behörde – weitere Anhörungsvorgaben

Es sollen zusätzlich vom Gericht Vertretende des regionalen Hilfesystems anzuhören sein, die erläutern, dass und warum ambulante oder offene Hilfemöglichkeiten und -angebote nicht ausreichen und/oder nicht in der Lage sind, die für die Betroffenen bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten.

Im § 320 FamFG „Anhörung der sonstigen Beteiligten und der zuständigen Behörde“ sollte ein neuer Satz 2 eingefügt werden, (siehe auch § 280 FamFG – neu, weiter oben):

„Es soll die zuständige Behörde und Vertreter des regionalen Hilfesystems anhören.“

f) § 321 FamFG Abs. 1 Einholung eines Gutachtens – Darlegung Verhältnismäßigkeit

Im Rahmen des Unterbringungsverfahrens ist nach § 321 FamFG die Einholung eines Gutachtens über die "Notwendigkeit der Maßnahme" erforderlich. Das Gutachten hat daher auch darzulegen, warum die „Ultima Ratio“ Freiheitsentzug verhältnismäßig ist und welche Ziele des Behandlungsplans mit welcher Wahrscheinlichkeit erreichbar sind, sowie zur Einwilligungsfähigkeit des vom Freiheitsentzug betroffenen Menschen Stellung zu nehmen. Ergänzend sollte in die Begutachtung aufgenommen werden, ob die geplanten Teilhabe- und Fördermaßnahmen in der Einrichtung ausreichend sind.

§ 321 Abs. 1 Satz 3 FamFG sollte entsprechend erweitert werden:

„und zu den geplanten Teilhabe- und Fördermaßnahmen Stellung nehmen.“

g) § 321 FamFG Abs. 1 Einholung eines Gutachtens – Zusätzliches Zeugnis durch Pflegefachperson bei pflegerischer Veranlassung

Zwar entspricht in seinen Anforderungen das ärztliche Zeugnis dem Gutachten. Es muss das Vorliegen der Voraussetzungen der freiheitsentziehenden Maßnahme im Einzelnen darlegen. Dazu gehören Darlegungen zur Eignung, zum milderen Mittel/Eignung von Alternativen und zu Schaden/Nutzen für den Betroffenen. Abs. 2 trifft allerdings keine spezifischen Anforderungen zur Qualifikation des Ausstellers des Attests. Es fehlt ein Verweis auf Abs. 1. Daher braucht der Attestierende gerade kein Facharzt oder Arzt mit Erfahrungen auf dem Gebiet der Psychiatrie, Neurologie oder Psychotherapie zu sein, sondern nur „Arzt“. Da freiheitsentziehende Maßnahmen häufig einen erheblichen und längerfristigen Eingriff in die Grundrechte des Betroffenen darstellen, erscheint es notwendig die gebotene Sachkunde des Ausstellers eines Attests sicherzustellen, der auch Alternativen und Risiken und Nebenwirkungen der erwogenen Maßnahme einbezieht.

Die Erfahrungen mit dem Werdenfelser Weg zeigen deutlich eine Verminderung der Genehmigungen von freiheitsentziehenden Maßnahmen durch den Einbezug pflegefachlicher Expertise. Daher sollte diese verpflichtend im Falle pflegerisch veranlasster Maßnahmen in das Verfahren eingeführt werden.

Die vorbehaltlichen Tätigkeiten, die die Expertise begründen, sind in § 4 Pflegeberufegesetz angeführt.

Empfohlen wird entsprechend, ein zusätzliches Zeugnis durch eine Pflegefachperson bei pflegerischer Veranlassung im Gesetz zu verankern.

Dem Satz 1 § 321 Abs. 2 FamFG sollte entsprechend folgender Satz 2 hinzugefügt werden:

„Ist die freiheitsentziehende Maßnahme pflegerisch bedingt (alternativ veranlasst), ist zusätzlich das Zeugnis einer einschlägig weitergebildeten Pflegefachperson einzuholen, die nicht Mitarbeiterin

bzw. Mitarbeiter der Einrichtung ist, in der die freiheitsentziehende Maßnahme durchgeführt werden soll.“

h) § 329 Abs. 1 FamFG Dauer und Verlängerung der Unterbringungsmaßnahme – Verkürzung Zeiträume der Unterbringung

Neben der Vermeidung von Unterbringungsmaßnahmen sollte insbesondere die Dauer der Unterbringungsmaßnahmen hinterfragt werden, da es sowohl im Bereich Psychiatrie (sog. Fehlplatzierte) als auch im Bereich der Eingliederungshilfe eine signifikante Anzahl an Langzeitunterbringungen gibt. In einer Erstgenehmigung ist in Bezug auf die Überwindung der Selbst- und Fremdgefährdung mit Mitteln der Teilhabeförderung möglichst als integrierte Hilfe mit Behandlungsleistungen eine Dauer von 6 Monaten ausreichend im Sinne des Ultima-Ratio-Prinzips.

Entsprechend wird folgende Änderung im Abs. 1 § 329 FamFG vorgeschlagen:

*„(1) Die Unterbringungsmaßnahme endet spätestens mit Ablauf **von 6 Monaten** ~~eines Jahres~~, bei offensichtlich langer Unterbringungsbedürftigkeit spätestens mit Ablauf von **einem** ~~zwei~~ Jahr, wenn sie nicht vorher verlängert wird.“*

i) § 329 Abs. 2 Fam FG Dauer und Verlängerung der Unterbringungsmaßnahme – Prüfung Unterbringungsnotwendigkeit und Alternativen in Fallkonferenzen

Voraussetzung für die Genehmigung einer Verlängerung ist, dass die Beteiligten, Alternativen bzw. mildere Mittel zur Verlängerung erörtern und abwägen. Beteiligte sind die Vertretenden der Einrichtung, in der die freiheitsentziehende Maßnahme stattfindet, der rechtlich Betreuende und wenn gewollt der Betroffene.

Folgende Ergänzung wird entsprechend vorgeschlagen:

*„(2) Für die Verlängerung der Genehmigung oder Anordnung einer Unterbringungsmaßnahme gelten die Vorschriften für die erstmalige Anordnung oder Genehmigung entsprechend. **Voraussetzung für die Verlängerung ist, dass in der Einrichtung eine Fallkonferenz mit den Beteiligten zur Prüfung der Notwendigkeit der Unterbringung und milderer Mittel durchgeführt wurde und ein entsprechender Bericht vorliegt.**“*

j) § 336 FamFG Einlegung der Beschwerde durch den Betroffenen – Statthaftigkeit der Beschwerde nach Erledigung der Hauptsache

Viele betroffene Personen wissen nicht, dass sie nach Einlegung einer Beschwerde einen gesonderten Antrag nach § 62 FamFG stellen müssen, um die Rechtswidrigkeit einer Unterbringungsmaßnahme feststellen zu lassen, wenn sich die Beschwerde z. B. durch Beendigung der Unterbringung erledigt hat. Dazu hat der Bundesgerichtshof (Beschluss vom 20. Juni 2018 – XII ZB 489/17) gefordert, dass eine anwaltlich nicht-vertretende Betroffene bzw. ein anwaltlich nicht-vertretender Betroffener eines zivilrechtlichen Unterbringungsverfahrens im Fall der Erledigung der Hauptsache auf die Möglichkeit hingewiesen wird, seinen Antrag auf Feststellung der Rechtswidrigkeit der Unterbringungsanordnung umzustellen.

In solchen Fällen kann angenommen werden, dass die Person stets ein Interesse an der Feststellung hat, wenn sie nicht ausdrücklich darauf verzichtet. Daher sollte bei Unterbringungsverfahren die „Statthaftigkeit der Beschwerde nach Erledigung der Hauptsache“ (§ 62 FamFG) bei Beschwerden der betroffenen Person ergänzt werden.

Hierzu könnte in § 336 FamFG (Einlegung der Beschwerde durch den Betroffenen) ein Satz 2 angefügt werden:

„Hat der Betroffene selbst Beschwerde eingelegt, ist diese nach Erledigung der Hauptsache wie ein Antrag nach § 62 Abs. 1 zu behandeln, es sei denn, dass der Betroffene nach Belehrung erklärt, dass er dies nicht wünscht.“

2.3.4 Perspektive und Auswirkungen

Vorrangiger Adressat für die angeführten Empfehlungen bzw. Reformvorschläge im FamFG wäre das BMG. In den Empfehlungen zu den Unterbringungsverfahren sind auch die Länderinteressen berührt, da die FamFG-Regelungen auch die PsychK(H)Gs der Länder betreffen.

2.4 Handlungsempfehlung 4 – Reformbedarfe bezüglich § 1831 BGB Freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen

2.4.1 Zielsetzungen

Die übergeordneten Ziele in Bezug auf die Reform des § 1831 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) und verfahrensrechtliche Regelungen sind die Verbesserung der Selbstbestimmung und Vermeidung von Freiheitseingriffen (bzw. Zwangsmaßnahmen) unter Wahrung des Verhältnismäßigkeitsprinzips und der Einhaltung des Ultima-Ratio-Prinzips bei Maßnahmen, die die Fortbewegungsfreiheit einschließlich der Entschließungsfreiheit im Sinne eines Grundrechtseingriffs beeinträchtigen. Insbesondere auch die langfristigen Unterbringungen und deren Vermeidung sind zu fokussieren.

Dem untergeordnet sollten die Vorgaben für die betreuungsrechtliche Unterbringung in Bezug auf die Gestaltung der Unterbringung und die Aufgabenstellungen der rechtlichen Betreuerinnen und Betreuer weiterentwickelt und konkretisiert werden.

2.4.2 Gründe

Wenn eine Volljährige oder ein Volljähriger ihre bzw. seine Angelegenheiten ganz oder teilweise rechtlich nicht besorgen kann und dies auf einer Krankheit oder Behinderung beruht, kann das Betreuungsgericht eine rechtliche Betreuerin/einen rechtlichen Betreuer bestellen. Die Hälfte aller Betreuerbestellungen betreffen Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Sofern die Gefahr besteht, dass auf Grund der psychischen Erkrankung die Betreute/der Betreute sich selbst tötet oder erheblichen Schaden zufügt, sind nach § 1831 BGB freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen zulässig. Dies gilt auch in Hinblick auf eine nach der gesetzlichen Definition als notwendig erachtete Gesundheitsuntersuchung, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff. Die Maßnahmen sind nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig.

Unterbringungen und freiheitsentziehende Maßnahmen auf der Grundlage des § 1831 BGB machen, soweit erkennbar in unterschiedlichem Umfang, einen hohen Anteil der freiheitsentziehenden Unterbringungen und Maßnahmen in psychiatrischen Kliniken und Fachkrankenhäusern aus. In anderen Einrichtungen wie stationäre Pflegeeinrichtungen, Heimen und besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe ist der § 1831 BGB nahezu die ausschließliche Rechtsgrundlage für alle Formen des Freiheitsentzugs.

Die freiheitsentziehende Unterbringung bzw. die freiheitsentziehenden Maßnahmen nach dem § 1831 BGB unterliegen in ihrer Durchführung keinen differenzierenden bzw. nur unzureichenden gesetzlichen Vorgaben im Unterschied zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung, wo die Ländergesetze u. a. zwischen Art und Umfang der Freiheitsentziehung, zeitlicher Begrenzung, Beschwerdemöglichkeiten, Besuchsregelungen, Kommunikation, Befugnisse der rechtlich Betreuenden und Durchführung im offenen „Vollzug“ differenzierte Vorgaben entfalten. Allein die Zwangsbehandlung im Rahmen der Unterbringung unterliegt engen Rahmenvorgaben in § 1832 BGB.

Eine Gleichstellung nach Maßgabe der Rechte der Betroffenen und die Transparenz und Kontrolle sind menschenrechtlich, ethisch und fachlich geboten. Dies gilt sowohl für die freiheitsentziehende „Unterbringung“ als auch für freiheitsentziehende Maßnahmen. Sowohl die im Grundgesetz und in dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte der Menschen mit Behinderungen geltenden Vorgaben als auch die Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung gilt es analog zu diskutieren und entsprechend umzusetzen.

Mit dem Unterbringungsbegriff ist oft kein abgestuftes Vorgehen in den Freiheitseingriffen verbunden und er wird teilweise von Betreuungsgerichten und in der Praxis pauschal als "geschlossene Unterbringung" verstanden.

Die von den rechtlich Betreuenden angewiesene Aufnahme in eine Klinik oder in eine Wohn- oder Pflegeeinrichtung ist zunächst eine freiheitsentziehende Maßnahme, mit der eine Einschränkung der freien Wahl des Wohnortes verbunden ist. Jedoch sollte die Eingriffstiefe auch im Rahmen der betreuungsrechtlichen Regelungen nicht weiter reichen, als unbedingt situationsbezogen erforderlich. Auch für diese Regelungen muss das Ultima-Ratio-Prinzip gelten. Die gesetzlichen Regelungen sollten daher differenziert werden, um diesem Prinzip mehr Durchsetzungskraft zu verleihen. Insofern muss für jeden Einzelfall und durch den Betreuenden und im Rahmen des Genehmigungsverfahrens auch durch das Gericht für jede Situation geprüft werden, ob und wie ein Freiheitsentzug oder eine Freiheitsbeschränkung vermieden oder abgewendet werden kann und, wenn dies nicht möglich ist, in welcher Eingriffstiefe und -dauer sie erforderlich ist.

2.4.3 Reformbedarfe § 1831 – Handlungsbedarfe und (mögliche) Maßnahmen

Um den notwendigen Differenzierungsgrad in Bezug auf die in den Gründen angeführte übergeordnete Zielsetzung und die Zuordnung zu den Handlungsbedarfen und Optionen in einer Übersicht sichtbar zu machen, wurde die tabellarische Darstellung gewählt.

Im Anhang folgen zur Konkretisierung zwei Normenvorschläge, die im Nachfeld des Dialogforums unter Berücksichtigung der Forumsdiskussion erarbeitet und in den nachbereitenden Arbeitsgruppen der Aktion Psychisch Kranke diskutiert wurden. In der Tabelle wird teilweise darauf zur Veranschaulichung verwiesen. Das heißt auch, dass zum jetzigen Zeitpunkt noch keine eindimensionale Handlungsempfehlung hier formulierbar ist. (siehe Perspektive)

Tabellarische Darstellung Zielsetzungen, Handlungsbedarfe und mögliche Handlungsoptionen

Handlungsfeld	Zielsetzung	Handlungsbedarf	Handlungsoption	
			BGB	FamFG /Sonstige/ untergesetzlich
A Zwangsvermeidung im Vorfeld	<ul style="list-style-type: none"> • Freiheitsentziehungen von vornherein vermeiden 	Ultima-Ratio verankern Alternativen betonen	In § 1831 BGB Abs. 1 synonym § 1832 aufnehmen (siehe Vorschläge A und B im Anhang)	
B Unkontrollierte, langfristige, dauerhafte Freiheitsentziehung auf der Grundlage § 1831 BGB	<ul style="list-style-type: none"> • Dauer, Art und Umfang von Freiheitsentziehungen auf das gebotene Maß der Erforderlichkeit reduzieren und dafür den Rahmen schaffen, um langfristige, dauerhafte Freiheitseingriffe zu vermeiden. 	Überprüfung und Novellierung § 1831 BGB im Gesamten	Bezug zu § 1821 BGB Alternativ Erforderlichkeit/Verhältnismäßigkeit aufnehmen/konkretisieren in Abs. 3 (siehe Vorschlag B)	FamFG Prüffristen (je länger Freiheitsentziehung, desto höher gewichtig die Frage der Prüfung der Alternativen) § 329 FamFG Abs. 2, nicht länger als 6 Monate (?) gegen den Willen
C Kriseninterventionen auf der Grundlage § 1831 BGB	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Freiheitseingriffen durch den Betreuer/Betreuerin bei erheblicher Selbstgefährdung und der Einschätzung eines akuten Handlungsbedarfs und wenn die Notwendigkeit der Freiheitseingriffe der/die Betreute nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann, sollten das Vorgehen des Betreuenden vor und während der Freiheitsentziehenden Maßnahme klar definiert sein und ggfls. gesetzlich konkretisiert werden. • 	Schritte konkretisieren, Ultima Ratio verankern	In § 1831 in einem Abs. 1 und 2 aufnehmen (siehe Vorschlag B) Ansonsten Grundlage § 1821 BGB Erforderlichkeits- und Verhältnismäßigkeitsgrundsatz	

Handlungsfeld	Zielsetzung	Handlungsbedarf	Handlungsoption	
			BGB	FamFG /Sonstige/ untergesetzlich
D Intensität der Eingriffsmaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> Eingriffsmaßnahmen (Freiheitsentziehende Maßnahmen) sind nach dem Muster eines stufenlos und zeitlich flexibel hin und her beweglichen Schiebereglers normativ vorzusehen und praktisch durchzuführen. 	Vorgaben im Gesetz? Informationspflichten und vierteljährliche Berichtspflichten	<p>In § 1831 Abs. 2ff konkretisieren (siehe Vorschlag B)</p> <p>Bezug zu § 1821 BGB in Abs. 1 § 1831 BGB (siehe Vorschlag A)</p>	<p>Anpassungen FamFG § 321?</p> <p>Untergesetzlich: Fortbildung Curricula, Handreichung</p>
E Betreuerpflichten/Überwachung	<ul style="list-style-type: none"> Zudem muss ein Betreuende während der Dauer der Freiheitseingriffe zuständig sein, diese im gebotenen Maß zu überwachen. 	Vorgaben im Gesetz? Informationspflichten und vierteljährliche Berichtspflichten	In § 1831 Abs. 5 aufnehmen (siehe Vorschlag B) nächste beiden Spalten auch Bezug zu § 1821 BGB in Abs. 1 § 1831 BGB (siehe Vorschlag A)	
	<ul style="list-style-type: none"> Dazu gehört es auch, die Betreuerpflichten während der Dauer der Freiheitseingriffe zu konkretisieren/Überwachung 	Vorgaben im Gesetz? Informationspflichten	<p>In § 1831 Abs. 2ff. konkretisieren</p> <p>Bezug zu § 1821 BGB in Abs. 1 § 1831 BGB (siehe Vorschlag A)</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> Die Zulässigkeit seiner Entscheidung könnte an das Vorhandensein besonderer Behandlungsoptionen (1 zu 1 Betreuung) geknüpft werden, wenn dies fachlich geboten ist. 	Vorgaben im Gesetz? Informationspflichten	<p>In § 1831 Abs. 2ff. konkretisieren</p> <p>Bezug zu § 1821 BGB in Abs. 1 § 1831 BGB (siehe Vorschlag A)</p>	
F Unterbringungsbegriff	<ul style="list-style-type: none"> Auf den Begriff "Unterbringung" ist zu verzichten, - da er zu sehr mit der öffentlich-rechtlichen Freiheitsentziehung und den damit verbundenen staatlichen 	Flexibilisierung der Freiheitsentziehenden Maßnahmen	Begriffe ersetzen im Gesetz	

Handlungsfeld	Zielsetzung	Handlungsbedarf	Handlungsoption	
			BGB	FamFG /Sonstige/ untergesetzlich
	(Verwaltungs-) Vollzugs- bzw. Eingriffsrechten assoziiert ist (Kammeier) - da mit dem Begriff nicht die notwendige und gebotene Flexibilität in der Intensität der Eingriffsmaßnahme assoziiert wird (APK).			
G Richterliche Genehmigung	<ul style="list-style-type: none"> Das Erfordernis der gerichtlichen Genehmigung – evtl. ab einem bestimmten Eingriffsmaß an Intensität und Dauer – ist zu normieren. 	Vorgaben im Gesetz	Prüfauftrag in Bezug, ob ausreichend	
H Medikation zur Fixierung	<ul style="list-style-type: none"> Einstufung als Zwangsbehandlung 	Gesetzliche Veränderung	Streichen im § 1831 BGB; In § 1832 BGB einbauen	
I Freiheitsbeschränkende Maßnahmen (z. B. Fixierung unter 30 Minuten, Festhalten etc.)	<ul style="list-style-type: none"> mehr Kontrolle und Transparenz 	Anzeigepflicht?	Verankerung im § 1831 BGB (siehe Vorschlag A)	
J Freiheitsentziehende Maßnahmen im häuslichen Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> mehr Kontrolle und Transparenz 	Melde- bzw. Anzeigepflichten? Genehmigungsvorbehalte?	Gesetzliche Verankerung (siehe Vorschlag A)	
K Vertragsebene	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilität für Gestaltung Behandlungsvertrag, Wohn- und Betreuungsvertrag schaffen 			§ 630a-g BGB WBVG

2.4.4 Perspektive und Auswirkungen

Mit den Ausführungen sind die notwendigen Handlungsbedarfe und gewissermaßen Eckpunkte für eine Novellierung formuliert. Aus Sicht der Beteiligten in der Fortführung des Dialoges sollten diese die Grundlage für einen einzuleitenden Reformprozess sein. Insofern sind die Adressaten der angeführten Ergebnisse aus der Fortführung des Psychiatriedialoges sowohl das Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz als zuständiges Ressort mit Mitberatung durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Gleiches gilt für das Parlament, d. h. hier sind federführend der Rechtsausschuss und mitberatend der Gesundheitsausschuss und der Ausschuss für Arbeit und Soziales.

Dialogforum 2: Teilhabe an Gesundheit – Medizinische Rehabilitation

2.5 Handlungsempfehlung 5 – Medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen bedarfsgerecht ausbauen – Zugänge und Ausrichtung individuell und niedrigschwellig gestalten

2.5.1 Zielsetzungen

Die in den Rehabilitations-Richtlinien der Krankenkassen, der Rentenversicherung und der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAR)-Empfehlungsvereinbarungen definierten Zugangsvoraussetzungen in Bezug auf Bedarf, Fähigkeit und Prognosen sollten grundlegend überarbeitet werden. Die Kriterien der Rehabilitationsbedürftigkeit, der Rehabilitationsfähigkeit und die Rehabilitationsprognose sollten in ihren Folgen gemindert und relativiert werden. Dies beinhaltet, in allen Richtlinien die individuellen Teilhabebedarfe und Zielsetzungen in den Fokus zu rücken und eine entsprechende Flexibilität in der Leistungserbringung sicherzustellen. Eine entsprechende Überarbeitung wäre zu leisten. Dies betrifft vorrangig die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und begrenzt auch die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

2.5.2 Gründe

§ 1 Sozialgesetzbuch (SGB) IX gewährt einen Anspruch auf Förderung von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen durch Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft – hier Medizinische Rehabilitation – um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und gebietet, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

Ob ein individueller Rehabilitationsbedarf besteht, ist nach § 13 SGB IX auf der Basis der dort zu treffenden Feststellung zu ermitteln.

In bestimmten von den selbstverwalteten Körperschaften erlassenen Verwaltungsvorschriften, die in Gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger oder Arbeitsanweisungen u. ä. niedergelegt sind, sind dagegen als Zugangsvoraussetzungen die Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit und die Rehabilitationsprognose angeführt.⁸ Bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird von der Bundesagentur für Arbeit die Rehabilitationsfähigkeit nicht als Zugangsvoraussetzung gesehen. Gleichwohl ist bei der Begutachtungsrichtlinie hier keine Abgrenzung von der BA in Bezug auf die Berücksichtigung der Belastbarkeit bzw. Fähigkeit, die Rehabilitation zu bewältigen, zu erkennen.

⁸ Vgl. https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/GE_Begutachtung_.pdf (zuletzt abgerufen am 31.07.2025)

Rehabilitationsbedürftigkeit

Die in diesen Regelwerken zu findenden Definitionen zur Rehabilitationsbedürftigkeit knüpfen zwar in Teilen an den Behinderungsbegriff des § 2 Abs. 1 SGB IX an, haben aber keinen Bezug zur gesetzlich geregelten Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs, aus dem sich im Ergebnis die „Bedürftigkeit“ nach Leistungen zur Teilhabe ergibt.

Der Begriff der „Rehabilitationsbedürftigkeit“ entspricht in der regelhaft genutzten Terminologie nicht den gesetzlichen Vorgaben und in seiner Definition nicht dem aktuellen Fachdiskurs. Entscheidend ist hier eine individuelle Ermittlung auf der Grundlage der Teilhabebeeinschränkung in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren.

Rehabilitationsfähigkeit

Auch für dieses Zugangskriterium besteht keine gesetzliche Grundlage. Der Begriff wird in den Vereinbarungen und Erläuterungen als körperliche und psychische Fähigkeit und Belastbarkeit mit Blick auf Mobilität, selbständige Versorgung, aber auch Motivation beschrieben.

Da die gesetzlichen Grundlagen eine Einschränkung oder Begrenzung des Leistungsanspruchs nicht kennen, werden hier gesetzliche Leistungsansprüche insbesondere auch bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen durch nicht geeignete Kriterien konterkariert. In der Rehabilitation muss es hier insbesondere um das Erreichen von psychischer Stabilität und Belastbarkeit sowie einer Stabilisierung der Motivation gehen, diese darf nicht die Zugangsvoraussetzung sein.

Die Gestaltung von Gegenstand, Umfang und Ausführung/Qualität der Leistungen (§ 25 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) definiert die Rehabilitationsfähigkeit der Rehabilitanden und nicht der individuelle Bedarf an Förderung der Teilhabe.

„Rehabilitationsfähig ist eine Versicherte oder ein Versicherter, wenn sie oder er aufgrund ihrer oder seiner somatischen und psychischen Verfassung, die für die Durchführung und die Mitwirkung bei der Rehabilitationsleistung notwendige Belastbarkeit besitzt.“ (Reha-RL Gemeinsamer Bundesausschuss)

Bedarfe an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und in Bezug auf die Deutsche Rentenversicherung auch bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von Versicherten werden danach zurzeit im bundesdeutschen Rehabilitationssystem nur dann anerkannt, wenn insbesondere die Bedingung seitens der Rehabilitanden erfüllt ist, dass diese rehabilitationsfähig sind und dass bei Ihnen Rehabilitationsziele identifiziert werden können, die mittels einer Rehamaßnahme erreichbar sind.

Rehabilitationsfähigkeit wird zugleich wesentlich durch das Angebot der Rehaeinrichtungen geprägt, dass Selbständigkeit und Verbindlichkeit in der Einhaltung von standardisierten Therapieeinheiten voraussetzt. Aktuell werden nicht selten Menschen mit schwereren psychischen Erkrankungen in Rehabilitationseinrichtungen als nicht rehabilitationsfähig eingeschätzt.

Die Leistungsgestaltung muss jedoch dem Bedarf folgen. Die vorgegebene Leistungsgestaltung darf nicht den Bedarf einschränken.

Rechtlich entscheidend ist die Fähigkeit, mit Unterstützung durch entsprechend zielgerichtete Leistungsgestaltung wirksam Teilhabeziele erreichen zu können.

Der derzeit verwendete Begriff der Rehabilitationsfähigkeit steht mithin im Gegensatz zur gesetzlichen Intention der wirksamen Erreichung von Teilhabezielen.

Die Bundesagentur bezieht die Zugangsvoraussetzungen auf die Zielsetzung. Eine Förderung mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfolgt, wenn diese zur Beseitigung einer Beeinträchtigung zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich ist (Kausalitätsprüfung). Gleichwohl wird im Rahmen der Begutachtung und Befürwortung einer Rehabilitation die Belastbarkeit und Fähigkeit als Beurteilungskriterium herangezogen.

Rehabilitationsprognose

§ 13 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX verlangt von allen in § 6 SGB IX genannten Trägern der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Bedarfsermittlung eine Prognose, welche Leistungen zur Teilhabe zur Erreichung der Teilhabeziele voraussichtlich erfolgreich sein können.

Dies basiert auf der gesetzlichen Verpflichtung nach § 28 Abs. 2 SGB IX nur wirksame Teilhabeleistungen auszuführen, da nach Begründung zum BTHG unwirksame Leistungen nicht wirtschaftlich sind.

In § 13 Abs. 2 Nummer 3 wird zudem angeführt, das zu erfassen ist, welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen.

Die gesetzlich verpflichtende „Teilhabeprognose“ bezieht sich mithin auf die Wirksamkeit einer angestrebten Leistung bezogen auf die während der Bedarfsermittlung festgestellten Teilhabeziele.

Dies ist die Rechtsgrundlage für eine Prognose. Die sogenannte Rehabilitationsprognose ist demnach auf eine „Teilhabewirksamkeitsprognose“ mit teilhabebezogenem Inhalt umzustellen.⁹

2.5.3 Maßnahmen

Hier gilt es mit den Rehabilitationsträger in ein gemeinsames Verständnis von Zugängen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation bzw. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu kommen. In den Aushandlungen von untergesetzlichen Empfehlungsvereinbarungen sollte dieses neue und mit dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte der Menschen mit Behinderungen auch vorgegebene Verständnis von Teilhabezugängen implementiert werden.

Eine entsprechend einzusetzende Arbeitsgruppe „Barrierefreie Zugänge zur Teilhabe“ sollte hier die Zugangskriterien grundlegend in der Begründung angeführten inhaltlichen Ausrichtung neu definie-

⁹ Vgl. Prof. Dr. Harry Fuchs: *Teilhabeorientierung versus Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit?* Vortrag auf Kongress: Rehabilitation und selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen, Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, 12. September 2023, Berlin

ren und zur Grundlage der Überarbeitung bisher vorliegender Vereinbarungen deklarieren. Die Arbeitsgruppe sollte dialogisch besetzt sein und gleichberechtigte Entscheidungsstrukturen etablieren.

Zuarbeit in Bezug auf Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen kann aus der an anderer Stelle empfohlenen Expertenkommission „Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ erfolgen.

Um hier im Bereich des SGB IX und des SGB V entsprechende Vorgaben unterstützend zur Wirkung kommen zu lassen, wird empfohlen in den gesetzlichen Vorgaben für die Empfehlungsvereinbarungen ein Bezug zu § 1 SGB IX herzustellen und auf dieser Grundlage zu konkretisieren.

§ 26 SGB IX Gemeinsame Empfehlungen – Änderungsvorschläge

In § 26 SGB IX Abs. 2 wird in der Nummer 2 ergänzt:

„2. in welchen Fällen und in welcher Weise rehabilitationsbedürftigen Menschen nach § 1 SGB IX notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, insbesondere, um auf dieser Grundlage die Zugänge barrierefrei zu gestalten und eine durch eine Chronifizierung von Erkrankungen bedingte Behinderung zu verhindern.“

in § 26 Abs. 6 wird ergänzt:

„(6) Die Verbände von Menschen mit Behinderungen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen von Frauen mit Behinderungen sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände werden an der Vorbereitung der gemeinsamen Empfehlungen beteiligt. Ihren Anliegen wird bei der Ausgestaltung der Empfehlungen nach Möglichkeit Rechnung getragen. Die Empfehlungen berücksichtigen auch die besonderen Bedürfnisse von Frauen und Kindern mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder sowie der Menschen mit seelischen Behinderungen oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen.“

2.5.4 Perspektive und Auswirkungen

Die Einrichtung einer Arbeitsgruppe sollte auf Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) veranlasst werden und dürfte nur mit geringen finanziellen Aufwendungen verknüpft sein. Die Einrichtungen der Expertenkommission wird an anderer Stelle der Empfehlungen aus der Fortführung des Psychiatriedialoges konkretisiert. Die gesetzlichen Änderungsvorschläge werden eingeordnet in die Empfehlungen zur Weiterentwicklung des SGB IX aus dem Dialogprozess und wären hier neben dem BMAS auch an das Bundesministerium für Gesundheit bzw. die Ausschüsse für Arbeit und Soziales und Gesundheit zu adressieren.

2.6 Handlungsempfehlung 6 – Medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen bedarfsgerecht ausbauen – Lebensweltorientierung stärken durch ambulante und mobile Angebote und eine entsprechende Bedarfsplanung

2.6.1 Zielsetzungen

Die Versorgungslücke, in Bezug auf die ambulante und mobile medizinische Rehabilitation für Menschen insbesondere mit schwereren psychischen Beeinträchtigungen, gilt es leistungsträgerübergreifend zu schließen und so den Übergang an der Schnittstelle zwischen Akutbehandlung und medizinischer Rehabilitation bedarfsgerecht zu ermöglichen.

Ferner gilt es, die Lebensweltorientierung leistungsträgerübergreifend und leistungsträgerbezogen gesetzlich und strukturell stärker zu verankern.

Dabei ist ein besonderes Augenmerk auf die Stärkung flexibler ambulanter und vor allem mobiler Angebote leistungsträgerübergreifend zu legen. Diese Angebote sind insbesondere als individuelle Option mit hoher Wirksamkeit und im Anschluss an lebensfeldorientierte, aufsuchende Behandlung von Bedeutung. Die Angebote sind über die gesamte Lebensspanne sicherzustellen.

2.6.2 Gründe

Bei den Angeboten zur medizinischen Rehabilitation bei schweren psychischen Erkrankungen ist eine Unterversorgung – mit Ausnahme der F1-Diagnosen im Bereich der Erwachsenen – festzustellen. Es fehlt insgesamt an flexibel ausgerichteten insbesondere ambulanten und mobilen Angeboten.

Von den ca. 130.000 medizinischen Rehamaßnahmen der Rentenversicherung wurden 2022 nur ca. 7 % bei psychischen Erkrankungen ambulant ausgeführt – die Diagnosen betrafen im Wesentlichen die F3- und F1-Diagnosebereiche.¹⁰ Durch die Krankenkassen wurden nur ca. 17.000 medizinische Rehamaßnahmen bei psychischen Erkrankungen finanziert und davon nur ca. 6 % ambulant durchgeführt. Grundlagen waren in der Regel die Rahmenvereinbarungen zur psychosomatischen Rehabilitation. In den Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sind die Diagnosen im Bereich F20-F29 weitgehend ausgeschlossen. Die Angebote sind somit überwiegend institutionell ausgerichtet und finden in Sondermilieus statt.¹¹

Zugleich steigt die Zahl der Erwerbsminderungsrenten auf Grund einer psychischen Erkrankung kontinuierlich. So entfielen laut Deutschen Rentenversicherung Bund im Jahr 2000 noch 24,2 Prozent

¹⁰ Vgl. Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): *Rehabilitation 2022*, Tabellenband, S. 44 ff., S. 102 ff., 2023, Online unter https://statistik-rente.de/drv/extern/publikationen/statistikbaende/documents/Rehabilitation_2022.pdf (zuletzt abgerufen am 29.01.2024)

¹¹ Vgl. Gesetzliche Krankenversicherung (Hrsg.): *KG5-Statistik 2022*, Online unter https://www.gbe-bund.de/gbe/lisgbe-indikatoren_set_page?p_uid=gast&p_aid=38185909&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=886&p_ansnr=98559560&p_version=3&p_thema_id=23021&p_thema_id2=5800&p_thema_id3=6710&p_thema_id4=6720&D.002=1000002&D.000=3744&D.008=4364&D.100=10101&D.946=14493 (zuletzt abgerufen am 31.07.2025)

der erstmals gezahlten Erwerbsminderungsrenten auf psychische Leiden, 2020 waren es bereits 41,5 Prozent.¹²

Die bestehenden Angebote der Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK-Einrichtungen) (mit dem Fokus auf schwereren Erkrankungen) sind flächendeckend nicht sichergestellt und nicht umfassend bedarfsgerecht auf schwer psychisch erkrankte Menschen ausgerichtet. Insgesamt stehen hier nur ca. 2.000 Plätze zur Verfügung. Die Angebote werden stationär oder ganztägig ambulant vorgehalten. Die Lebensweltorientierung ist bisher, wenn aufgegriffen, auf die berufliche Rehabilitation und die betriebliche Orientierung in diesem Zusammenhang bezogen.

Bedarfsbezogene rehabilitative Leistungen im häuslichen Umfeld sind noch nicht ausreichend implementiert. In der überarbeiteten RPK-Empfehlungsvereinbarung wird das häusliche Umfeld im Zusammenhang mit der Erforderlichkeit von Trainings- und Erprobungsmöglichkeiten beschrieben, die von der Einrichtung geprüft und bedarfsgerecht erbracht werden sollen.

In Bezug auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist die Wirksamkeit einer Lebensweltorientierung in Bezug auf den Arbeitsplatz hinreichend belegt (supported Employment). In Bezug auf das häusliche Umfeld ist die Evidenzlage nicht in gleichem Maße ausgeprägt, aber auch hier liegen vielfältige Hinweise – insbesondere aus der qualitativen, nicht evidenzbasierten Versorgungsforschung – auf die Wirksamkeit vor. Anzuführen sind hier unter anderem Ergebnisse aus den Implementationsprojekten zum Personenzentrierten Ansatz.¹³ In Bezug auf die Medizinische Rehabilitation liegen Erfahrungswerte aus einzelnen RPK-Einrichtungen vor.

Die wenigen Angebote auf der Grundlage der GKV-Spitzenverband-Rahmenempfehlung zur mobilen Rehabilitation (insgesamt 20 bundesweit) betreffen die geriatrische medizinische Rehabilitation. Eine gerontopsychiatrische Rehabilitation für ältere psychisch erkrankte Menschen existiert hingegen bisher nicht.

Die Kinder- und Jugendrehabilitation bei psychischen Beeinträchtigungen basierte bis vor wenigen Jahren auf Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe auf der Grundlage des § 35a Sozialgesetzbuch (SGB) VIII. Angebote im Rahmen der Krankenkassenfinanzierung betrafen überwiegend die F1-Diagnosen, hier jedoch nicht selten mit strukturellen Problemanzeigen im Hinblick auf den Finanzierungsrahmen, bzw. ist ein deutlicher Abbau der Kapazitäten in den letzten Jahren zu verzeichnen. Durch die Neuordnung im SGB VI (Zugang über das Rentenkonto der Eltern) haben sich einzelne stationäre Angebote bei psychischen Beeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen unter Einbezug der Rentenversicherung etabliert. Insgesamt sind die Angebote aber marginal im Vergleich zur Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII, und im Bereich des Übergangs in Ausbildung und Beruf

¹² Vgl. DRV-Bund: *Psychische Erkrankungen häufigste Ursache für Erwerbsminderung*, Pressemitteilung, 30.11.2021, Online unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/DE/Presse/Pressemitteilungen/pressemitteilungen_archive/2021/2021_11_30_psych_erkrankungen_erwerbsminderung.html (zuletzt abgerufen am 10.07.2024)

¹³ Vgl. https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Personenzentrierte_Hilfen_im_gemeindepsychiatrischen_Verbund_2006.pdf (zuletzt abgerufen am 31.07.2025)

ebenfalls kaum vorhanden. Hier dominieren bei psychisch erkrankten Jugendlichen und jungen Erwachsenen andere Übergangssysteme aus dem Bereich SGB II und III in Kombination mit Maßnahmen für junge Volljährige nach SGB VIII.

Die Rentenversicherung hat Eckpunkte für die ambulanten Leistungen zur Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation vorgelegt. Diese sind auf alle Krankheitsbilder ausgerichtet. Die besonderen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen finden keine Berücksichtigung. Perspektivisch soll auf der Grundlage der Eckpunkte ein Rahmenkonzept zur ambulanten Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation entwickelt werden.

Auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) soll das Rahmenkonzept für Medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen neu erarbeitet werden. Vorgesehen ist seitens der BAR das Thema „Reha- und Teilhabeleistungen für Jugendliche und junge Erwachsene mit schweren psychischen Beeinträchtigungen“ in die kommende Schwerpunktplanung aufzunehmen.

Für einen Teil der Menschen mit schwereren psychischen Erkrankungen ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit kein oder noch kein primäres Ziel. Dies betrifft ältere Menschen und Erwachsene mittleren Alters nach längeren Krankheitsverläufen. Hier greifen bisher die RPK-Angebote mit ihrer vorrangigen Ausrichtung auf eine positive Erwerbsprognose nur begrenzt. Auch bei jungen und heranwachsenden Menschen mit schweren Erkrankungsverläufen kann die Ausrichtung auf eine schulische oder berufliche Ausbildung bzw. eine Erwerbstätigkeit noch eine Überforderung sein.

Bei der Zielgruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in Bezug auf den Übergang in die Medizinische Rehabilitation die Entwicklungen in der Akutbehandlung zu beachten. Im Rahmen der Akutbehandlung findet verstärkt die Behandlung im Lebensumfeld statt. Besondere Versorgungsverträge, Modellvorhaben und die gesetzliche Verankerung von stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung haben hier Wege geebnet. Begleitevaluationen und die Studienlage insgesamt haben die Wirksamkeit belegt.¹⁴

Mit diesen Entwicklungen existieren kompatible ambulante und mobile medizinische Rehabilitationsmöglichkeiten bisher nur in einem Modellprojekt. Dies führt dazu, dass Übergänge aus der begründeten ambulanten Akutbehandlung oft nur in eine nicht gewollte bzw. nicht indizierte stationäre Rehabilitation erfolgen können.

¹⁴ Vgl. DGPPN (Hrsg.): *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*, Langversion. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), 2018, Online unter https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/28165ed34c0c09d9e092cbfb138e6edcbcfcc277/S3-LL-PsychosozTherapien_Langversion.pdf (zuletzt abgerufen am 31.07.2025)

2.6.3 Maßnahmen

Die auch die Bereiche der Teilhabe am Arbeitsleben und der Sozialen Teilhabe betreffende Hinwirkungspflicht in § 36 SGB IX und die diesbezüglichen Reformbedarfe werden in einer gesonderten, übergreifenden Empfehlung aufgegriffen.

Grundsätzlich sollte in den Rahmenempfehlungsvereinbarungen die Zielsetzung der Lebensweltorientierung und des realitätsbezogenen Trainings und der Erprobung umfassend ihren Eingang finden.

Der in § 40 SGB V verankerte Grundsatz, zunächst eine ambulante Rehabilitation zu prüfen mit Einschluss der mobilen Rehabilitation ist in Bezug auf diese Zielsetzung richtungsweisend, auch wenn in der Entstehungsgeschichte hier fiskalische Gründe ausschlaggebend waren. Diese Ausrichtung sollte ebenfalls in den anderen Sozialgesetzbüchern (hier v. a. SGB VI und SGB VIII) verankert werden. Beispielhaft wäre für das SGB VI zu überlegen, dem § 15 „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ im Absatz 1 in Anlehnung an das § 40 SGB V den Passus anzuhängen:

„Erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen werden durch Rehabilitationseinrichtungen, erbracht; dies schließt mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen ein. Reicht die Leistung nicht aus, so erbringt die Rentenversicherung erforderliche stationäre Rehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung mit Unterkunft und Verpflegung.“

Dadurch würde befördert,

- dass Bedarfe an ambulanter und mobiler Rehabilitation in der Umsetzung vorrangig geprüft werden und verhindert,
- dass die individuelle Rehabilitationsplanung sich an den bestehenden bzw. zur Verfügung stehenden Angeboten ausrichtet und der individuelle Bedarf an ambulanter und mobiler Rehabilitation vernachlässigt wird.

Dass letztendlich der Bedarf entscheidend ist, ist im SGB IX ausreichend verankert.

Empfohlen wird hier, einen entsprechenden Prüfauftrag zu vergeben, wie gesetzliche Verankerungen von ambulanten und mobilen Angeboten der medizinischen Rehabilitation über das SGB V hinaus zu realisieren wären.

Die gesetzliche Verankerung der Sicherstellungsaufgaben der Leistungsträger in Bezug auf ausreichend in der notwendigen Qualität zur Verfügung stehende Angebote wird wie angeführt in einer weiteren übergreifenden Empfehlung formuliert.

Eine weitere Handlungsoption die Angebote bedarfsorientiert sicherzustellen, kann die Etablierung einer bedarfsorientierten Planung der Angebote der medizinischen Rehabilitation unter Berücksichtigung der Setting-bezogenen Angebotsstrukturen sein. Diese sollte auf der Grundlage der Ermittlung und Nutzung von Anhaltswerten, wie eine bedarfsgerechte Versorgung sich gestalten muss, basieren.

In Bezug auf die regionale Steuerung einer wohnortnahen, lebensweltorientierten medizinischen Rehabilitation wären in den gemeinsamen Rahmenvereinbarungen diese Anhaltswerte für die Angebotsdichte von ambulanten-mobilen, ganztags-ambulanten bzw. teilstationären und stationären Angeboten zu vereinbaren, die in landesbezogenen Vereinbarungen konkretisiert werden.

Die Erfahrungen aus der individuellen Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung in Bezug auf die Bedarfe zur medizinischen Rehabilitation, die regional nicht bedient werden können, sollten hier einbezogen werden. Eine kontinuierliche Auswertung ist dafür erforderlich. Die Länder sollten ein Mitspracherecht erhalten.

Notwendig wäre aber zunächst eine übergreifende BAR-Rahmenempfehlung zur ambulant – mobilen Rehabilitation für psychisch kranke Menschen, da auch die überarbeitete RPK – Empfehlungsvereinbarung hier bisher keine Optionen in diese Richtung eröffnet. Denkbar wäre nach wie vor eine Erweiterung der RPK-Empfehlungsvereinbarung in einem zweiten Teil. Umfassend mit einzubeziehen wäre die GKV-Spitzenverband-Rahmenempfehlung zur mobilen Rehabilitation und die Erfahrung sowohl der mobilen geriatrischen Rehabilitation und der ersten Umsetzungserfahrungen bezüglich der mobilen psychiatrischen Rehabilitation in Baden – Württemberg.

Erforderlich ist auch eine Erweiterung der RPK-Empfehlungsvereinbarung um den Personenkreis der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen bzw. seelischen Beeinträchtigungen. Desweiteren würde hier die bereits im ersten Dialog formulierte Empfehlung für das SGB V greifen, Einrichtungen zur Leistungserbringung zu ermächtigen. Wie bei den psychiatrischen Institutsambulanzten sollten hier insbesondere psychiatrische Praxen (z. B. Praxen nach der Sozialpsychiatrievereinbarung) oder Kliniken mit einer entsprechenden Leistungsbeschreibung per Gesetz ermächtigt werden, Angebote zur ambulanten und mobilen Rehabilitation vorzuhalten. Hier gilt es verstärkt eine gesetzliche Implementierung zu prüfen und voranzutreiben.

2.6.4 Perspektive und Auswirkungen

Mit einer Stärkung der ambulanten und mobilen Rehabilitation und der medizinischen Rehabilitation insgesamt sind Mehraufwendungen für die Rehabilitationsträger verbunden. Bei der Krankenversicherung ist dabei von einer mittelfristigen Entlastung der Behandlungsangebote auszugehen. Bei der Rentenversicherung ist bei Umsteuerung aus dem stationären Bereich auf die Kostenneutralität zu achten. Im Bereich der Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung und Stärkung der ambulanten und mobilen Behandlung vom Krankenhaus ist dies gelungen. Auch können Erwerbsminderungsrenten wirksamer vermieden werden.

Dialogforum 3: Schnittstelle Behandlung und Teilhabe an der Arbeit und Beschäftigung

2.7 Handlungsempfehlung 7 – Betriebliches Eingliederungsmanagement personenzentrierter ausrichten und stärker mit Behandlung verknüpfen

2.7.1 Zielsetzungen

Ein Individualanspruch der betroffenen Arbeitnehmenden auf Einleitung und Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) sollte gesetzlich verankert werden, soweit von den Arbeitnehmenden gewollt. Die Verpflichtung des Arbeitgebenden greift bisher nur im Zusammenhang mit der drohenden Auswirkung bei Nichteinhaltung im Zusammenhang mit Kündigung.

Die bisherige Gesetzesformulierung wird vorrangig in Richtung Vermittlung und Schnittstelle zu Rehabilitationsleistungen oder begleitenden Hilfe im Arbeitsleben interpretiert. Oft sind es bei Menschen mit psychischen Erkrankungen Behandlungs- bzw. Therapieleistungen, die in Frage kommen und in deren Richtung möglicherweise auch motiviert werden muss. Ein direkter Zugriff auf Behandlungsangebote würde oft sehr helfen und sollte verbindlicher gesetzlich und untergesetzlich geregelt werden.

2.7.2 Gründe

Arbeitgeber sind nach § 167 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) IX verpflichtet, ein BEM einzuführen für Beschäftigte, die länger als sechs Wochen im Jahr arbeitsunfähig sind. Das BEM ist ein kooperativer organisierter Suchprozess, an dem die jeweils für Gesundheit und Teilhabe relevanten Akteure inner- und überbetrieblich zusammenwirken, um die Arbeitsunfähigkeit zu beenden und den Beschäftigten mit gesundheitlichen Problemen oder Behinderung möglichst dauerhaft auf einem geeigneten Arbeitsplatz einzusetzen.¹⁵

Die Auswertung der Erwerbstätigenbefragung 2018 des Bundesinstitutes für Berufsbildung und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zeigte, dass nur rund 40 % der potenziell berechtigten Personen ein BEM-Angebot erhielten. Davon nahmen fast 70 % das Angebot an. In kleineren Betrieben, im Handwerk und im Dienstleistungsbereich wird das BEM den berechtigten Beschäftigten sogar seltener als 40 % angeboten. BEM ist in solchen Bereichen weitverbreitet, in denen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt werden, in denen aner kennend und unterstützend geführt wird und in denen das kollegiale Verhalten ausgeprägter ist.

Bei Arbeitnehmenden mit psychischen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigung besteht nicht selten ein komplexerer Hilfebedarf. Neben Leistungen, Teilhabeleistungen und psychosoziale Hilfeleistungen

¹⁵ Vgl. https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_vereinbarungen/gemeinsame_empfehlung/downloads/gemeinsame_empfehlung_praevention.pdf (zuletzt abgerufen am 31.07.2025)

sind oft auch Behandlungsleistungen parallel oder hintereinander notwendig bzw. kommen diese in Betracht. Entsprechend vielfältig können sich die Unterstützungsbedarfe gestalten.

Die Integrationsämter (IA) und Rehabilitationsträger können Arbeitgebende, die BEM einführen, mit Prämien oder einem Bonus fördern. Die Ausgaben der IA für solche Zahlungen sind gesunken. Im Jahr 2014 lagen sie noch bei rund 260.000 €, im Jahr 2017 nur noch bei rund 90.000 €.

Arbeitgebende bekommen zur Beschäftigung von Menschen mit Schwerbehinderung Unterstützung durch die Integrationsfachdienste (IFD).

Zudem sind seit 2023 einheitliche Ansprechstellen für Arbeitgebende im SGB IX verankert. Sie informieren, beraten und unterstützen Arbeitgebende bei der Ausbildung, Einstellung und Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen. Wie auch bei den IFDs gilt hier auch der Grundsatz nach § 2 SGB IX, dass die besonderen Bedarfe von Menschen mit psychischen Erkrankungen Berücksichtigung finden müssen.

2.7.3 Maßnahmen

Um den Beschäftigten gegebenenfalls mit Unterstützung einer Vertrauensperson die Möglichkeit zu geben, von sich aus tätig zu werden, sofern der Arbeitgeber hier nicht aktiv wird, sollte diese Option gesetzlich verankert werden.

Hier wäre nach Satz 4 in § 167 SGB IX Abs. 2 ein Satz 5 einzufügen:

*„Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 176, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement). Beschäftigte können zusätzlich eine Vertrauensperson eigener Wahl hinzuziehen. Soweit erforderlich, wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen. Die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist zuvor auf die Ziele des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie auf Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten hinzuweisen. **Sofern der Arbeitgeber nicht tätig wird, kann der Beschäftigte diese Klärung einschließlich der Unterstützung durch eine Vertrauensperson selbst beanspruchen. ...**“*

Zudem sind niedrigschwellige und betriebsexterne Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten wie die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung oder die Soziotherapie neben den IFD oft eine Hilfe. Dies wäre ebenso in § 167 SGB IX Abs. 2 aufzugreifen. Zudem sollten explizit die Behandlungsleistungen Erwähnung finden.

Vorgeschlagen wird insofern zusätzlich zu der oben angeführten Änderung folgende Ergänzung bzw. Änderung im Satz 5 § 167 SGB IX Abs. 2:

*„... die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit **welchen Beratungshilfen** und welchen **individuellen und bedarfsgerechten** Leistungen **insbesondere zur Behandlung, Teilhabe und Begleitung im Arbeitsleben oder Hilfen** erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement).“*

Im Sinne der Arbeitnehmenden sollte verstärkt dafür Sorge getragen werden, dass Informationen über die Möglichkeiten des betrieblichen Eingliederungsmanagement allgemein bekannt gemacht werden. Neben dem betrieblichen Informationssystem sind hier gewerkschaftliche und verbraucherorientierte Organisationen in besonderer Verantwortung. Aber auch aus dem Gesundheitssystem sollte hier die Informationsvermittlung erfolgen.

2.7.4 Perspektive und Auswirkungen

Mit den gesetzlichen Änderungsvorschlägen sind keine direkten finanziellen Auswirkungen verbunden. Gestärkt werden die Arbeitnehmerrechte und das betriebliche Eingliederungsmanagement wird inhaltlich weiterentwickelt. Sofern noch in dieser Legislatur SGB IX-Änderungen vorgenommen werden, wären die angeführten Maßnahmen mitzudenken, mittelfristig entsprechend in der nächsten Legislatur.

2.8 Handlungsempfehlung 8 – Stufenweise Wiedereingliederung im SGB V und SGB IX weiterentwickeln

2.8.1 Zielsetzungen

Die stufenweise Wiedereingliederung hat sich auch durch die Verankerung im Sozialgesetzbuch (SGB) IX verstärkt als ein wichtiges Mittel betriebsnaher Rehabilitation erwiesen. Den Prozess der Etablierung gilt es weiter fortzusetzen und zu stärken.

Dabei gilt es auch, die Verantwortung und Verpflichtung der Arbeitgebenden diesem Instrument zuzustimmen zu stärken und umgekehrt die Verankerung eines Anspruchs des Arbeitnehmenden zu forcieren, um mehr Verbindlichkeit herzustellen. Die beabsichtigte Verankerung eines Rechtsanspruches hat 2023 nicht den Weg in das Gesetz zur Förderung eines inklusiven Arbeitsmarkts gefunden.

Eine vorrangige Zuordnung zur medizinischen Rehabilitation und eine entsprechende Konkretisierung beinhaltet die Öffnung in Richtung der medizinischen, psychologischen und pädagogischen Leistungen nach § 42 Abs. 3 SGB IX. So sollte auch Fahrkostenförderung in Betracht kommen, da die Sozialleistungen nicht immer ausreichen, diese Kosten selbst tragen zu können.

2.8.2 Gründe

Stufenweise Wiedereingliederung verfolgt das Ziel, Beschäftigte nach entweder länger andauernder Arbeitsunfähigkeit oder schwerer (gegebenenfalls akuter) Erkrankung (zum Beispiel Schlaganfall, Herzinfarkt) schrittweise an die Arbeitsbelastung möglichst am bisherigen Arbeitsplatz heranzuführen und so die Teilhabe durch Rückkehr in den Berufsalltag positiv zu beeinflussen.

Das Eingliederungsverhältnis ist danach nicht identisch mit dem bestehenden Arbeitsverhältnis. Während der stufenweisen Wiedereingliederung ruht das bisherige Arbeitsverhältnis und eine zusätzliche Vereinbarung für eine betriebliche Erprobungsmaßnahme muss getroffen werden. Die Belastungssteigerung wird ärztlich vorgegeben, kann aber der Erprobung entsprechend flexibel angepasst werden.

Rechtlicher Rahmen ist daher der ärztliche Wiedereingliederungsplan, der mit der Unterschrift der Beteiligten zum Vertrag wird. Die erste gesetzliche Regelung der stufenweisen Wiedereingliederung ist im Krankenversicherungsrecht in § 74 SGB V im Kapitel über die ärztlichen Pflichten normiert worden.

Mit der Einführung des SGB IX als einheitliches Rehabilitationsrechts wurde eine umfassende Norm in § 28 SGB IX verankert. Jetzt gehört sie auch zu den Rechten der Rehabilitanden insbesondere nach einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. Alle Rehabilitationsträger sind verpflichtet, bei entsprechender Indikation an dieser Maßnahme mitzuwirken.

Seit 2015 sind die Krankenkassen durch § 44 SGB V verpflichtet, den Versicherten, die einen Anspruch auf Krankengeld haben, Beratung über mögliche Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu erteilen, auch hier sollte die stufenweise Wiedereingliederung besonders gefördert werden.

Die stufenweise Wiedereingliederung hat eine beachtliche Akzeptanz erreichen können. In rehabilitationswissenschaftlichen Untersuchungen konnte aufgezeigt werden, dass „Return-to-Work-Prozesse“ erfolgreich verlaufen. Die Erfolgsquoten lagen bei 80 % bis 90 %.¹⁶ In Bezug auf psychischen Erkrankungen bzw. Störungen ist die anfängliche Skepsis mit der Erfahrung gewichen, dass die stufenweise Wiedereingliederung hier überaus förderlich ist.

Eine nachhaltige psychische Störung, die häufig mit arbeitsbezogenen Beeinträchtigungen verbunden ist, verlangt oft die Reaktivierung von Kompetenzen und das Erlernen „neuer“ Verhaltensweisen am Arbeitsplatz. Die stufenweise Wiedereingliederung mit ihren sich verändernden und abgestuften Leistungsanforderungen hat mit individueller arbeitsmedizinischer, psychosozialer und psychotherapeutischer Unterstützung vergleichbar gute Chancen wie bei somatischen Erkrankungen. Einzubeziehende sind auch Vorgesetzte sowie Kolleginnen und Kollegen. Deren früheres Verhalten war möglicherweise nicht immer förderlich, oft ist ihr aktuelles Verhalten durch große Unsicherheiten gekennzeichnet.

Beschäftigte mit einer Schwerbehinderung haben nach § 164 Abs. 4 Satz 1 Nummer 1 SGB IX grundsätzlich einen Rechtsanspruch auf stufenweise Wiedereingliederung (Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 13.06.2006 – 9 AZR 229/05). Bei Beschäftigten ohne Schwerbehinderung ergibt sich ein Anspruch auf stufenweise Wiedereingliederung aus § 167 Abs. 2 SGB IX (Betriebliches Eingliederungsmanagement, Landesarbeitsgericht Hamm, Urteil vom 04.07.2011 – 8 Sa 726/11).¹⁷

2.8.3 Maßnahmen

Im § 44 SGB IX sollte die Regelung dahingehend konkretisiert werden, dass die stufenweise Wiedereingliederung eine Medizinische Rehabilitationsmaßnahme als Anspruchsleistung ist, und zugleich ein Hinweis auf § 167 SGB IX erfolgen.

Vorgeschlagen wird folgende Änderung im § 44 SGB IX:

*„Können arbeitsunfähige Leistungsberechtigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise ausüben und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, ~~sollen~~ **werden** die medizinischen und die sie ergänzenden **Teilhabeleistungen mit dieser Zielrichtung entsprechend** erbracht werden. Die Regelungen im § 167 SGB IX sind zu beachten.“*

¹⁶ Vgl. W. Bürger et al.: *Stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der Gesetzlichen Rentenversicherung*. In: Die Rehabilitation 2011: 68 – 79 und S. Webendörfer, G. Frey: *Die stufenweise Wiedereingliederung als wirksames Instrument der Tertiärprävention*. ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed, 2017; 52: 366–371.

¹⁷ Vgl. <https://www.bih.de/integrationsaemter/medien-und-publikationen/fachlexikon/detail/wiedereingliederung-stufenweise/> (zuletzt abgerufen am 31.07.2025)

Bei einer gesetzlichen Novellierung sollte in der Begründung auch der Hinweis auf § 42 SGB IX Abs. 3 aufgenommen werden. Die dort aufgelisteten medizinischen, psychologischen und pädagogischen Hilfen sind im Einzelfall wirksame Bestandteile einer stufenweisen Wiedereingliederung.

Die begleitenden Hilfen sind für Menschen mit Schwerbehinderung durch den Integrationsfachdienst (IFD) in Verbindung mit § 164 SGB IX zu erbringen, ansonsten wären Leistungen

- von anerkannten Coaches im Rahmen von § 45 SGB III als Stabilisierung einer Beschäftigung bei ansonsten drohender Arbeitslosigkeit oder
- als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (nach SGB III/II und SGB VI) auf Grund der psychischen Beeinträchtigungen

im Zusammenhang mit dem betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 167 SGB IX denkbar. Das Konzept des „Individuell Placement Support (IPS)“ kann hier einen Rahmen bieten und bereits im Behandlungssetting gestartet werden.

Geprüft werden sollte, ob auch im Studium oder schulischer Ausbildung nach längerer Krankheit eine stufenweise Eingliederung bzw. Fortsetzung möglich sein sollte.

2.8.4 Perspektive und Auswirkungen

Mit der Pflicht zu der Leistung der stufenweisen Wiedereingliederung als Medizinische Rehabilitation sind Mehraufwendungen im Bereich der Rentenversicherung zu erwarten. Die ergänzenden Teilhabeleistungen sind hier von besonderer Bedeutung. Die Leistungen dienen der nachhaltigen Rückkehr an den Arbeitsplatz. Sofern die gestufte Stundenreduzierung allein ausreicht, ist die Ermöglichung im Rahmen von § 74 SGB V vorzuziehen.

2.9 Handlungsempfehlung 9 – Zugänge und Beratung zu Behandlungs- und Teilhabeleistungen zum Erhalt des Arbeitsplatzes und zur Rückkehr an den Arbeitsplatz verbessern

2.9.1 Zielsetzungen

Die Zuständigkeit der Integrationsfachdienste (IFD) sollten auch die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die nicht schwerbehindert sind, rechtlich und in der Umsetzung verbindlich umfassen. Dies umfasst auch die Möglichkeit der Beteiligung und Unterstützung beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) für psychisch erkrankte Menschen (siehe Handlungsempfehlung BEM). Dazu sollten auch die präventiven Angebote der IFDs zum Arbeitsplatzzerhalt ausgebaut werden.

Die niedrigschwelligen Zugänge und Beratungsmöglichkeiten aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) V heraus, wurden bereits im ersten Psychiatriedialog mit den Handlungsempfehlungen zu Krisenhilfen und der niedrigschwelligen Zugangsberatung diskutiert.¹⁸ Diese Empfehlungen sind hier von Bedeutung und deren Umsetzung gilt es zu forcieren. Auch die betriebliche Beratung und Prävention durch die Krankenkassen gilt es in Bezug auf die Belange von Arbeitnehmenden mit psychischen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen zu sensibilisieren.

2.9.2 Gründe

IFD beraten und unterstützen schwerbehinderte Menschen und Betriebe bei der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben und erleichtern die Zugänge zur Teilhabeleistungen. Sie handeln im Auftrag der Integrationsämter oder Rehabilitationsträger.

2020 gab es ein flächen- und bedarfsdeckendes Netz von 213 IFDs – mit 1.237 Stellen. Es waren fast 1.750 Fachkräfte im Einsatz. Die Zahl der vom IFD unterstützten Personen lag im Jahr 2020 trotz der pandemischen Gesamtlage bei rund 59.600 Personen. 67 % der unterstützten Personen standen in einem Beschäftigungsverhältnis. In den Gemeinsamen Empfehlungen „Integrationsfachdienste“ der BAR werden die Aufgaben und Möglichkeiten der IFD beschrieben.

Die Krankenkassen sollen nach § 20b SGB V Unternehmen, insbesondere Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung anbieten. Die Beratung soll insbesondere die Information über Leistungen nach Absatz 1, die Förderung überbetrieblicher Netzwerke zur betrieblichen Gesundheitsförderung und die Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen nach Absatz 1 im Betrieb erbringt, beinhalten.

Als Zugänge für Arbeitnehmende mit psychischen Erkrankungen, Beeinträchtigungen bzw. mit psychischen Problemen sind folgende Zugänge und Beratungsmöglichkeiten in Bezug auf Behandlungsleistungen denkbar:

¹⁸ Vgl. <http://www.psychiatriedialog.de/startseite> (zuletzt abgerufen am 31.07.2025)

- Krisendienste bzw. Sozialpsychiatrische Dienste,
- Psychotherapeutische Sprechstunde als Zugang/Schnittstelle zur Behandlung,
- Sozialdienste in Kliniken, behandelnde Personen in Kliniken und Institutsambulanzen betriebliche Sozialberatung/betriebliches Gesundheitsmanagement.

Vorliegende Problemanzeigen aus dem ersten Psychiatriedialog betreffen jeweils die niedrigschwellige Zugänglichkeit und die Verfügbarkeit.

2.9.3 Maßnahmen

Durch eine Änderung im § 192 SGB IX sollten die Aufgabenstellung der IFDs verbindlicher auch für Menschen mit Beeinträchtigung jedoch ohne Schwerbehinderung als Soll-Leistung formuliert werden.

Entsprechend wird vorgeschlagen:

„(4) Der Integrationsfachdienst ~~kann~~ soll im Rahmen der Aufgabenstellung nach Absatz 1 auch zur beruflichen Eingliederung von behinderten Menschen, die nicht schwerbehindert sind, tätig werden. Hierbei wird den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer seelischen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen.“

Die betriebliche Beratung durch die Krankenkassen und die gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen sind mit spezifischen Kompetenzen zur den psychischen Problemlagen und Erkrankungen auszustatten. Eine Erwähnung der seelischen Gesundheit im § 20b SGB V wäre hilfreich.

Die im ersten Psychiatriedialog diskutierte niedrigschwellige Zugangsberatung im SGB V greift hier in Bezug auf den Zugang zu Behandlungsleistungen, die notwendig im Zusammenhang mit dem Erhalt des Arbeitsplatzes sind. Diese vorgeschlagene gesetzliche Verankerung ist bisher nicht aufgegriffen worden. Dies sollte im hier gestellten Zusammenhang erneut und verstärkt aufgegriffen werden.

2.9.4 Perspektive und Auswirkungen

Mit der Änderung wären Mehraufwendungen für die IFD verbunden. Die Leistungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die nicht schwerbehindert sind, würden nicht aus der Ausgleichsabgabe zu finanzieren sein. Hier wären überwiegend die Haushalte der Bundesagentur für Arbeit und der Rentenversicherung betroffen. Leistungen im Bereich des BEM dienen dem Arbeitsplatzerhalt. Arbeitsplatzverlust belastet umgekehrt deren Haushalte.

Dialogforum 4 (a): Schnittstelle Soziale Teilhabe

2.10 Handlungsempfehlung 10 – Beratung und Unterstützung im Zugang zu Eingliederungshilfen personenzentrierter ausrichten

2.10.1 Zielsetzungen

Für die Betroffenen mit einem möglichen Bedarf für eine Leistung der Eingliederungshilfe ist im Sinne der im Sozialgesetzbuch (SGB) verankerten Barrierefreiheit eine gute Beratung schon im Vorfeld einer Beantragung entscheidend, aber auch während und nach der Beantragung von Eingliederungshilfen sollten sie sich auf einen leichten Zugang zur Beratung verlassen können.

Nach und auf der Grundlage der Beratung und der niedrigschwelligen Antragstellung ist im nächsten Schritt die Bedarfsermittlung vorgesehen. Hier bedarf es möglichst in personeller Kontinuität der Unterstützung und barrierefreier Bedarfsermittlung. Eingesetzte Instrumente sollten leicht verständlich und handhabbar für die Betroffenen und die Unterstützenden sein.

Nicht selten erfolgen die Zugänge bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen aus dem Behandlungsbereich. Umfassende Beratung und Unterstützung schafft Sicherheit im Übergang und Sicherstellung der Hilfen. Der Behandlungsbereich sollte hier, wie bereits im § 42 SGB IX geregelt, vermittelnde und vorbereitende Aufgaben übernehmen. (siehe auch Handlungsempfehlung Integrierte Behandlungs- und Teilhabeplanung).

2.10.2 Gründe

Mit der SGB IX Reform 2017 ist die Beratungspflicht durch den Eingliederungshilfeträger im § 106 SGB IX aufgenommen und konkretisiert worden.

In § 106 Abs. 1 SGB IX wird die Beratungsleistung beschrieben. Da Abs. 1 eine Konkretisierung des § 14 SGB I ist, kann im Hinblick auf die Beratung auf dessen Grundsätze zurückgegriffen werden. Danach ist die Beratung eine gezielte Information über alle sozialrechtlichen Fragen, die für die Ratsuchenden zur Beurteilung ihrer Rechte und Pflichten von Bedeutung sind oder sein können. Sie vermittelt in der Regel konkrete Handlungsempfehlungen, verweist auf Alternativen und dient der umfassenden Klärung eines Leistungsfalls. Der Eingliederungshilfeträger ist nach § 106 SGB IX nur in der Pflicht bei einer drohenden Behinderung oder einer vorliegenden Behinderung, sollte sich aber auch an den § 14 SGB I insgesamt gebunden sehen.

Über die Beratung hinaus soll der Leistungsträger auch Unterstützung, soweit erforderlich, anbieten in Bezug auf

- Antragstellung,
- Klärung weiterer zuständiger Leistungsträger und zeitnahe Entscheidungen,
- Inanspruchnahme von Leistungen,

- Mitwirkungspflichten,
- Vorbereitung auf soziale Teilhabemöglichkeiten und
- zur Schnittstelle mit den Leistungsanbietenden.

Insofern entstehen über diese Aufgabenstellung Schnittstellen zu der Antragserfordernis nach § 108 SGB IX, der Bedarfsermittlung nach § 118 SGB IX und den Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX.

Zudem besteht die Möglichkeit der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) nach § 32 SGB IX, auf die der Eingliederungshilfeträger als gesetzliche Vorgabe auch verweisen sollte.

Mit der Reform ist keine Lösung der auch schon zuvor nicht umfassend geregelten Aufgabenstellung bzw. Sicherstellung der Beratungsangebote der Kontakt- und Beratungsstellen für Menschen mit seelischen Behinderungen und geistigen Behinderungen bzw. psychischen und intellektuellen Beeinträchtigungen gefunden worden. Diese waren schon zuvor weitgehend mischfinanziert zwischen Kommune/Land und Eingliederungshilfeträgern.

Aus der aktuellen Umsetzungspraxis werden Problemanzeigen gemeldet, dass die Beratungsangebote durch den Leistungsträger als nicht ausreichend wahrgenommen werden und die unabhängige Teilhabeberatung hier nur begrenzt aufgrund der nicht ausreichenden Ressourcen dem Bedarf gerecht wird.

Die Bedarfsermittlungsverfahren sind teilweise zu komplex in ihrer Ausgestaltung insbesondere als Grundlage für eine gemeinsame Ermittlung mit den Betroffenen. Sie erfüllen zwar in der großen Mehrzahl die an sie gestellten Anforderungen des § 118 SGB IX, haben aber einen Umfang angenommen, der durch die Träger der Eingliederungshilfe oftmals nicht oder nur teilweise umsetzbar ist. Unabhängig davon aber überfordern manche dieser Verfahren die antragsstellenden Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen hinsichtlich der Anforderung an diesen Verfahren in der erwarteten Weise mitzuwirken.

Zudem ist die Aufgabenstellung bei Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen insofern komplexer, da hier noch die Behandlungsleistungen oft mit koordiniert bzw. abgestimmt werden müssen.

2.10.3 Maßnahmen

Die Beratung der Leistungsberechtigten, einschließlich der mutmaßlichen Berechtigten sollte im gesamten Leistungsverlauf regelhaft durch ein Zusammenwirken von Beratungsleistungen des Eingliederungshilfeträgers, der in der Fläche vorzuhaltenden Kontakt- und Beratungsstellen und der EUTB sichergestellt werden:

- Die Kontakt- und Beratungsstellen sollten in der Fläche und in ihrer Finanzierung abgesichert und regelhaft in den Landesrahmenverträgen verankert werden. Zu empfehlen wäre hier die Mischfinanzierung aus kommunalen Mitteln im Rahmen des Beratungsauftrages des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und Mitteln der Eingliederungshilfe im Rahmen derer Beratungsaufgaben. Ganz entscheidend ist hier die Niedrigschwelligkeit, d. h. der Zugang muss

direkt und anonym möglich sein und die gute räumliche und zeitliche Erreichbarkeit der Angebote. Hier ist der ÖGD in Garantenstellung, sollte aber von der Eingliederungshilfe im Sinne der Prävention und frühzeitigen Hilfeinleitung unterstützt werden.

- Die Delegation von Beratungsleistungen auf der Grundlage des § 106 SGB IX oder Regelungen über die Assistenzleistungen nach Antragsbewilligung ist zu prüfen. In Bezug auf § 106 SGB IX ist spezifisch zu prüfen, ob hier im Gesetz vergleichbar mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI eine Öffnung für vom Eingliederungshilfeträger delegierte bzw. beauftragte Leistungserbringende zu verankern ist, um hier den Leistungsträger zu entlasten. Die Alternative wäre eine Delegation im Rahmen des Subsidiaritätsprinzips hier umzusetzen.
- In § 131 SGB IX ist ein entsprechender Passus in Richtung Zusammenwirken von Kontakt- und Beratungsstellen, dem Eingliederungshilfeträger und den EUTBs in Bezug auf die Sicherstellung von Beratungsleistungen zu prüfen.
- Um die Wirksamkeit und die bisherige Annahme der bestehenden Beratungsangebote nach der SGB IX-Reform verlässlicher einschätzen zu können, wird vorgeschlagen, eine Evaluation bzw. eine entsprechende Begleitforschung zu initiieren.
- Zu prüfen ist zudem, inwieweit auch eine Öffnung und räumliche Nähe zu Behandlungsangeboten sinnvoll ist. Beratungsangebote sind in bestimmten Regionen in Sozialpsychiatrischen Zentren, in denen auch Institutsambulanzen Sprechstunden vorhalten, mit integriert. Denkbar sind auch Anknüpfungspunkte in der haus- und fachärztlichen Versorgung durch Verordnung bzw. Vermittlung von psychosozialer, aufsuchender Beratung und Unterstützung (social prescribing).
- Die Kooperation und Abstimmung mit Beratungsstrukturen aus dem SGB V-Wirkungskreis ist sicherzustellen, um an den Schnittstellen die Übergänge bzw. Übergabe zu regeln. Insbesondere mit der im ersten Dialog empfohlenen Behandlungs- und Leistungsberatung (SGB V) wäre hier Abstimmung geboten.
- In Bezug auf die Bedarfsermittlungsverfahren sollten die aktuellen Verfahren einer Revision in Richtung Vereinfachung, Reduktion und eine Verfahrensvorschrift zu abgestuften Schritten in der Ermittlung unterzogen werden. Die bereits begonnenen Schritte in diese Richtung sollten forciert werden. Die Ergebnisse sollten einfließen in die Überarbeitung der gemeinsamen Empfehlungen „Reha-Prozess“ nach § 26 SGB IX.

2.10.4 Perspektive und Auswirkungen

Durch die Absicherung der Kontakt- und Beratungsstellen wie oben angeführt und zum anderen durch die Subsidiarität bzw. Delegation in Bezug auf Beratungsaufgaben der Eingliederungshilfeträger wird eine Verschiebung von Aufgabenstellungen und Finanzierungssystematiken stattfinden, die mittelfristig zu keinen Mehrausgaben führen sollte.

„Mit der empfohlenen Begleitforschung bzw. Evaluation zu Beratungsangeboten sind einmalig Kosten im sechsstelligen Bereich verbunden.

2.11 Handlungsempfehlung 11 – Vorhalteleistungen bei Assistenzleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe sicherstellen

2.11.1 Zielsetzungen

Der Gesetzgeber hat mit dem Bundesteilhabegesetz Leistungen der Erreichbarkeit ohne konkrete Inanspruchnahme in die Abhängigkeit von einem konkreten individuellen Bedarf ohne jeden Einrichtungsbezug gestellt. Dies gilt insbesondere auch für die Assistenzleistungen nach § 78 Sozialgesetzbuch (SGB) IX.

Die in Absatz 6 verankerten Vorhalteleistungen sollen uneingeschränkt auch für die Versorgung außerhalb von besonderen Wohnformen sichergestellt und eng verbunden werden mit Krisenhilfen auf anderer Leistungsgrundlage.

2.11.2 Gründe

Leistungen der Erreichbarkeit ohne direkte Inanspruchnahme sind im SGB IX § 78 ohne Einrichtungsbezug aufgenommen worden. Dies war die folgerichtige Konsequenz aus dem Grundsatz, dass Leistungen zur Sozialen Teilhabe ausschließlich vor dem persönlichen individuellen Bedarf bestimmt werden und im Teil I, Kapitel 13 sowie Teil II, Kapitel 6 kein Einrichtungsbezug mehr besteht.

Dies war eine wesentliche Veränderung gegenüber dem zuvor geltenden SGB XII, da dort diese Leistungen der Erreichbarkeit nicht benannt worden waren, sondern sich aus dem Vertragsgeschehen zwischen den Trägern der Eingliederungshilfe und den Leistungserbringern ergaben. Nur in diesen Verträgen wurde definiert, auf wie viele Bewohnerinnen und Bewohner eine Nachtwache oder eine Nachtbereitschaftskraft zu kommen hatte und wie die erforderliche personelle Ausstattung einer Einrichtung war, die rund um die Uhr eine Ansprechbarkeit von Mitarbeitenden gewährleisten musste. Zum Teil bildeten sich Vorgaben zur Personalvorhaltung auch in den Ländern in den Wohn- und Teilhabegesetzen bzw. deren Personalverordnungen ab.

Mit dem „neuen“ § 78 Abs. 6 SGB IX wurde nun klargestellt, dass jede anspruchsberechtigte Person diese Leistung nach dem individuellen Bedarf in Anspruch nehmen kann, auch wenn er/sie nicht in einer besonderen Wohnform lebt.

Eine flächendeckende Umsetzung dieses Rechtsanspruches ist nicht festzustellen. In einzelnen Regionen sind noch auf der Grundlage des SGB XII Angebote der ambulanten Krisenhilfe wie beispielsweise in Solingen entstanden, die Ressourcen der Eingliederungshilfe integriert haben.

2.11.3 Maßnahmen

In den Rahmenverträgen nach § 131 SGB IX müssten geeignete Vereinbarungen zur Umsetzung dieser Rechtsansprüche aus dem § 78 Abs. 6 SGB IX getroffen werden, die abgestuft nach telefonischer Erreichbarkeit, Rufbereitschaft, Anwesenheit- und Nachtbereitschaft, Nachtwache und Präsenzpfllichten ausgestaltet werden müssten.

Mit Blick auf den Fachkräftemangel und auf der Basis der inhaltlichen Notwendigkeit müssen diese Vereinbarungen so ausgestaltet werden, dass sie sich mit anderen Vorhalteleistungen vernetzen können (z. B. Krisendienste, mit Leistungserbringenden aus anderen SGB etc.).

Hier ist vorrangig auf eine Umsetzung hinzuwirken.

Als erster Schritt sollte in den Bestimmungen des § 131 SGB IX vorgegeben werden, dass in den Rahmenverträgen hierzu geeignete Vereinbarungen, ggf. auch durch Kooperationen von Leistungserbringenden oder durch Beteiligung an Krisendiensten getroffen werden.

2.11.4 Perspektive und Auswirkungen

Mit der Sicherstellung der Vorhalteleistungen sind Mehrkosten in den Leistungsvereinbarungen verbunden.

Die Vorhaltung wird jedoch die Wirksamkeit der Assistenzleistungen verstärken. Fehlende Unterstützung in Krisensituationen verlängert die Akutsituation und ist mit Rückschritten in der Umsetzung der Teilhabeziele und -planung verbunden. Ein erhöhter Aufwand ist die weitere Konsequenz.

Dialogforum 4 (b): Übergreifende Handlungsbedarfe

2.12 Handlungsempfehlung 12 – Kooperation und Vernetzung innerhalb der Leistungsbereiche und übergreifend auf- und ausbauen

2.12.1 Zielsetzungen

Die Behandlungsangebote sind in Verantwortung zu nehmen, mit Angeboten der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung und zur Sozialen Teilhabe im Verbund zu arbeiten. Dies betrifft auch die Abstimmung von Bedarfsermittlungs- und Planungsverfahren und Verfahrensroutinen in der Zusammenarbeit. Die Orientierung an dem International Classification of Functioning, Disability and Health – Konzept der World Health Organisation ist hier hilfreich und geboten.

Für die Seite der Leistungserbringenden und der Leistungsträger der Teilhabeleistungen sind umgekehrt die Kooperation, Zusammenarbeit und Vernetzung eine permanente und verpflichtende Aufgabe zur Gewährleistung gelingender individueller Übergänge und gleichzeitig ein wesentliches Qualitätsmerkmal.

2.12.2 Gründe

Eine abgestimmte Verantwortung der Leistungserbringenden und das verbindliche Arbeiten im regionalen Verbund ermöglicht Absprachen, Verabredung von Verfahrensroutinen, identifiziert Schwachstellen und Versorgungslücken und schafft Transparenz. Es gilt in der gemeinsamen Verbundarbeit ein kooperatives Verständnis von Versorgungssicherheit zu entwickeln und zu pflegen. Zugleich ist die Zusammenarbeit und Abstimmung mit den Leistungsträgern fortlaufend zu gewährleisten, um aus dem jeweiligen Verantwortungsbereichen heraus die personenzentrierten Hilfen für alle Hilfesuchenden sicherzustellen. Insgesamt sind in diesem Kontext verbindliche für alle Partnerinnen und Partner akzeptable Vereinbarungs- bzw. Vertragsmodelle zu entwickeln.

In den vorhandenen regionalen Vernetzungsstrukturen und Gemeindepsychiatrischen Verbünden (GPV) ist die Mitwirkung der Kliniken, der Leistungsanbietenden im ambulanten Behandlungssektor und der wenigen Angebote zur medizinischen Rehabilitation eine zentrale Zielsetzung. Einen Anknüpfungspunkt bietet hier die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf für Erwachsene des Gemeinsamen Bundesausschusses mit dem Netzverbundauftrag, sofern hier die Umsetzungsprobleme überwunden werden.

Zugleich fehlt es in vielen Regionen an verbindlichen regionalen Verbundstrukturen. Es liegt hier die Empfehlung aus dem ersten Psychatriedialog vor, die Förderung vom GPV im Sozialgesetzbuch

(SGB) V zu verankern. Im SGB IX fehlen bisher weitgehend Vorgaben zur verbindlichen Kooperation auf der regionalen und kommunalen Ebene.

Gremien und Netzwerke zu gründen, die behinderungsübergreifend die Versorgung planen und sicherstellen wollen, ist hier wenig zielführend. Die einzelnen Leistungsbereiche unterscheiden sich oft stark und auch die Bedürfnisse und Belange der Menschen mit unterschiedlichen Behinderungsarten zeigen sich unterschiedlich.

2.12.3 Maßnahmen

Neben der Verankerung im SGB V sollten auch in den weiteren Sozialgesetzbüchern entsprechende Förderaufträge verankert werden. Vorrangig und dringlich sollten die Regelungen zu regionalen Arbeitsgemeinschaften im SGB IX § 36 konkretisiert und um kommunale Arbeitsgemeinschaften erweitert werden.

Vorgeschlagen wird, den § 36 SGB IX um einen Abs. 5 mit folgenden Inhalten zu erweitern.

„(5) Rehabilitationsdienste und -einrichtungen sollten bei komplexen Rehabilitations- und Unterstützungsbedarfen insbesondere bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen regional und kommunal Vereinbarungen zur verbindlichen Kooperation und gemeinsamen Verbundarbeit schließen und dabei auch die weiteren Leistungsbereiche der Behandlung und Pflege integrieren. Die Verbundarbeit wird von den Leistungsträgern gefördert.“

Dieses Kooperationsgebot ist mit einer Vorschrift im SGB I zur Förderung von Netzwerken mit Trägern anderer sozialer Sicherungssysteme zu verbinden. Zudem sollten Qualitätsstandards durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation entwickelt werden. Eine Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde bei der Erstellung ist geboten und zu empfehlen.

Die im Sinne und im Rahmen der Qualitätssicherung zu leistende Netzwerk- bzw. Verbundarbeit und der damit verbundene Ressourcenaufwand ist Teil der Leistungsvereinbarung bzw. des Versorgungsvertrages.

An den vorgeschlagenen Ergänzungen am Ende des ersten Psychiatriedialoges (Empfehlung 3.11) zu § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V und § 70 und § 135d SGB V (Förderung GPV) wird ausdrücklich festgehalten.

2.12.4 Perspektive und Auswirkungen

Mit der gemeinsamen Verantwortung und das verbindliche Arbeiten im regionalen Verbund sind personelle Ressourcen bzw. zeitliche Aufwände verbunden. Diese sind begründet durch die gesetzliche Anforderung in den jeweiligen Vergütungsvereinbarungen insbesondere zur Qualitätssicherung anzuführen.

Die Zeitaufwände werden sich in Bezug auf die Verbesserungen, die sich durch Abstimmungen über Verfahrensroutinen in der Einzelfallhilfe ergeben, relativieren. Zudem ist es möglich, im Rahmen der Netzwerkarbeit und eines gemeinsamen kooperativen Verständnisses von Versorgungsverpflichtung Fehl- und Überversorgungsentwicklungen frühzeitig entgegenzusteuern.

Auch wird sich die gemeinsame Qualitätssicherung in der Wirkung der Hilfen positiv auswirken.

2.13 Handlungsempfehlung 13 – Personenzentrierte Koordination der Hilfen im Verlauf gewährleisten und absichern

2.13.1 Zielsetzungen

Die Funktion der koordinierenden, begleitenden, unterstützenden Bezugsperson bzw. die Coaching- und Assistenzfunktion sollte vom Krankenhausaufenthalt bzw. vom niedergelassenen Bereich in der Akuterkrankungsphase beginnend im gesamten Genesungs- und Eingliederungsprozess sichergestellt werden. Dies sollte wann immer möglich in personeller Kontinuität erfolgen, d. h. auch über die Leistungsbereichsgrenzen hinweg. Sofern nicht möglich ist die Übergabe der Funktion umfassend zu gewährleisten.

2.13.2 Gründe

Personenzentrierte Beratung und Unterstützung, möglichst in personeller Kontinuität, ist in Form einer koordinierenden und vertrauten Bezugsperson in der Akut-Behandlung und den Rehabilitations- bzw. Teilhabeleistungen zu gewährleisten. Die Funktion der leistungsbereichsübergreifenden koordinierenden und unterstützenden Bezugsperson (Coaching, Assistenz, „Soziotherapie“) ist in Leistungen zur Behandlung, Medizinischen Rehabilitation, Teilhabe an Arbeit, Beschäftigung und Bildung und in der Sozialen Teilhabe konsequent und durchgängig zu verankern.

Dabei ist darauf zu achten, dass nicht aus jedem Sozialgesetzbuch heraus eine eigene koordinierende Person tätig wird, sondern dass sich die beteiligten Leistungserbringenden und Leistungsträger auf eine Person verständigen. Koordination in diesem Sinne bezieht sich auf die Verantwortung für die Kommunikation der Beteiligten untereinander und die Vernetzung der Hilfen. Die Leistungszuständigkeit der beteiligten Leistungsträger bleibt davon unberührt.

Die Konzeption des Personenzentrierten Ansatzes¹⁹, von Individuell Placement Support (IPS)²⁰, und der Konzeption der Gesundheitssorge²¹ bieten hier den fachlichen Rahmen. Die Konzeptionen des Personenzentrierten Ansatzes, des IPS und der Gesundheitssorge sind in ihrer Wirksamkeit belegt, bieten für die Umsetzung Handlungsleitlinien und sind in ihrer Umsetzung vielfältig erprobt.

In diesen Erprobungen und Umsetzungen hat sich gezeigt, dass eine Verankerung der Koordination und Unterstützung auf Leistungserbringerebene und in personeller Kontinuität für die Betroffenen ein hohes Maß an Vertrauen, Verlässlichkeit und Wirksamkeit bedeutet. Ebenfalls ist der koordinie-

¹⁹ Vgl. Aktion Psychisch Kranke: *Personenzentrierte Hilfen im Gemeindepsychiatrischen Verbund; Bericht Forschungsprojekt „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung“*, 2006, Bonn.

²⁰ Vgl. K. Stengler, A. Bechdorf, T. Becker, A. Döring, W. Höhl, D. Jäckel, H. Kilian, A. Theißen, A. Torhorst, G. Wirtz, R. Zeidler, S. Riedel-Heller: *Umsetzung der Prinzipien des Supported Employment in Deutschland – Positionspapier einer Task-Force der DGPPN*, 2021, Berlin.

²¹ Vgl. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation: *Positionspapier Gesundheitssorge – Erhalt und Förderung von Gesundheit für Menschen mit Behinderungen unter besonderer Berücksichtigung der Eingliederungshilfe*, Positionspapier der DVfR, 2021, Online unter https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/Positionspapier_der_DVfR_Gesundheitssorge_Juni_2021_bf.pdf (zuletzt abgerufen am 17.03.2025)

renden Bezugsperson im Prozess der Umsetzung ein hoher Anteil an Motivations- und Koordinationsleistung in enger Abstimmung mit den Leistungserbringenden zuzuordnen. Beides ist über ein Fallmanagement der Leistungsträger mit der entsprechenden Verwaltungsperspektive nicht zu erreichen. Eine Vorbereitung und Zuarbeit zur Bedarfsermittlung und Fortschreibung ist über die Bezugsperson nachhaltiger und personenzentrierter möglich.

2.13.3 Maßnahmen

Verankerung im SGB V

Die Funktion der leistungsbereichsübergreifenden koordinierenden und unterstützenden Bezugsperson ist im Bereich des Sozialgesetzbuches (SGB) V ansatzweise stationär und ambulant mit der Soziotherapie aufgegriffen worden. Hier wäre aber die leistungsbereichsübergreifende Ausrichtung als Verpflichtung in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu verankern.

Zudem ist die personenzentrierte Koordination in der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) des G-BA auf der Grundlage des § 92 Abs. 6b SGB V fester Bestandteil. Auch hier ist die leistungsbereichsübergreifende Ausrichtung in einer Überarbeitung als Verpflichtung auszugestalten.

Die im ersten Dialog geforderte Zugangsberatung und -unterstützung wäre eine weitere Funktion im SGB V, die ebenfalls mit einer leistungsbereichsübergreifenden Ausrichtung als Verpflichtung ausgestattet sein sollte.²² Denkbar wäre hier eine Verankerung als Anspruch aller Versicherten im § 11 SGB V als Abs. 7 oder als Anspruch von psychisch erkrankten Versicherten in einem neuen § 43d SGB V aufzunehmen.

Weitergehend könnten in diesen Paragrafen auch die personenzentrierte Koordination angeführt werden, soweit sie nicht durch die Soziotherapie oder die KSVPsych-RL abgedeckt wird.

Verankerung im SGB IX Teil 1

Zur weiteren Konkretisierung sollte in § 20 SGB IX im Abs. 1 folgende Ergänzung vorgenommen werden:

„Mit Zustimmung der Leistungsberechtigten kann der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens nach § 19 verantwortliche Rehabilitationsträger zur gemeinsamen Beratung der Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf, zu den erforderlichen Leistungen nach § 19 Abs. 1 sowie zu deren personenzentrierten Koordination eine Teilhabeplankonferenz durchführen.“

Zudem wäre folgerichtig ein neuer Abs. 3a einzufügen:

²² Vgl. Abschlussbericht erster Psychiatriedialog, 2022, Online unter https://www.psychiatriedialog.de/fileadmin/downloads/Informationen_Dialog/230227_Projektbericht_Dialog_gesamt_bf.pdf (zuletzt abgerufen am 17.03.2025)

„Werden Leistungen der Koordination nach Abs. 1 erforderlich, wird in der Teilhabekonferenz bestimmt, welcher Leistungsträger in welchem Umfang diese Leistungen sicherstellt.“

Zu beachten wäre, dass Konkretisierungen zu der personenzentrierten Koordination über die Regelungen im § 26 SGB IX als Aufgabenstellung für Empfehlungsvereinbarungen notwendig wären.

Verankerung im SGB IX Teil 2 – Eingliederungshilferecht

Der grundsätzliche Anspruch lässt sich aus den § 78 SGB IX, in dem die Assistenzleistungen verankert sind ableiten. Auch ist im § 106 SGB IX ein Koordinationsauftrag als Aufgabe der Leistungsträger aufgenommen worden, der auch subsidiär vergeben werden könnte. Das sozialrechtlich hinterlegte Prinzip der Subsidiarität, dass den freien Trägern bei der Erfüllung sozialstaatlicher Aufgaben einen bedingten Vorrang einräumt, wäre eine Vergabeoption, um die Kompetenzen und die stärkere Betroffenenähe der freien Träger einzubinden und mit der Beratung, Begleitung und Koordination zu beauftragen.

In Bezug auf das Gesamtplanverfahren sollte entsprechend eine Regelung in Bezug auf personenzentrierte Unterstützung und Koordination verankert werden.

Vorgeschlagen wird eine Ergänzung im § 119 SGB IX (Gesamtkonferenz):

„(2) ...

4. die Erbringung der Leistungen sowie den im Einzelfall erforderlichen Bedarf an personenzentrierter Unterstützung und Koordination von Leistungen verschiedener Leistungserbringer.“

Verankerung in weiteren Sozialgesetzbüchern

Auch für Kinder und Jugendliche besteht der Bedarf an personenzentrierter Unterstützung und Koordination bei komplexen Hilfebedarf. Im Kinder- und Jugendstärkungsgesetz wurde im SGB VIII die Funktion des Verfahrenslotsen eingeführt. Hier wird auf die Diskussion der Ergebnisse in der angekündigten Zusatzveranstaltung verwiesen.

Im SGB XI liegen bereits weitreichende Verpflichtungen zur Beratung und Unterstützung in dem Paragraphen.

Im SGB II ist mit der letzten Reform mit dem § 16k SGB II eine Leistung „ganzheitliche Betreuung“ eingeführt worden.

2.13.4 Perspektive und Auswirkungen

Mit der kontinuierlichen Sicherstellung von personenzentrierten Koordinationsleistungen wird es für die Betroffenen möglich sein, die Leistungen wie aus einer Hand zu erleben. Die Leistungserbringung erfolgt nahtlos und transparent.

Über die Festlegung der unterstützenden und koordinierenden Aufgaben auf möglichst eine Person wird das Nebeneinander von Koordinationsleistungen und somit Doppelstrukturen vermieden und letztendlich Kosten eingespart. Durch die sich abwechselnde Übernahme wird eine gleichmäßige und gerechte Verteilung zwischen den Leistungserbringenden für Koordination und Begleitung hergestellt.

2.14 Handlungsempfehlung 14 – Regionale Sicherstellung der Hilfen in geteilter und gemeinsamer Verantwortung – Leistungsträger, Leistungserbringer, Bund und Land – Hand in Hand

2.14.1 Zielsetzungen

Eine Sicherstellungsverpflichtung in Bezug auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Teilhabe an Arbeit, Beschäftigung und Bildung sowie soziale Teilhabeleistungen zu leicht zugänglichen wohnortnahen Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen vergleichbar mit den Sicherstellungsaufträgen im Sozialgesetzbuch (SGB) V sollte im SGB IX Teil 1 verbindlich verankert werden.

Es darf zu keinen Brüchen in den Hilfeleistungen auf Grund von fehlenden bzw. nicht aufnahmebereiten Hilfeangeboten kommen. Zugänge und Kontinuität in den bedarfsgerechten Hilfeleistungen sind sicherzustellen.

2.14.2 Gründe

Der § 36 SGB IX Teil 1 in Kombination mit § 25 SGB IX ist auf eine Hinwirkungspflicht ausgerichtet. Auch wenn hiermit eine weitgehende Hinwirkung verbunden ist, hat sie bisher in Bezug auf die Bedarfsplanung und Sicherstellung der Hilfeangebote nur begrenzt Wirkung entfaltet. Eine Bedarfsplanung wie im Bereich des SGB V ist für die Teilhabeleistungen bisher nicht vorgeschrieben.

In Bezug auf die Sicherstellung und die Hinwirkungspflicht mangelt es an der Kontrolle in Bezug auf die Umsetzung und es sind bei Nicht-Hinwirkung keine Konsequenzen zu erwarten. Eine Berichtspflicht besteht nicht.

Eingeschränkt ist im Teil 2 SGB IX ein Sicherstellungsauftrag im Eingliederungshilferecht aufgenommen.

Es liegen eine Vielzahl von Hinweisen vor, dass Patientinnen und Patienten aus Kliniken nicht entlassen werden können, weil die notwendigen Anschlussleistungen fehlen bzw. nicht zugänglich sind. Gründe sind:

- eine fehlende Transparenz und Bedarfsplanung in Bezug auf die Sicherstellung von ausreichenden und bedarfsgerechten Diensten und Einrichtungen.
- die Ablehnung von Leistungserbringenden, eine bestimmte Klientel aufzunehmen, insbesondere bei komplexen Hilfebedarf und herausfordernden, „aggressiven“ Sozialverhalten oft mit dem Verweis auf fehlendes Personal und nicht ausreichende Finanzierung.
- ein Mangel an personenzentriert organisierter Einzelfallhilfen.

Zudem mehren sich Problemmeldungen, dass Entlassungen in die Obdachlosigkeit erfolgen, weil es an Wohnangeboten bei Bedarf mit Unterstützung fehlt.

Der Anspruch auf Bedarfsdeckung darf nicht dazu führen, dass einige Menschen umfassende und langfristige Leistungen erhalten und andere zum Teil sehr lange Zeit auf Wartelisten stehen und ggf. wohnortferne Leistungen angeboten bekommen.

2.14.3 Maßnahmen

Berichtspflicht verankern

Vorgeschlagen wird eine Ergänzung des § 36 SGB IX um folgenden neuen Absatz 2:

„Die Bundesregierung berichtet dem Bundestag alle 2 Jahre, ... über den Stand der Umsetzung nach Abs. 1 im Bereich der medizinischen Rehabilitation und der Leistung zur Teilhabe. Zur Erarbeitung des Berichts finden § 41 Abs. 2 und § 26 Abs. 6 Satz 1 entsprechende Anwendung. Die Rehabilitationsträger melden, wie sie regional ermitteln, welche Rehabilitationsdienste und -einrichtungen fachlich bedarfsdeckend erforderlich sind, ob dabei Hinweise auf Unter-, Über- und Fehlversorgung festgestellt wurden und welche Maßnahmen sie dazu ergreifen.“

Sinnvoll könnte z. B. ein Monitoringverfahren über die Angebotsentwicklung und Belegung, Fehlbelegung und Unterversorgung und kooperative Strukturen, die sich zu einer regionalen Versorgungsverantwortung unter Einbezug der Selbsthilfeverbände bekennt, sein. (siehe Empfehlung zur Verbundarbeit)

Von der Hinwirkungspflicht zur Sicherstellungsverantwortung im SGB IX

Bezüglich der Sicherstellungsverantwortung wird empfohlen, die Sicherstellungsverantwortung in Bezug auf psychisch erkrankte Menschen im § 36 SGB IX unter Bezug auf den weiter unten angeführten SGB I Änderungsvorschlag verbindlicher zu formulieren und einen neuen Absatz 2 einzufügen.

§ 36 SGB IX – neu

„(2) Die Rehabilitationsträger arbeiten mit den Gesundheitsbehörden im Rahmen deren Aufgaben nach den Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzen der Bundesländer zusammen. Sie stellen gemeinsam die regionale, bedarfsgerechte und personenzentrierte Versorgung der Menschen mit seelischer Behinderung sicher.“

Abs. 2, 3 und 4 alt werden entsprechend zu Abs. 3, 4 und 5 neu.

Um die Durchführung der Leistung zu gewährleisten, sind zudem die von den Leistungsträgern ausgewählten Rehabilitationsdienste und -einrichtungen zu verpflichten, in ihren jeweiligen Verantwortungsbereichen gemeinsam mit den Leistungsträgern die Leistungserbringung an der regionalen auf die Kommunen und Landkreise bezogene Sicherstellung mitzuwirken.

In den dann neue Abs. 3 ist der fett gedruckte Satz eingefügt

*„3) Nehmen Rehabilitationsträger zur Ausführung von Leistungen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in Anspruch, erfolgt die Auswahl danach, wer die Leistung, in der am besten geeigneten Form ausführt. ... **Mit der Auswahl ist auch das Kriterium der Verantwortung und Mitwirkung der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen an der Sicherstellung der Leistung in ihren jeweiligen Verantwortungsbereichen gemeinsam mit den Leistungsträgern verbunden.**“*

Dies beinhaltet in der Folge auch eine ausreichende und bedarfsgerechte Finanzierung sicherzustellen.

Bezüglich der Sicherstellungsverpflichtung ist an das Subsidiaritätsprinzip zu erinnern. Soweit möglich sollen die Freie Wohlfahrtspflege bzw. freie Träger die Angebote bereitstellen. Wo dies nicht möglich und nicht zweckmäßig ist, hat der Staat selbst die Angebote bereitzustellen.

Entsprechend wäre in § 38 SGB IX diese Versorgungsverpflichtung in gemeinsamer Verantwortung mit den Leistungserbringern aufzunehmen.

„(1) Verträge mit Leistungserbringern müssen insbesondere folgende Regelungen über die Ausführung von Leistungen durch Rehabilitationsdienste und -einrichtungen, die nicht in der Trägerschaft eines Rehabilitationsträgers stehen, enthalten:

1. Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen, das beteiligte Personal und die begleitenden Fachdienste,

2. Anforderungen in Bezug auf die Verpflichtung zu Leistungserbringung insbesondere bei Leistungsberechtigten mit komplexem Hilfebedarf ...“

Sicherstellungsauftrag schärfen in Bezug auf den Teil 2 SGB IX (Eingliederungshilfe) und Anreize schaffen

Im Teil 2 SGB IX ist im Eingliederungshilferecht ein Sicherstellungsauftrag der Leistungsträger und § 123 Abs. 4 SGB IX eine Aufnahmeverpflichtung der Leistungserbringer aufgenommen worden. Auf dem Hintergrund, der nicht ausreichenden Beachtung, sollte dieser geschärft und konkretisiert werden durch folgende Maßnahmen:

1. Aufnahme der Sicherstellungsverantwortung in die Landesrahmenverträge

Einfügung einer Nummer 7 in **§ 131 Abs. 1 SGB IX „Rahmenverträge zur Erbringung von Leistungen“:**

„7. die Grundsätze und Methoden zur Sicherstellung (alternativ: Gewährleistung) der Leistungserbringung für alle Menschen mit einem festgestellten Bedarf in dazu definierten Regionen mit Sozialraumbezug und ...“ (bisherige Nr. 7 wird dann Nr. 8)

Im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung bestehen Regelungen in Bezug auf die Aufnahmeverpflichtung im Bereich der medizinischen Rehabilitation, die die Aufnahme per Vertrag mit den Leistungserbringern regeln. Die Zuweisung durch den Rentenversicherungsträger ist in der Regel mit der Aufnahme verbunden. Hier besteht die Versorgungsproblematik in den fehlenden Angeboten in der ambulanten und mobilen Rehabilitation.

In Bezug auf die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Rentenversicherung gelten durchgängig die Regelung des SGB IX im ersten Teil.

In Bezug auf die Bundesagentur für Arbeit sind die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im SGB III als Kann-Leistungen verankert. Hier greifen in Bezug auf die Sicherstellung die Regelungen nach dem SGB IX erster Teil.

2. Die Aufgaben der Länder werden konkretisiert

„§ 94 Aufgaben der Länder

*(3) Die Länder haben auf flächendeckende, bedarfsdeckende, am Sozialraum orientierte und inklusiv ausgerichtete Angebote von Leistungsanbietern hinzuwirken und unterstützen die Träger der Eingliederungshilfe bei der Umsetzung ihres Sicherstellungsauftrages, **insbesondere hinsichtlich der Umsetzung der Landesrahmenverträge nach § 131 Abs. 1 Nr. 7 (neu).***

*(4) Zur Förderung und Weiterentwicklung der Strukturen der Eingliederungshilfe bildet jedes Land eine Arbeitsgemeinschaft. Die Arbeitsgemeinschaften bestehen aus Vertretern des für die Eingliederungshilfe zuständigen Ministeriums, der Träger der Eingliederungshilfe, der Leistungserbringer sowie aus Vertretern der Verbände für Menschen mit Behinderungen. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zusammensetzung, das Verfahren **und das erforderliche Berichtswesen zur Umsetzung des Sicherstellungsauftrags nach § 95 in Verbindung mit § 36** zu bestimmen.“*

3. Der bestehende Sicherstellungsauftrag wird geschärft

„§ 95 Sicherstellungsauftrag

*Die Träger der Eingliederungshilfe haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine personenzentrierte Leistung für Leistungsberechtigte unabhängig vom Ort der Leistungserbringung sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag), soweit dieser Teil nichts Abweichendes bestimmt. Sie schließen hierzu Vereinbarungen mit den Leistungsanbietern nach den Vorschriften des Kapitels 8 ab. Im Rahmen der Strukturplanung sind die Erkenntnisse aus **der Teilhabeplanung nach Kapitel 4 und der Gesamtplanung nach Kapitel 7 sowie aus der Umsetzung der Landesrahmenverträge nach § 131 Abs. 1 Nr. 7 (neu)** zu berücksichtigen.“*

Hier greifen in Bezug auf die Sicherstellung die Regelungen nach dem SGB IX erster Teil.

4. Hervorhebung und Anreize werden geschaffen

Als Möglichkeit bietet sich der § 124 SGB IX an. Vorgeschlagen wird dort einzufügen

„Leistungserbringer für Leistungen für Menschen mit einer seelischen Behinderung sind in besonderer Weise geeignet, wenn sie in den Vereinbarungen nach § 125 SGB IX Regelungen treffen, die unter Berücksichtigung des § 104 SGB IX dazu dienen, Leistungen in Kooperation mit anderen Leistungserbringern zu erbringen und sich an einer gemeinsamen Steuerung des Zugangs der Leistungsberechtigten zu Leistungen mit dem Ziel einer Gewährleistung eines geeigneten Versorgungsangebotes für

die Menschen mit entsprechendem Bedarf zu beteiligen. Sie sollen dazu regionale auf die Kommunen und Landkreise bezogene Verbünde oder vergleichbare Arbeitsgemeinschaften bilden.“

Ferner – oder auch alternativ dazu – könnte im § 131 SGB IX eine Regelung geschaffen werden, nach der in den Rahmenverträgen auf Landesebene Regelungen getroffen werden sollen, nach denen Leistungserbringern, die sich an einer wohnortnahen und gemeinschaftlichen Steuerung zur Sicherstellung der Gewährleistung eines zeitnahen Zugangs zu Leistungen für alle Anspruchsberechtigten einer Versorgungsregion beteiligen, einen Zuschlag zu ihrer Vergütung erhalten, der den mit der Beteiligung einhergehenden Aufwand abdeckt.

Des Weiteren sollte folgerichtig der § 131 SGB IX eine Regelung enthalten, nach der die Vereinbarungspartnerinnen und -partner der Landesrahmenverträge gehalten sind, geeignete Regelungen zur Sicherstellung bzw. der Gewährleistung der Versorgung der Menschen mit einem festgestellten Bedarf zu treffen.

Kooperative Verantwortung von Sozialleistungsträgern und Kommunen im SGB I voranstellen

Um die gemeinsame Verantwortung von Sozialleistungsträgern und Kommunen in der regionalen Sicherstellung der Hilfeangebote vom Grundsatz her gesetzlich zu verankern, wäre eine zu prüfende Option im § 17 SGB I ein Absatz 5 einzufügen, die zugleich noch mit einem Rechtsanspruch seelisch behinderter Menschen korrespondieren sollte, nicht wegen Art oder Schwere der Erkrankung von Leistungen ausgeschlossen zu werden:

„§ 17 Abs. 5 SGB I

(5) Die Sozialleistungsträger arbeiten mit den Gesundheitsbehörden im Rahmen deren Aufgaben nach den Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzen und den Gesetzen zum öffentlichen Gesundheitsdienst der Bundesländer zusammen. Sie stellen gemeinsam die regionale, bedarfsge-rechte und personenzentrierte Versorgung psychisch erkrankter Menschen sicher.“

2.14.4 Perspektive und Auswirkungen

Mit den gesetzlichen Änderungsvorschlägen sind in Bezug auf die Berichtspflichtigen Verwaltungsaufwände in einem begrenzten Rahmen (alle zwei Jahre) verbunden.

Die Sicherstellung von Hilfen wird zu finanziellen Belastungen führen, sofern sich Versorgungslücken zeigen und entsprechende Angebote zu schaffen sind. Gleichwohl sind auch Umverteilungen zu prüfen.

Die Kosten sind insgesamt auf Grund der bisher nicht bestehenden Berichtspflicht nicht abzuschätzen. Die Teilhabeberichte der Bundesregierung verweisen auf eine in weiten Teilen ausreichende Versorgungsstruktur.

In Bezug auf die Eingliederungshilfe bilden die Daten der Bundesarbeitsgemeinschaft Überörtlicher Sozialhilfeträger nur einen Teil der Leistungserbringung ab.

Perspektivisch wirkt sich die Sicherstellung auf die Wirksamkeit von Behandlung und Rehabilitation positiv aus, da die bisherigen Brüche durch fehlende Angebote, die sich negativ auf den Gesundheitsverlauf auswirken, vermieden werden können.

2.15 Handlungsempfehlung 15 – Individuelle und integrierte Behandlungs- und Teilhabeplanung weiterentwickeln und sicherstellen

2.15.1 Zielsetzungen

Eine regelhafte Abstimmung der Behandlungs- und Teilhabeplanung auf der Grundlage des International Classification of Functioning, Disability and Health zwischen den beteiligten Leistungserbringenden ist regional sicherzustellen.

Das bestehende System von nach Leistungsträgern getrennten Bedarfsermittlungen und Leistungsplänen birgt das Risiko von Über-, Unter- und Fehlversorgung und ist auch mit Blick auf den Fachkräftemangel auf den Seiten der Leistungsträger ebenso wie bei den Leistungserbringenden nicht mehr zeitgemäß. Es sollte möglich sein, dass alle beteiligten Leistungsträger mit den beteiligten Personen eine integrierte Planung aufstellen, zu der jeder der Beteiligten seine Perspektiven einbringt.

Insbesondere sind die Leistungserbringenden regelhaft einzubeziehen. Die Teilhabekonferenzen sowie die Gesamtplankonferenzen sind gesetzlich vorgesehen, die gesetzliche Lücke in Bezug auf die Beteiligung der Behandlungsanbietenden ist zu schließen. Gleiches gilt für die Behandlungsplanung. Sofern diese durchgeführt wird, sind regelhaft die Teilhabebedarfe mitzuplanen.

2.15.2 Gründe

Das Zusammenwirken von Behandlungsplanung und Teilhabeplanung ermöglicht eine Differenzierung der Zielsetzungen, die jeweilige Bilanz bisher erreichter Fortschritte und noch offener Rehabilitations- und Teilhabebedarfe. Eine solche integrierte Planung schafft Klarheit über die Behandlungs- und Teilhabeperspektiven. Bei Pflegebedarf sollte auch dieser in die Planung integriert werden. Die Konzeptionen zum Personenzentrierten Ansatz der Aktion Psychisch Kranke und zur Gesundheitssorge der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation beinhalten solch eine Zusammenführung.

Neben den im Sozialgesetzbuch (SGB) V definierten Behandlungszielsetzungen „Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“ sollten die rehabilitativen bzw. teilhabeorientierten Zielsetzungen die Ausrichtung der Behandlungskonzepte und der Behandlungspraxis mitbestimmen. Diese Zielsetzung findet bisher nur im § 43 SGB IX als Auftrag der Behandlung explizit Erwähnung. Ein vergleichbarer Hinweis im SGB V fehlt und bei den Leistungserbringenden nach dem SGB V darf die Kenntnis des § 43 SGB IX nicht vorausgesetzt werden.

Behandlungsplanungen, Bedarfsermittlung und Ziel- und Leistungsplanungen sind bisher nach Sozialgesetzbüchern getrennte und miteinander nicht ausreichend verbundene Prozesse. Sind es für den Behandlungsbereich die Entlass-, Versorgungs- bzw. Behandlungspläne nach § 11 und § 39 SGB V, die von den Leistungserbringenden erarbeitet werden, sind es bei den Rehabilitationsträgern die Teilhabepläne nach § 19 SGB IX bzw. für die Träger der Eingliederungshilfe die Gesamtplanung nach

§ 117 ff. SGB IX einschließlich der Bedarfsermittlung, die seitens der Rehabilitationsträger erstellt werden. Beide Systeme finden keinen direkten Zugang zueinander.

Im Bereich der Arbeitsförderung im SGB II bzw. III ist es der Kooperationsplan bzw. Eingliederungsplan mit Potenzialanalyse. Im Bereich des SGB XI liegen weitgehende Vorgaben für einen Versorgungsplan im § 7a Pflegeberatung vor, wenngleich auch hier noch nicht von einer flächendeckenden Umsetzung im Sinne des Gesetzgebers gesprochen werden kann.

2.15.3 Maßnahmen

Verankerung im SGB V – Krankenversicherung

Die Notwendigkeit einer aus dem Behandlungsbereich initiierten und integrierten Planung ist bisher nur im § 43 SGB IX verankert. Dies wirkt sich nicht auf die Behandlung im Sinne des SGB V aus. Dazu wurde bereits im ersten Psychiatriedialog eine entsprechende Empfehlung diskutiert, die Behandlungs- und Teilhabeplanung auch im SGB V aufzunehmen. Vorgeschlagen wurde, in § 11 Abs. 4 SGB V folgenden Satz einzufügen:

„Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen haben einen Anspruch auf einen vom Behandelnden mit ihnen abgestimmten, individuellen Behandlungsplan in schriftlicher Form. Im Bedarfsfall sind Hilfen zur Teilhabe, insbesondere medizinische Rehabilitation, und Pflegeleistungen zu berücksichtigen.“

In der Begründung ist ergänzend klarzustellen, dass der Behandlungs- und Rehabilitationsplan mit den Versicherten gemeinsam erarbeitet wird. Dabei können persönliche oder professionelle Bezugspersonen einbezogen werden.

Im Rahmenvertrag über das Entlassmanagement²³ beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a SGB V sollte die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in Bezug auf das dort postulierte Assessment aufgenommen werden.

Hier wird vorgeschlagen als Ergänzung zur Erweiterung des § 11 Abs. 2:²⁴

„Die Krankenkassen stellen, soweit sie nicht als Rehabilitationsträger tätig sind, sicher, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung der Leistungsberechtigten beim zuständigen Rehabilitationsträger hingewirkt wird.“

²³ Vgl. DKG, GKV, KBV (Hrsg.): *Rahmenvertrag Entlassmanagement*, 2024, Online unter https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf (zuletzt abgerufen am 19.08.2024)

²⁴ Vgl. Stellungnahme des Bundesverbandes Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CVP) 2024 zum 4. Dialogforum 2024 Online unter <https://www.apk-ev.de/projekte/fortfuehrung-psychiatriedialog/stellungnahmen/stellungnahmen-dialogforum-4> (zuletzt abgerufen am 31.07.2025)

Verankerung im SGB IX Teil 1 und SGB I als gesetzliche Strukturvorgaben

Das Projekt „Gemeinsamer Grundantrag für Reha- und Teilhabeleistungen“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ist ein wichtiger Teilschritt in Bezug auf leistungsträgerübergreifende Strukturvorgaben, der umfassend unterstützt wird. Die Belange von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind hier mitgedacht bzw. mitzudenken.

Insgesamt sollte die Problematik der verschiedenen Planungs- und Bedarfsfeststellungsverfahren zwischen Behandlung, Rehabilitation und Pflege und die kooperative Abstimmung im SGB I und SGB IX Teil 1 aufgegriffen werden.

So könnte diese Abstimmungsverpflichtung im SGB I im § 17 Abs. 3 aufgenommen werden.

In § 19 SGB IX zum Teilhabeplan sollte die Einbeziehung von Behandlungsleistungen insbesondere bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in den Inhalten des Teilhabeplans mit angeführt werden. Auch in der Teilhabekonferenz nach § 20 SGB IX sollte regelhaft der Behandlungsbereich einbezogen werden, sofern hier Leistungen erbracht werden bzw. erbracht werden sollen.

Hier würde der Hinweis, dass unter sonstige einzubeziehende Leistungserbringende auch Behandlungsanbietende fallen, eine Klarstellung beinhalten, dass nicht nur Pflege und psychosoziale Hilfen hier impliziert sind. Entsprechend wäre eine Einfügung bzw. Ergänzung im § 19 SGB IX Abs. 1 nach dem bisherigen letzten Satz geboten:

„Soweit zum Zeitpunkt der Antragstellung nach § 14 Leistungen nach dem § 27 Abs. 2 Punkt 1-5 SGB V erbracht werden, deren Auswirkungen auf die beantragte Leistung zu beachten sind, bezieht der leistende Rehabilitationsträger den zuständigen Leistungserbringenden ein.“

Es wäre zu erwägen, ob die näheren Regelungen zu einzubeziehenden Leistungserbringer sowie der Einbeziehung der Jobcenter in einem neuen § 19a SGB IX oder in § 22 SGB IX verankert werden könnten.

Die Gemeinsame Empfehlung nach § 26 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen (Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“ der BAR) enthält wesentliche Eckpunkte und Vorgaben zu den Aufgaben an der Schnittstelle zwischen Behandlung und Rehabilitation. Die besonderen Bedarfe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen finden noch nicht ausreichend Berücksichtigung und müssten stärker implementiert werden. Ein Bezug zum o. g. Rahmenvertrag fehlt und müsste ergänzt werden.

Gestuftes Vorgehen

Eine Vorstufe zu einem gemeinsamen Plan könnte zumindest die Verpflichtung zur Mitteilung der eigenen Planung an andere Beteiligte im jeweiligen Einzelfall sein.

Verankerung im SGB IX Teil 2 – Eingliederungshilferecht

Auch im Gesamtplanverfahren wären die behandelnden Leistungserbringenden idealerweise im Einzelfall zu beteiligen.

Im § 117 SGB IX sollte entsprechend nach Satz 1 eingefügt werden:

„Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte, dass Leistungen der Behandlung nach § 27 des Fünften Buches erforderlich sind oder bereits erbracht werden, werden die zuständigen behandelnden Leistungserbringer am Gesamtplanverfahren sowie an der Gesamtplankonferenz beteiligt.“

2.15.4 Perspektive und Auswirkungen

Mit der Sicherstellung einer integrierten Hilfeplanung wird für die Betroffenen das Nebeneinander verschiedener Pläne überwunden und das durch die Planung abgestimmte Nebeneinander der verschiedenen Hilfen übersichtlicher und leichter händelbar.

Für die Leistungserbringenden wird in gleicher Weise eine Transparenz hergestellt und die Abstimmung der verschiedenen Hilfen wesentlich erleichtert. Auch für die Leistungsträger wird durch die Abstimmung die Gefahr von Doppelstrukturen in der Planung vermieden.

Die Vergütung ist im ambulanten Sektor bei komplexen Hilfebedarf zumindest in der gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)-Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf geregelt. Im Kliniksektor besteht hier im Rahmen der Weiterentwicklung der G-BA-Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Abs. 2 Satz 1 SGB V noch Regelungsbedarf. In Bezug auf die § 64b-Modellvorhaben bestehen bereits Optionen.

In den Landesrahmenvereinbarungen im Bereich der Eingliederungshilfe laufen vielerorts bzw. in den Ländern aktuell noch die Vergütungsverhandlungen und sollten entsprechende Regelungen noch aufgenommen werden.

Seitens der Bundesagentur für Arbeit, der Jobcenter und der Rentenversicherung sind hier Regelungen im Rahmen der gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben in Bezug auf Planungsaufgaben zu integrieren.

Dialogforum 5: Partizipation

2.16 Handlungsempfehlung 16 – Stärkung der Selbsthilfe und Einbezug von Erfahrungsexpertise in Behandlung und psychosozialen Hilfen

2.16.1 Zielsetzungen

In Bezug auf das Themenfeld wurden im Dialogprozess drei Handlungsfelder priorisiert: die Recovery-Colleges, der Einsatz von Peers und Genesungsbegleitenden und nutzergeleitete Unterstützungsangebote.

Recovery-Colleges

Als Voraussetzung für die Partizipation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und deren An- und Zugehörigen sind Information und Wissen über psychische Gesundheit, psychische Krisen und Erkrankungen, Prävention und Unterstützungsangebote leicht verständlich und zugänglich zu vermitteln. Zu diesem Zweck sind Fortbildung und Schulung sicherzustellen.

Recovery-Colleges (RC) als geeignete Fortbildungs- bzw. Schulungsangebote und -settings sollten über die Präventions- und Selbsthilfeförderung mit Bezug auf die verschiedenen gesetzlichen Grundlagen abgesichert werden.

Peerberatung und Genesungsbegleitung

Der Einsatz von Peerberatung und Genesungsbegleitung (PGB) sollte als Teil der Regelversorgung in allen Hilfe- und Unterstützungssettings sichergestellt und finanziert werden. Die Rahmenbedingungen für PGB sind in allen Leistungsbereichen (Behandlung, Rehabilitation, Pflege und Prävention) zu verbessern. Auch gilt es die An- und Zugehörigen-Peer-Beratung zu stärken.

Nutzergeleitete Unterstützungsangebote (z. B. Peer Respite)

Entsprechend des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sind auch alternative Angebote zur Unterstützung von Menschen in psychischen Krisen notwendig, die mehr Selbstbestimmung und Partizipation ermöglichen und ohne den Einsatz von oder die Vermittlung in Zwangsmaßnahmen auskommen. Dabei sollte auch die Leitung und Kontrolle durch Betroffene- und Angehörige ermöglicht werden, um niedrigschwellige Anlaufstellen auch für diejenigen psychisch erkrankten Menschen zu schaffen, die vom klassischen Versorgungssystem nicht erreicht werden.

Insbesondere Angebote in Bezug auf peergeleitete Krisenunterkünfte sollten in ihrer Umsetzung unterstützt und gefördert werden.

2.16.2 Gründe

Recovery Colleges

Gesundheitskompetenz und Wissen über Unterstützungsmöglichkeiten sind Voraussetzungen für selbstbestimmte gesundheitsbezogene Entscheidungen und die Fähigkeit, die eigene Behandlung und Teilhabe aktiv mitgestalten zu können. Die Stärkung von Wissen, Befähigung und Recovery für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist eine entscheidende Voraussetzung für gelingende Partizipation. Dies gilt in gleichem Maße für die Partizipation von An- und Zugehörigen.

RC mit ihrer trialogischen Ausrichtung²⁵ und Perspektive haben sich in Bezug auf Schulung und Fortbildung bewährt. RC sind Bildungsangebote und Austauschräume zur Stärkung der psychischen Gesundheit, die sich durch einen niedrigschwelligen Zugang und eine trialogische Ausrichtung auszeichnen.

Sie bieten nach ihrem Selbstverständnis Kurse zu den Themen psychische Gesundheit, psychische Krisenerfahrungen und persönliche Entwicklung an.

Die Bildungsangebote der RC werden vorgehalten für Menschen mit psychischen Krisenerfahrungen, für die Selbsthilfe, für Fachpersonen, für Angehörige und für alle sonstigen Interessierten.

Die Kurse werden in der Regel in Tandems von Expertinnen und Experten aus Erfahrung und aus Profession geleitet.

Bisher werden diese Angebote nur in wenigen Regionen (Gütersloh, Bremen, Berlin, Südbaden) vorgehalten und die Finanzierung ist nicht ausreichend gesichert.

Peerberatung und Genesungsbegleitung

Menschen mit eigenen Erfahrungen psychischer Krisen bringen sich bereits seit längeren als Peers und Genesungsbegleitende in die psychosoziale und psychiatrische Gesundheitsversorgung und bei Teilhabeleistungen ein. Auch in der kommunalen Gesundheitsfürsorge sind Genesungsbegleitende beschäftigt. Jedoch gibt es in Deutschland erhebliche regionale und institutionelle Unterschiede.

Die Einbindung von Erfahrungswissen durch PGB ist nachweislich ein Gewinn für die Genesungsprozesse im Sinne des Recovery-Konzeptes. Hier kann das Erfahrungswissen als Angehörige im Sinne einer beauftragten, unabhängigen Ansprechperson genutzt werden, die Information und Aufklärung für Angehörige in den Institutionen sicherstellt.

Die Rahmenbedingungen für Peer-Support (z. B. Genesungsbegleitung, Peer-Counselling) sind in allen Leistungsbereichen (Behandlung, Teilhabe und Rehabilitation, Pflege, öffentlicher Gesundheitsdienst und Prävention) jedoch nicht ausreichend abgesichert. Dies betrifft die gesetzliche und konzeptionelle Verankerung und die damit in Verbindung stehende Sicherstellung der Finanzierung.

²⁵ Trialogische Ausrichtung bedeutet, dass ein gleichberechtigter Austausch von Betroffenen, An-/Zugehörigen und Fachpersonen angestrebt wird.

Die Frage nach der Implementierung von PGB im krankenkassenfinanzierten Bereich ist durch die im Jahr 2016 verabschiedete Richtlinie zur Personalbemessung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses in den Fokus gerückt.

Peers und Genesungsbegleitende sollten auch für die Eingliederungshilfe in der Personalbemessung Berücksichtigung finden und ihr Einsatz sollte die Voraussetzung für eine Leistungsvereinbarung sein.

Nutzergeleitete Unterstützungsangebote (z. B. Peer Respites)

Bisher existieren nur wenige alternative Unterstützungsangebote mit weitgehender Beteiligung in der Leitung und Kontrolle durch Menschen mit eigener Erfahrung psychischer Erkrankung.

Bei den Krisenunterkünften gibt es verschiedene Organisationstypen, die danach unterschieden werden, zu welchem Grad Peers tätig werden und wie stark sie mit dem psychiatrischen Versorgungssystem zusammenarbeiten.

Der zentrale Einfluss von psychiatrie- und krisenerfahrenen Menschen bei der Umsetzung dieser Projekte ist von großer Bedeutung, weil gerade darin das Spezifikum der Crisis Respites als alternatives, niedrigschwelliges Angebot besteht.²⁶ Für Menschen, die in der Psychiatrie traumatisierende Erfahrungen gemacht haben, können nutzergeleitete Unterstützungsangebote einen gangbaren Weg darstellen, um überhaupt noch Hilfen anzunehmen.

Für die nachhaltige Etablierung von peer-geleiteten Unterstützungsangeboten wie den Peer Respites ist in der Regel eine Pauschalfinanzierung erforderlich. Wie in verschiedenen Studien gezeigt wurde²⁷, verändert eine tages- oder personenbezogene Finanzierung den Charakter einer solchen Unterstützungsleistung zu stark.

2.16.3 Maßnahmen

Finanzierung von Recovery Colleges

Mit den Aufgabenbereichen der Recovery Colleges sind verschiedene Zuordnungen zu Finanzierungszuständigkeiten gegeben. Berührt sind die Prävention, die Selbsthilfe, die gesundheitliche Daseinsfürsorge, aber auch Teilhabeleistungszuordnungen sind gegeben. Eine geregelte Mischfinanzierung wäre zur Absicherung der Recovery Colleges notwendig.

So sollten Finanzierungsanteile aus Präventionsmitteln und aus der Selbsthilfeförderung ermöglicht werden.

²⁶ Vgl. Ostrow L, Croft B.: *Results from the 2016 Peer Respite Essential Features Survey*. 2016; Online unter <https://power2u.org/wp-content/uploads/2017/01/PREF-Report-05.05.16.pdf> (zuletzt abgerufen am 31.07.2025)

²⁷ Vgl. Siantz E, Ostrow L.: *Attitudes of Mental Health Peer-Run Organizations Towards Health Homes: Recommendations for Policy and Practice*. Community Ment Health J 2019; 55: 420–427

Empfohlen wird entsprechend in den Präventionsleitfaden bei der nächsten Überarbeitung aufzunehmen, dass Schulungsangebote der Recovery-Colleges als Präventionsangebote refinanzierbar werden. Die Zuordnung zur verhaltensbezogenen Prävention und dem Handlungsfeld Stress- und Ressourcenmanagement würde sich anbieten. Insbesondere müsste die Einbindung der Erfahrungsexpertise als Anbieterqualifikation hervorgehoben werden.

Zudem wären in den Grundsätzen zur Förderung der Selbsthilfe und zur Verteilung der Fördermittel die Zielsetzungen Wissensvermittlung, Befähigung (i. S. v. Empowerment) und Recovery in Bezug auf die Selbsthilfe bei psychischen Krisen und psychischen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen explizit zu erwähnen. Eine wesentliche Zielgruppe der Recovery-Colleges bilden Menschen mit persönlichen Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen, die auch in der Selbsthilfe aktiv sind.

Zwar sind Schulungen in den Aufgabenzuweisungen der Bundesorganisationen enthalten. Jedoch sind Schulungsangebote in Bezug auf den Umgang mit psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen inklusive Resilienz-Stärkung und Recovery bisher nicht ausreichend sichergestellt.

Kooperationsvereinbarungen der Recovery-Colleges mit den Bundes- und Landesorganisationen der Selbsthilfe und den Selbsthilfekontaktstellen sollten angestrebt werden.

Der Einsatz von kommunalen Mitteln sollte im Rahmen der gesundheitlichen Daseinsfürsorge und der Gesetze für die öffentliche Gesundheit mitbedacht werden.

Im Sinne der Sozialen Teilhabe wären auch Mittelzuweisungen aus der Eingliederungshilfe denkbar. So können hier Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten (§ 81 Sozialgesetzbuch (SGB) IX) zum Tragen kommen.

Vorgeschlagen wird eine entsprechende gesetzliche Konkretisierung im § 81 SGB IX:

*„... Die Leistungen sind insbesondere darauf gerichtet, die Leistungsberechtigten in Fördergruppen und Schulungen oder ähnlichen Maßnahmen **zum Verständnis ihrer Beeinträchtigung und der Möglichkeiten zur Verbesserung ihrer Lebenssituation** sowie zur Vornahme lebenspraktischer Handlungen einschließlich hauswirtschaftlicher Tätigkeiten zu befähigen, sie auf die Teilhabe am Arbeitsleben vorzubereiten, ihre Sprache und Kommunikation zu verbessern und sie zu befähigen, sich ohne fremde Hilfe sicher im Verkehr zu bewegen.“*

Einsatz und Finanzierung von Peer-Support und Genesungsbegleitenden

Die Mitarbeit von Peers und Genesungsbegleitenden sollte in jedem Angebot im Bereich Behandlung und Rehabilitation Teil des Personalkonzeptes und -entwicklung sein bzw. sichergestellt werden. Die unterschiedlichen regionalen Möglichkeiten, entsprechende Fachkräfte zu gewinnen, sind zu berücksichtigen. Gleichwohl sollte in den Hilfeangeboten keine einzelne Fachkraft als Genesungsbegleitende eingestellt werden, sondern möglichst mindestens ein Tandem einen kollegialen Austausch und Zusammenarbeit ermöglichen.

Das Erfahrungswissen der Angehörigen sollte in Form von beauftragten Ansprechpersonen für Angehörige in den Angeboten installiert und finanziert werden.

Neben der angeführten Verankerung in der Personalbemessung der Kliniken sollte auch eine Verankerung in der Vergütung der niedergelassenen Fachärzteschaft nach dem EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) ermöglicht werden.

Unter Bezug auf die vom Innovationsfonds geförderte ImpPeer-Psy5-Studie sollte der Einbezug von Peers und Genesungsbegleitenden wie folgt sichergestellt werden:

- Die Eingruppierung sollte sich an folgenden Aspekten orientieren: 1) tatsächlich ausgeübte Tätigkeiten, 2) Erfahrungsexpertise, 3) Trainings als Peers und Genesungsbegleitende 4) sonstige Qualifikationen und Berufserfahrungen.
- Eine Gehaltsstufe von weniger als EG 5 TVöD ist nicht vertretbar; bei entsprechendem Tätigkeitsprofil sind auch entsprechend höhere Einstufungen zu empfehlen.
- Es werden Mindeststandards für PGB-Qualifikationsmaßnahmen und für die Berufsausübung nach abgeschlossener Qualifikation empfohlen. Im Einzelfall sollten auch alternative Wege in die Beschäftigung möglich sein.
- Auch sollten Peers und Genesungsbegleitende bei gegebener Qualifikation für Leitungspositionen berücksichtigt werden; einer Stigmatisierung ist entgegenzuwirken.

In Teams, die Teilhabeleistungen erbringen, sind vergleichbare Standards anzuwenden.

In der Personalbemessung sollten Ressourcen anderer Berufsgruppen dafür in der Regel nicht gekürzt werden.

Eine ausdrückliche Nennung der Leistung in § 113 Abs. 2 SGB IX (Leistungen zur Sozialen Teilhabe) wäre hilfreich, um sie als Vorhalteleistung zu ermöglichen und entsprechend in den Landesrahmenverträgen zu verankern. Zur Unterstützung dieser Orientierung könnten Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die Genesungsbegleitende einsetzen, eine Gratifikation bekommen (als Vergütungszuschlag).

Nutzergeleitete Unterstützungsangebote (z. B. Peer Respites)

Öffnungen im Leistungserbringerrecht der Krankenversicherung

Damit peerkontrollierte Unterstützungsangebote ganz oder teilweise finanziert werden können, sind in Bezug auf die Krankenversicherung Öffnungen im Leistungserbringerrecht und den untergesetzlichen Richtlinien und Vereinbarungen notwendig.

Das Primat der ärztlichen Verantwortung müsste um die Leitung durch Peers ergänzt werden. Zudem müssen hier Einsatzoptionen von Genesungsbegleitenden wie in der PPP-RL greifen.

Eine Anlehnung an die Finanzierungs- und Rechtssystematik der ambulanten Krebsberatungsstellen ist zu prüfen.

Abweichende Zielvereinbarung im Rahmen der Eingliederungshilfe

In den Rahmenverträgen nach § 131 SGB IX soll der Einsatz von Peers als besondere Form von Fachkräften grundsätzlich geregelt sein. In Bezug auf Eingliederungshilfe wäre eine abweichende Zielvereinbarung nach § 132 SGB IX zwischen Leistungsträger und Träger der Leistungserbringenden zur Erprobung neuer und zur Weiterentwicklung der bestehenden Leistungs- und Finanzierungsstrukturen eine Option.

Nutzung des Persönlichen Budgets in Kombination mit Krisendienstfunktionen

Nach aktueller Finanzierungssystematik besteht im SGB IX für unterstützende Wohnangebote bei länger andauernden Krisen nur die Möglichkeit des Persönlichen Budgets, das jedoch nur individuelle Pauschalvergütungen gestattet. Die Zielplanung und Zielerreichung sind hier entscheidend.

Für die Nutzung sind die Barrieren im Zugang abzubauen.

Die Bewilligungszeiträume müssen in Krisensituationen extrem kurz sein. Für die erste Aufnahme- phase in Krisensituationen werden hier Kooperationen mit Angeboten der Krisendienste notwendig sein.

2.16.4 Perspektive und Auswirkungen

Mit den Empfehlungen zu den Recovery-Colleges sind nur begrenzt Steigerungen des Finanzierungsvolumens der Präventions- und Selbsthilfeförderung je nach Nachfrageentwicklung im oberen sechsstelligen bis unteren siebenstelligen Bereich zu erwarten.

Der Einsatz von Peers und Genesungsbegleitenden als zusätzliche Leistung wird begrenzt Mehrkosten verursachen, in bestimmten Konstellationen sind hier aber auch Anrechnungsoptionen in der Personalbemessung denkbar.

Die angeführten „alternativen“ Angebote stellen eine wichtige Ergänzung des Spektrums der Hilfeangebote dar und erreichen Hilfesuchende, die die Schwellen der sonstigen Angebote nicht haben bewältigen können bzw. wollen oder die möglicherweise auf Grund negativer Erfahrungen ansonsten keine Hilfen in Anspruch nehmen würden. In Bezug auf die Finanzierung ist ein hohes Maß an Bereitschaft, das Leistungserbringerrecht im Sinne der Betroffenen anders zu definieren, notwendig. Am ehesten entspricht dies dem Denken im Konzept des Persönlichen Budgets mit entsprechender Unterstützung. Die Finanzierung wird wirtschaftlich nicht teurer sein und die Wirksamkeit sollte mit der Zielerreichung gemessen werden.

2.17 Handlungsempfehlung 17 – Sicherstellung der Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten

2.17.1 Zielsetzungen

In Bezug auf das Themenfeld wurden im Dialogprozess drei Handlungsfelder priorisiert: das Persönliche Budget, Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen sowie ein unabhängiges Beschwerdewesen.

Persönliches Budget

Der Umsetzungsgrad des Persönlichen Budgets sollte im Sinne der Stärkung der Selbstbestimmung der Betroffenen deutlich gesteigert werden. Auch die Nutzung alternativer Hilfemöglichkeiten außerhalb des Leistungserbringerrechts sollte gestärkt werden.

Die Gründe für die geringe Inanspruchnahme sollten auf Bundesebene auf der Grundlage von Studienergebnissen analysiert werden. Daraus sollten Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen und der fachlichen Vorgaben abgeleitet bzw. entwickelt werden, die insbesondere auch die Belange von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen mit fokussieren.

Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen

Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen ermöglichen Selbstbestimmung, Sie sind rechtlich verankert und ihre Verbreitung und Umsetzung sollten sichergestellt werden. Leistungserbringende, die über diese Möglichkeiten nicht informieren oder bei Vorliegen, diese nicht ausreichend beachten, sollten mit Sanktionen rechnen müssen. Grundsätzlich sollten die Informationen eingebettet sein in die Umsetzung der allgemeinen gesetzlich vorgeschriebenen Informations- und Aufklärungspflichten zur Erkrankung und deren Behandlung.

Beschwerdestellen

Beschwerdestellen sollten fester Bestandteil der regionalen Versorgung und finanziell abgesichert sein. Jedoch sollten sie in einer von den Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung unabhängigen Ausrichtung vorgehalten werden. Sie sollten parteilich und zugewandt die Interessen, Nöte, Probleme und Beschwerden der Betroffenen und An- und Zugehörigen vertreten. Eine ressourcenorientierte personelle Besetzung durch Betroffene ist sicherzustellen.

2.17.2 Gründe

Persönliches Budget

Laut Verfahrensbericht wird nur in unter einem Prozent der Anträge auf Teilhabeleistungen ein persönliches Budget als Leistungsform mitbeantragt. Erste regionale Studienergebnisse liegen vor, die Hinweise auf die Ursachen des geringen Nutzungsgrads enthalten.²⁸ Zudem fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) aktuell eine Evaluation zum Persönlichen Budget. Die zweijährige Laufzeit endet 2025. Die „Handlungsempfehlungen Persönliches Budget“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation werden derzeit überarbeitet und Studienergebnisse sollen berücksichtigt werden.

Die besonderen Belange von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gilt es in der Auswertung der Evaluationsergebnisse zu berücksichtigen. So haben sich in der Vergangenheit neben den Geldleistungen im Einzelfall Gutscheinelösungen bewährt. Auch sind besondere Bedarfe bei der Unterstützung in der Leistungsanspruchnahme und -dokumentation mitzubedenken.

Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen

Patientenverfügungen sind im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) im § 1827 rechtlich verankert. Behandlungsvereinbarungen entsprechen vom Rechtscharakter einer Patientenverfügung.²⁹ Gleichwohl ist nach vorliegenden Zahlen davon auszugehen, dass nur ein Drittel der Patientinnen und Patienten eine Patientenverfügung verfasst haben. Inwieweit auch die Selbstbestimmung in Bezug auf psychische Erkrankungen erfasst ist, darüber liegen kaum Erkenntnisse vor.

Von hoher Relevanz ist die Information über die Möglichkeit der Behandlungsvereinbarung und der Patientenverfügung. Diese sind im Kontext der Informationspflicht nach § 630c BGB zu sehen. Danach ist der Behandelnde verpflichtet, der Patientin, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.

Aus der Praxis der Besuchskommissionen wird berichtet, dass nicht in allen psychiatrischen Kliniken Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen regelhaft genutzt bzw. umgesetzt werden. Insgesamt fehlt es an validen Daten.

Unabhängige Beschwerdestellen

In einigen Bundesländern bzw. in einzelnen Regionen haben sich unabhängige Beschwerdestellen etabliert; u. a. in Bayern, Sachsen-Anhalt, Berlin und Baden-Württemberg.

²⁸ Vgl. LVR Dezernat Soziales: *Befragungsprojekt Persönliches Budget*, Köln 2022

²⁹ Vgl. Marschner, R.: *Rechtliche Aspekte von Behandlungsvereinbarungen*: in Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): *Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarungen bei psychischen Erkrankungen*, Bonn 2010

In Baden-Württemberg sind diese Beschwerdestellen auch im Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) verankert mit einer trialogischen Besetzung. In Sachsen-Anhalt sind im Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) den dort verankerten Patientenfürsprechenden die Funktion einer Beschwerdestelle für Personen mit einer psychischen Erkrankung zugewiesen. Im Berliner PsychKG ist geregelt, dass die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung gewährleistet, dass in Angelegenheiten der psychiatrischen Versorgung individuelle Beschwerden entgegengenommen und die Beschwerdeführenden im Prozess der Beschwerdebearbeitung beraten und begleitet werden sowie die Arbeit der Patientenfürsprechenden nach den §§ 12 und 52 und der Besuchskommissionen unterstützt wird (Beschwerde- und Informationsstelle). In Bayern werden die Beschwerdestellen ohne Verankerung im PsychKHG über das Land gefördert.

Bestandteil eines unabhängigen Beschwerdewesens in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken sind insgesamt auch die in der Ausübung ihres Amtes unabhängigen Patientenfürsprechende.

Ziele dieser Einrichtungen sind neben der Bearbeitung der persönlichen Beschwerden die Identifizierung struktureller und organisatorischer Defizite und Schwächen. Die systematische Auswertung der Beschwerde und eine entsprechende Berichterstattung stellen einen wichtigen Baustein der institutionsunabhängigen Qualitätssicherung dar.

2.17.3 Maßnahmen

Umsetzung Persönliches Budget

Die vorliegenden Studienergebnisse zur Nutzung und die Ergebnisse der vom BMAS geförderten Evaluation sollten als Grundlage für die Weiterentwicklung des Persönlichen Budgets genutzt werden, insbesondere mit dem Ziel einer Zugangserleichterung und der Berücksichtigung besonderer Belange von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in der Leistungsdurchführung bzw. den Verfahren. Dabei ist auch nach Rehabilitationsträgern zu differenzieren. Die Hindernisse in Bezug auf Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen insbesondere bei der Ausgestaltung trägerübergreifender Persönlicher Budgets sind herauszufiltern.

Vorgeschlagen wird die Bildung einer Arbeitsgruppe, die konkrete Handlungsempfehlungen erarbeitet. Gesetzliche Nachsteuerungsbedarfe sollten dabei ebenso im Blick sein wie die Lösung von Umsetzungsproblemen. Die Arbeitsgruppe sollte Expertinnen und Experten aus Erfahrung und Profession, ministerielle Vertretung und Vertretung der Leistungsträger umfassen. Bei der Auswahl der Expertinnen und Experten sind die Belange von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu berücksichtigen.

Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen

Patientinnen und Patienten haben den Anspruch auf Beachtung ihrer Patientenverfügung, die auch den Charakter einer Behandlungsvereinbarung haben kann.

Es sollte geprüft werden, wie Sanktionen bei fehlender Umsetzung und Beachtung von Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen im Rahmen der Qualitätskontrollrichtlinien des Gemeinsamen-Bundesausschuss (§ 136 ff. Sozialgesetzbuch (SGB) V) geregelt werden könnten. Dies impliziert auch die Klärung der Frage, wie eine wirksame Kontrolle erfolgen kann.

Die Betroffenen sind in Bezug auf Rechtswege bei Nichteinhaltung zu informieren. Die Landesaufsicht und die Besuchskommissionen sollten im Bereich der Krankenhausversorgung hier einen besonderen Fokus setzen. Auch hier sind Sanktionsmöglichkeiten zu prüfen.

Zu überlegen wäre auch eine Studie zum Einsatz und Wirksamkeit von Patientenverfügungen in der psychiatrischen Versorgung. Hierzu bedarf es der Hinweise auf klarstellende Anleitungen zur Abfassung wirksamer Verfügungen und ggf. einschlägiger Regelungen in den gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben. Denkbar wäre eine Finanzierung über den Innovationsfond.

Beschwerdestellen und Beschwerdemanagement

In den einzelnen Leistungsbereichen werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

- Im SGB V wäre zu prüfen, inwieweit das Beschwerdewesen in der Qualitätssicherung ausreichend verankert und auch entsprechend umgesetzt ist. Auch das „Ob“ und „Wie“ der Beteiligung von Erfahrungswissen im Kontroll- und Beschwerdewesen wäre zu prüfen.

Denkbar wäre auch die Beteiligung von Erfahrungswissen bei der Ombudsstelle des Medizinischen Dienstes (MD).

- Im SGB IX ist bisher das unabhängige Beschwerdewesen kaum verankert. Allenfalls sind die ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatungsstellen mit dieser Aufgabenstellung über ihren Beratungsauftrag betraut. Eine Rechtsberatung ist nicht möglich.

Nur im Bereich der Schwerbehindertenvertretung wird der Begriff „Beschwerde“ verwendet.

Hier wäre unter dem Teil 1, Kapitel 6 Abschnitt 2 „Beratung“ ein eigener Paragraf „Beschwerdewesen“ denkbar.

- Im SGB XI werden Beschwerden nur im Zusammenhang mit dem MD aufgegriffen. Auch hier sollte die Option der Verankerung von Beschwerdemöglichkeiten und Beteiligung am Kontrollwesen geprüft werden.
- Die Sicherstellung von unabhängigen Beschwerdestellen kann über die Psychisch-Kranken-(Hilfe)-Gesetze (PsychK(H)Gs) der Länder erfolgen. Auch in den Wohn- und Teilhabegesetzen der Länder bestehen hier Optionen. Anzustreben ist die Einrichtung unabhängiger Beschwerdestellen in allen Bundesländern.
- In den Bundesländern ist zudem in Bezug auf die klinische Versorgung zu empfehlen, dass die in der Ausübung ihres Amtes unabhängigen Patientenfürsprechende grundsätzlich in den Krankenhausgesetzen verankert werden und Festlegungen u. a. zu den Rahmenbedingungen für die Ausübung des Amtes getroffen werden. Damit ist auch dieses Amt in den psychiatrischen und psychosomatischen Abteilungen etabliert.

- Beschwerdestellen, die bei Beschwerden im Rahmen der rechtlichen Betreuung tätig werden, existieren bisher nicht; Beschwerden sind nur bei den Betreuungsgerichten möglich. Um künftig eine Verbindung zu den unabhängigen Beschwerdestellen auf Länderebene zu schaffen, sollte das Betreuungsrecht angepasst werden.

2.17.4 Perspektive und Auswirkungen

Mit den vorgeschlagenen Empfehlungen ist mit einem finanziellen Mehraufwand für die Evaluationen im unteren einstelligen Millionenbereich – verteilt auf die Leistungsbereiche – zu rechnen. Ein wesentlicher Anteil wird die Länderebene betreffen.

Beschwerdemöglichkeiten und die Nachverfolgung werden unabdinglich mit ausreichend Zeitressourcen zur verknüpfen sein. Aber auch die Nutzung von Erfahrungswissen muss angemessen vergütet werden. Die Effekte im Rahmen der Qualitätssicherung und Patientenzufriedenheit rechtfertigen diesen Aufwand umfassend.

2.18 Handlungsempfehlung 18 – Organisierte Selbstvertretung der Betroffenen und der An- und Zugehörigen stärken

2.18.1 Zielsetzungen

Die Partizipationsrechte in der Selbstvertretung sollten auf allen Ebenen Wirksamkeit entfalten und die Entscheidungsmacht wo notwendig gestärkt werden. Zu unterscheiden ist die regelhafte Partizipation in der Kontrolle und Weiterentwicklung von Unterstützungsangeboten und die regelhafte Partizipation in fachpolitischen Entscheidungsgremien auf Bundes- und Landesebene.

Für die Selbstvertretung der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und der An- und Zugehörigen ist ein organisatorischer und infrastruktureller Rahmen sicherzustellen. Dies umfasst auch den Zugang zu notwendigen Informationen und Wissen.

Über die Selbstvertretung durch die Betroffenen und ihre An- und Zugehörigen besteht mit begrenzter Ausnahme der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nicht ausreichend Transparenz und Wissen. Es sollte entsprechend eine Bestandsaufnahme bzw. eine Evaluation in Auftrag gegeben werden. Auf der Grundlage der Bestandsaufnahme sollte ein Aktionsplan erarbeitet werden, wie von der Vereinten Nationen empfohlen. Schon jetzt bestehen Hinweise auf Handlungsbedarfe.

2.18.2 Gründe

Partizipation im Sinne der Selbstvertretung ist nach Definition des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) mehr als Teilnahme, viel stärker steht im Fokus die Mitgestaltung, Mitbestimmung und Entscheidungsteilhabe.

Für die politische Partizipation und die Partizipation an Entscheidungs-, Überwachungs- und Umsetzungsprozessen sind Selbstvertretungsorganisationen bedeutend.³⁰ Selbstvertretungsorganisationen, die Menschen mit Behinderungen repräsentieren, sind Organisationen, „die von Menschen mit Behinderungen angeführt, geleitet und verwaltet werden“ sowie deren „deutliche Mehrheit ihrer Mitglieder (...) selbst Menschen mit Behinderungen sind“.³¹ Dies gilt in gleicher Weise für die Selbsthilfe der An- und Zugehörigen.

Damit ihnen Beteiligung und Mitentscheidung ermöglicht wird, ist eine Kultur der Partizipation notwendig, die rechtsbasiert und frei von Diskriminierung ist. Dies erfordert Barrierefreiheit – sowohl mit Blick auf Einstellungen als auch den Zugang zu benötigten Ressourcen.

³⁰ Vgl. CRPD/C/GC/7

³¹ Vgl. CRPD/C/11/2, Anhang II

Regelhafte Partizipation in fachpolitischen Entscheidungsgremien

Bisher ist die Förderung bzw. Finanzierung der Interessenvertretung im Bereich der Krankenversicherung begrenzt auf die Ebene der Bundes- und Landesorganisationen der Selbsthilfe und der Interessenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss. Die Voraussetzungen für die Anerkennung als Bundes- und Landesorganisation sind eng gesteckt und gemeinsam mit der Aufgabenzuweisung in dem Leitfaden zur Selbsthilfeförderung verankert.

Darüber hinaus ist auf Bundesebene die Patientenvertretung im G-BA in § 140f Abs. 2 Sozialgesetzbuch V geregelt – jedoch nur mit Mitberatungs- und Antragsrecht. Auch auf der Landesebene kann die Patientenvertretung auf der Grundlage § 140f Abs. 3 Sozialgesetzbuch V³² gefördert und können Stabsstellen eingerichtet werden. Inwieweit über den Gemeinsamen Bundesausschuss hinaus politische Partizipation auf der Bundesebene und Landesebene umgesetzt wird, ist bisher nicht systematisch dokumentiert und erfasst worden.³³

Für das Sozialgesetzbuch (SGB) IX „Rehabilitation und Teilhabe“ ist die Selbsthilfeförderung in § 45 SGB IX ohne Mittelzusicherung verankert und mit gemeinsamen Empfehlungen nach § 26 SGB IX hinterlegt. Dabei wird zwischen Selbsthilfeförderung und Förderung der Selbstvertretung nicht unterschieden.

In den Empfehlungen ist die Förderung der Selbsthilfeorganisationen angeführt. Inhaltlich lassen sich in der Aufgabenbeschreibung die Finanzierung von Öffentlichkeitsarbeit und Durchführung von Veranstaltungen und Aktionen jedoch auch als Förderung der Selbstvertretung interpretieren.

Der Sachverständigenrat „Partizipation“ bei der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation basiert u. a. auf Grundlage von § 39 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX. Es ist ein satzungsgemäß beratendes Gremium des Vorstandes. Die Aufgaben des Gremiums sind u. a. die konzeptionelle Arbeit in der Fach- und Projektgruppe der BAR zu unterstützen. Im SGB IX ebenfalls verankert ist die Beteiligung von Organisationen von Menschen mit Behinderungen an den Rahmenvertragsverhandlungen der Eingliederungshilfe (§ 131 Abs. 2 SGB IX), jedoch ohne Regelungen zur Unterstützung etwa analog zur Stabsstelle Patientenvertretung beim G-BA.

Insgesamt ist die Transparenz und Berichterstattung in Bezug auf die politische Partizipation in Fragen der Gestaltung von Unterstützungsangeboten nach dem SGB IX sehr begrenzt. Im Wesentlichen beschränkt sich diese auf den Teilhabebericht der Bundesregierung, der stärker die Beteiligung an Wahlen und die Mitarbeit in Parteien fokussiert.

Im Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Behindertengleichstellungsgesetz – BGG) ist in § 19 die Förderung der Partizipation in öffentlichen Angelegenheiten aufgenommen

³² Vgl. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/selbsthilfe/Leitfaden_Selbsthilfeforderung_ab_2023_barrierefrei.pdf (zuletzt abgerufen am 24.01.2025)

³³ Vgl. Rolf Rosenbrock in: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) e. V.: *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2015*. Gießen 2015

worden und begründet den beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales vorgehaltenen Partizipationsfonds. Dessen Etat in Höhe von 1,5 Millionen Euro ist in Bezug auf die bundesweite und auf alle Zielgruppen ausgerichtete Zuständigkeit allerdings sehr begrenzt.

Für die Selbsthilfe bei (drohender) Pflegebedürftigkeit sind Förderungen nach dem SGB XI möglich und in § 45d SGB XI geregelt. Auch hier ist ein Leitfaden zur Selbsthilfeförderung erarbeitet worden. Die Finanzierung der Selbstvertretung im oben genannten Sinne findet im Leitfaden keine Erwähnung. Das Fördervolumen umfasst nur ca. ein fünftel von den Möglichkeiten der Krankenversicherung.

Eine systematische Erfassung bzw. ein umfassender Informationsstand über die Realität der Selbstvertretung bzw. der politischen Partizipation liegt nicht vor.

Im Staatenprüfverfahren zur Umsetzung der UN-BRK wurde in der ersten Stellungnahme in Richtung Deutschland die Empfehlung formuliert, institutionalisierte Verfahren für eine enge Konsultation und aktive Mitwirkung von Organisationen von Menschen mit Behinderungen in allen sie betreffenden Angelegenheiten zu entwickeln und umzusetzen sowie Standards für diese Verfahren festzulegen.³⁴

Regelhafte Partizipation in der Kontrolle und Weiterentwicklung von Unterstützungsangeboten

Im Bereich der psychiatrischen Kliniken sind auf der Grundlage der Krankenhausgesetze der Länder Patientenfürsprechende vorgesehen. Diese sind in der Mehrheit aber nicht mit Erfahrungsexpertise im Sinne reflektierter Erfahrung eigener psychischer Erkrankung ausgestattet.

In den größeren Institutionen der Eingliederungshilfe sind in Bezug auf besondere Wohnformen und Werkstätten Beiräte rechtlich vorgesehen. So können in den Heimbeiräten Bewohnerinnen und Bewohner auf der Grundlage der Wohn- und Teilhabegesetze der Länder und Werkstattträte auf Grundlage der Werkstattverordnung Selbstvertretung im Rahmen der Vorgaben sicherstellen. In den Verordnungen sind die Möglichkeiten der Mitwirkung bei Entscheidungen festgelegt.

Im gesamten Bereich der ambulanten Hilfen der Eingliederungshilfe sind jedoch keine Selbstvertretungsorgane systematisch vorgeschrieben.

Auch bestehen keine Pflichten in den Angeboten der medizinischen und beruflichen Rehabilitation Selbstvertretungsorgane vorzuhalten.

In einzelnen Angeboten bzw. bei Leistungserbringenden sind Beteiligungen von Betroffenen und An- und Zugehörigen in Leitungsgremien bzw. Aufsichtsgremien vorgesehen.³⁵ Ein Überblick über Art und Umfang besteht weder auf Länderebene noch auf Bundesebene.

³⁴ Vgl. UN-Stellungnahme zum Staatenbericht 2023

³⁵ Beispiele: PTV Solingen, Pfalzkrankenhaus

2.18.3 Maßnahmen

Prüfungs- bzw. Bestandsaufnahme bezüglich der Möglichkeiten der Selbstvertretung und deren Förderung

Vorgeschlagen wird ein politischer Auftrag für eine Evaluation zum Anspruch und der Wirklichkeit in der politischen Partizipation bzw. Selbstvertretung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in der Versorgungsgestaltung im Bereich Behandlung, Teilhabe und Pflege auf regionaler und überregionaler Ebene. Dies umfasst die Selbstvertretung in fachpolitischen Gremien bzw. Zusammenhängen sowie die regelhafte Partizipation bezüglich der Unterstützungsangebote.

Ein Rückfluss in die Teilhabeberichterstattung der Bundesregierung sollte mitbedacht werden.

Im Rahmen der Evaluation sollten das Zusammenwirken von Selbstvertretungsförderung durch die Sozialleistungsträger und dem Partizipationsfonds mit fokussiert werden.

Aktionsplan zur Stärkung der Selbstvertretung und mögliche Bestandteile

In den neueren Empfehlungen der UN zur Umsetzung der UN-BRK wird in Bezug auf Partizipation und Umsetzungsstrukturen vorgeschlagen, einen Aktionsplan zu erarbeiten, mit dem Ziel die Selbstvertretung zu stärken. Auch Standards in Bezug auf Partizipation auf allen Ebenen sollten Bestandteil des Aktionsplans sein. Auch in dem Stimmnahmeverfahren zum Dialogforum Partizipation wurde ein Aktionsplan³⁶ vorgeschlagen.

Der Empfehlung und dem angeführten Handlungsbedarf folgend wird vorgeschlagen, auf der Grundlage der Ergebnisse der oben genannten Evaluation einen Aktionsplan zu erarbeiten. Eine Arbeitsgruppe mit trialogischer Besetzung³⁷ und Leitung sollte interministeriell oder alternativ vom Parlament beauftragt werden, gekoppelt mit einem breiten Beteiligungsverfahren einen Aktionsplan zu erarbeiten.

Als mögliche Handlungsfelder zeichnen sich bereits ab:

- Die Mitbestimmungsrechte im Gemeinsamen Bundesausschuss sollten weiterentwickelt werden. Prämisse wäre, die Stimmrechte zu verankern und zugleich die Bedenken von Selbstvertretungsorganisationen, dass eine Mitentscheidung in allen Handlungsfeldern des Gemeinsamen Bundesausschusses möglicherweise eine Überforderung bedeuten kann, zu berücksichtigen.
- Für die Gremien- und Selbstvertretungsarbeit sollte regelhaft eine Vergütung und zuzüglich die Übernahme der Reisekosten gewährleistet werden, sofern die Arbeit nicht gewollt ehrenamtlich ausgerichtet ist. Beim Ehrenamt wäre eine Aufwandsentschädigung zu gewähren.
- Die Gremienarbeit ist in barrierefreier Form auszurichten, auch in Bezug auf Zeitmanagement und Räumlichkeiten.

³⁶ Vgl. Stellungnahme ackpa, online unter https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Fortfuehrung_Dialog/Stellungnahmen_5_Dialog/BMG-Dialog_ackpa_STN_Partizipation_2024.10.21.pdf (zuletzt abgerufen am 31.07.2025)

³⁷ Trialogische Besetzung bedeutet den Einbezug von Betroffenen, An-/Zugehörigen und Fachpersonen.

- Die Mitbestimmungsrechte der Patientenvertretung bei Landesorganisationen und Gremien wären zu erweitern. Die Vorgaben in § 140 SGB V Abs. 3 bezüglich der Landesebene betreffen nur Mitberatungsrechte. Bei Sitzungen zu Beschlussfassungen besteht nur die Teilnahmemöglichkeit, kein Stimmrecht.
- Im Bereich der Teilhabe und Rehabilitation gilt es, die in § 26 SGB IX verankerten Beteiligungsrechte in Bezug auf die Erarbeitung von Empfehlungsvereinbarungen zu stärken und zu konkretisieren. Auch sollte geprüft werden, wie dem Partizipationsrat Mitbestimmungsrechte in der Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation eingeräumt werden können.
- Die Beteiligung von Organisationen von Menschen mit Behinderungen an den Rahmenvertragsverhandlungen nach § 131 Abs. 2 SGB IX ist bei den sozialen Teilhabeleistungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Rahmen der Eingliederungshilfe sicherzustellen. Hier sollte entsprechend auch auf Landesebene eine Stabsstelle für die Betroffenenvertretung im Sinne der Kompetenzstärkung und Befähigung eingerichtet werden, vergleichbar mit der Stabsstelle Patientenvertretung beim G-BA.
- Anzustreben ist die Erstellung eines Handbuches zur regelhaften Partizipation in Kontrolle, Aufsicht und Weiterentwicklung von Unterstützungsangeboten inklusive einer Sammlung von Good-Practice-Modellen.

Zusammenführend wird empfohlen, eine Erweiterung der Partizipationsrechte in Richtung einer umfassenden Mitarbeit und Mitbestimmung bei Beschlüssen und Vorhaben als gemeinsame politische Zielsetzung zu formulieren und dem durch einen Aktionsplan politisch und in der Umsetzung gerecht zu werden. Schritt für Schritt sollten dann gesetzliche Fortschreibungen erfolgen.

2.18.4 Perspektive und Auswirkungen

In der Präambel der UN-BRK wird die umfassende Mitwirkung von Menschen mit Behinderungen an Entscheidungsprozessen über politische Konzepte und über Programme, insbesondere wenn diese sie unmittelbar betreffen, eingefordert.

Die Empfehlungen sollen einen notwendigen Beitrag dazu leisten, dass Deutschland auf dem Weg der Umsetzung weiter vorankommt.

Damit sind entsprechend auch Finanzierungsmittel notwendig, die aber im Promillebereich gegenüber den Kosten der Versorgung liegen. Eine Verdoppelung der Mittel für den Partizipationsfonds würde 1,5 Millionen Euro Mehrkosten bedeuten, für die Stärkung der organisierten Selbstvertretung auf Bundes- und Landesebene zusätzlich 5 % der angeführten Selbsthilfeförderungen zu veranschlagen ca. 5 Millionen Euro. Die Mittel für die Patientenvertretung im G-BA nach § 140f sind zudem gesondert zu betrachten. Zum Vergleich: Der Etat für Teilhabeleistungen liegt bei ca. 45 Milliarden Euro und der Gesundheitsetat im Bereich von 300 Milliarden Euro.

3. Dialogprozess und Handlungsempfehlungen – Impulse aus dem Abschlussforum und Perspektiven

In der Präambel ist bereits der Hinweis angeführt, dass die entwickelten Handlungsempfehlungen Lösungsvorschläge sind, die nicht den Anspruch haben können, schon umfassend abgeschlossen und mit einer Erfolgsgarantie verbunden zu sein.

Die in der Dialoggruppe vertretenen Expertinnen und Experten, die in Verbänden aktiv sind, hatten die Empfehlungen umfassend befürwortet.

Die beteiligten Vertretenden der Leistungsträger hatten sich wie angeführt eher in einer beratenden Funktion gesehen und sich nicht mit Stellungnahmen vor den Dialogforen beteiligt. In den Bewertungen der Ergebnisse der Dialogforen wurde jeweils nur eine Teilzuständigkeit proklamiert. Handlungsbedarfe in Bezug auf die Medizinische Rehabilitation und die übergreifenden Empfehlungen wurden aktuell nicht konstatiert, auch wenn einzelne Zielsetzungen mitgetragen werden konnten. Bei der Teilhabe am Arbeitsleben waren von der Bundesagentur für Arbeit zustimmende Signale in Richtung einzelner Empfehlungen erfolgt. In Bezug auf die Partizipation waren insbesondere die Zielsetzungen nachvollziehbar.

Der Abschluss der Dialogphase wurde mit der Vorstellung und Diskussion der erarbeiteten Empfehlungen in dem dafür vorgesehenen Abschlussforum vollzogen. Damit verknüpft wurden Überlegungen, wer Umsetzungswege beschreiten kann bzw. wie diese gemeinsam beschritten werden können.

Impulse aus dem Abschlussforum

Zum Abschlussforum wurden alle Verbände und Institutionen, die im Stellungnahmeverfahren und in der Auftaktveranstaltung einbezogen worden waren, eingeladen. Zusätzlich waren die Vertretungen aus dem zuständigen Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und des umfassend beteiligten Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und Vertretungen der relevanten Beauftragten der Bundesregierung geladen.

Die Moderation und Vorstellung der Ergebnisse erfolgte durch die Steuerungsgruppe der APK. Beteiligt in der Vorstellung waren Mitglieder der Dialoggruppe.

Die Grußworte aus dem BMG und dem BMAS würdigten sowohl den Prozess als auch die Ergebnisse. Die Weiterentwicklung der Schnittstellen- und Übergangsprozesse steht bei beiden Ministerien weit oben auf der Handlungsagenda.

In der Diskussion der Ergebnisse wurde aus dem Kreis der Teilnehmenden aus der Verbändelandschaft in weiten Teilen Zustimmung zu den Empfehlungen signalisiert.

Im Abschlussforum wurde zudem die Verbindung zum ersten Dialog hergestellt und auch über beide Dialoge hinaus noch Anregungen in Bezug auf die aktuellen Herausforderungen im Zusammenhang mit dem vorgelegten Regierungsprogramm formuliert.

Impulse in der Zusammenfassung

- Angeregt wurde, die Diskussion, um die ambulanten Komplexleistungen aus dem ersten Dialog aufzugreifen, und mit dem in der Fortführung vorgeschlagenen Schnittstellenlösungen und der aktuellen Diskussion um die Fortschreibung der G-BA Richtlinien zur koordinierten strukturierten Versorgung (KSVPsych-RL) zu verbinden. Möglicherweise sind beide Wege sinnvoll und geboten. Die KSVPsych-RL, mit dem Auftrag zu mehr Koordination und Abstimmung bei den additiven Leistungen in der ambulanten Versorgung, und eine ambulante Komplexleistung, die teambasiert aus einer Hand die Leistung erbringen kann.
- Die § 64b-Modellvorhaben haben gezeigt, wie es settingübergreifend innerhalb eines Sektors gelingen kann, Krankenhausbehandlung orientiert an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten integriert zu erbringen. In ersten Regionen werden Parallelvereinbarungen mit Trägerbudgets in der Eingliederungshilfe erwogen bzw. vereinbart (Bremen, Rheinland-Pfalz/Pfalzkrankenhaus). In Bezug auf die in beiden Dialogen postulierte Zwangsvermeidung wurde darauf hingewiesen, dass nachweislich immer dort, wo koordinierte und integrierte Versorgung möglich ist, die Zwangsmaßnahmenrate sinkt.
- Krisendienste sind in gemeinsamer und geteilter Verantwortung sicherzustellen. Die Ergebnisse beider Dialoge mit der Beteiligungsaufforderung an die Krankenversicherung und die Eingliederungshilfe sollten in der neuen Legislaturperiode in der Reform der Notfallversorgung platziert werden.
- Die Empowerment- bzw. Recovery-Colleges sollten die Eingliederungshilfe noch stärker adressieren und integrieren.
- In Bezug auf die Eingliederungshilfe und die sozialen und arbeitsbezogenen Teilhabeleistungen im Gesamten gehen die Weiterentwicklungsbedarfe über die Handlungsempfehlungen hinaus, bedingt durch die vorgegebene Beschränkung auf die Schnittstellen. Ein Beitrag zur Weiterentwicklung wäre es, Modelle zu erproben, wie Angebote für besondere Problemlagen z. B. im Anschluss an die Unterbringung in einer Klinik, nach dem Gefängnis, bei Obdachlosigkeit oder bei Menschen mit Fluchterfahrung, leistungsträgerübergreifend gelingen können.
- Für die Kommunen besteht ein wesentlicher Auftrag in Richtung Koordination der Hilfe, aber auch in Bezug auf Beratung. Die Aufträge sind in den PsychK(H)Gs und den Gesetzen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst verankert. Das Zusammenwirken der Kommunen mit den Sozialversicherungsträgern und den Trägern der Eingliederungshilfe ist hier unabdingbar, wird aber ohne finanzielle Absicherung der kommunalen Gesundheitsdienste nur schwer möglich sein.
- Es bedarf mehr Abstimmung zwischen Bund und Ländern, aber auch zwischen den Ministerien. Eine gemeinsame Gesundheits- und Sozialministerkonferenz wäre eine Option.
- Viel Zustimmung fand die These, dass die Psychiatrie mittlerweile zwar entstigmatisiert worden ist, aber noch nicht für alle Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Heute können sich Menschen an die Psychiatrie mit Liebeskummer, mit Einsamkeit, mit Alltagsproblemen wenden, die Hilfe brauchen, aber meist nicht unter dem Etikett von Krankheit. Sofern hier aber Ressourcen der Psychiatrie eingesetzt werden (was bereits nicht selten geschieht),

fehlen diese für die, die stärker oder stark beeinträchtigt bzw. erkrankt sind. Auch für Menschen in psychosozialen Notlagen sollten die Sozialräume, die Kulturräume und die Politik direkt Verantwortung übernehmen und die Verantwortung nicht an die Psychiatrie „delegieren“.

- Neben Recovery Colleges können auch trialogisch ausgestaltete Fortbildungen regional organisiert werden.
- Manches Mal scheitert die Partizipation schon daran, dass die Reisekosten nicht im Voraus gewährt werden können, oder dass die Beteiligungsorte nicht erreichbar sind. Die zeitlichen Terminierungen sollten abgestimmt sein und Verständnisprobleme verhindert werden.
- Die Patientenbeteiligungsverordnung sollte man in den Blick nehmen, und in Bezug auf die Patientenvertretung breiter aufstellen. Digitalisierung muss auch für Selbsthilfe und Selbstvertretung nutzbar sein.

Perspektiven

Die entwickelten Handlungsempfehlungen sind Lösungsvorschläge und sind verknüpft mit Zielsetzungen und Handlungsbedarfen. Die Umsetzungswege sind – wie in der Präambel angeführt – ein dynamischer Prozess, der flexible Anpassung oder auch die Implementation neuer Perspektiven beinhaltet. Mit Abschluss der Dialogforenphase beginnt die Umsetzungsphase.

Einzubeziehen in diese Phase ist die Verknüpfung mit den Ergebnissen aus dem ersten Dialog –mit dem Wissen um den langen Atem der Reformen.

Auf der Grundlage der Empfehlungen aus dem ersten Dialog und des Berichts aus der Fortführung mit den weiteren Handlungsempfehlungen gilt es, den inhaltlichen Transfer in Fachpraxis, in die gemeinsame Gremien von Leistungsträgern und Leistungserbringern, in die parlamentarischen und ministeriellen Kanäle zu vollziehen.

Beide Psychiatriedialoge zeigen, dass das Format sich grundsätzlich bewährt hat. Der Einbezug vieler Akteure mit unterschiedlicher Perspektive aufgrund der unterschiedlichen Aufgaben führt zwar nicht immer zwingend zum Konsens hinsichtlich der möglichen Lösungen – hier ist eben das Primat der Politik gefordert – wohl aber fast durchgängig zu einer breiten Zustimmung hinsichtlich der Problembeschreibungen und der Zielsetzungen.

Beiden Dialogen war noch vorrangig die Aufgabe zugewiesen, dem Bundesgesetzgeber Handlungsoptionen aufzuzeigen. Es hat sich gezeigt, dass auch die Länder bzw. die Ländergesetze, die Kommunen und die Akteure unterhalb der Gesetzesebene einzubeziehen sind. Die wichtige Aufgabenstellung, die sich aus dem Dialogprozess auch ergibt, ist die Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse in die Handlungspraxis aller beteiligter Akteure. Dies muss bei einer Fortführung des Dialogprozesses mit bedacht werden, um die Handlungskompetenzen der Akteure zu nutzen und zugleich die Optionen für gesetzliche und untergesetzliche Regelungsvorgaben miteinander zu verschränken.

Die APK sieht hier eine fortlaufende Aufgabenstellung im Sinne eines Beratungsprozesses und Fachdiskurses in Richtung der Bundesregierung, des Bundestags, der Länder und der Fachwelt, die es abzusichern und zu verstetigen gilt.

4. Anhang

Zur Handlungsempfehlung 4 – Reformbedarfe bezüglich § 1831 BGB Freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen

Vorliegende alternative Formulierungsvorschläge als mögliche Handlungsoptionen für einen notwendigen Reformprozess

Reformvorschläge zu § 1831 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) – Stand 14. Juni 2024

Vorschlag A	Vorschlag B	Vorschlag B
§ 1831 BGB - neu	§ 1831 Schutz durch und Maß von Freiheitseingriffen	Alternative zu Abs. 3
<p>(1) Eine Entscheidung des Betreuers/der Betreuerin, ohne oder gegen den natürlichen Willen des Betreuten, die eine Freiheitsentziehung oder Freiheitsbeschränkung zur Folge hat, ist nur zulässig, solange und soweit sie erforderlich ist, weil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. aufgrund einer Krankheit oder Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt oder zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, die Maßnahme ohne die freiheitsentziehende oder freiheitsbeschränkende Maßnahme des Betreuten nicht durchgeführt werden kann, 2. sich eine weniger eingreifende Maßnahme als aussichtslos erwiesen hat oder aussichtslos erscheint, 	<p>(1) Liegen konkrete Anhaltspunkte dafür vor, dass der Betreute durch sein Tun oder Unterlassen in erheblichem Maße seine Gesundheit oder sein Leben gefährdet und beruht dies Verhalten auf seiner psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung, so ist der Betreuer berechtigt und verpflichtet, das Verhalten des Betreuten zu bewerten und die Erforderlichkeit eines schützenden Eingreifens zu prüfen. (Verbindung zu Abs. 2)</p> <p>(2) Erscheint dem Betreuer, nachdem er die Wünsche des Betreuten ermittelt hat, eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff beim Betreuten notwendig oder wird er von einem Arzt darauf aufmerksam gemacht, hält er den Betreuten dazu an, sich einem Arzt seines Vertrauens vorzustellen. Folgt der Betreute der Empfehlung des Betreuers nicht und ist</p>	

Vorschlag A	Vorschlag B	Vorschlag B
§ 1831 BGB - neu	§ 1831 Schutz durch und Maß von Freiheitseingriffen	Alternative zu Abs. 3
<p>3. vor der freiheitsentziehenden oder freiheitsbeschränkenden Maßnahme eine Entscheidungsfindung des Betreuten unterstützt worden ist und der ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks unternommene Versuch vorausgegangen ist, eine auf Vertrauen gegründete Zustimmung des Betreuten zur Gefahrenabwehr zu erreichen,</p> <p>4. der Betreute aufgrund einer Krankheit oder Behinderung die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden oder freiheitseinschränkenden Maßnahme nicht erkennen kann oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann,</p> <p>5. die freiheitsentziehende oder freiheitsbeschränkende Maßnahme einem vorausverfügten oder dem mutmaßlichen Willen des Betreuten nach § 1821 Abs. 4 BGB entspricht,</p> <p>6. aus Sicht des Betreuten, der zu erwartende Nutzen die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt.</p>	<p>eine Untersuchung, eine Behandlung oder ein ärztlicher Eingriff zur Abwendung von Gefahren für den Betreuten nicht ohne einen Eingriff in dessen Freiheitsrecht [oder: Fortbewegungsfreiheit] möglich, so nimmt er einen diesbezüglich geeigneten Eingriff in das Recht des Betreuten vor.</p> <p>(3) Darf der Betreuer auf Grund von § 1821 Abs. 3 Nummer 1 den Wünschen des Betreuten nicht entsprechen, hat er den mutmaßlichen Willen nach § 1821 Abs. 4 zu ermitteln und dem Geltung zu schaffen. Trifft der Betreuer danach eine Entscheidung über die Art und Weise sowie die Intensität und die Dauer eines Eingriffs in die Freiheit des Betreuten oder zur vollständigen Aufhebung der Bewegungsfreiheit, ist diese an den Maßstäben der Erforderlichkeit und der Verhältnismäßigkeit auszurichten.</p> <p>Wird auf Grund der Anordnung des Betreuers die Bewegungsfreiheit des Betreuten vollständig aufgehoben (Fixierung), sind eine Eins-zu-eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal sowie die kontinuierliche Kontrolle der Vitalfunktionen und eine regelmäßige ärztliche Überprüfung zu gewährleisten. (Alternativ: <i>Der Betreuer darf nur eine vollständige Aufhebung der Bewegungsfreiheit anordnen.</i>)</p>	<p>(3) Wird auf Grund der Anordnung des Betreuers oder im Fall einer unmittelbar notwendig werdenden Abwendung einer erheblichen und gegenwärtigen Selbstgefährdung durch betreuende Personen die Bewegungsfreiheit des Betreuten vollständig aufgehoben (Fixierung), sind eine Eins-zu-eins-Betreuung durch die Anwesenheit von therapeutischem oder pflegerischem Personal im gleichen Raum sowie eine kontinuierliche Kontrolle der Vitalfunktionen und eine regelmäßige ärztliche Überprüfung zu gewährleisten. Nach der Vornahme der Fixierung als Maßnahme der unmittelbar notwendigen Abwehr einer gegenwärtigen Selbstgefährdung ist unverzüglich der Betreuer zu informieren und seine Zustimmung einzuholen. Dauert die Maßnahme voraussichtlich länger als eine halbe Stunde, bedarf sie der Genehmigung des Betreuungsgerichts. Dem fixierten Betreuten ist auf Wunsch zu ermöglichen, eine Person seines Vertrauens zu benachrichtigen und diese in seiner</p>

Vorschlag A	Vorschlag B	Vorschlag B
§ 1831 BGB - neu	§ 1831 Schutz durch und Maß von Freiheitseingriffen	Alternative zu Abs. 3
		Nähe zu haben. Nach Beendigung der vollständigen Aufhebung der Bewegungsfreiheit ist dem Betreuten ein Nachgespräch anzubieten. Er ist auf die Möglichkeit zur rechtlichen Überprüfung der Maßnahme hinzuweisen.
<p>(2) Eine durch den Betreuer angeordnete, freiheitsentziehende Maßnahme ist nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist eine freiheitsentziehende Maßnahme nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.</p> <p>Freiheitsentziehende Maßnahmen liegen vor, wenn dem Betreuten, der sich in einem Krankenhaus, einer sonstigen Einrichtung oder seiner Wohnung aufhält, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise die Freiheit entzogen werden soll über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.</p> <p>Freiheitbeschränkende Maßnahmen sind solche, die nur von kurzer Dauer oder unregelmäßig vorgenommen werden. Diese sind dem Betreuungsgericht durch den Betreuer anzuzeigen.</p>	<p>(4) Die Anordnung einer freiheits-eingreifenden Maßnahme durch den Betreuer bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts. Sie ist nur dann ohne Genehmigung zulässig, wenn mit dem Aufschub des Freiheitseingriffs eine erhebliche Gefahr verbunden ist. In diesem Fall ist die Genehmigung unverzüglich nachzuholen.</p>	
<p>(3) Im Fall der Durchführung freiheitsentziehender oder freiheitsbeschränkender Maßnahmen, in Form der vollständigen Aufhebung der Bewegungsfreiheit durch mechanische</p>	<p>(5) Der Betreuer hat die Beendigung des von ihm angeordneten und vom Betreuungsgericht genehmigten Eingriffs in die Freiheit des Betreuten anzuzeigen. Der Betreuer hat vierteljährlich über</p>	

Vorschlag A	Vorschlag B	Vorschlag B
§ 1831 BGB - neu	§ 1831 Schutz durch und Maß von Freiheitseingriffen	Alternative zu Abs. 3
Hilfsmittel (Fixierung) ist eine ärztliche Anordnung und eine regelmäßige ärztliche Überprüfung notwendig und eine ständige persönliche und geeignete Bezugsbegleitung sowie die Beobachtung mit kontinuierlicher Kontrolle der Vitalfunktionen sicherzustellen.	das Vorliegen der Voraussetzungen der freiheitseingreifenden Maßnahme zu berichten. Hierbei hat er insbesondere das Fortbestehen der Gefährdungslage nach Abs. 1 und Abs. 2, Bemühungen nach alternativen zum Eingriff in die Freiheit sowie die Sichtweise des Betreuten darzulegen.	
(4) Im Fall der Durchführung freiheitsentziehender oder freiheitsbeschränkender Maßnahmen mit Medikamenten ist eine ärztliche Anordnung notwendig und weitere Voraussetzungen sollten festgelegt werden.	(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten nach Maßgabe des § 1820 Abs. 2 Nummer 2 für einen Bevollmächtigten entsprechend.	
<p>(5) Liegen die Voraussetzungen der freiheitsentziehenden Maßnahme nicht mehr vor, so ist diese zu beenden, zu unterbrechen oder einzuschränken. Der Betreuer hat die Beendigung und die Einschränkung dem Betreuungsgericht unverzüglich anzuzeigen. Besteht zwischen dem Betreuer und Leistungserbringenden, der die Maßnahme vornimmt, Dissens über das Vorliegen der Voraussetzungen der freiheitsentziehenden Maßnahme, so ist das Betreuungsgericht unverzüglich zu informieren.</p> <p>Der Betreuer hat vierteljährlich über das Vorliegen der Voraussetzungen der freiheitsentziehenden Maßnahme zu berichten. Hierbei hat er insbesondere das Fortbestehen der Voraussetzungen nach Abs. 1, Bemühungen Alternativen zur freiheitsent-</p>		

Vorschlag A	Vorschlag B	Vorschlag B
§ 1831 BGB - neu	§ 1831 Schutz durch und Maß von Freiheitseingriffen	Alternative zu Abs. 3
ziehenden Maßnahme zu finden, sowie die Sichtweise des Betreuten darzulegen.		
(6) Der Abschluss von Wohn- oder Betreuungsverträgen durch den Betreuer, die mit einer freiheitsentziehenden Maßnahme verbunden sind, ist vom Betreuungsgericht zu genehmigen, sofern sie die Dauer von einem Monat übersteigen.		
(7) Die Absätze 1 bis 6 gelten nach Maßgabe des § 1820 Abs. 2 Nummer 2 für einen Bevollmächtigten.		