



Brücken bauen: Übergänge gemeinsam gestalten

Fachtag Maßregelvollzug und Gemeindepsychiatrie

28. Januar 2026



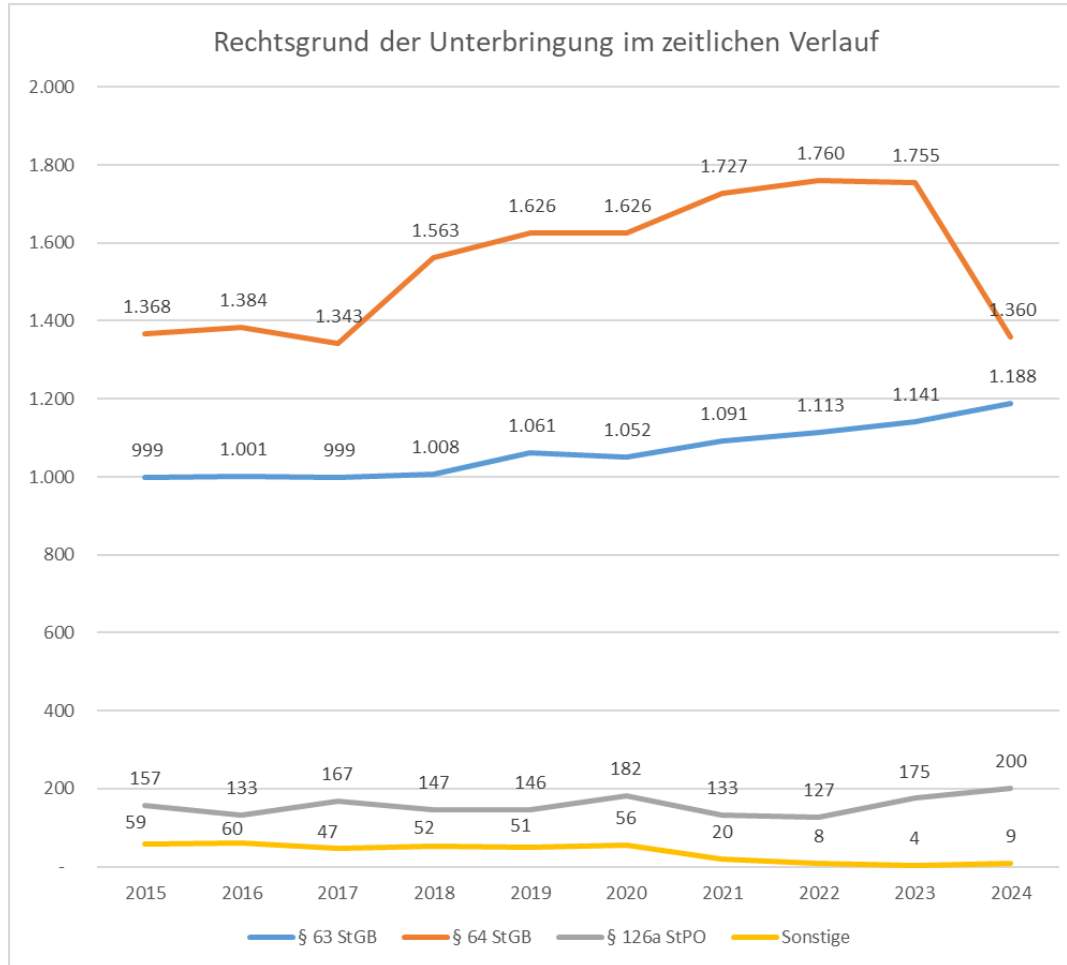
Darstellung aus Sicht der Eingliederungshilfe?!



- Perspektive
- Ausgangslage: Entwicklung der Belegungssituation und Verweildauern im Maßregelvollzug
- Probleme an der Schnittstelle (zwischen Maßregelvollzug und Eingliederungshilfe)
- „AG Übergänge“
- Das Dilemma: Selbstbestimmte Teilhabe vs. fremddefinierte Legalprognose
- Lösungsmöglichkeiten?

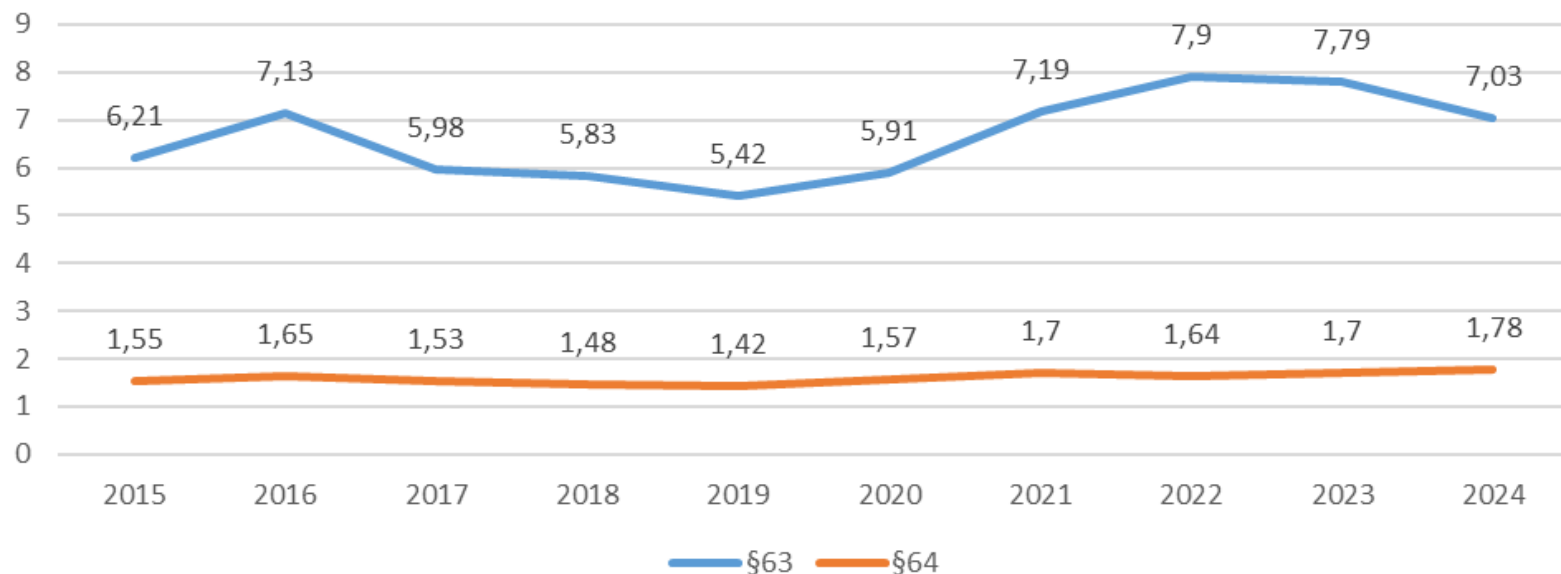


AUSGANGSLAGE





Durchschnittliche Unterbringungsdauer bei Beendigung der Maßregel





Gesetz zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 des Strafgesetzbuches

„Das am 1. August 2016 in Kraft getretene Gesetz dient vor allem dazu, Unterbringungen nach § 63 StGB wieder stärker am verfassungsrechtlichen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit auszurichten. Zugleich wurde angestrebt, den zuvor seit vielen Jahren zu beobachtenden Anstieg der Zahl der nach § 63 StGB untergebrachten Personen, der vor allem auf einer Zunahme der durchschnittlichen Unterbringungsdauern beruhte, zumindest zu bremsen, gegebenenfalls diese Zahl sogar abzusenken.“

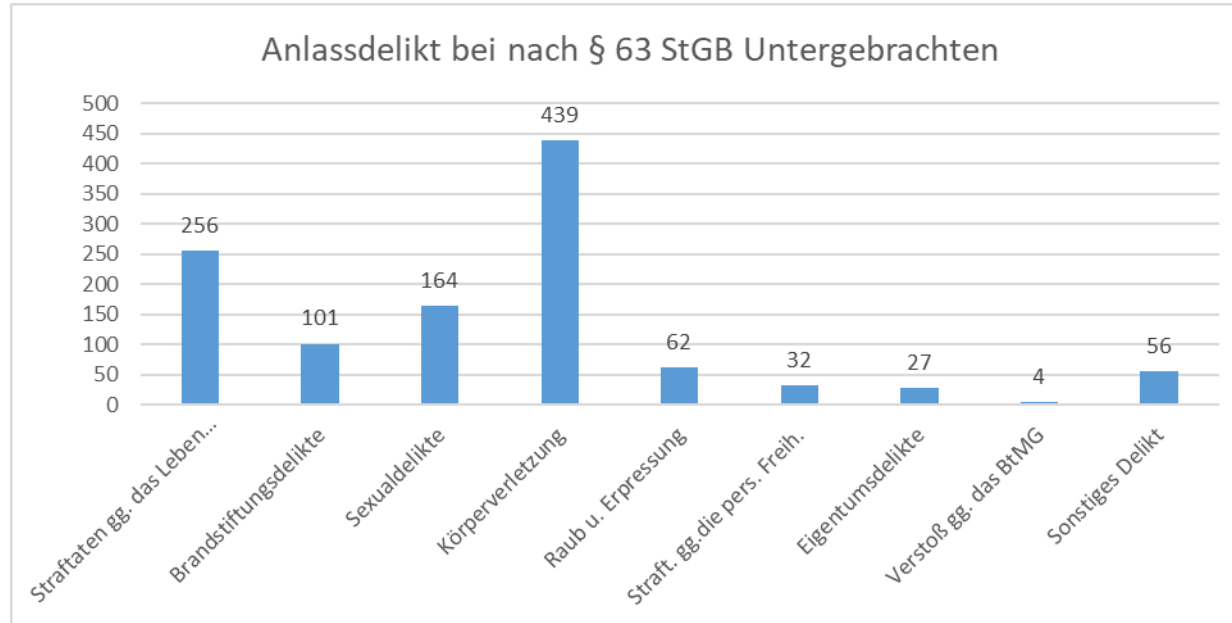
Evaluation:

https://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Gesetzgebung/Evaluierung/Evaluierung_63.pdf?__blob=publicationFile&v=3

Also: alles gut?



- Verweildauern zumindest teilweise (wieder) angestiegen
- Mollath-Effekt schon vor der Novellierung?
- Vermutung: profitiert von der Novellierung haben eher Untergebrachte mit Persönlichkeitsstörungen
- Diese werden zunehmend ohnehin weniger im Maßregelvollzug untergebracht (Entwicklung der Rechtsprechung zur „SASS“)





PROBLEME AN DER SCHNITTSTELLE



- Ca. 70% waren bei Begehung des Anlassdelikts schuldunfähig
- Mehr als 60% der nach § 63 untergebrachten Personen leiden an einer F2-Diagnose (ca. 50% davon kombiniert mit Sucht).
- Nach neuesten Erkenntnissen (UAG Zuweisungsanstieg) weisen mindestens 80% einen oder mehrere stationäre Voraufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie auf.
- Genauere Aussagen (welche Patientengruppe weist welche Verweildauer auf?) können aufgrund der Datenlage nicht gemacht werden (keine Verknüpfung)
- In Zeiten maximalen Belegungsdrucks wird auch die Verweildauer wieder relevant....

->Verweildauern verlängern sich also bei einer wohl veränderten Patienten Klientel, ohne dass wir Anlass hätten anzunehmen, dass objektiv die Gefährlichkeit angestiegen ist.



Woran liegt es also dann?

- Beobachtung der Praxis: Entlassung wird zunehmend schwieriger aufgrund fehlender Angebote zur Nachbetreuung
- Betrifft Allgemeinpsychiatrie in gleicher Weise (sog. Nichtbehandlungsfälle)
- Zudem entsteht der Eindruck, dass durch den Fachkräftemangel sämtliche Versorgungssysteme an ihre Grenzen kommen
- Teilweise zusätzliche Stigmatisierung von forensischen Patientinnen und Patienten



- Personengruppen, für die sich die Vermittlung **besonders schwierig** gestaltet
 - Bestimmte Deliktgruppen (Brandstiftung, Sexualdelikte)
 - Personen mit herausforderndem Verhalten
 - Patientinnen und Patienten mit Anlassdelikten, die in Einrichtungen (der Eingliederungshilfe oder Pflege) begangen wurden
 - Patienten mit Intelligenzminderungen
- Bundesweite Suche; regelrechte „Castings“
- Verstärkung des Problems durch **Zustrom im § 126a StPO**
 - Gefühlt ist die „Schwelle“ bei Taten in Einrichtungen niedriger geworden (P: wie viel Gewalt muss man hinnehmen? Wie viel ist „hausgemacht“?)
 - oft Kündigung von Wohnplätzen bei Psychiatrie-Aufenthalt
 - Sind das die Menschen, bei denen BTHG und UNBRK an ihre Grenzen kommen?

-> „zu wenige Einrichtungen, zu wenig geeignete Anschluss-Settings“



AG ÜBERGÄNGE



- AG Psychiatrie (auch BAG, APK...) hat dieses Thema bereits vor längerer Zeit erkannt
- GMK-Beschluss vom Juli 2023:
 - Problembeschreibung
 - Bitte an ASMK bzgl. gemeinsamer Lösungsfindung
- Einrichtung einer länderoffenen Arbeitsgruppe

-> völlig unterschiedliche Ansätze und Herangehensweisen!



„Wo ist denn überhaupt das Problem?“

„Wenn ein Anspruch nach SGB IX besteht, ist er eben einfach umzusetzen.“

„Für Fremdgefährder ist die EGH nicht zuständig.“

„Einrichtungen der EGH können diese Menschen gar nicht versorgen.“

„Zweck der EGH kann doch ohnehin nicht mehr erreicht werden.“

„EGH ist ja nicht der einzige Reha-Träger!“



- Handlungsempfehlungen der AG liegen inzwischen vor und wurden von der ASMK in München Ende 2025 zur Kenntnis genommen.
- Stellen jedoch nur Minimalkonsens dar und sollten eigentlich als Grundlage dafür dienen, konkrete Rechtsänderungen in Gang zu setzen
- Wie es nun weitergeht?
- Das Rad muss nicht neu erfunden werden.
- Vgl. Vorschläge der APK aus Dialogprozess
- <https://www.apk-ev.de/projekte/fortfuehrung-psiatriedialog/materialien-zum-1-dialogforum/materialien-zum-4-dialogforum>

P: Ausgabenbegrenzung limitiert Potential der kreativen Entwicklung von individuellen Teilhabeleistungen



Handlungsempfehlungen

- Darstellung der Systeme
- Problembeschreibung (eigentlich unnötig)
- Handlungsempfehlungen:
 - Regionale Kooperation verbindlich initiieren
 - GPV bundesweit schaffen
 - Individuelle personenzentrierte Lösungen schaffen
 - Flankierende Unterstützungsleistungen systematisch bereitstellen
 - Sicherstellungsauftrag, Strukturplanung und Versorgungsverantwortung für alle Reha-Träger umsetzen
 - Erreichbarkeit und Zugänglichkeit von Angeboten der EGH verbessern
 - Sicherstellung der Finanzierung sicherheitserhöhender Bedarfe (?)
 - Wohnraum schaffen/sichern
 - Früherkennung und Prävention stärken
 - Fachkräftestrategien entwickeln



Zielgruppendefinition:

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

Art. 1 UN-BRK: „Zweck dieses Übereinkommens ist es, den **vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten** durch **alle Menschen mit Behinderungen** zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern.“

-> Teilhabebegriff wird auf die einzelnen Lebensbereiche heruntergebrochen

-> Teilhabe ist **umfassend** zu verstehen

-> Teilhabe ist ein **Menschenrecht** und kein Akt der Fürsorge oder Gnade

-> Behinderte Menschen sollen in die Lage versetzt werden, ein **Höchstmaß an Unabhängigkeit** im Sinne von **Selbstbestimmung**, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren.

-> **Freiheitsentziehung ist maximale Exklusion!**



§ 2 Abs. 1 SGB IX:

Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, **seelische**, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit **länger als sechs Monate** hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.

- Psychische Erkrankung kann eine Behinderung darstellen
- Teilhabeanspruch besteht **unabhängig von einer Straftat** oder einer potentiellen Fremdgefährdung
- Beinhaltet eine Vielzahl an möglichen Leistungen, je nach individuellem Bedarf
- <https://www.bundestag.de/resource/blob/549300/8cf1833acda96e26a09c2a31c07f8c3b/wd-6-012-18-pdf-data.pdf>



Auf der Grundlage von § 4 Abs. 1 SGB IX umfassen Leistungen zur Teilhabe „**die notwendigen Sozialleistungen**, unabhängig von der Ursache der Behinderung, um

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. die **Teilhabe am Arbeitsleben** entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern, oder
4. die **persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern** und die **Teilhabe am Leben in der Gesellschaft** sowie eine **möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung** zu ermöglichen oder zu erleichtern“.



- Für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft können nach § 6 SGB IX **sieben Rehabilitationsträger** zuständig sein (§ 6 SGB IX): die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Träger der Sozialen Entschädigung, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und die Träger der Eingliederungshilfe.
- Zur Feststellung der erforderlichen Leistungen führen die zuständigen Rehabilitationsträger eine **Bedarfsermittlung** durch. Die individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung ist dokumentiert und nachprüfbar anhand standardisierter Arbeitsmittel (Instrumente) und systematischer Arbeitsprozessen mit den Kriterien:
 - ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,
 - welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat,
 - welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und
 - welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.“(§ 3 Abs. 2 SGB IX)
- Die Leistungsträger sind zudem im Rahmen der **Sozialplanung** und des **Sicherstellungsauftrages** gemäß § 17 I Nr. 2 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) dazu verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass „die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen“.



.....soweit die Theorie



DAS DILEMMA



Eingliederungshilfe

- Geprägt vom Autonomie-Gedanken
- Angst vor Paternalismus
- Teilhabe „um jeden Preis“?
- Maximal individuelle Lösungen (zumindest theoretisch)
- Wunsch und Wahlrecht (§ 104 SGB IX)

(forensische) Psychiatrie

- „Zwangstherapie“ aufgrund richterlicher Entscheidung
- Fortschritt der Behandlung geprägt von Gefährlichkeitseinschätzung
- Oft ausgehend von gewissen pauschalen Behandlungsprogrammen/Standardverläufen

Zeigen uns die forensischen Patienten in besonderer Weise die Grenzen der Teilhabe auf oder ist das System Eingliederungshilfe nur (noch) nicht auf diese Menschen eingestellt?



- Fürsorgegedanke verhindert oft Entlassung (in Obdachlosigkeit)
- Verhältnismäßigkeitsgedanke tritt in den Hintergrund
- Teufelskreis: fehlende Teilhabemöglichkeit bedingt erst die (Rest)-Gefährlichkeit
- P: die betroffenen Patienten haben in der Regel keine Lobby
- Die Forensik fühlt sich auch unter Fürsorgegesichtspunkten irgendwie „zuständig“
- Solange die Unterbringung andauert, gibt es nicht ausreichend „Druck“ auf das sonstige Versorgungssystem („er/sie ist ja aufgehoben“); Zahlen liegen kaum vor (NRW: 2019: 179 Patientinnen/Patienten)
- Wenig „Mut“; Gefährlichkeit ergibt sich nur noch aus fehlendem Setting; manche Patienten haben sich auch „eingerichtet“



LÖSUNGSMÖGLICHKEITEN?



- Mehr Plätze, insbesondere in geschlossenen Einrichtungen?
- Nur theoretisch eine gute Idee (Fachkräftemangel!)
- Manchmal schafft Angebot auch Nachfrage.....(und Tourismus!)
- Zu diskutieren in diesem Zusammenhang: eigene forensische Übergangseinrichtungen wie sog. Halfway-Houses/eigene klinische oder kliniknahe Settings (pro: forensische Expertise in besonderem Maße vorhanden; contra: Sondereinrichtungen als Exklusion?)
- P: wie verhindert man, dass diese zu ausgelagerten Longstay-Stationen werden? (z.B. durch Begrenzung des Probewohnzeitraums)
- Ehrliche Diskussionen erforderlich: wie viel Zwang ist nötig, wie viele Probleme sind „hausgemacht“, und: was lassen wir uns die Freiheitsgrade kosten?



- Das, woran es fehlt, ist letztlich unabhängig von der Tatsache, dass die betroffenen Menschen eine Straftat begangen haben
- Manche (vielleicht sogar viele?) Menschen hätten die Straftat gar nicht begangen, wenn sie zuvor in einem idealen System ausreichend versorgt gewesen wären
- Was gebraucht wird ist letztlich eine passgenaue, individuelle, ggf. intensive gemeindepsychiatrische Versorgung, mit aufsuchenden und sektorenübergreifenden Hilfen



Positionspapier der BAG Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.

[https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/Positionspapier BAG GPV Gemeinsame Versorgungsverpflichtung 24-07-2024.pdf](https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/Positionspapier_BAG_GPV_Gemeinsame_Versorgungsverpflichtung_24-07-2024.pdf)

- Regionale Versorgungsverpflichtung? (bislang nur in PsychKHGs; Psychiatrie als einziges Pflichtversorgungssystem)
- Sicherstellungsauftrag der Träger der Eingliederungshilfe, § 95 SGB IX
- P: kein individueller einklagbarer Anspruch
- Bessere Verzahnung Maßregelvollzug und Gemeindepsychiatrie; **bundesweit verbindliche** Verbundstrukturen (Aufgabe der Länder; teilweise großer Nachholbedarf; regional große Unterschiede)



- Haltender Übergangsraum mit fließenden Übergängen (**intensive Erprobungsphase**) und Beziehungs-Kontinuität
- Individuelles (kontinuierliches) Casemanagement ‚aus einer Hand‘ durch Ambulanzteam (forensisches ACT, aufsuchend-nachgehend)
- Gewaltschutzkonzepte in Einrichtungen der EGH; ggf. auch „forensische Expertise“ -> Präventionsstellen im Vorfeld?
- Helferkonferenzen –Verbindung und **Verbindlichkeit** eines Hilfe-Netzwerkes
- Früherkennung –Hilfe-und Krisenpläne mit individuellen Risiko-und Schutzfaktoren
- Forensisches **Know-how** in Einrichtungen der EGH bringen
- Gesichertes **Krisenmanagement in beide Richtungen** -Monitoring, Interventionen, Wiederaufnahmen
- Hohe **Transparenz und Info-/Wissenstransfer** –Qualifizierung der Mitarbeitenden



ABER: „die eigene Nase“?

- Frühere Teilhabeorientierung in der forensischen Behandlung
 - Verpflichtende „Teilhabe-Prognose“ zu Beginn der Behandlung (§ 15 StrUG)
 - Behandlungsplanung unter individuellen Teilhabe-Aspekten
 - Weniger vom Angebot her denken
 - Frühzeitige Einbeziehung von Expertinnen und Experten (aus der sozialen Arbeit)
 - Frühzeitige Einbindung der FPAs (§ 16 StrUG)

- Verbesserung der Zusammenarbeit mit nachsorgenden Einrichtungen (Stichwort Hoheitsrechte/ Musterverträge)

- Werben um Entstigmatisierung; Ambulanz als Angebot



§ 16 StrUG

Forensische Ambulanzen

- (1) Die Einrichtungen betreiben zum Zwecke der Förderung der Eingliederung forensische Ambulanzen. Die Aufgabe der forensischen Ambulanz schließt die fortlaufende Risikoeinschätzung und das Risikomanagement ein.
- (2) Die Forensische Ambulanz hat
 1. ab Aufnahme der untergebrachten Person im Rahmen ihres Aufgabenbereichs an der Behandlung und Betreuung der untergebrachten Person mitzuwirken,
 2. die Behandlung, Betreuung und Überwachung derjenigen untergebrachten Personen sicherzustellen, die sich für längere Zeit zur Vorbereitung der Entlassung außerhalb des stationären Bereichs der Einrichtung aufhalten, sowie
 3. die Behandlung und Betreuung einer entlassenen und unter Führungsaufsicht stehenden Person bei entsprechender Weisung gemäß § 68b Absatz 1 und 2 des Strafgesetzbuches zu übernehmen.
- (3) Die forensische Ambulanz ist koordinierende Schnittstelle zwischen der Einrichtung und der für die nachsorgenden Hilfen zuständigen Institutionen, insbesondere den Sozialpsychiatrischen Diensten und Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie, der Führungsaufsicht, der Bewährungshilfe, den Sozialleistungsträgern sowie den weiteren für die Eingliederung und Teilhabe förderlichen Institutionen in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Beschäftigung, und arbeitet mit diesen zusammen. Bei Jugendlichen gehört dazu auch die Zusammenarbeit mit Jugendämtern, Schul- und Bildungseinrichtungen, Sozialpsychiatrischen Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen sowie sonstigen in der Jugendarbeit tätigen Organisationen. Satz 2 gilt für Heranwachsende entsprechend, soweit die genannten Stellen ein Angebot für Heranwachsende vorhalten.
- (4) Im Rahmen der bestehenden Versorgungsverpflichtung der Kreise und kreisfreien Städte sollen regionale Ansprechpersonen, insbesondere Psychiatrie- und Suchtkoordinatoren, gewonnen werden, die die Forensische Ambulanz bei ihren Eingliederungsbemühungen unterstützen.
- (5) Soweit Kommunen über gemeindepsychiatrische Verbände oder vergleichbare Zusammenschlüsse verfügen, sollen die Einrichtungen auch mit diesen zusammenarbeiten und Kooperationsvereinbarungen anstreben.



- P: Antragserfordernis, § 108 SGB IX
 - P: Subsidiarität von Leistungen der EGH?
 - Träger der EGH muss sich „zuständig fühlen“
 - Bedarfsermittlung muss ggf. etwas anders aussehen als im nicht-forensischen „Normallfall“
-
- **Gemeinsame gemeindepsychiatrische Verantwortungsübernahme**
 - **Für alle psychisch kranken Menschen mit Hilfebedarf!**



- Richtungswechsel/Perspektivwechsel erforderlich?
- Lassen wir uns in der Forensik doch ein bißchen von den Gedanken der Teilhabe und Autonomie inspirieren!
- Out of the box denken!
- Andere Modelle der forensischen Versorgung wagen (unabhängig von der Belegungssituation!); ambulant vor stationär; personenzentriert; mutig!
- „Assume that I can. So maybe I will“: <https://youtu.be/4fHGSLuA76w>



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**



Kontaktdaten:

Dr. Dorothea Gaudernack
Leitende Ministerialrätin

Leiterin des Referats II5 (Maßregelvollzug, Belange der Wohnungs- und
Obdachlosenhilfe)

Stellvertretende Leiterin Abteilung II (Inklusion)

Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales

Winzererstraße 9

80797 München

Referat-II5@stmas.bayern.de