Weiterentwicklung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen in Hamburg

Hamburger Psychiatrieplan 2025

Hamburg
Sozialbehörde

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Aktuelle Versorgungslage in Hamburg	7
2.1	Versorgung im Bereich Psychotherapie und Psychiatrie – Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem SGB V	8
2.2	Versorgung im Bereich der Sozialpsychiatrie – Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX	10
2.3	Versorgung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst – Leistungen der Sozialpsychiatrischen und Jugendpsychiatrischen Dienste nach dem HmbGDG	11
3	Vorgehen zum Aufbau des Psychiatrieplans	13
4	Ergebnisse und daraus abgeleitete Maßnahmen	14
4.1	Entwicklungslinie I – bedarfsorientierte und wohnortnahe Gestaltung der Versorgung	14
4.1.1	Gemeindepsychiatrische Verbünde	17
4.1.2	Home Treatment	23
4.1.3	Krisenintervention	27
4.1.4	Selbsthilfe und Antistigma-Arbeit	28
4.1.5	Hilfen für psychisch und suchterkrankte wohnungs- und obdachlose sowie besonders schutzbedürftige Menschen	31
4.1.6	Hilfen für psychisch belastete und erkrankte junge Menschen	35
4.2	Entwicklungslinie II – forensische Krankheitsverläufe und damit schwere Straftaten verhindern	40
4.2.1	Präventionsstelle und Ausbau Forensischer Institutsambulanzen	42
4.2.2	Umsetzung von bereits entwickelten Lösungsansätzen	45
4.2.3	Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften	49
4.3	Entwicklungslinie III – Strukturen zur Umsetzung der Ziele und Maßnahmen anpassen bzw. verbessern	51
5	Grenzen des Psychiatrieplans	57
6	Zeitplan	58

Anhang: Übersicht der Ziele und Maßnahmen

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AAPV	ambulante aufsuchende psychiatrische Versorgung
ACT	Assertive Community Treatment
AG	Arbeitsgruppe
APPA	Aufsuchende psychiatrisch-psychotherapeutische Akutversorgung
ASP	Assistenz in der Sozialpsychiatrie
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BIS	Behörde für Inneres und Sport
BJV	Behörde für Justiz und Verbraucherschutz
BSB	Behörde für Schule und Berufsbildung
CRT	Crisis Resolution Teams
CTO	Community Treatment Order
Drs	Drucksache
ES-RiP-Studie	Evaluation der Strukturreform der Richtlinien-Psychotherapie
EUTB	ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
fACT	Forensic Assertive Community Treatment
FASD	Fetale Alkoholspektrumstörung
FHH	Freie und Hansestadt Hamburg
FIA	Forensische Institutsambulanzen
FIT	Familieninterventionsteam
G-BA	Gemeinsame Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPV	Gemeindepsychiatrische Verbünde
HGSP	Hamburgische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
HmbGDG	Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz
HmbKHG	Hamburgisches Krankenhausgesetz
HmbMVollzG	Hamburgische Maßregelvollzugsgesetz
HmbPsychKG	Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
JpD	Jugendpsychiatrischer Dienst
KAPPA	Kontinuierliche Allgemeinpsychiatrische und Prä- /Postforensische Psychosenbehandlung in Hamburg-Altona
KISS	Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen
KJ-KSVPsych-RL	Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf
KSVPsych-RL	Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf
KVH	Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
PIA	Psychiatrische Institutsambulanzen
PK	Psychiatriekoordination
PÖGD	Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst
ReBBZ	Regionale Bildungs- und Beratungszentren
SGB	Sozialgesetzbuch

SpD	Sozialpsychiatrischer Dienst
StäB	stationsäquivalente psychiatrische Behandlung
UN	United Nations
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WuK-PeB	Wohnunterkunft für wohnungslose psychisch erkrankte Bewohner und Bewohnerinnen

1 Einleitung

Ziel des Psychiatrieplans ist, die Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Hamburgerinnen und Hamburgern zu verbessern. Demgemäß wird mit den im Psychiatrieplan enthaltenen Maßnahmen sichergestellt werden, dass Betroffene durch die verbindliche Zusammenarbeit der für diesen Personenkreis relevanten Versorgungssysteme (insbesondere Gesundheitswesen/GKV, Suchthilfe, Pflege, Eingliederungshilfe, Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe) niedrigschwellig und wohnortnah gemäß den jeweiligen Bedarfen und bestehenden Leistungsansprüchen versorgt werden.[1]

Bei den Maßnahmen des Psychiatrieplans geht es ausdrücklich nicht darum, neue Versorgungsangebote neben den Regelversorgungssystemen zu schaffen, sondern eine Verbesserung der Versorgung für insbesondere schwer psychisch erkrankte Hamburgerinnen und Hamburger über Maßnahmen zur Umstrukturierung der Regelversorgungssysteme durch den Aufbau von verbindlichen Regelungen, niederschwelligen Zugängen und engere Verzahnungen in der Zusammenarbeit der Systeme zu erwirken.

Der Psychiatrieplan knüpft an die Ziele und Maßnahmen des Regierungsprogramms des Senats zur 22. Legislaturperiode an. Diese fußen wiederum auf Empfehlungen aus dem im Jahr 2019 veröffentlichten Psychiatrie-Bericht (Drs. 21/16437). Der Psychiatrieplan ist als Fortschreibung des Psychiatrie-Berichts angelegt.

Die im Regierungsprogramm hinterlegten Ziele und Maßnahmen sind:

- die bedarfsgerechte Versorgung für Schwerstkranke,
- die Verbesserung der Krisenintervention durch den Aufbau eines Krisentelefons,
- die Stärkung von außerklinischen und aufsuchenden Behandlungsansätzen,
- die Etablierung von bezirklichen Netzwerken zur verbindlichen Zusammenarbeit aller im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen involvierten Akteure,
- der Aufbau weiterer Plätze mit der Möglichkeit der hochstrukturierten, besonders geschützten Unterbringung von schwer psychisch Erkrankten sowie
- die Verbesserung der Versorgung von psychisch erkrankten wohnungs- und obdachlosen Menschen.

Ein Teil dieser Maßnahmen konnte bereits erfolgreich umgesetzt werden – darauf wird unter Punkt 4 des Psychiatrieplans weiter eingegangen –, ein Teil bedarf aber immer noch der Weiterarbeit. So führen die immer weiter steigenden Zahlen der Patienten und Patientinnen im Maßregelvollzug deutlich vor Augen, dass vor allem die Versorgung schwer psychisch und häufig gleichzeitig suchterkrankter Menschen dringend verbessert werden muss.

Der vorliegende Psychiatrieplan ist ebenso wie der Psychiatrie-Bericht aus dem Jahr 2019 mit seinen Maßnahmen insbesondere auf die Zielgruppe der schwer, chronisch und komplex psychisch erkrankten Menschen ausgerichtet. Ist die Versorgung dieser Patientengruppe gelungen, können daraus auch adäquate Angebote für Menschen mit weniger schweren, aber

[1] Nicht Gegenstand des Psychiatrieplans ist die Versorgung psychisch kranker Menschen im Hamburger Justizvollzug. Geplant ist insoweit die Schaffung einer psychiatrischen Kurzzeitstation im Zentralkrankenhaus der Untersuchungshaftanstalt Hamburg. Dabei begreifen die für den Justizvollzug zuständige Behörde und die für den Hamburger Psychiatrieplan zuständige Behörde die Optimierung der Versorgung psychisch kranker Menschen als gemeinsame Aufgabe. Schwere psychische Erkrankungen können je nach Symptomatik (mit-)ursächlich für die Begehung von Straftaten und in der Folge von Inhaftierungen sein. Vor diesem Hintergrund stimmen die Behörden ihre Maßnahmen aufeinander ab.

dennoch behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen abgeleitet werden.[2] Aber anders als in dem Psychiatrie-Bericht mit dem Schwerpunkt der umfassenden Bestandsaufnahme und Darlegung der vielfältigen Versorgungsangebote liegt der Schwerpunkt dieses Psychiatrieplans auf der Beschreibung konkreter aufeinander abgestimmter Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgung dieser Zielgruppe, die an das bereits bestehende Versorgungsangebot anknüpfen. Daher wird hier auf eine erneute Beschreibung der Versorgungslandschaft verzichtet und nur die aktuelle Versorgungslage im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie sowie im Bereich der Sozialpsychiatrie nach dem SGB IX kurz skizziert (Abschnitt 2).

Aus Fachkreisen und Interessengruppen haben die Sozialbehörde viele Anregungen zu Maßnahmen und Angeboten für bestimmte Personengruppen oder Krankheitsbilder erreicht. Die Sozialbehörde dankt allen Beitragenden. Nicht alles konnte für den Psychiatrieplan berücksichtigt werden. Die hier aufgenommenen Maßnahmen sollen sich an psychisch erkrankte Menschen aller Altersgruppen und Geschlechter[3] richten.

Auf drei in diesem Kontext allerdings besonders vulnerable Personengruppen wird gesondert eingegangen. Dies sind junge Menschen sowie wohnungs- und obdachlose Menschen und besonders schutzbedürftige von Gewalt betroffene Frauen mit psychischen Erkrankungen. Die weiteren Anregungen gehen nicht verloren, sondern werden in die Konzeptarbeit zur Umsetzung der hier aufgeführten Maßnahmen einfließen.

Zu geschlechtsspezifischen Fragen und Ansätzen in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen wird ein Leitfaden erstellt. Da die Erstellung des Leitfadens bereits im Gleichstellungspolitischen Rahmenprogramm der Freien und Hansestadt Hamburg als Maßnahme aufgenommen ist, wird dies nicht nochmal als gesonderte Maßnahme im Psychiatrieplan ausgewiesen. Für alle Maßnahmen des Psychiatrieplans gilt, dass geschlechtsspezifische Themen in der Versorgung wahrgenommen und bearbeitet werden. Die praktischen Erkenntnisse sollen in den Leitfaden einfließen.

Im Folgenden werden die aktuelle Versorgungslage in Hamburg (Abschnitt 2), das Vorgehen zum Aufbau des Psychiatrieplans (Abschnitt 3) und die aus den Entwicklungen abgeleiteten Ziele und Maßnahmen (Abschnitt 4) dargelegt. Den Abschluss bilden Hinweise zum Zeitplan (Abschnitt 5) und eine Übersicht zu den Zielen und Maßnahmen im Anhang.

Abschnitt 4 ist das Kernstück des Psychiatrieplans. Die Weiterentwicklung der Versorgung insbesondere schwer und chronisch psychisch erkrankter Menschen ist in drei grundlegende Entwicklungslinien unterteilt, die in diesem Abschnitt weiter inhaltlich ausgeführt werden. Diesen Entwicklungslinien sind Ziele und Maßnahmen zugeordnet, die jeweils einzeln erläutert werden. In kleinen Tabellen jeweils am Ende der Erläuterungen sind unter anderem die Planungsstände und Informationen zur Finanzierung dargestellt.

---

[2] Dieser Ansatz geht auf Prof. Dr. Klaus Dörner, Wegbereiter der sozialen Psychiatrie in Deutschland und Begründer des Standardlehrbuchs der Psychiatrie und Psychotherapie „Irren ist menschlich“ zurück.

[3] Das vorliegende Dokument trägt dem Verständnis Rechnung, dass Geschlecht nicht binär ist. Es berücksichtigt insbesondere die Belange von trans*, intergeschlechtlichen und nicht-binären Personen, die häufig spezifische Hürden und Diskriminierungserfahrungen im psychiatrisch-medizinischen Kontext erleben. Diese Personengruppe sieht sich nicht nur mit der häufig binären Auslegung von Geschlecht konfrontiert, sondern auch mit einer historisch bedingten Auslegung Pathologisierung ihrer Geschlechtsidentität. Es wird deswegen anerkannt, dass dieses zu einem hohen Maß an Skepsis gegenüber psychiatrischen und medizinischen Angeboten führt. Der Psychiatrieplan soll ein inklusives Angebot schaffen, das diesen Herausforderungen begegnet und alle Geschlechter in ihrer Vielfalt berücksichtigt

2 Aktuelle Versorgungslage in Hamburg

Wie der im Jahr 2020 veröffentlichte Hamburger Gesundheitsbericht[4] zeigt, waren psychische Belastungen und Erkrankungen auch schon vor der Corona-Pandemie zentrales Thema in der Gesundheitsversorgung. Demnach gehören ambulant gestellte Diagnosen in der Krankheitsgruppe *Psyche* zu den drei häufigsten Diagnosen insgesamt. Auch bei Kindern werden psychische Erkrankungen bereits vergleichsweise häufig diagnostiziert. Mittlerweile wird davon ausgegangen, dass jeder dritte Mensch in Deutschland mindestens einmal im Leben psychisch erkrankt; aber nicht allen wird professionelle Behandlung zuteil.[5] Unbehandelt können psychische Erkrankungen zu einer deutlichen Einschränkung der eigenen psychosozialen Fähigkeiten und damit der Lebensqualität bis hin zur Entwicklung schwerer psychischer Erkrankungen führen.

Für viele Betroffene bedeutet dies langfristige bis dauerhafte Arbeitsunfähigkeit und damit einhergehende sozioökonomische Verschlechterungen der Lebenslagen bis hin zu Wohnungslosigkeit und in Einzelfällen auch Straffälligkeit. Zudem zeichnen sich schwere psychische Erkrankungen häufig dadurch aus, dass anders als bei allen anderen Erkrankungen die Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation sinken, je stärker die Symptome und der Leidensdruck sind, oder Betroffene durch ihre psychische Erkrankung mental und teilweise auch körperlich so stark eingeschränkt sind, dass die Selbstorganisation von Hilfe und Behandlung nicht mehr möglich ist.

Für diese Patientengruppe besteht daher ein besonders hohes Risiko, über die Regelversorgungssysteme in ihren bestehenden Strukturen nicht mehr erreicht zu werden. Sie geraten aus dem Blick, bis es zu eigen- oder fremdgefährdenden Verhaltensweisen und nicht selten mit Zwang einhergehenden Maßnahmen zur Notfallversorgung zwecks Abwendung akuter psychischer Gefahrenlagen für die Betroffenen selbst, aber auch für andere Personen kommt. Letzteres führt zunehmend zur Entwicklung forensischer Krankheitsverläufe und im Falle erheblicher Straftaten mit Gewaltopfern zu mehrjährigen Behandlungen in der Forensischen Psychiatrie.

Dass in Hamburg immer mehr psychisch erkrankte Menschen von diesen weitgehenden Maßnahmen betroffen sind, zeigen die in den letzten 20 Jahren stetig steigenden Zahlen zu Unterbringungen in einer psychiatrischen Klinik nach § 12 des Hamburgischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG). Die Zahl der Anträge ist von 2652 im Jahr 2002 auf 4756 im Jahr 2023 gestiegen.[6] Auch die Zahl der Forensikpatienten und -patientinnen steigt in Hamburg immer weiter an. In den letzten 25 Jahren hat sich die Zahl von jahresdurchschnittlich 90 Patienten und Patientinnen im Jahr 2000 auf bislang über 450 im Jahr 2024 im Hamburger Maßregelvollzug verfünffacht.[7]

[4] Gesundheitsbericht (hamburg.de) Zugriff am 15.08.2024

[5] Z. B. Pressemitteilung AXA Mental Health Report 2024 Zugriff am 15.08.2024

[6] Quelle: Jahresauswertungen nach Statistiken des Hamburger Zuführdienstes im Fachamt Gesundheit des Bezirksamtes Altona

[7] Quelle: Statistik der Sozialbehörde; dieser Trend ist auch bundesweit zu beobachten, allerdings hat Hamburg im bundesweiten Vergleich die höchste Anzahl an Maßregelvollzugspatienten und -patientinnen pro 100.000 Einwohner/Einwohnerinnen

2.1 Versorgung im Bereich Psychotherapie und Psychiatrie – Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem SGB V

Hamburg verfügt auf Grundlage der derzeitigen gesetzlichen Maßgaben zur Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung über eine bundesweit vergleichsweise hohe Versorgungsdichte und große Vielfalt an hochqualifizierten Vertragsärztinnen und -ärzten und -psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten. Derzeit sind im Bereich Psychotherapie und Psychiatrie rund 1.000 Sitze[8] durch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) zugelassen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Hamburg eine das Umland mitversorgende Metropolregion ist. Die Sitze sind zudem sehr ungleich über das Stadtgebiet verteilt. Der Großteil der Sitze ist in Stadtteilen rund um die Alster angesiedelt. Eine wohnortnahe, sozialraumbezogene Versorgung ist somit nicht überall gegeben. Daten zu Wartezeiten vom Erstgespräch bis zum Beginn der Psychotherapie werden durch die KVH nicht erhoben und der zuständigen Behörde liegen auch darüber hinaus keine Daten dazu vor. Den vorläufigen Studienergebnissen der „Evaluation der Strukturreform der Richtlinien-Psychotherapie“ (ES-RiP-Studie)[9] zufolge, sind die Wartezeiten bundesweit mit mehrheitlich unter drei Monaten allerdings deutlich kürzer, als bislang angenommen. Die Studie zeigt aber auch, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, wie z.B. Schizophrenie oder spezifischen Persönlichkeitsstörungen nicht in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ankommen.[10] Für eine wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere dieser Patientengruppen sind daher alternative Behandlungsmodelle erforderlich. Hierfür stehen im Wesentlichen teil- oder vollstationäre Behandlungsangebote zur Verfügung, die aber aus vielfältigen Gründen für einen Teil dieser Personengruppe nicht in Betracht kommen (siehe auch Abschnitt 4.1). Die stetige Verschlechterung des Gesundheitszustands und steigende Zahlen von akuten Eigen- oder Fremdgefährdungen mit dem Erfordernis der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gegen den Willen der Betroffenen sind die Folgen (zu den Zahlen siehe weiter unten in diesem Abschnitt). Ein wesentlicher Bestandteil des Psychiatrieplans ist daher die Befassung mit aufsuchenden Behandlungsangeboten am Lebensort der Betroffenen (Abschnitt 4.1.2).

Sprachbarrieren in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung sind sowohl in Hamburg als auch bundesweit ein großes Thema. In Hamburg wird das Netz an geschulten Fachkräften im psychotherapeutischen Bereich und Sprachmittlern durch den Verein Segemi (Seelische Gesundheit – Migration und Flucht e.V.) kontinuierlich ausgebaut. Das Angebot wird derzeit mit Mitteln durch die FHH gefördert. Auch digitale Anwendungen kommen insbesondere in der Notfallversorgung und in den Sozialpsychiatrischen und Jugendpsychiatrischen Diensten der Fachämter Gesundheit zunehmend zum Einsatz, können das persönliche Gespräch insbesondere in psychotherapeutischen Gesprächen aber nur bedingt ersetzen. Eine Aufnahme der Sprachmittlung in die Leistungskataloge der gesetzlichen Krankenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung und für den Bereich der Rehabilitation ist bislang nicht erfolgt. Die FHH wird sich dafür einsetzen, dieses Vorhaben auf Bundesebene weiter voranzubringen. Für gut begründete und fachlich fundierte Argumentationslinien ist es wichtig, die Fachexpertise aus der Praxis in derartige Vorhaben einzubeziehen. Dies soll durch die

[8] In Vollzeitäquivalenten (VZÄ) inkl. in Praxen angestellte Ärzte/Ärztinnen und Psychotherapeuten/-therapeutinnen setzt sich die Anzahl für ganz Hamburg wie folgt zusammen: 976 Psychotherapeuten und -therapeutinnen, 161, 5 Nervenärzte und -ärztinnen und 39,35 Kinder- und Jugendpsychiater und -psychiaterinnen = 1180,85 VZÄ; davon sind 786,85 VZÄ in Altona, Eimsbüttel und HH-Nord tätig. In Harburg und Bergedorf sind mit Abstand am wenigsten VZÄ zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung vorhanden; HH-Mitte und Wandsbek als die beiden größten Bezirke bilden das Mittelfeld – Stand: 01.01.2024

[9] Wartezeiten in der Psychotherapie kürzer als bisher angenommen (aerzteblatt.de) zugriff am 15.08.2024

[10] Der häufigste Grund ist nach dieser Studie die gedrückte Stimmung (97,5%), gefolgt von Angststörungen (52%), psychosomatischen Beschwerden (50,6%) und die Bewältigung schwerer Belastungen (45,3%) – Mehrfachnennungen waren möglich.

Installation eines Expertenrates auf Landesebene weiter befördert werden (siehe Abschnitt 4.3 im Psychiatrieplan).

Im stationären und teilstationären Bereich sind kontinuierlich steigende Bedarfe zu verzeichnen. Jährlich werden insgesamt zwischen 21.000 und 23.000 Fälle in den allgemeinpsychiatrischen Fachabteilungen der Hamburger Krankenhäuser und ca. 6.400 Fälle in den psychosomatischen und allgemeinpsychiatrischen Tageskliniken behandelt.[11] Hierfür stehen aktuell insgesamt 2.045 Betten in zehn Hamburger Krankenhäusern mit psychiatrischen Fachabteilungen für Erwachsene und fünf Kinder- und Jugendpsychiatrien sowie 1021 Plätze in 43 über das gesamte Stadtgebiet verteilten Tageskliniken zur Verfügung. Die durchschnittliche stationäre Verweildauer variiert je nach Krankheitsbild. Der Durchschnitt gesamt liegt bei 28,5 Tagen[12] und hebt sich damit deutlich von der durchschnittlichen Verweildauer von 7,6 Tagen im somatischen Bereich ab. Die drei häufigsten Diagnosen bei Erwachsenen im stationären psychiatrischen Bereich sind lt. Bundesstatistik 2022 für den Behandlungsort Hamburg: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (22,0%, 5079 Fälle), rezidivierende depressive Störung – gegenwärtig schwere Episode (14,8%, 3404 Fälle) und Schizophrenie (10,3%, 2384 Fälle).

Zu den vorgenannten Diagnosen kommen nicht selten selbst- oder fremdgefährdende Lebenslagen hinzu, die bei mangelnder Krankheits- oder Behandlungseinsicht zu Unterbringungen in einer psychiatrischen Klinik nach § 12 HmbPsychKG führen können. Wie bereits eingangs zu diesem Abschnitt dargelegt, sind in den letzten 20 Jahren die Fallzahlen zu Unterbringungen nach HmbPsychKG kontinuierlich angestiegen. Eine Trendumkehr ist ohne die Weiterentwicklung bedarfsorientierter Behandlungsangebote nicht zu erwarten.

Die Gestaltung von Übergängen aus der klinischen Versorgung in außerklinische Unterstützungsangebote und ambulante fachärztliche oder psychotherapeutische Behandlung ist für schwer psychisch erkrankte Menschen häufig mit besonderen Herausforderungen verbunden. Hierzu zählen insbesondere:

- Die Synchronisierung des Entlassmanagements aus dem Krankenhaus mit Bedarfsfeststellungsverfahren zu den im Einzelfall weiteren notwendigen Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern,
- die Suche nach einem niedergelassenen Facharzt bzw. Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder nach einem niedergelassenen Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutin, der bzw. die noch Kapazitäten zur längerfristigen Behandlung von schwer psychisch erkrankten Menschen haben[13],
- die Entlassung auf eigenen Wunsch entgegen ärztlichen Rates,
- die Suche nach einer geeigneten Anschlussmaßnahme im Bereich der hochstrukturierten Assistenzangebote.

[11] Jahresauswertung 2023 der Belegungsstatisitk gem. § 15 Hamburgisches Krankenhausgesetz (HmbKHG)

[12] Bei an Schizophrenie Erkrankten liegt die durchschnittliche Verweildauer mit 51,1 Tagen nochmal deutlich höher – Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik des Bundes, Behandlungsort Hamburg für das Jahr 2022

[13] Ambulante Psychotherapie kann über die gesetzliche Krankenversicherung gem. G-BA Richtlinie zur Psychotherapie nur dann abgerechnet werden, wenn und solange Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht – Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie Zugriff am 19.12.2024. Schwere psychische oder Suchterkrankungen verlaufen allerdings nicht linear, sondern nach Krankheitsphasen mit sehr unterschiedlichen Behandlungsbedarfen, was für niedergelassene Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wirtschaftlich nicht immer tragbar ist. Für chronisch psychisch und/oder suchterkrankte Menschen wäre zudem die Stabilisierung schon ein erstrebenswertes und vor allem für viele Betroffene realistisches Ziel. Dies ist durch die Psychotherapie-Richtlinie aber nicht abgedeckt und somit nicht über die gesetzliche Krankenversicherung abrechenbar.

Diese Punkte machen deutlich, dass eine enge und verbindliche Zusammenarbeit der Versorgungssysteme notwendig ist, damit Übergänge so gestaltet werden können, dass für die Betroffenen in der Versorgung keine Brüche, aber auch keine zusätzlichen Belastungen durch Doppelstrukturen entstehen. Dem soll durch Maßnahmen des Psychiatrieplans begegnet werden. Zentrale Themen sind hier der Aufbau Gemeindepsychiatrischer Verbünde und aufsuchende Behandlungs- und Versorgungsangebote im Sinne des Home Treatments. Mit alternativen Behandlungsangeboten zu Hause soll zudem das Ziel verfolgt werden, die kontinuierlich steigenden Zahlen von Zwangsunterbringungen nach dem HmbPsychKG zu stoppen und eine Trendumkehr einzuleiten. Gleiches gilt für Unterbringungen nach § 1831 BGB.

2.2 Versorgung im Bereich der Sozialpsychiatrie – Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX

Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) und den für alle Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen. Sie sind nach § 2 SGB IX 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. Ziele der Leistungen der Eingliederungshilfe und der Rehabilitationsträger nach § 1 SGB IX sind die Förderung der Selbstbestimmung, die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen sowie Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

Im Rahmen der Eingliederungshilfe finden Menschen mit seelischen Behinderungen nach dem SGB IX in Hamburg vielfältige Unterstützungsangebote der Leistungen der Sozialpsychiatrie. Neben den zahlreichen Angeboten im Bereich der „Assistenz in der Sozialpsychiatrie“ (ASP), die in mehr als 130 Begegnungsstätten sowohl unbürokratisch niedrigschwellige Hilfen anbieten (ohne Prüfung eines Eingliederungshilfeanspruchs bzw. der Erforderlichkeit einer Leistungsbewilligung) als auch intensive Betreuungsbedarfe (Bescheid basiert) abdecken können, stehen mit der „Qualifizierten Assistenz in Besonderen Wohnformen“ (ehem. stationär) über 650 Plätze und im Bereich der Leistungsart „Wohnen mit Assistenz“ für Menschen mit seelischer Behinderung über 250 Plätze zur Verfügung. Im Bereich der ASP handelt es sich um ein besonders dynamisches Feld, in dem durch die Eröffnung neuer Begegnungsstätten oder eine Neuausrichtung vorhandener Stätten Leistungserbringer auf sich verändernde Bedarfslagen reagieren können. In diesem Zusammenhang soll insbesondere der niedrigschwellige Bereich der ASP weiter gestärkt werden. Gerade die beiden Leistungsarten „Qualifizierte Assistenz in Besonderen Wohnformen“ und „Wohnen mit Assistenz“ zeichnen sich durch ein besonders hohes Maß an Strukturiertheit sowie eine hohe Personalpräsenz aus. Zudem ist ein Kernelement die engmaschige aufsuchende Unterstützung in den Wohngruppen selbst. Beide Leistungsarten sind somit konzeptionell und strukturell speziell auf Leistungsberechtigte mit hohem Betreuungsbedarf zugeschnitten und somit ebenso als „hochstrukturierte“ Assistenzangebote zu verstehen. Es bedarf nicht zwingend eines geschützten Betreuungssettings im Sinne einer Unterbringung nach § 1831 BGB zur Abdeckung intensiver Betreuungsbedarfe.

Gleichwohl hält die Angebotslandschaft in Hamburg auch für die Betreuung von Menschen mit seelischen Behinderungen, für die ein gerichtlicher Beschluss nach § 1831 BGB aufgrund einer bestehenden Eigengefährdung ergangen ist, geeignete Angebote vor. Assistenzangebote der Eingliederungshilfe kommen aufgrund ihrer Ausrichtung als teilhabe- und sozialraumorientierte Assistenzangebote im Sinne des SGB IX bei anhaltenden Krankheitsbildern, die durch

gewaltassoziierte Verhaltensweisen geprägt sind, nur in Betracht, wenn die Anspruchsvoraussetzungen des SGB IX erfüllt sind.

Die Sozialbehörde als Trägerin der Eingliederungshilfe verfolgt aufgrund des weiterhin hohen Bedarfs im Rahmen vorhandener Mittel das Ziel, insbesondere Angebote der „Qualifizierten Assistenz in Besonderen Wohnformen“ auf- und auszubauen. Dies kann jedoch nicht einseitig durch die Trägerin der Eingliederungshilfe geschehen, sondern es bedarf der Bereitschaft von Leistungserbringern, derartige Angebote zu konzeptionieren und aufzubauen. Auf Basis partnerschaftlicher Zusammenarbeit und Verhandlung werden Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen im Sinne des § 125 SGB IX zwischen Leistungserbringern und der Trägerin der Eingliederungshilfe abgeschlossen. Diesen Vereinbarungen liegen Fachkonzepte der Leistungserbringer zugrunde. Bei den durch die Sozialbehörde zu prüfenden Konzepten ist die Durchlässigkeit hin zu anderen Angeboten der Eingliederungshilfe auch im eigenen Wohnraum ebenso ein wesentliches Kriterium, wie die enge Kooperation mit den medizinischen Versorgungsangeboten, die bei diesem Personenkreis in der Regel besonders notwendig ist. Hier bieten sich in erster Linie enge Kooperationen mit den regional zuständigen Krankenhäusern oder umliegenden Facharztpraxen an.

Eine besondere Schwierigkeit bei der Schaffung entsprechender Assistenzangebote besteht in dem ganz Hamburg betreffenden Mangel an geeigneten Liegenschaften. Zudem sind besondere baurechtliche Anforderungen zu erfüllen. Auch stellt die Finanzierung eines Neu- bzw. Umbaus für die meisten Leistungserbringer eine große Herausforderung dar. Während der Corona-Pandemie und auch in der Folgezeit kam und kommt es vermehrt zu längeren Bauzeiten. Als mitunter langwierig und herausfordernd erweist es sich darüber hinaus die öffentliche, bezirkliche und nachbarschaftliche Akzeptanz für derartige, insbesondere für hochstrukturierte Projekte herzustellen. Vor diesem Hintergrund schreitet der Ausbau von Angeboten der Eingliederungshilfe – insbesondere im hochstrukturierten Bereich – mitunter langsam voran. Die Sozialbehörde befindet sich hier stetig im Austausch mit Leistungserbringern der Sozialpsychiatrie und unterstützt einen Ausbau geeigneter Angebote. Seit 2021 konnten insgesamt sechs neue Angebote der Assistenz in Besonderen Wohnformen mit offenen und/oder geschlossenen Bereichen in Hamburg in Betrieb genommen werden.

Im Bereich der Eingliederungshilfe besteht bereits ein hoher Grad der Kooperation von Leistungserbringern untereinander (u.a. über die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften) sowie ein Zusammenwirken mit Kliniksozialdiensten, gesetzlichen Betreuungen, ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatungsstellen, Angehörigen und weiteren Beteiligten bei der Organisation passgenauer Unterstützungssettings im Einzelfall. Dies stellt einen Grundstein dar für eine im Rahmen des Aufbaus von Gemeindepsychiatrischen Verbünden zukünftig noch engere Vernetzung untereinander und mit weiteren beteiligten Akteuren.

2.3 Versorgung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst – Leistungen der Sozialpsychiatrischen und Jugendpsychiatrischen Dienste nach dem HmbGDG

Auch die Sozialpsychiatrischen und Jugendpsychiatrischen Dienste (SpD für Erwachsene und JpD für Kinder und Jugendliche) der Fachämter Gesundheit in den Bezirken sind in diesem Kontext wichtige Leistungsträger. Ihr Auftrag ist in § 10 des Hamburgischen Gesundheitsdienstgesetzes (HmbGDG) wie folgt definiert:

> *„Der Öffentliche Gesundheitsdienst berät und betreut Menschen mit psychischen Krankheiten, seelischen und geistigen Behinderungen, Suchtkrankheiten sowie hiervon bedrohte Menschen und deren Angehörige, fördert den Selbsthilfegedanken und vermittelt weitergehende, spezifische Hilfen. Die Hilfen haben das Ziel, die Integration*

in das Wohnumfeld und die Selbstbestimmung psychisch kranker Menschen zu fördern und ihre Ausgrenzung zu verhindern. Außerdem wirkt der Öffentliche Gesundheitsdienst an der Planung, Weiterentwicklung und Qualitätssicherung der gemeindepsychiatrischen Versorgung und der Prävention psychischer Störungen mit."

Weitere Aufgaben der Sozialpsychiatrischen und Jugendpsychiatrischen Dienste sind Gutachtentätigkeiten im Auftrag verschiedener Sozialleistungsträger[14] sowie Kriseninterventionen und ggf. notwendige Zwangseinweisungen bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung aufgrund der psychischen Erkrankungen nach dem HmbPsychKG.

Hauptklientel der Sozialpsychiatrischen Dienste sind schwer und chronisch psychisch und suchterkrankte Menschen, die in der Regel nicht in der Lage sind, sich selbst Hilfen und Behandlungsleistungen zu organisieren. Ein Teil dieser Menschen lebt aufgrund ihrer psychischen Erkrankung bereits in sozioökonomisch prekären Lebenslagen. Drohende oder bereits eingetretene Wohnungs- und Obdachlosigkeit aufgrund besonders herausfordernder Verhaltensweisen oder finanzieller Probleme sind zentrale Themen; ebenso Stigmatisierungen und damit verbundene Ausgrenzungen und Gewalterfahrungen. Entsprechend komplex sind die Hilfebedarfslagen und der damit verbundene Aufwand, in bedarfsorientierte Unterstützungs- und Behandlungsleistungen zu vermitteln (weitere Ausführungen zur Bedarfslage siehe Abschnitt 4.1).

Über die Mitwirkung der Sozialpsychiatrischen Dienste an der verbindlichen Zusammenarbeit in Gemeindepsychiatrischen Verbünden werden hier Synergieeffekte zur effektiven und effizienten Aufgabenerledigung der Sozialpsychiatrischen Dienste geschaffen, so wie es zur Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (PÖGD vgl. Drs. 22/9605) vorgesehen und bereits mit der Aufstockung von Stellenanteilen pro Bezirk versehen worden ist. Dies ist allerdings nicht mit dem Aufgabenprofil der fachlich vorgesehenen Psychiatriekoordinationen gleichzusetzen (Aufgabenprofil und Ausführungen zur Abgrenzung zu den Aufgaben der Sozialpsychiatrischen und Jugendpsychiatrischen Dienste siehe Abschnitt 4.3).

Hauptklientel der Jugendpsychiatrischen Dienste sind Kinder und Jugendliche mit vermuteten oder bereits eingetretenen emotionalen Entwicklungsstörungen oder anderen psychischen Erkrankungen. Früherkennung und Begutachtungen zur Frühförderung in Kindertagesstätten oder die Feststellung einer seelischen Behinderung bei älteren Kindern/Jugendlichen und die enge Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe und der ambulanten und stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie sowie Kriseninterventionen mit Hausbesuchen bilden die Kernaufgaben. Symptome für schwere psychische Erkrankungen wie z.B. Schizophrenie manifestieren sich allerdings häufig erst in der sog. Transitionsphase (Übergang von Jugend- ins Erwachsenenalter). Dies bringt besondere Herausforderungen an den Schnittstellen der Versorgungssysteme mit sich, die in Abschnitt 4.1.6 weiter ausgeführt sind.

Mit den eingangs in diesem Abschnitt dargelegten kontinuierlich steigenden Zahlen von psychisch erkrankten Menschen steigen auch die Aufträge mit Fragestellungen im Rahmen von Begutachtungen und die Zahl der Kriseninterventionen (s. auch oben Anstieg der Fallzahlen mit Anträgen zur Unterbringung nach HmbPsychKG von 2652 im Jahr 2002 auf 4756 im Jahr 2023). Im Rahmen des PÖGD sind diese Entwicklungen berücksichtigt worden. Infolgedessen sind die Stellen für den SpD gesamt um 12,08 Vollzeitäquivalente und für den JpD um 7,27 Vollzeitäquivalente aufgestockt worden.[15]

[14] Dazu gehören insbesondere Begutachtungen zu Leistungen nach dem SGB II (Bürgergeld, Grundsicherung für Arbeitssuchende), SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe), SGB IX (Eingliederungshilfe – nur in besonderen Einzelfallkonstellationen), SGB XII (Sozialhilfe bei ergänzenden Leistungen wie z.B. zur Pflege oder Umzugsfähigkeit), Asylbewerberleistungsgesetz

[15] Weitere Details zur Verteilung auf die Bezirke sind in der Drs. 22/9605 2035-1.indd (buergerschaft-hh.de) dargelegt.

Die für die Beratungs- und Betreuungsarbeit notwendigen Kooperationen sind jeweils situativ an den Bedarfen im Einzelfall ausgerichtet. Strukturierte Vernetzungsarbeit zur gemeindepsychiatrischen Versorgung ist mit den vorhandenen Kapazitäten in vielen Dienststellen der Sozialpsychiatrischen und Jugendpsychiatrischen Dienste angesichts steigender Bedarfe trotz Stellenaufwuchs nur sehr eingeschränkt bis gar nicht möglich. Über eine institutionalisierte rechtskreis-, berufsgruppen- und organisationsübergreifende Zusammenarbeit können Synergie-Effekte in der Gestaltung von Behandlungs-, Hilfe-, Teilhabe- und Pflegemaßnahmen erreicht werden. Mit Doppelstrukturen und Drehtüreffekten verbundene Kosten in den Versorgungssystemen können so vermieden und Informationslücken (mit Einverständnis der Betroffenen) zur Ermittlung der an den Lebenslagen der Betroffenen orientierten Bedarfe geschlossen werden. Vor diesem Hintergrund ist der Aufbau von Gemeindepsychiatrischen Verbünden in jedem Bezirk sowie der Ausbau von aufsuchenden Behandlungs- und Versorgungsangeboten (Home Treatment) für insbesondere schwer psychisch erkrankte Menschen sowie spezifische Angebote für Menschen mit dem besonders hohen Risiko der Chronifizierung – wie z.B. bei obdachlosen Menschen – unerlässlich (weiteres dazu im Abschnitt 4.1).

3 Vorgehen zum Aufbau des Psychiatrieplans

Den Auftakt zu diesem Vorhaben bildeten zwei Workshops im September 2022 und März 2023 mit Vertretungen der Sozialbehörde und externen Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen, der Sozialpsychiatrie und dem bezirklichen öffentlichen Gesundheitsdienst unter der Leitung der für Gesundheit zuständigen Staatsrätin bzw. des Staatsrats. In diesen beiden Workshops wurde eine ausdifferenzierte Problemanalyse vorgenommen, die im Ergebnis zu folgenden Schwerpunktthemen zur weiteren Bearbeitung führte:

- Komorbidität psychiatrischer Diagnosen mit Substanzabhängigkeit
- Home-Treatment – Aufsuchende Behandlungsmodelle als Bestandteile der Regelversorgung
- Gemeindepsychiatrische Ansätze – regionale Verbünde
- Psychiatriekoordination in den stadtstaatlichen (Verwaltungs-)Strukturen der Freien und Hansestadt Hamburg
- Engere Verzahnung Allgemeinpsychiatrie/Forensische Psychiatrie

Als Ziel wurde die Fortschreibung des 2019 veröffentlichten Psychiatrie-Berichts in Form eines Psychiatrieplans, fokussiert auf die zentralen künftigen Entwicklungslinien und Lösungsansätze, beschlossen. Als Zeitziel für den ersten Entwurf wurde Sommer 2024 gesetzt.

Im April 2023 konstituierte sich die Lenkungsgruppe Psychiatrieplan unter der Leitung des für Gesundheit zuständigen Staatsrats. Sie setzte sich aus Vertretungen der bereits o.g. Arbeitsbereiche sowie dem Hamburger Landesverband für Psychiatrie-Erfahrene, dem Hamburger Landesverband für Angehörige psychisch erkrankter Menschen und einer Vertretung aus dem Bereich der Genesungsbegleitung[16] sowie einer Sprecherin aus dem später ins Leben gerufenen Beirat zusammen. Im ersten Schritt wurde ein Arbeitsplan zum Aufbau des Psychiatrieplans erstellt. Dieser sah eine Informationsveranstaltung für die (Fach-)Öffentlichkeit zum Auftakt, Arbeitsgruppen und Werkstattgespräche[17] zu den vorgenannten Schwerpunktthemen, eine Befragung zum Thema Psychiatriekoordination in Hamburg und einen Fachkongress

[16] Genesungsbegleitungen haben selbst Psychiatrie-Erfahrung und begleiten als Menschen, die Gleiches oder Ähnliches durchlebt haben, Patienten und Patientinnen beim Behandlungs- und Genesungsprozess. Sie haben ein qualifizierendes Fortbildungsangebot (EX-IN) durchlaufen und unterstützen in Krisen sowie bei der Entwicklung von wirksamen Bewältigungsstrategien.

[17] Die Werkstattgespräche waren im Gegensatz zu Arbeitsgruppen von vornherein auf größere Personengruppen ausgerichtet. Sie dienten einerseits der Impulsgebung und andererseits der Erarbeitung weiterführender Fragestellungen in Klein- und Großgruppen, die die Teilnehmenden als Multiplikatoren/Multiplikatorinnen in Ihre Netzwerke/Arbeitsbereiche zur weiteren Diskussion mitnehmen. Die Ergebnisse dieser Diskussionen haben dann wiederum Impulse für das folgende Werkstattgespräch gegeben.

unter breiter Beteiligung der Fachöffentlichkeit, Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Interessierten aus angrenzenden Berufsgruppen/Arbeitsbereichen vor. In weiteren fünf Sitzungen wurden Zwischenergebnisse gesichtet, diskutiert und bewertet.

Die Weiterarbeit erfolgte planmäßig:

- Im Mai 2023 starteten die Vorbereitungen für einen Hamburger Fachkongress zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen in Hamburg.
- Im Juni 2023 fand eine Online-Informationsveranstaltung zur Vorstellung des Vorhabens und dem Aufruf zur Mitwirkung in Arbeitsgruppen und anderen Formaten statt. An dieser Veranstaltung haben weit über 200 Personen teilgenommen.
- Im Juli 2023 starteten die Arbeitsgruppen und Werkstattgespräche zu den Schwerpunktthemen. Aufgrund des hohen Interesses und der Komplexität der einzelnen Themen mussten Unter-AGs zu Teilthemen gebildet werden.
- Im Oktober 2023 fand die Befragung zum Thema Psychiatriekoordination für Hamburg statt.
- Im November 2023 fand der zweitägige Fachkongress mit an beiden Tagen jeweils über 300 Teilnehmenden statt. An den Vormittagen fanden zahlreiche Impulsvorträge zu den vorgenannten Schwerpunktthemen statt, die an den Nachmittagen in Workshops im Hinblick auf Lösungsansätze für Hamburg weiter diskutiert wurden. Die Impulse und Ergebnisse des Fachkongresses wurden in den AGs und Werkstattgesprächen weiterbearbeitet.
- Im Januar 2024 wurde ein zeitlich auf den Entwicklungsprozess zum Aufbau des Psychiatrieplans begrenzter Beirat mit 15 ehrenamtlichen Mitgliedern aus dem Kreis der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen psychisch erkrankter Menschen mit monatlichen Sitzungen zur Befassung mit AG-Ergebnissen und weiteren Themen aus diesem Teilnehmerkreis eingerichtet.
- Bis Juni 2024 haben insgesamt 24 AG-Sitzungen und Werkstattgespräche stattgefunden. Die Werkstattgespräche zum Thema Gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV) haben sich sehr bewährt und sollen als Unterstützung beim Aufbau der GPV in den Bezirken ab Herbst 2024 fortgesetzt werden.
- Im Juli/August 2024 wurden die Ergebnisse für den Psychiatrieplan zusammengefasst.

4 Ergebnisse und daraus abgeleitete Maßnahmen

Die Ergebnisse lassen sich in drei grundlegenden Entwicklungslinien zusammenfassen, die im Folgenden weiter konkretisiert werden:

I. Die Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Menschen mit komplexen Hilfebedarfen bedarfsorientiert und wohnortnah gestalten
II. Forensische Krankheitsverläufe vermeiden, schwere Straftaten verhindern und damit einen Beitrag zum Opferschutz leisten
III. Strukturen zur Umsetzung der Ziele und Maßnahmen zu den vorgenannten Entwicklungslinien anpassen bzw. verbessern

4.1 Entwicklungslinie I – Bedarfsorientierte und wohnortnahe Gestaltung der Versorgung

Wie im Abschnitt 2 zur Versorgungslage in Hamburg bereits dargelegt, ist der Bedarf an Versorgungsleistungen sowohl im sozialpsychiatrischen als auch im psychotherapeutischen und psychiatrischen Bereich hoch und die Versorgungsangebote sind – vor allem im ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich – über die Stadt sehr ungleich verteilt.

Dabei ist zu beobachten, dass vor allem Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen den Kontakt zu den für sie bedeutsamen Versorgungssystemen nicht oder nur bedingt aufbauen bzw. zunehmend verlieren. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Die häufigsten Gründe sind Angst vor Stigmatisierungen, Überforderung mit der Selbstorganisation geeigneter Hilfen und Behandlung und die daran jeweils geknüpften Anforderungen zur Inanspruchnahme, negativ empfundene Vorerfahrungen im Kontext psychiatrischer Versorgung vor allem im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen oder/und eine fehlende Krankheits- oder Behandlungseinsicht. Letztere ist bei schweren psychischen Erkrankungen wie z.B. Schizophrenie zumindest in unbehandeltem Zustand häufig nicht gegeben. Ganz im Gegenteil – je stärker die Symptome und je größer der Leidensdruck, desto geringer sind Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation.

Zudem ist bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen das psychosoziale Funktionsniveau je nach Krankheitsphase deutlich eingeschränkt. Derartige Lebenslagen sind in der Regel durch sozialen Rückzug oder für das jeweilige soziale Umfeld besonders herausfordernde Verhaltensweisen der Betroffenen gekennzeichnet. Soziale Konflikte, Verlust der Bezugspersonen, des Arbeitsplatzes, des Einkommens und auch der Wohnung (Mietschulden, verhaltensbedingte Kündigungen) bis hin zu Strafanzeigen und strafrechtlicher Ahndung insbesondere bei krankheitsbedingten gewaltassoziierten Verhaltensweisen (dazu mehr unter Punkt 2 der Entwicklungslinien) sind vielfach die Folge.

Ein nicht unbeträchtlicher Teil der Betroffenen ist nicht nur psychisch erkrankt, sondern leidet auch an weiteren häufig nicht behandelten somatischen Erkrankungen und/oder Substanzgebrauchsstörungen (Suchterkrankungen). Sucht- und psychische Erkrankungen gehören nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) beide zur Kategorie der psychischen und Verhaltensstörungen. In der Systematik der Versorgungssysteme hingegen sind die jeweils zur Verfügung stehenden Behandlungs-, Therapie- und Unterstützungsleistungen daran gebunden, welche der beiden Diagnosen im Vordergrund steht. Steht die Substanzabhängigkeit im Vordergrund, ist dies in der Regel ein Ausschlusskriterium für die gleichzeitige Finanzierung psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung über die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V). Begründet wird dies damit, dass erst mit vorliegender Abstinenz die psychotherapeutische Behandlung ihre Wirkung mit dem Ziel der Heilung oder Besserung des psychischen Gesundheitszustandes entfalten kann. Zudem können Substanzgebrauchsstörungen auch ursächlich für psychische Störungen sein.[18] Auch in der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX sind die Assistenzangebote in Hamburg überwiegend nach Leistungen für Menschen mit (vorrangiger) Suchterkrankung und Leistungen für Menschen mit Behinderungen (ohne oder mit nicht vorrangiger Suchterkrankung) getrennt. Es besteht das Risiko, dass durch diese und weitere Schnittstellen bedeutsamer Versorgungssysteme wie Arbeitsförderung (SGB III), gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung (SGB VI und VII), Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) oder Sozialhilfe (SGB XII) insbesondere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nicht oder nicht adäquat versorgt werden.

Menschen in diesen Lebenslagen sind häufig aufgrund ihres komplexen Hilfebedarfs und angesichts der hohen Bedarfslage mit besonderen Herausforderungen beim Zugang in Hilfe-, Unterstützungs- und Behandlungsangebote in Hamburg und speziell in ihrem unmittelbaren sozialen Umfeld/Sozialraum konfrontiert.

[18] So ist nach G-BA Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie eine psychotherapeutische Behandlung nur dann zulässig, wenn damit die Heilung oder Besserung bewirkt werden kann und wenn nach spätestens zehn Therapiesitzungen die Abstinenz des Patienten oder der Patientin erreicht werden konnte - Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie Zugriff am 19.12.2024. Für chronisch psychisch und/oder suchterkrankte Menschen wäre aber auch die Stabilisierung schon ein erstrebenswertes und vor allem für viele Betroffene realistisches Ziel. Möglichkeiten und Methoden zur Behandelbarkeit von Mehrfachdiagnosen werden auch in Fachkreisen kontrovers diskutiert.

Die insbesondere im Gesundheitswesen überwiegend auf Komm-Strukturen ausgerichteten Hilfe- und Behandlungsangebote der Regelversorgung in Verbindung mit teils langen Wegen und Wartezeiten auf bedarfsgerechte Behandlungs- und/oder Unterstützungsmaßnahmen zur Anschlussversorgung nach teil- oder vollstationärer psychiatrischer Behandlung stellen für die Betroffenen und ihre Angehörigen kaum überwindbare Hürden dar. Hinzu kommt, dass Versorgungsleistungen unterschiedlicher Kostenträger der Versäulung der Sozialgesetzgebung unterliegen und gerade für Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf oftmals aufgrund ihrer Teilzuständigkeit nur punktuelle Versorgung abbilden können. Wechsel in andere Versorgungssysteme können mit Informationsverlusten und Abbrüchen durch erneute Wartezeiten oder wiederholte bürokratische Anforderungen einhergehen. Chronifizierungen der Erkrankungen, weiterer sozialer Abstieg und Verlagerung der Problemlagen in den öffentlichen Raum – und hier insbesondere an sog. Hot Spots wie am Hauptbahnhof – können daraus resultieren.

Für eine bedarfsorientierte und wohnortnahe Gestaltung der Versorgung werden für den Psychiatrieplan daher folgende **Ziele** formuliert:

a) Zugänge zu Unterstützungs- und Behandlungsangeboten für Betroffene und Angehörige wohnortnah und niedrigschwellig gestalten
b) Home Treatment (aufsuchende Behandlungs- und Unterstützungsleistungen) verstärken und in die Fläche bringen
c) Angebote zur Krisenintervention weiterentwickeln
d) Selbsthilfe fördern und Antistigma-Arbeit ausbauen
e) Hilfen für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen und Substanzabhängigkeit sowie besonderem Schutzbedarf enger verzahnen
f) Leistungen und Kooperationen zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung von emotionalen Störungen / psychischen Erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen weiter ausbauen

Zur Umsetzung dieser Ziele sind folgende **Maßnahmen** vorgesehen:

1. Flächendeckender Aufbau Gemeindepsychiatrischer Verbünde (GPV)
2. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung wie Psychiatrische häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) und Soziotherapie (§ 37a SGB V) ausbauen und unbürokratischer gestalten
3. Ärztliche und psychotherapeutische aufsuchende Angebote schaffen wie z.B. mobile Behandlungsteams nach den konzeptionellen Grundlagen des Assertive Community Treatment und/oder Hausbesuche über Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)
4. Das Hamburgische Krisentelefon evaluieren und auf Basis der Ergebnisse konzeptionell überarbeiten
5. Selbsthilfe / Betroffenenverbände beim Aufbau einer unabhängigen Beratungs- und Beschwerdestelle für psychisch Erkrankte unterstützen
6. Entwicklung und Veröffentlichung von Informationsmaterial zu Rechten und Pflichten bei sich anbahnenden oder akuten psychischen Krisen für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte
7. Spezifische Angebote für psychisch und suchterkrankte wohnungs- und obdachlose sowie schutzbedürftige Menschen aufbauen; hier: Wohnunterkünfte für wohnungslose psychisch erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner
8. Spezifische Angebote für psychisch und suchterkrankte wohnungs- und obdachlose sowie schutzbedürftige Menschen aufbauen; hier: Behandlungsangebot für Menschen in der Drogen- und Obdachlosenszene

9. Spezifische Angebote für psychisch und suchterkrankte wohnungs- und obdachlose sowie schutzbedürftige Menschen aufbauen; hier: Frauenhaus für psychisch erkrankte Frauen mit Gewalterfahrung und besonderem Schutzbedarf
10. Kooperation und Vernetzung zwischen den Versorgungssystemen Jugendhilfe, Schule/Ausbildungseinrichtungen und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie auf- bzw. weiter ausbauen
11. Versorgungsstrukturen nach den wissenschaftlichen Erkenntnissen des Projekts Drei-FürEins für Kinder und Jugendliche in die Fläche bringen
12. Ein Hamburger Rahmenkonzept zur Versorgung von Kindern psychisch und suchterkrankter Eltern entwickeln
13. Spezifische Angebote für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Transitionsphase (Übergang ins Erwachsenenalter) weiterentwickeln und die Vernetzung der hier relevanten Versorgungssysteme ausbauen

Zur **Erläuterung** der Maßnahmen:

Die Maßnahmen zum Aufbau Gemeindepsychiatrischer Verbünde und zum Home Treatment sind ausführlicher beschrieben, weil diese das Kernstück des Psychiatrieplans bilden und zu einem Großteil der übrigen Maßnahmen enge inhaltliche Bezüge bestehen

Darüber hinaus werden zu allen Maßnahmen am Ende der Beschreibung kurz der Planungsstand, das weitere Vorgehen und Informationen zur Finanzierung zusammengefasst.

4.1.1 Gemeindepsychiatrische Verbünde

Ein **Gemeindepsychiatrischer Verbund (Ziel a, Maßnahme 1)** ist nach Definition der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e.V. (BAG GPV)[19] „ein Zusammenschluss der wesentlichen Leistungserbringer zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen einer definierten Versorgungsregion“. In Hamburg sollen aber nicht nur die Leistungserbringer, sondern auch Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige psychisch Erkrankter in jedem Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) mit mindestens jeweils einem Mitglied vertreten sein. Mit dieser Form der Zusammenarbeit soll sichergestellt werden, dass insbesondere schwer psychisch erkrankte Menschen mit komplexen Behandlungs- und Hilfebedarfen nicht „durch die Maschen fallen“ und ein auf ihren jeweiligen Bedarf zugeschnittenes Unterstützungssetting erhalten bzw. mit Unterstützung durch Beiträge aus dem GPV in ihren bisherigen Behandlungs- und/oder Hilfesettings gehalten werden können. Dies muss nicht zwangsläufig ein Mehr an Maßnahmen bedeuten. Im Zentrum steht die bedarfsorientierte und gleichzeitig effektive und effiziente Gestaltung von Angeboten zu aufeinander abgestimmten und ineinandergreifenden Behandlungs- und Unterstützungssettings. Die Mitglieder eines GPV müssen sich dementsprechend aus Akteuren aller hierfür relevanten Versorgungssysteme zusammensetzen (Weiteres dazu weiter unten zur Zusammensetzung von GPV’s). Die verbindlich kooperierenden Mitglieder eines GPV bilden dabei eine Verantwortungsgemeinschaft zur wohnortnahen Versorgung psychisch erkrankter Hamburger Bewohner und Bewohnerinnen, die nicht selbst oder durch ihre gesetzlichen Vertretungen oder Betreuungen in der Lage sind, sich Hilfen oder/und psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung zu organisieren. Sie arbeiten dabei rechtskreis- und berufsgruppenübergreifend zusammen. Die jeweils benötigten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen werden bedarfsorientiert und trialogisch – also gemeinsam mit den Betroffenen und mit Zustimmung der Betroffenen auch mit den Angehörigen oder weiteren Beteiligten aus dem sozialen Umfeld – entwickelt und aufeinander

[19] Qualitätstandards für GPVs (bag-gpv.de) Zugriff am 27.07.2024

abgestimmt. Die gesetzlich festgelegten Verfahren zur Prüfung der Leistungsberechtigung, zur Feststellung des Teilhabe-, Hilfe-, Pflege- oder/und Behandlungsbedarfs und zur Gewährung der Leistungen durch die Kostenträger sowie gesetzliche Regelungen zur Vor- und Nachrangigkeit von Sozialleistungen bleiben davon unberührt. Die jeweils erforderlichen Kostenträger werden aber so frühzeitig wie möglich einbezogen mit dem Ziel, gemeinsame und aufeinander abgestimmte Hilfe- und Behandlungspläne zu erstellen und diese effektiv und kosteneffizient zu gestalten sowie im Zuge erforderlicher Fortschreibungen auf ihre Wirkung und ihren jeweiligen Zielerreichungsgrad zu überprüfen.

Praktische Erfahrungen aus dem Modell Hamburger Süden

Für Hamburg wurde die Etablierung von bezirklichen Netzwerken zur verbindlichen Zusammenarbeit in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen bereits 2020 als Regierungsziel in den Koalitionsvertrag aufgenommen. Zur Pilotierung wurde das *Modell Hamburger Süden* mit inzwischen 19 Kooperationspartnern entwickelt, das seit September 2022 nach den Prinzipien eines GPV, aber beschränkt auf die deutlich kleinere Zielgruppe der schwer psychisch erkrankten Menschen mit komplexem Hilfebedarf und bereits drohender Eskalation in die krankheitsbedingte Eigen- oder Fremdgefährdung arbeitet. Eine erste Auswertung im Herbst 2023 hat ergeben, dass mit dieser Form der Zusammenarbeit in doppelt so vielen Fällen als ursprünglich für das Konzept angedacht (in Zahlen: 16 anstatt max. acht Fälle pro Jahr) Betroffene in Versorgungssettings gebracht oder in bereits bestehenden Settings gehalten werden konnten. Dafür ausschlaggebend war und ist die enge Zusammenarbeit zwischen psychiatrischer Klinik, dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Fachamtes Gesundheit des Bezirksamtes Harburg und vor Ort ansässigen sozialpsychiatrischen Leistungserbringern der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX. Die jeweiligen Lösungen sind stets unter Beteiligung der Betroffenen und auf Wunsch auch mit Angehörigen und weiteren Beteiligten zustande gekommen. Mit dem Fachamt Eingliederungshilfe als für die Leistungsbewilligung zuständige Dienststelle ist ebenfalls eine enge und gute Zusammenarbeit aufgebaut worden. Auch im Bezirk Eimsbüttel haben sich die vor Ort ansässigen Leistungserbringer unterschiedlicher Versorgungssysteme im Dezember 2022 auf den Weg gemacht, am Aufbau eines GPV zu arbeiten. Die konzeptionellen Überlegungen und Erfahrungen aus beiden Regionen sind in die Planung zum Aufbau von GPV im gesamten Hamburger Stadtgebiet eingeflossen.

Zielgruppen und darauf aufbauende Grundstruktur der GPV

Gemeindepsychiatrische Verbünde in einem Stadtstaat wie Hamburg mit seiner vielfältigen Angebotslandschaft und sehr unterschiedlich mit Versorgungsangeboten ausgestatteten Stadtteilen und Sozialräumen aufzubauen, stellt die Akteure vor Ort je nach Sachlage vor ganz unterschiedliche Herausforderungen. Die Grundstrukturen sollen aber einheitlich gestaltet werden. Hierfür ist unter breiter Beteiligung von Fachkräften, Betroffenen und Angehörigen ein Eckpunktepapier erstellt worden, das bereits als Grundlage zur Weiterarbeit in den Bezirken genutzt wird. Der Fokus liegt auf der Versorgung von Menschen mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen aller Altersgruppen und aller sozialen Lagen. Dies schließt zwei der in diesem Kontext besonders vulnerablen Personengruppen explizit mit ein: Menschen mit einer Komorbidität psychiatrischer Diagnosen und Substanzgebrauchsstörungen (Suchterkrankung) sowie Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und ggf. Neigung zur Gewalt. Vor diesem Hintergrund ist es zwingend erforderlich, dass die Suchthilfe mindestens mit einer Vertretung der vor Ort jeweils ansässigen Angebote Mitglied in jedem GPV ist und Verbindungen zu bereits bestehenden zielgruppenspezifischen Netzwerken wie z.B. in der Jugendhilfe, der Wohnungs- und Obdachlosenhilfe, zu Hilfen für Menschen mit

Migrationsgeschichte/Fluchterfahrungen, Hilfen für ältere Menschen und Hilfen für Menschen mit Gewalterfahrungen geschaffen werden. Die Auflistung lässt sich je nach aufkommenden Problem- und Hilfebedarfslagen in den GPV weiter fortführen. Je nach Bedarf werden dabei bereits bestehende Unterstützungsangebote zur Sprachmittlung herangezogen. Bei kurzfristig zur Unterstützungsbedarfsklärung notwendigen Sprachmittlungen können ggf. auch Sprachkenntnisse aus dem Kreis der Kooperationspartner eines GPV oder Sachmittel für Übersetzungstools eingesetzt werden.

Bestimmung der Versorgungsregionen

Zur Bestimmung der Versorgungsregionen sind die Grenzen der Bezirke als Standard festgelegt worden. In jedem Hamburger Bezirk soll ein GPV entstehen. Diskutiert wurde auch, sich an den örtlichen Sektorgrenzen der an der Pflichtversorgung zur Unterbringung von Patientinnen und Patienten nach § 12 HmbPsychKG teilnehmenden Hamburger Krankenhäuser mit psychiatrischer Fachabteilung zu orientieren. Dies wurde aber zugunsten der Bezirksgrenzen wieder verworfen, weil sich der Großteil der örtlichen Zuständigkeiten zu Versorgungsleistungen an den Verwaltungsstrukturen der Bezirksämter ausrichtet und somit näher an den Lebens- und Hilfebedarfslagen der betroffenen Menschen liegt.

Zusammensetzung der GPV – feste Mitglieder und weitere Beteiligte

Gemeindepsychiatrische Verbünde sollen sich nach Möglichkeit aus Leistungserbringern zusammensetzen, die die Lebensbereiche Wohnen, Beschäftigung, Soziale Teilhabe und Behandlung abdecken. Dies wird angesichts der ungleichen Verteilung der Angebote über das Hamburger Stadtgebiet nicht immer zu 100% umsetzbar sein. Umso wichtiger ist es, dass je nach Erfordernissen im Einzelfall auch Akteure beteiligt sein können, die nicht festes Mitglied eines GPV sind. Hier sind insbesondere niedergelassene Facharztpraxen für Psychiatrie und Psychotherapie und psychotherapeutische Praxen zu nennen, für die eine feste Mitgliedschaft im GPV allein aus Standortgründen nicht in jedem GPV umsetzbar sein wird. Hinzu kommen finanzielle Restriktionen: Für Anbieter im Gesundheitswesen sind Kooperations- und Koordinationsleistungen mit Vertretungen anderer Versorgungssysteme nicht über die Regelleistungen des SGB V (gesetzliche Krankversicherung) darstellbar. Andere Beispiele sind im Einzelfall gewinnbringende Kooperationen mit der Justiz oder der Polizei.

Ein GPV soll sich grundsätzlich aus folgenden Mitgliedern zusammensetzen:

- Bezirkliche Psychiatriekoordination ohne eigene Fallverantwortung (Weiteres dazu unter Abschnitt 4.3)
- Selbsthilfe / Betroffenenverbände
- Hamburger Krankenhäuser mit Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie, insbesondere Pflichtversorgung.
- Leistungserbringer im Bereich der Eingliederungshilfe (SGB IX)
- Leistungserbringer im Bereich SGB V
- Leistungsanbieter Kinder- und Jugendhilfe
- Leistungserbringer Suchthilfe
- Leistungserbringer Obdachlosenhilfe
- Sozialpsychiatrischer Dienst (SpD) und Jugendpsychiatrischer Dienst
- Anbieter der beruflichen Rehabilitation

Weitere Beteiligte (behördliche und fachliche Stellen, die nach Bedarf teilnehmen bzw. im Einzelfall hinzugezogen werden können) sind insbesondere:

- Das Fachamt Eingliederungshilfe
- Weitere im Einzelfall relevante Kostenträger von Reha-Maßnahmen
- Die bezirklichen Fachämter Jugend- und Familienhilfe
- Die Fachstellen für Wohnungsnotfälle
- Amtsgerichte (insbesondere im Bereich Betreuungssachen)
- Rechtliche Betreuung
- Niedergelassene (Kinder- und Jugend-) Psychiater:innen / Psychotherapeut:innen
- Polizei / Rettungsdienst
- Das Fachamt Straffälligen- und Gerichtshilfe
- Schulen und Regionale Bildungs- und Beratungszentren (ReBBZ)

GPV als Verantwortungsgemeinschaft

Damit eine in diesem Sinne gemeinsame Versorgungsverpflichtung entstehen kann, müssen sich die Mitglieder eines GPV als Verantwortungsgemeinschaft verstehen. Dazu gehören neben der Klärung gegenseitiger Erwartungen und ggf. auch Befürchtungen das gegenseitige Verstehen der Verbundpartner mit Respekt vor und Akzeptanz der jeweils zugrundliegenden Verpflichtungen und Handlungslogiken gem. den gesetzlichen Vorgaben der verschiedenen Versorgungssysteme sowie der Perspektiven Betroffener und Angehöriger. Im nächsten Schritt muss gegenseitiges Vertrauen in ein für alle Beteiligten nutzbringendes Zusammenwirken mit dem Fokus auf die bedarfsorientierte und wohnortnahe Versorgung der Betroffenen aufgebaut werden. Die dafür erforderlichen Regularien sollen in Kooperationsverträgen nach einheitlichem, rechtssicherem Muster festgehalten werden.

Inhalte der gemeinsamen Versorgungsverpflichtung sollen sein:

- Die Mitglieder verpflichten sich, die (sozial-) psychiatrische Versorgung der Menschen in der definierten Region sicherzustellen.
- Im Sinne einer Verantwortungsgemeinschaft verpflichten sich die Akteure zur kontinuierlichen Mitarbeit an der Erarbeitung bedarfsgerechter und personenzentrierter Versorgungsangebote.
- Die Verantwortungsgemeinschaft verpflichtet sich, allen der Zielgruppe zugehörigen Menschen ein Hilfsangebot zu machen.
- Die Leistungserbringer behalten die Entscheidungshoheit über Angebote und Aufnahme.
- Auch in schwierigen Einzelfällen, bspw. bei disziplinarischen Kündigungen, verpflichten sich die Mitglieder die Versorgung fortzusetzen, bis ein Folgeangebot gefunden ist.
- Ein Kooperationsvertrag regelt die Zusammenarbeit in dem GPV.
- Die vom SGB IX und anderen leistungsrechtlich vorgegebenen Verfahren sind von dieser Vereinbarung unberührt.

Zugänge für Betroffene und Angehörige

Auch zum Zugang der Zielgruppe in den GPV sind bereits folgende Regularien entwickelt worden:

- Der Zugang der Zielgruppe kann nur mit Zustimmung der betreffenden Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten oder deren Sorgeberechtigte erfolgen. Gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer bzw. Vertreterinnen und Vertreter müssen bei

Zuständigkeit für die einschlägigen Aufgabenbereiche berücksichtigt werden. Die geltenden Datenschutzrichtlinien müssen dabei erfüllt werden.

- Die betroffenen Personen sowie ggf. deren rechtl. Vertretungen werden von Beginn an in den Prozess einbezogen und zu Fallkonferenzen eingeladen.
- Der Zugang der Zielgruppe erfolgt in zwei Phasen
    - In der ersten Phase liegt der Schwerpunkt im Aufbau und der Konsolidierung des Verbundes. Die kooperativen Strukturen werden anhand weniger Fälle erprobt und ggf. angepasst. Die Falleinsteuerung erfolgt in dieser Phase ausschließlich über Mitglieder. Menschen, die noch keine Anbindung im Versorgungssystem haben, können von Akteuren außerhalb des GPV bei Mitgliedern vorgestellt und so im GPV eingebracht werden.
    - Sobald die Erprobung der Verbundstrukturen abgeschlossen ist, kann der Verbund in der zweiten Phase „geöffnet“ und ein direkterer Zugang zum GPV ermöglicht werden.
- Da Kooperationsleistungen im Leistungskatalog SGB V nicht abbildbar sind, können niedergelassene (Kinder- und Jugend-) Psychiaterinnen und Psychiatrier -sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten die Patientinnen und Patienten im Bedarfsfall direkt über die Psychiatriekoordination einsteuern. Dies verpflichtet sie im Einzelfall dazu sich kooperativ entsprechend einzubringen.

Verbindungen zwischen GPV und Kooperationsverbünden nach KSVPsych-RL

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Anfang September 2021 die „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ (KSVPsych-RL)[20] beschlossen. Diese Richtlinie sieht ebenfalls die Bildung von Kooperationsverbünden zur Verbesserung der Versorgung der Patientengruppe der schwer psychisch erkrankten Menschen vor, fokussiert sich aber – dem Wirkungskreis des G-BA entsprechend – auf den Leistungsbereich des SGB V (gesetzliche Krankenversicherung). Mit der Bildung derartiger Kooperationsverbünde sind zusätzliche Behandlungs- und Koordinationsleistungen für die Betroffenen verbunden. In Hamburg gibt es seit Herbst 2023 nur einen einzigen Verbund nach dieser Richtlinie[21]. Daran beteiligt ist die allgemeinpsychiatrische Klinik der Asklepios Klinik Nord/Ochsenzoll sowie weitere niedergelassene psychotherapeutische Praxen und Anbieter von häuslicher psychiatrischer Krankenpflege sowie Soziotherapie. Da der Bereich *Behandlung* nur eines der in den Gemeindepsychiatrischen Verbünden zu vereinenden Versorgungssysteme darstellt und um Doppelstrukturen in der Versorgung zu vermeiden, sollen der bereits bestehende und die ggf. sich noch entwickelnden Hamburger Kooperationsverbünde nach der KSVPsychRL in die GPV integriert werden. Gleiches gilt für künftige Hamburger Kooperationsverbünde nach der am 09.07.2024 in Kraft getretenen „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ (KJ-KSVPsych-RL)[22]. Diese Richtlinie nimmt auch die Versorgung in der Transitionsphase (Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter) und Zusammenarbeit mit anderen Versorgungssystemen wie Kindertagesstätten,

[20] Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf KSVPsych-RL (Zugriff am 19.12.2024)

[21] Seitens der Leistungserbringer im SGB V Bereich gibt es insbesondere an den formalen Voraussetzungen zur Teilnahme und der Vergütung der Leistungen Kritik an der KSVPsych-RL. Infolgedessen sind bislang bundesweit nur sehr wenige Verbünde dieser Art zustande gekommen. Eine Überarbeitung der KSV-Psych-RL ist angekündigt.

[22] Richtlinie KJ-KSV-Psych-RL (Zugriff am 19.12.2024)

Schule und Ausbildungsstätten in den Blick. Auch diese Ansätze sind gut in Gemeindepsychiatrische Verbünde integrierbar.

Besondere Herausforderungen am Beispiel Wohnraum mit und ohne Betreuung

Wohnraum mit und ohne Betreuung für psychisch erkrankte Menschen wird ebenfalls ein zentrales Thema in den Gemeindepsychiatrischen Verbünden sein. Wie in der Einführung zu diesem Teil I der Maßnahmen schon dargelegt, ist das Risiko des Wohnraumverlusts für insbesondere schwer psychisch erkrankte Menschen besonders hoch. Um den Wohnraum zu erhalten, wird in Einzelfällen die enge Zusammenarbeit mit den bezirklichen Fachstellen für Wohnungsnotfälle erforderlich sein. Weitere Maßnahmen zu bereits von Wohnungs- oder Obdachlosigkeit betroffenen psychisch erkrankten Menschen finden sich unten im Abschnitt 4.1.5 zu Hilfen für psychisch erkrankte Wohnungs- und Obdachlose.

Aber auch Anschlussmaßnahmen nach stationärer psychiatrischer Behandlung z.B. im Rahmen von Assistenzangeboten der Sozialpsychiatrie (Eingliederungshilfe) sind ein wichtiges Thema. Soweit Menschen mit seelischer Behinderung (im Sinne des § 99 SGB IX) betroffen sind, ist in der Eingliederungshilfe der Ausbau hochstrukturierter (geschlossener) Plätze, die eine Unterbringung nach § 1831 BGB erlauben, bereits weiter vorangeschritten.

Der Bedarf in dem vorgenannten Versorgungsbereich entwickelt sich weiterhin dynamisch. Die Sozialbehörde und die Leistungserbringer aus dem Bereich der Sozialpsychiatrie arbeiten gemeinsam daran, die Angebotslandschaft weiterzuentwickeln und auszubauen.

Planungsstand, weiteres Vorgehen und Kosten:

Was	Aufbau Gemeindepsychiatrischer Verbünde (GPV)
Eckpunkte	Ein GPV pro Bezirk, Aufbau einer verbindlichen Zusammenarbeit verschiedener Versorgungssysteme
Wer	Leistungserbringer aus der vorgenannten Auflistung der Mitglieder, die in dem Bezirk ein oder mehrere Angebote vorhalten, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige sowie ggf. weitere Beteiligte je nach Erfordernissen im Einzelfall
Wie	Zusammenbringen der Akteure vor Ort aus den verschiedenen Versorgungssystemen, sich gegenseitig mit den verschiedenen Aufträgen, Handlungslogiken und Fachgebieten und den dazugehörigen Fachsprachen kennenlernen; Vertrauen und Regularien zur Zusammenarbeit aufbauen; gemeinsam bedarfsorientierte Lösungen an Beispielfällen entwickeln und umsetzen Aufsetzpunkt sind die bereits etablierten Werkstattgespräche unter der Leitung der Sozialbehörde und die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften in den Bezirken; die Etablierung von GPV wird gesetzlich im HmbPsychKG verankert (s. unten Abschnitt 4.3 Maßnahme 24); die Zusammenarbeit im GPV wird vertraglich geregelt, Auswertung der Aufbauphase nach gemeinsam festzulegenden Kriterien[23]
Wann	Ab sofort Entwicklung eines Curriculums für Veranstaltungen und Fortbildungen zur Bildung von Verantwortungsgemeinschaften in den Bezirken auf Basis der bereits entwickelten Eckpunkte zum Aufbau des GPV; Start mit der Umsetzung GPV in den Bezirken

[23] Beispiele für Kriterien zur Auswertung: Kooperationspartner sind festgelegt, Stellen der Psychiatriekoordinationen sind besetzt, Arbeitsabläufe GPV und Aufgaben der Psychiatriekoordinationen sind abschließend definiert, Kooperationsverträge sind erarbeitet und abgeschlossen, Fortbildungen sind durchgeführt, erste Fallerhebung und Auswertungen, Erhebung der Effekte der Zusammenarbeit für alle Mitglieder im GPV, Überprüfung der Auskömmlichkeit der zur Verfügung stehenden Ressourcen für die Tätigkeiten der Psychiatriekoordinationen

	Harburg und Eimsbüttel im ersten Halbjahr 2025 auf Grundlage der dort bereits gemachten Praxiserfahrungen, flächendeckender Start mit Veranstaltungen zur Bildung von GPV gem. Curriculum nach den Sommerferien 2025
Mit welcher Wirkung	Zugang in die Versorgungssysteme für Betroffene schaffen, die sich die erforderlichen Behandlungs- und Unterstützungsleistungen nicht selbst organisieren können, unter Berücksichtigung marginalisierter Gruppen und ihrer Diskriminierungserfahrungen, Vermeidung von Doppelstrukturen in der Versorgung bei komplexen Hilfebedarfen über verschiedene Versorgungssysteme hinweg
Besondere Herausforderung	Ohne Zeit und Raum für den Austausch sowie strukturgebende Impulse zur Falleinsteuerung, Moderation der Prozesse zur Lösungsfindung und Nachverfolgung der vereinbarten Lösungen kann die Verbindlichkeit in der Umsetzung nicht gehalten und zielgerichtet gestaltet und weiterentwickelt werden. Daher sind zur Qualifizierung der Akteure eines GPV gemeinsame Workshops, Fortbildungen und Fachtage sowie zur Leitung und Steuerung pro GPV eine Psychiatriekoordination notwendig (siehe auch weiter unten Ziel j, Maßnahmen 20 und 21).
Mit welchen Mitteln	Haushaltsmittel zur Finanzierung einer Vollzeitstelle Psychiatriekoordination pro GPV (7 Bezirke) und zur Finanzierung von Qualifizierungsmaßnahmen für die jeweiligen Akteure vor Ort; Aufschlüsselung der Kosten im Abschnitt 4.3, Maßnahmen 20 und 21

4.1.2 Home Treatment

Die gemeindenahe Versorgung mit dem Ziel der Enthospitalisierung psychisch erkrankter Menschen war bereits eine der zentralen Empfehlungen der Psychiatrie Enquete 1975. Kernelement ist dabei das Home Treatment. Dabei handelt es sich um die Betreuung und/oder Behandlung psychisch erkrankter Menschen in ihrem eigenen sozialen Umfeld. Dies kann sowohl die eigene Wohnung als auch eine Einrichtung wie z.B. ein Angebot der Qualifizierten Assistenz in einer Besonderen Wohnform der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX, eine Jugendhilfeeinrichtung nach dem SGB VIII oder eine Pflegeeinrichtung nach dem SGB XI sein.

Hauptziele des Home Treatment im psychiatrischen/psychotherapeutischen Bereich sind:

- Verbesserung der Behandlungsplanung und Umsetzung – orientiert am Bedarf der zu Behandelnden
- Erhaltung/Stabilisierung des jeweiligen sozialen Umfelds
- Verkürzung oder Verhinderung von stationärer oder teilstationärer (akut-)psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung
- Vermeidung von Zwang, Behandlungsabbrüchen und sog. Drehtürpatienten und -patientinnen

In sozialpsychiatrischen Versorgungsangeboten nach dem SGB IX und SGB VIII ist die aufsuchende und nachgehende Arbeit mit den Klientinnen und Klienten und ihren Angehörigen im Bereich der personenbezogenen Leistungen fachlicher Standard und bereits vielseits gelebte Praxis. Auch im SGB V sind Leistungen der Regelversorgung zur aufsuchenden Versorgung psychisch erkrankter Menschen vorgesehen. Dies sind insbesondere **nichtärztliche Versorgungsangebote (Ziel b, Maßnahme 2)** wie die psychiatrische häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) und die Soziotherapie (§ 37a SGB V). Die psychiatrische häusliche Krankenpflege umfasst das Erarbeiten der Pflegeakzeptanz und des Beziehungsaufbaus sowie die Veranlassung notwendiger diagnostischer Klärung und therapeutischer Maßnahmen (einschließlich Krisenintervention und Absprachen bei Suizidgefahr). Wesentliche Aufgaben sind Hilfen zur Selbstpflege und zur Gestaltung des Alltags sowie zur Bewältigung der Folgen psychischer

Erkrankungen und zur Förderung der Genesung. Die Soziotherapie ist eine langfristig angelegte, koordinierende psychosoziale Unterstützung. Kernelemente sind die Motivation und strukturierende Trainingsmaßnahmen für die Betroffenen. Dieses Angebot bietet aber auch Handlungsanleitung im häuslichen und sozialen Umfeld für Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung.

Beide Angebote werden in Hamburg bislang kaum umgesetzt. Als wesentliche Ursachen werden seitens der Leistungserbringer wirtschaftlich nicht auskömmliche Entgeltvereinbarungen mit den Krankenkassen und zu hohe Anforderungen an die Qualifizierung der einzusetzenden Fachkräfte benannt. Auch der bürokratische Aufwand zur Verordnung dieser Leistungen wird als zu hoch kritisiert. Fragen zu Qualifikationsanforderungen im Bereich der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und auch zur Verordnung von Soziotherapie bei gleichzeitiger Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA, § 118 SGB V) konnten im Rahmen der AG-Arbeit zum Aufbau des Psychiatrieplans und nach Überprüfung durch den Hamburger Verband der Ersatzkassen e.V. geklärt werden. Um Zugänge für die Patientinnen und Patienten niedrigschwelliger und unbürokratischer und für die Leistungserbringer attraktiver zu gestalten, gibt es seitens der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – und hier insbesondere der AOK Rheinland/Hamburg – bereits Erfahrungen mit Modellen in anderen Städten wie z.B. das Modell *ambulante aufsuchende psychiatrische Versorgung* (AAPV) in Köln. Dieses Modell soll im Hinblick auf die Übertragbarkeit auf Hamburger Strukturen und Integrierbarkeit in Gemeindepsychiatrische Verbünde überprüft und weiterverfolgt werden.

Für eine **aufsuchende ärztliche und psychotherapeutische Versorgung (Ziel b, Maßnahme 3)** im Rahmen der Regelversorgung nach dem SGB V ist neben der Möglichkeit von gelegentlichen Hausbesuchen durch niedergelassene Fachärzte und Fachärztinnen bislang nur die durch psychiatrische Kliniken durchzuführende stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) nach § 115d SGB V vorgesehen. Dabei handelt es sich um eine intensive psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung zu Hause oder in einer Betreuungs-/Pflegeeinrichtung durch ein multiprofessionelles Team an sieben Tagen die Woche. Voraussetzung ist, dass für die Patientinnen und Patienten die Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorliegt und dass die Therapieziele am ehesten im häuslichen Umfeld zu erreichen sind. Die Behandlung ist in der Regel auf sechs bis acht Wochen begrenzt. Von diesem Angebot profitieren insbesondere Betroffene, die Vorbehalte gegenüber Klinikaufenthalten z.B. aufgrund schlechter Vorerfahrungen mit Zwangsmaßnahmen haben oder Menschen, die Schwierigkeiten haben, sich im Klinikalltag zurecht oder nach einem Klinikaufenthalt in das alltägliche Leben wieder zurückzufinden. Auch die Versorgung von Kindern oder anderen Angehörigen kann hier eine wichtige Rolle bei der Entscheidung für diese Form der psychiatrischen Behandlung spielen. Trotz Fachkräftemangel vor allem im Pflegebereich und zusätzlichem hohen Organisationsaufwand im Klinikbetrieb wird die Stationsäquivalente Behandlung bereits an einigen psychiatrischen Kliniken in Hamburg vorgehalten. Das Angebot wird gut angenommen. Die bisherigen praktischen Erfahrungen zeigen aber, dass für eine bedarfsorientierte Behandlung ein flexiblerer Einsatz des Behandlungsteams wünschenswert wäre. Dies ist nach der Leistungsvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der deutschen Krankenhausgesellschaft[24] derzeit allerdings nicht möglich. Zur weiteren Klärung der Hintergründe und Entwicklung von Lösungsansätzen bedarf es zunächst weiterer Gespräche mit den Hamburger Landesvertretungen der Krankenkassen. Weitere Handlungsschritte erfolgen je nach Ergebnissen aus diesen Gesprächen.

Wie eingangs zu diesem Teil I der Maßnahmen des Psychiatrieplans bereits dargelegt, ist ein Teil der schwer psychisch erkrankten Menschen in Hamburg mit den Angeboten der Regelversorgung nicht mehr erreichbar und bleibt somit unbehandelt oder wird im Rahmen von

[24] 2017_08_01_KH_Vereinbarung_StaeB_115_d_Abs_2_SGB_V_Unterschriftenfassung.pdf (gkv-spitzenverband.de)

Zwangseinweisungen als Folge von eigen- oder fremdgefährdenden Verhaltensweisen zu sog. Drehtürpatienten und -patientinnen in den Kliniken. Für diese Zielgruppe sind mittel- bzw. bei bereits eingesetzter Chronifizierung langfristige und am jeweiligen Krankheitsverlauf und dem damit verbundenen Bedarf des Patienten oder der Patientin ausgerichtete aufsuchende und nachgehende Behandlungsangebote erforderlich. Die vorgenannte Stationsäquivalente Behandlung erfüllt diese Kriterien nicht. Hier gilt das ursprünglich in den USA entwickelte und auch in europäischen Ländern wie Großbritannien und den Niederlanden weit verbreitete Behandlungsmodell Assertive Community Treatment (ACT) als evidenzbasierter Goldstandard[25] für Patienten und Patientinnen, die mit den klassischen Versorgungsystemen noch nicht oder nicht mehr zurechtkommen. Dabei handelt es sich um aufsuchende Behandlung durch multiprofessionelle Teams zur gemeindenahen psychiatrischen Behandlung, Rehabilitation und Unterstützung von extrem schwer psychisch und in der Regel auch suchterkrankten Menschen. Auch in Deutschland gibt es vereinzelt praktische Erfahrungen mit ACT, die entweder über Projektmittel aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses oder über Modellvorhaben zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen (nach § 64b SGB V) über die GKV finanziert werden. Für Hamburg konnte eine Weiterfinanzierung dieses Behandlungsmodells nach Auslaufen der Projektmittel bislang nicht erreicht werden. Seitens der Krankenkassen bestehen große Zweifel im Hinblick auf Behandlungserfolge und Kostenersparnisse. Zudem trifft dieses Modell mit seinem ganzheitlichen Ansatz auf ein in Deutschland stark fragmentiertes Sozialleistungsrecht mit unterschiedlichsten Verfahren zur Gewährung von Leistungen im Einzelfall bzw. pauschalen Finanzierungen von Unterstützungsangeboten in der jeweiligen Teilzuständigkeit verschiedener Kostenträger. Zur Integration dieses Behandlungsmodells in die Versorgung über Gemeindepsychiatrische Verbünde bedarf es der weiteren Klärung zur Finanzierung (siehe auch Entwicklungslinie III). In diesem Zusammenhang ist auch zu klären, inwieweit Hausbesuche oder aufsuchende Tätigkeiten im Rahmen der Behandlung durch Psychiatrische Institutsambulanzen (nach § 118 SGB V) möglich sind. Auch dies wird seitens der Hamburger Landesverbände der Krankenkassen bislang als nicht möglich eingestuft.

Eine aufsuchende Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Behandlungsbedarf durch niedergelassene Fachärzte und Fachärztinnen sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ist allein aus organisatorischen Gründen für viele Praxen gar nicht leistbar und in Fällen chronischer Erkrankung auch nur bedingt über die Krankenkassen abrechenbar, weil die Psychotherapie-Richtlinie des G-BA auf Heilung oder Besserung, nicht aber auf Stabilisierung bei chronischer Erkrankung ausgerichtet ist. Dennoch besteht auch in diesem Versorgungsbereich in Hamburg großes Interesse, sich den jeweiligen Möglichkeiten entsprechend in Gemeindepsychiatrische Verbünde und auch in die aufsuchende Versorgung einzubringen. Um dies im Sinne der Entwicklungen zu GPV und Home Treatment weiter zu befördern, sollen Psychotherapiemöglichkeiten über Hamburger Ausbildungsinstitute für Psychotherapie hier ebenfalls in den Blick genommen werden. So kann auch kurzfristig und niederschwellig ein Zugang in psychotherapeutische Behandlung für die Betroffenen erfolgen, für die diese Form der Behandlung annehmbar und geeignet ist. Zu denken ist hier insbesondere an ältere immobile Menschen bzw. pflegebedürftige Menschen mit psychischen Erkrankungen. Auch hierzu bedarf es der weiteren Klärung zur Finanzierung insbesondere der dafür anfallenden Vergütungskosten für die ausbildenden Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen.

[25] Der Begriff „Goldstandard“ bezeichnet im medizinischen Bereich ein diagnostisches, therapeutisches oder allgemein wissenschaftliches Verfahren, das im gegebenen Fall die bewährteste und beste Lösung darstellt. Neue Verfahren werden an dem jeweiligen Goldstandard gemessen.

Planungsstand, weiteres Vorgehen und Kosten:

Was	Ausbau von Angeboten zur aufsuchenden Versorgung und Behandlung auf Grundlage des SGB V
Eckpunkte	Nichtärztliche aufsuchende Versorgungsangebote (häusliche psychiatrische Krankenpflege und Soziotherapie) ärztliche und psychotherapeutische aufsuchende Angebote gem. Regelversorgung (Stationsäquivalente Behandlung und Hausbesuche in der ambulanten Versorgung), ärztliche und psychotherapeutische Versorgung im Rahmen der besonderen Versorgung (Home Treatment durch Psychotherapeuten und -therapeutinnen in Ausbildung, Hausbesuche durch psychiatrische Institutsambulanzen, Assertive Community Treatment zur aufsuchenden und nachgehenden Intensivbehandlung, aufsuchende Krisenintervention)
Wer	Hamburger Landesvertretungen der Krankenkassen, Leistungserbringer aus dem ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens und der Sozialpsychiatrie, Vertretungen aus einschlägigen Berufsverbänden sowie Ärzte- und Psychotherapeutenkammern, Vertretungen der Sozialbehörde
Wie	Die Sozialbehörde plant und moderiert die Gespräche und bereitet die Ergebnisse auf. Ansatzpunkt: was ist für wen im Grundsatz möglich und wer muss mit wem welche Detailfragen klären? Anschließend konkrete Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zur Vergütung der aufsuchenden Behandlungsleistungen
Wann	Erste Gesprächsansätze haben in verschiedenen Kontexten im Rahmen des Aufbaus des Psychiatrieplans bereits stattgefunden und sollen spätestens mit Beginn der Umsetzung des Psychiatrieplans Anfang 2025 fortgesetzt werden – siehe auch Abschnitt 4.3, Maßnahme 23
Mit welcher Wirkung	Möglichkeiten zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung für Betroffene eröffnen, die mit Komm-Strukturen in der Regelversorgung und/oder stationären Versorgungsangeboten aufgrund ihrer individuellen Lebenslagen nicht erreichbar sind.
Besondere Herausforderung	Die Einschätzungen zu Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit aufsuchender Behandlungsmodelle im Rahmen der besonderen Versorgung liegen unter den Beteiligten weit auseinander. Die Pole bilden hierbei die Kassenvertretungen und Hamburger Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen. Neben den Gesprächen werden sowohl auf Seiten der Kassenvertretungen als auch auf Seiten der Leistungserbringer interne Befassungen mit und Abstimmungen zu Zwischenergebnissen erforderlich sein. Zudem müssen Schnittstellen zu weiteren laufenden Entwicklungsprozessen, wie z.B. die Krankenhausplanung 2026 für den Fachbereich Psychiatrie, berücksichtigt werden.
Mit welchen Mitteln	Die Moderation und Gestaltung der Entwicklungsprozesse gehört zu den Regelaufgaben der hierfür zuständigen Behörde. Die Maßnahmen zum Home Treatment betreffen im Wesentlichen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung; ob und inwieweit die Ergebnisse dieses Prozesses haushaltsrelevante Kosten durch z.B. die Vereinbarung von rechtskreisübergreifenden Budgets zur Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Menschen auslösen, wird voraussichtlich erst zur Haushaltsplanaufstellung 2027/2028 konkretisiert werden können.

4.1.3 Krisenintervention

Um sicherzustellen, dass Hamburger Bürgerinnen und Bürger in psychischen Krisen auch in den Abendstunden und an den Wochenenden und Feiertagen schnell und unkompliziert Ansprechpartner und -partnerinnen finden, ist im Juli 2022 das **Hamburger Krisentelefon**[26] **(Ziel c, Maßnahme 4)** in Betrieb genommen worden. Das Angebot richtet sich an Betroffene im Erwachsenenalter und an Angehörige sowie weitere Personen aus dem sozialen Umfeld einer psychisch erkrankten Person. Ziele und Aufgaben dieses Angebots sind die Stabilisierung in der akuten psychischen Krise und auf Wunsch der Anrufenden auch Beratung in weiterführende Sozialpsychiatrische Angebote oder Vermittlung in die jeweils örtlich zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienste der bezirklichen Fachämter Gesundheit. Dieses Angebot wird sehr gut angenommen. In den ersten zwei Jahren haben (neben der schon bei Annahme des Anrufs durch die Anrufenden abgebrochenen Telefonate) insgesamt knapp 7.000 Gespräche stattgefunden. Damit wird eine Lücke in der Krisenintervention für psychisch erkrankte Menschen unterhalb der Notfallversorgung in Hamburger Krankenhäusern mit psychiatrischen Fachabteilungen geschlossen. Die im Hamburger Koalitionsvertrag 2020 angekündigte Evaluierung des Krisentelefons ist in Vorbereitung und soll im ersten Quartal 2025 erfolgen. Im Rahmen der Evaluation wird dieses Angebot im Hinblick auf Verbesserungspotentiale und weitere mögliche Bedarfe überprüft (z.B. für ein zusätzliches Kriseninterventionsteam oder Verbindungen zu Kriseninterventionsmöglichkeiten in den aufzubauenden Gemeindepsychiatrischen Verbünden). Das Angebot wird bislang ausschließlich aus öffentlichen Mitteln der Freien und Hansestadt Hamburg (hier: Sozialbehörde) finanziert. Eine künftige Mitfinanzierung durch die Hamburger Landesvertretungen der Krankenkassen ist zu klären.

Die ebenfalls im Hamburger Koalitionsvertrag 2020 als Ziel formulierte Implementierung von sogenannten Crisis Resolution Teams (CRT) zur aufsuchenden Akutversorgung konnte bislang nur in einem Angebot für psychisch erkrankte Erwachsene mit einer geistigen Behinderung realisiert werden. Das Angebot mit dem Namen *APPA* für Aufsuchende psychiatrisch-psychotherapeutische Akutversorgung wird durch das Evangelische Krankenhaus Alsterdorf durchgeführt und zeigt erste Erfolge im Hinblick auf die Vermeidung, Verkürzung oder Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung in der psychiatrischen Fachabteilung des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf. Aufsuchende Akutversorgung ist ebenfalls Bestandteil des Behandlungsmodells ACT (siehe auch oben im Abschnitt 4.1.2 zum Home Treatment).

Planungsstand, weiteres Vorgehen und Kosten:

Was	Weiterentwicklung des Hamburger Krisentelefons
Eckpunkte	Telefonisches Beratungsangebot außerhalb der regulären Sprechzeiten zur Stabilisierung in akuten Krisen sowie Beratung und Vermittlung in weiterführende Unterstützungsangebote
Wer	Leitung. Koordination und Beratungsteam des Krisentelefons zusammen mit der Sozialbehörde, Amt G und Amt SI Externes Institut zur Durchführung der Evaluation des Angebots
Wie	Ausschreibung des Evaluationsauftrags, Durchführung der Evaluation im laufenden Betrieb, fachliche Einordnung und Bewertung der Evaluationsergebnisse in Verbindung mit Entwicklungsständen und Steuerungsvorhaben in der Angebotslandschaft mit Berührungspunkten zur Arbeit des Krisentelefons, Weiterentwicklung des Angebots auf Basis vorgenannter Ergebnisse
Wann	Die Vorbereitungen zur Ausschreibung der Evaluation laufen, die Evaluation soll im Frühjahr 2025 durchgeführt und die fachliche

[26] www.hamburg.de/krisentelefon

Was	Weiterentwicklung des Hamburger Krisentelefons
	Einordnung inklusive Entscheidungen zur Weiterentwicklung des Angebots bis Sommer 2025 abgeschlossen sein. Anschließend Überarbeitung und Abstimmung des Fachkonzepts bei weiterlaufendem Betrieb bis Frühjahr 2026; evtl. über die bisherige Planung hinausgehende kostenauslösende Teilmaßnahmen werden in Abhängigkeit von der Haushaltsplanaufstellung 2027/2028 aufgenommen; parallel dazu Erstellung eines Arbeitsplans zur Umsetzung der Weiterentwicklung
Mit welcher Wirkung	Verbesserung der niedrigschwelligen Erreichbarkeit und Qualität der Beratungen für Betroffene und Angehörige sowie Ausweitung auf bislang noch nicht oder nur in geringem Umfang erreichte Personengruppen, Ausweitung des Netzwerkes zu weiterführenden Unterstützungsangeboten z.B. zum Thema Einsamkeit
Besondere Herausforderung	Das Krisentelefon erreicht bereits eine Vielzahl an Betroffenen und trägt dazu bei, dass Notfallversorgungen in den Krankenhäusern vermieden werden. Daher ist zu klären, ob bzw. inwieweit sich Krankenkassen an der Finanzierung dieser Maßnahme künftig beteiligen – siehe hierzu auch Abschnitt 4.3, Maßnahme 23
Mit welchen Mitteln	2025: Haushaltsmittel in Höhe von 40 Tsd. Euro an zusätzlichen Sachkosten für die Evaluation; weitere Mittel für Personal und Sachkosten zum Betrieb des Krisentelefons sind im Haushalt bereits berücksichtigt 2026: Fortschreibung des Ansatzes aus 2025 für Personalkosten in Höhe von 283 Tsd. Euro für 1,5 VZÄ Koordination Vergütungsgruppe S 12 TV-L und einem Fachkräftepool von 25 Mitarbeitenden auf Basis geringfügiger Beschäftigung zur Abdeckung der Sprechzeiten sowie 30 Tsd. Euro für Sachkosten und Öffentlichkeitsarbeit

4.1.4 Selbsthilfe und Antistigma-Arbeit

Interessen- und Betroffenenverbände fordern neben dem Aufbau eines Krisendienstes für Menschen in akuten psychischen Krisen (siehe auch oben im Abschnitt Krisenintervention) schon seit Jahren die **Einrichtung einer unabhängigen Beratungs- und Beschwerdestelle speziell für Menschen mit psychischen Erkrankungen (Ziel d, Maßnahme 5)**. Eine in der Vergangenheit ehrenamtlich geführte Beschwerdestelle musste mangels ehrenamtlicher Nachwuchskräfte ihre Tätigkeit einstellen. Auch zur Fortschreibung des Landesaktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention wurde dies als Maßnahme vorgeschlagen. Der Vorschlag wurde in diesem Kontext aber verworfen, weil es für von seelischer Behinderung betroffene oder bedrohte Menschen bereits vielfältige bestehende Anlaufstellen und Beratungsangebote gibt. Zu nennen sind hier insbesondere die Anlaufstellen der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB nach § 32 SGB IX). Drei der in Hamburg in Betrieb befindlichen EUTBs werden von der Hamburgischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (HGSP) betrieben. Zudem gibt es die Möglichkeit, Beschwerden über die Ombudsstelle Eingliederungshilfe zu adressieren. Auch im Rahmen der ASP-Begegnungsstätten, durch das Fachamt Eingliederungshilfe und weitere Anlaufstellen in der Sozialpsychiatrie erfolgen Beratungen und Unterstützung bei der Klärung von Anliegen psychisch erkrankter Menschen. Nach Rückmeldungen aus dem Hamburger Landesverband Psychiatrie-Erfahrener und dem Hamburger Landesverband Angehöriger psychisch erkrankter Menschen reichten die Beratungsangebote nicht aus. Auch aus Sicht der Senatskoordination für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen ist zu prüfen, ob das in Hamburg vorhandene Beratungs- und Beschwerdeangebot insbesondere auch im Hinblick auf niedrigschwellige Erreichbarkeit, die

strukturellen und organisatorischen Ressourcen und die erforderliche Fachexpertise ausreichend ist.

Da Beschwerden in diesem Bereich sich auch gegen die FHH im Rahmen der Umsetzung hoheitlicher Aufgaben nach dem HmbPsychKG richten können (z.B. bei Zwangsunterbringungen), wäre die Unabhängigkeit dieser Beschwerdestelle nur über die Finanzierung durch eine für diesen Zweck passende Stiftung oder die Ausweitung der ehrenamtlich ausgeführten Aufgaben der Aufsichtskommission nach § 23 HmbPsychKG zu erreichen. Für Letzteres wäre eine Anpassung im HmbPsychKG und die weitere Akquise Ehrenamtlicher erforderlich. Zur Beratung und Unterstützung bei der Akquise von Stiftungsgeldern zur Konzeptionierung und Umsetzung einer Beratungs- und Beschwerdestelle bietet die Sozialbehörde (Amt für Gesundheit) Betroffenen und Angehörigen, die sich in dieser Hinsicht engagieren möchten, ihre Unterstützung an. Weiter ist zu klären, ob bzw. inwieweit die Hamburgische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (HGSP) ebenfalls in dieser Sache unterstützend tätig werden kann.

Ein weiteres zentrales Anliegen aus dem Kreis der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen ist die **Entwicklung und Veröffentlichung von Informationsmaterial zu Rechten und Pflichten bei sich anbahnenden oder akuten psychischen Krisen für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte (Ziel d, Maßnahme 6)** als Beitrag zur Antistigma-Arbeit allgemein und zum Entgegenwirken institutioneller Stigmatisierung im Besonderen. Erfahrungsberichten Betroffener und Angehöriger zufolge kommt es in Akutsituationen immer wieder zu Missverständnissen oder Gefühlen der Hilflosigkeit und des Alleingelassenseins durch Nichtwissen, gegenseitiges Unverständnis und direkte oder indirekte gegenseitige Vorwürfe der an diesen besonderen Situationen Beteiligten. Daran soll unter der Leitung der Sozialbehörde mit Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Fachkräften gearbeitet werden.

Auch die Verbesserung der Gestaltung von Übergängen von stationärer zu ambulanter Versorgung und umgekehrt wurde von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen als wichtige Maßnahme zum Aufbau des Psychiatrieplans benannt. Dieser Themenkomplex ist im Rahmen des Aufbaus Gemeindepsychiatrischer Verbünde weiter zu bearbeiten (weiteres siehe oben im Abschnitt GPV).

Darüber hinaus gibt es in Hamburg fast 1.000 Selbsthilfegruppen zu allen Lebens- und Gesundheitsthemen. Selbsthilfegruppen mit thematischem Bezug zu psychischen Belastungen oder Erkrankungen machen dabei zahlenmäßig den größten Teil der Beratungskontakte bei den Selbsthilfekontaktstellen in Hamburg aus. Die Vielzahl an Krankheitsbildern und Gruppen sowie der Grundsatz der Freiwilligkeit, Autonomie und Selbstbestimmung von Selbsthilfegruppen ermöglichen kaum eine generalisierte Sicht auf die Selbsthilfe oder die Wirksamkeit der Selbsthilfe. Die Potenziale der Selbsthilfe sind aber unbestritten. Zu den wichtigsten Funktionen gehören:

- Abbau von Isolation und sozialem Rückzug,
- Erweiterung des Spektrums der Krankheitsbewältigung,
- Stärkung der Autonomie, Selbstwirksamkeit und Empowerment der Betroffenen,
- emotionale Entlastung,
- Abbau von Stigmatisierung,
- vertieftes Wissen (z.B. Krankheitswissen, Patientenrechte, Sozialrecht) und Anwendung im Sinne der Gesundheitskompetenz,
- Erhöhung der Compliance mit Behandlungsmaßnahmen.

Auch für Menschen, die sich außerhalb der therapeutischen Versorgung, aber in psychisch herausfordernden Lebenssituationen befinden, können Selbsthilfegruppen von großer Bedeutung sein. Das Gefühl, nicht allein zu sein und verstanden zu werden, kann eine positive Wirkung auf Befindlichkeit und das eigene Krisenmanagement haben. Im Rahmen der Gruppe können erprobte Tipps und Strategien im Umgang mit Krisen geteilt und das Erkennen von

Frühwarnzeichen gefördert werden. Auch dieses Potential soll in der Gestaltung Gemeindepsychiatrischer Verbünde berücksichtigt und je nach Bedarf im GPV unterstützt werden.

Die gesundheitsbezogenen Gruppen können finanzielle Unterstützung für die Gruppentätigkeiten bei den Krankenkassen beantragen. Die lebensbezogenen Gruppen erhalten finanzielle Förderung durch die Sozialbehörde. Zusätzlich fördert die Sozialbehörde gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen die Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KISS Hamburg e.V.). KISS berät, informiert und vermittelt Menschen, die an Selbsthilfe interessiert sind, in den sogenannten Kontaktstellen, am Selbsthilfetelefon, online oder seit kurzem durch mobile Selbsthilfe-Beratungsangebote vor Ort in kooperierenden Einrichtungen.[27] Außerdem hilft KISS bei der Neugründung von Gruppen. Um die Potenziale der bestehenden Gruppen zu heben, unterstützt KISS mit Arbeitshilfen, Beratung, Krisenintervention, Vermittlung und Fortbildung.

Menschen mit psychischen Belastungen kann die Verantwortung für eine Selbsthilfegruppe gerade in der Anfangsphase leicht überfordern, deshalb ist eine intensivere Begleitung durch KISS oft hilfreich. Im Rahmen ihrer Informations- und Unterstützungsaufgaben erfüllen sie eine „Clearingfunktion“ für Ratsuchende und Gruppen: Sie klären über die Chancen und Grenzen der gemeinschaftlichen Selbsthilfe auf und bieten gleichzeitig verlässliche Informationen zu professionellen Hilfeangeboten in Hamburg.

Planungsstand, weiteres Vorgehen und Kosten:

Was	Selbsthilfe fördern (unabhängige Beschwerdestelle) und Antistigma-Arbeit ausbauen (Informationsmaterial)
Eckpunkte	Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige bei der Suche nach einer geeigneten Stiftung zur Akquise von finanziellen Mitteln unterstützen Informationsmaterial zu Rechten und Pflichten bei sich anbahnenden oder bereits akuten psychischen Krisen erstellen
Wer	Interessierte aus dem Kreis der Selbsthilfe, Vertretungen der Sozialbehörde zur Unterstützung, Vertretungen der Hamburgischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zur Unterstützung Fachkräfte aus dem Allgemein- und Sozialpsychiatrischen Bereich zur Mitwirkung an der Erstellung des Informationsmaterials, Prüfung ggf. juristischer Fragestellungen zum Informationsmaterial durch die Rechtsabteilung der Sozialbehörde
Wie	Zusammenbringen von Personen aus dem Bereich der Selbsthilfe, die sich zum Aufbau einer unabhängigen Beratungs- und Beschwerdestelle spezialisiert auf die Anliegen und Bedarfe psychisch erkrankter Menschen und Angehörige engagieren wollen, mit dafür geeigneten Stiftungen, die sich vorstellen können beim Aufbau und der Durchführung einer unabhängigen Beratungs- und Beschwerdestelle finanziell und ggf. auch personell zu unterstützen Entwicklung von Informationsmaterial in einem Arbeitskreis unter der Leitung der Sozialbehörde, Amt G
Wann	Ab Frühjahr 2025 Start mit einem Arbeitskreis zur Erstellung von Informationsmaterial mit zweimonatlichen Treffen bis voraussichtlich Ende 2026
Mit welcher Wirkung	Erhöhung der Handlungs- und Entscheidungssicherheit für Betroffene und Angehörige in durch die psychische Erkrankung bedingten krisenhaften Situationen
Besondere Herausforderung	Sicherstellung von Kontinuität der Teilnehmenden insbesondere im Hinblick auf Mitwirkung der ehrenamtlich Engagierten aus dem Kreis der Selbsthilfe mit ihren gleichzeitig zu bewältigenden alltäglichen Pflichten und Herausforderungen

[27] Gruppe suchen | KISS Hamburg (kiss-hh.de)

Was	Selbsthilfe fördern (unabhängige Beschwerdestelle) und Antistigma-Arbeit ausbauen (Informationsmaterial)
Mit welchen Mitteln	Unterstützungsleistungen der hier zuständigen Behörden erfolgen im Rahmen ihrer Regelaufgaben; geringfügige Kosten zur Veröffentlichung von Informationsmaterial fallen voraussichtlich erst ab 2027 an.

4.1.5 Hilfen für psychisch und suchterkrankte wohnungs- und obdachlose sowie besonders schutzbedürftige Menschen

Wie bereits im Abschnitt *Gemeindepsychiatrische Verbünde* dargelegt, ist das Risiko des Wohnungsverlusts für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen besonders hoch. Andersherum ist nach wissenschaftlichen Erkenntnissen die Häufigkeit schwerer psychischer Erkrankungen bei Wohnungs- und Obdachlosen um ein 12faches höher als in der Allgemeinbevölkerung[28]. Kommen krankheitsbedingte gewaltassoziierte Verhaltensweisen ggf. kombiniert mit oder ausgelöst durch Intoxikationen (Alkohol-/Drogenkonsum) hinzu, steigt zudem das Risiko der Forensifizierung und damit der Einsatz von Maßregeln der Besserung und Sicherung nach dem Strafgesetzbuch (weiteres siehe unten zur Entwicklungslinie II)

In Hamburg leben mit Stand Juni 2024 insgesamt 47.659 registrierte Wohnungslose in öffentlich-rechtlicher Unterbringung; davon ca. 43.000 Menschen mit Migrationsgeschichte und ein nicht zu beziffernder, aber bedeutender Teil mit Fluchterfahrungen. Hinzu kommen knapp 2.000 Menschen[29], die auf der Straße leben und somit als obdachlos gelten, auch wenn sie gelegentlich Notunterkünfte zur Übernachtung aufsuchen. Wie ebenfalls bereits im Abschnitt *Gemeindepsychiatrische Verbünde* dargelegt, ist diese Personengruppe mit den Angeboten der Regelversorgung zur Behandlung psychischer Erkrankungen nur noch schwer bis gar nicht mehr zu erreichen. Daher sollen in Hamburg **spezifische Angebote für insbesondere schwer psychisch erkrankte wohnungslose Menschen in öffentlich-rechtlicher Unterbringung (Wohnunterkunft für wohnungslose psychisch erkrankte Bewohner und Bewohnerinnen, WuK-PeB – Ziel e, Maßnahme 7)** an zwei Standorten für Männer und Frauen getrennt aufgebaut werden. Das Konzept sieht neben einer sozialpädagogischen Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner nach den fachlichen Standards des Case-Managements die regelmäßige fachärztliche psychiatrische Behandlung vor Ort und eine enge Kooperation mit den vor Ort jeweils zuständigen Beratungsstellen der Suchthilfe vor. Zugangsvoraussetzungen sind das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung und der Wille der oder des Betroffenen, sich auf dieses Setting einzulassen und für sich selbst an der jeweiligen Lebenslage etwas verändern zu wollen. Gleiches gilt für die Arbeit an ggf. vorliegenden Substanzgebrauchsstörungen, wobei diese bei der Aufnahme nicht im Vordergrund stehen dürfen. Case-Management und Fachärzte bzw. Fachärztinnen sollen dabei eng zusammenarbeiten und Maßnahmen- und Behandlungspläne mit Zustimmung der Betroffen aufeinander abstimmen. Neben psychischer Stabilisierung und tagesstrukturierender Beschäftigung bzw. Wiederbefähigung in lebenspraktischen Dingen je nach individueller Bedarfslage soll auch die Überleitung in die Regelversorgungsangebote im SGB V-Bereich sowie die weitere Perspektivplanung in eigenem Wohnraum oder in Angebote der Qualifizierten Assistenz in Besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX oder Pflegeangebote nach dem SGB XI erreicht werden. Zur Umsetzung dieses Vorhabens schließen die Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg und die Sozialbehörde einen Vertrag zur Zusammenarbeit und gemeinsamen Finanzierung. Die Vertragsverhandlungen stehen kurz vor dem Abschluss.

[28] Smartt et al. BJPsych Open. 2019

[29] Die Zahl der Obdachlosen in Hamburg basiert auf einer Zählung aus dem Jahr 2018. Die Daten aus der Zählung 2024 werden voraussichtlich Anfang 2025 durch das Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen in einem Wohnungslosenbericht untergliedert nach Bundesländern veröffentlicht.

Planungsstand, weiteres Vorgehen und Kosten:

Was	Wohnunterkünfte für wohnungslose psychisch erkrankte Bewohner und Bewohnerinnen (WuK-PeB)
Eckpunkte	Zwei Standorte für Männer und Frauen getrennt mit jeweils bis zu 50 Plätzen mit sozialpädagogischem Casemanagement zur Unterstützung in lebenspraktischen Dingen und zur Perspektivplanung an 5-6 Tagen in der Woche und fachärztlicher Versorgung vor Ort an mindestens zwei Tagen in der Woche mit dem Ziel der Anbindung an die Regelversorgung zur Behandlung, enge Zusammenarbeit mit der Suchthilfe
Wer	Sozialbehörde, Fördern und Wohnen als Betreiber der Wohnunterkünfte, die Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) zur Erteilung von Sondergenehmigungen für Zweitpraxen, niedergelassene Facharztpraxen mit Sondergenehmigung zur Praktizierung in den WuK-PeB, für das jeweilige Einzugsgebiet zuständige Suchtberatungsstellen
Wie	Das Fachkonzept zur Umsetzung dieses Vorhabens wird aktuell zu Detailfragen ergänzt bzw. angepasst. Nach baulicher Herrichtung und abgeschlossener Akquise geeigneter fachärztlicher Praxen werden psychisch erkrankte Menschen aus anderen Wohnunterkünften mit dem Willen zur Veränderung ihrer Lebenssituation dort aufgenommen. Es folgt eine Differentialdiagnostik und erste Herstellung einer Compliance zur Behandlung in einer zweiwöchigen Clearingphase. Nach erfolgreicher Clearingphase werden mit den Betroffenen in enger Zusammenarbeit mit dem Casemanagement, den Behandlerteams vor Ort und Vertretungen der Suchthilfe Maßnahmen- und Behandlungspläne entwickelt, die sukzessive abgearbeitet und regelmäßig in Teambesprechungen überprüft werden. Verläuft die Clearingphase nicht erfolgreich, kehrt die betroffene Person in ihre ursprüngliche Wohnunterkunft zurück.
Wann	Die Vertragsverhandlungen zwischen der KVH, den Krankenkassen und der Sozialbehörde stehen kurz vor dem Abschluss. Inbetriebnahme nach Umbauarbeiten von zwei Bestandsbauten, die bereits als Wohnunterkünfte genutzt werden und vertraglicher Verpflichtung niedergelassener Facharztpraxen im Laufe des Jahres 2025; davon mindestens eine Wohnunterkunft im ersten Halbjahr 2025
Mit welcher Wirkung	Niedrigschwelliger Zugang zu Behandlungs- und Unterstützungsleistungen für psychisch erkrankte Wohnungslose, die mit den Angeboten der psychiatrischen und psychotherapeutischen Regelversorgung nicht mehr erreicht werden können, Verhinderung oder Begrenzung von forensischen Krankheitsverläufen
Besondere Herausforderung	Hier treffen sehr unterschiedliche fachliche und rechtliche Anforderungen mit den jeweils dazugehörigen Handlungslogiken und Fachsprachen aufeinander. Entsprechend aufwändig war und ist der Prozess des gegenseitigen Verstehens auf dem Weg zur Entwicklung von Lösungen zur Umsetzung dieses Vorhabens. Im Ergebnis zeigen die Erfahrungen zu dem bisherigen Bearbeitungsstand auf, was für ein gutes Gelingen zur rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit erforderlich ist.
Mit welchen Mitteln	Die Kosten für den Umbau und Betrieb dieser Wohnunterkünfte sind bereits in der Haushaltsplanung 2025/2026 berücksichtigt. Die Behandlungskosten sind Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung; darüber hinaus beabsichtigen die Krankenkassen

	dieses Vorhaben mit zusätzlich jährlich 100 Tsd. Euro für die Jahre 2025 - 2027 für besondere Aufwendungen zur ärztlichen Versorgung und Behandlung zu fördern. Die Sozialbehörde beabsichtigt die hier zur rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit vor Ort erforderlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen der Facharztpraxen, die nicht im Leistungskatalog des SGB V abbildbar sind mit jährlich 125 Tsd. Euro zu bezuschussen. Eine Fortsetzung dieser Maßnahme nach 2027 ist beabsichtigt.

Für **psychisch erkrankte Menschen in der Drogen- und Obdachlosenszene** sollen insbesondere in räumlicher Nähe zu sog. Hot Spots wie derzeit am Hauptbahnhof **niedrigschwellige Behandlungsangebote (Ziel e, Maßnahme 8)** aufgebaut werden. Geprüft werden hier beispielsweise die Anmietung von Räumlichkeiten in dem von Fördern und Wohnen erworbenen Gebäude in der Repsoldstraße zur Einrichtung einer Forensischen Institutsambulanz (weiteres siehe unten zur Entwicklungslinie II). Hierzu müssen zunächst weitere konzeptionelle Überlegungen unter Berücksichtigung der Planungen des Gesamtkonzepts für dieses Gebäude und den Sozialraum angestellt werden.

Planungsstand, weiteres Vorgehen und Kosten:

Was	Errichtung einer Forensischen Institutsambulanz mit räumlicher Nähe zu sog. Hot Spots, in denen sich psychisch erkrankte Menschen aus der Drogen- und Obdachlosenszene aufhalten
Eckpunkte	Ausbau und Dezentralisierung Forensischer Institutsambulanzen siehe Abschnitt 4.2.1 Der Schwerpunkt liegt hier auf der Zusammenarbeit mit den weiteren für diese Zielgruppe relevanten Versorgungssystemen und den damit verbundenen Kosten
Wer	Sozialbehörde (Federführer), Vertretungen aus der Behörde für Inneres und Sport, Behörde für Stadtentwicklung und Wohnen sowie Vertretungen aus der Suchthilfe, Obdachlosenhilfe, dem Gesundheitswesen, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst inkl. Zuführdienst, Leistungserbringer Eingliederungshilfe nach dem SGB IX, dem Amt für Migration, der Polizei und Feuerwehr/Rettungsdienst
Wie	Planung und Umsetzung eines Gesamtkonzeptes für das von Fördern und Wohnen erworbene Haus in der Repsoldstraße
Wann	Planungsphase ab sofort; mit der Umsetzung dieser und weiterer Maßnahmen in dem Gebäude Repsoldstraße soll so schnell wie möglich begonnen werden.
Mit welcher Wirkung	Entaktualisierung von Krisen und Gefährdungslagen für Betroffene und unfreiwillig Beteiligte, Verbesserung der Versorgungslage für diese mit Angeboten der Regelversorgung schwer oder gar nicht mehr erreichbaren Zielgruppe
Besondere Herausforderung	Die Verzahnung der hier erforderlichen Versorgungssysteme in rechtskreisübergreifender Zusammenarbeit und Abstimmung der Fach- und Behandlungskonzepte aufeinander in sehr kurzer Zeit
Mit welchen Mitteln	Ähnlicher Kostenaufbau wie für die Maßnahme WuK-PeB (s. oben Maßnahme Nr. 7), allerdings sind für diese Maßnahme im Haushalt 2025/2026 jährlich 160 Tsd. Euro für Kooperations- und Koordinierungsleistungen des Behandlungsteams, die nicht im Leistungskatalog des SGB V abbildbar sind, vorgesehen, weil der Kooperationsaufwand angesichts der vielen Beteiligten (s. oben) deutlich höher sein wird als im Vorhaben WuK-PeB. Weitere erforderliche Mittel

Was	Errichtung einer Forensischen Institutsambulanz mit räumlicher Nähe zu sog. Hot Spots, in denen sich psychisch erkrankte Menschen aus der Drogen- und Obdachlosenszene aufhalten
	siehe Abschnitt 4.1.2, Maßnahme 15. Eine Fortsetzung dieser Maßnahme ab 2027 ist beabsichtigt.

Frauen, die von Gewalt bedroht sind und bei denen gleichzeitig eine psychische Erkrankung im Vordergrund steht, haben nicht selten Unterstützungsbedarfe, die in den Hamburger Frauenhäusern in den dort zur Verfügung stehenden Settings nicht geleistet werden können. Geht die Erkrankung mit besonders herausfordernden Verhaltensweisen der Betroffenen einher, stellt dies zudem für andere Bewohnerinnen und ihre Kinder nicht zumutbare Belastungssituationen dar. Daher ist ein weiteres **Frauenhaus für psychisch erkrankte Frauen mit Gewalterfahrungen und besonderem Schutzbedarf (Ziel e, Maßnahme 9)** konzipiert worden. Das Angebot wurde im Herbst 2024 in Betrieb genommen. Neben der intensiveren Betreuung vor Ort in einem multiprofessionellen Team bestehen hier enge Vernetzungen zu psychiatrischen und psychotherapeutischen Angeboten im Rahmen der Regelversorgung des SGB V. Auch in diesem Setting sind aufsuchende Behandlungselemente notwendig, um Zugänge in die psychiatrische und psychotherapeutische Regelversorgung (wieder) aufzubauen (siehe auch oben Abschnitt 4.1.2 zum Home Treatment). Mit diesem Angebot ist ein weiteres wichtiges Element zur Umsetzung des Übereinkommens des Europarates zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (sog. Istanbul-Konvention) geschaffen worden.

Planungsstand, weiteres Vorgehen und Kosten:

Was	Errichtung eines Frauenhauses für psychisch erkrankte Frauen mit Gewalterfahrung und besonderem Schutzbedarf
Eckpunkte	Speziell auf diese Zielgruppe ausgerichtetes Fachpersonal vor Ort, enge Zusammenarbeit mit sozial- und allgemeinpsychiatrischen Angeboten im Umfeld der Einrichtung zur Unterstützung und Behandlung der Frauen; so auch mit einer psychiatrischen Klinik.
Wer	Sozialbehörde, der Betreiber und die Mitarbeitenden des Frauenhauses, Mitarbeitende der kooperierenden psychiatrischen Klinik, ortsansässige Leistungserbringer aus dem Bereich der Sozialpsychiatrie
Wie	Vereinbarung von Kooperationen unter den o.g. Beteiligten, Vermittlung und Begleitung der Bewohnerinnen in Angebote der Kooperationspartner, gelegentliche aufsuchende Beratungs-/Gesprächsangebote in der Einrichtung und bei Bedarf umgehende Aufnahme in ein tagesklinisches oder vollstationäres Angebot der kooperierenden Klinik
Wann	Kooperationsvereinbarungen sind getroffen, Start mit der Umsetzung mit voraussichtlicher Eröffnung der Einrichtung im Herbst 2024
Mit welcher Wirkung	Verbesserung des Zugangs in Behandlungs- und Versorgungsangebote mit der besonderen Sensibilisierung für diese Zielgruppe
Besondere Herausforderung	Wie im Abschnitt 4.1.2 (Home Treatment) beschrieben, bestehen im Bereich der Regelversorgung für den stationären Bereich nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten zur aufsuchenden Behandlung
Mit welchen Mitteln	Die Kosten für den Betrieb des Frauenhauses sind bereits in der Haushaltsplanung 2025/2026 berücksichtigt. Die Behandlungskosten sind Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder werden über andere Sozialleistungsträger je nach Rechtsanspruch im Einzelfall gedeckt.

4.1.6 Hilfen für psychisch belastete und erkrankte junge Menschen

Psychische Belastungen und Erkrankungen stehen – wie bereits mehrfach weiter oben dargelegt – in engem Zusammenhang mit Entwicklungschancen zur Teilhabe an Bildung/Beschäftigung und sozialem Miteinander. Unerkannt können schon leichtere emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter zu Brüchen in der Teilhabe an Bildung und sozialer Teilhabe führen, die nachhaltig ungünstige Auswirkungen auf ihre weitere Entwicklung mit sich bringen und wenn überhaupt nur mit großer Eigenmotivation und hohem Unterstützungsaufwand wieder aufgeholt werden können.

Für eine frühzeitige Erkennung und Behandlung von emotionalen Störungen und anderen psychischen Erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden sind **enge und stabile Kooperationen und Netzwerke zwischen den Versorgungssystemen (Ziel f, Maßnahme 10)** Jugendhilfe, Schule/Berufsbildung und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie notwendig. Zu diesem Zweck wurde in Hamburg schon vor über 20 Jahren die „Hamburger Kooperationskonferenz“ ins Leben gerufen. Ziel war es, die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und klinischer Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie zu verbessern, Netzwerke zur fallbezogenen und fallübergreifenden Zusammenarbeit vor Ort aufzubauen und ein gegenseitiges Verständnis für die verschiedenen Versorgungssysteme und die damit verbundenen Handlungslogiken zu entwickeln. Dies wurde im Laufe der Jahre unter Einbeziehung des Bereichs Schule sowie der Regionalen Bildungs- und Beratungszentren (ReBBZ) und weiteren in diesem Kontext relevanten Akteuren weiterentwickelt. Im Jahr 2018 ist dazu eine Leitlinie[30] veröffentlicht worden. Die Umsetzung dieser Leitlinie wie auch die Kooperationskonferenz selbst konnten aufgrund der Corona-Pandemie nicht weiterverfolgt werden.. Viele Personalwechsel in allen Systemen haben darüber hinaus dazu geführt, dass Kooperationsbezüge und Erfahrungswissen teilweise verloren gegangen sind. Gleichzeitig sind komplexe Hilfe- und Unterstützungsbedarfe bei Kindern, Jugendlichen und Familien gestiegen. Umso wichtiger ist die verlässliche, gut ineinandergreifende Zusammenarbeit insbesondere in Einzelfällen mit hohem Krisenpotential oder anderen besonderen Herausforderungen. Vor diesem Hintergrund sind die Treffen zum Fachaustausch zwischen den Systemen im Mai 2024 wieder aufgenommen und ein Neustart zur Initiierung breit aufgestellter Netzwerke vollzogen worden. Folgetreffen sind in der Planung.

Planungsstand, weiteres Vorgehen und Kosten:

Was	Netzwerke zwischen Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Schule/ReBBZ weiterentwickeln und stabilisieren[31]
Eckpunkte	Erfahrungen aus guter Praxis – z.B. aus dem Projekt DreiFürEins (siehe unten) – zur Weiterentwicklung nutzen, aktuelle Themen/neue soziale Phänomene, Bedarfe und Herausforderungen identifizieren, bearbeiten und Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung der Zusammenarbeit entwickeln.
Wer	Behörde für Schule und Berufsbildung (BSB), Sozialbehörde, Fachämter Jugend- und Familienhilfe, Jugendpsychiatrische Dienste, ambulante und stationäre Anbieter im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Lehr- und Fachkräfte aus Schulen und ReBBZ, Straßensozialarbeit, Jugendberufsagenturen und viele Weitere mit Schnittstellen zu diesem Thema

[30] „Leitlinie für bezirkliche Kooperationsvereinbarungen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Regionalen Bildungs- und Beratungszentren (ReBBZ), Schulen und weiteren Stellen“ aus November 2018

[31] Ergänzend zu den bestehenden Kooperationen und Netzwerken bietet die Abteilung Beratung – Vielfalt, Gesundheit und Präven-tion (LIB) des Landesinstituts für Lehrerbildung und Schulentwicklung (LI) Fortbildungen für pädagogisches Personal an Schulen zur Sensibilisierung und Früherkennung von psychischen Belastungen und Erkrankungen von Schülerinnen und Schülern an. Ziel ist die frühzeitige Vermittlung belasteter Schülerinnen und Schüler in schulische und außerschulische Hilfesysteme, um akute und chronische Krankheitsverläufe zu vermeiden

Was	Netzwerke zwischen Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Schule/ReBBZ weiterentwickeln und stabilisieren[31]
Wie	Zwei bis drei Austauschtreffen pro Jahr mit dem Ziel der Stärkung von einschlägigen Netzwerken in den Sozialräumen und bei Bedarf Organisation von Fachtagen zu spezifischen Themen
Wann	Bereits laufend seit Mai 2024; nächstes Treffen im Januar 2025
Mit welcher Wirkung	Kinder- und Jugendliche auch in besonders herausfordernden Situationen in den Regelversorgungssystemen Kita und Schule halten können; ggf. mit flankierenden Maßnahmen aus den anderen Versorgungssystemen und durch Vernetzung die Haltekraft der Regelsysteme erhöhen
Besondere Herausforderung	Personalfluktuationen und Fachkräftemangel in allen drei Arbeitsbereichen führen immer wieder zu Lücken und Informationsverlusten in den Netzwerken; ein besonders nachhaltiger Einbruch in den Kooperationsbezügen ist durch die mit der Corona-Pandemie einhergehenden Einschränkungen zur persönlichen Begegnung entstanden.
Mit welchen Mitteln	Organisation und Durchführung von Kooperationstreffen erfolgen im Rahmen der Regelaufgaben der hier zuständigen Behörden.

Als gutes Beispiel für eine gelingende Zusammenarbeit sollen die mit dem durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) finanzierten **Pilotprojekt „DreiFürEins“ aufgebauten Strukturen zur Versorgung und Zusammenarbeit** an vier ReBBZ-Standorten zugrunde gelegt und **in Hamburg in die Fläche gebracht werden (Ziel f, Maßnahme 11)**. „DreiFürEins“[32] steht für Hilfen aus einer Hand und beinhaltet die frühzeitige Förderung der gesunden Entwicklung und Bildungsteilhabe von Kindern und Jugendlichen im Alter vom 4. bis zum vollendeten 17. Lebensjahr mit klinischem und multimodalem Versorgungsbedarf durch eine sektorenübergreifende, aufsuchende Diagnostik, Behandlung und Förderung in enger und aufeinander abgestimmter Zusammenarbeit der Versorgungssysteme Schule/ReBBZ, Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und Jugendhilfe. Die Wirkungsweise dieses Projekts wird wissenschaftlich evaluiert. Die Ergebnisse werden Ende 2024 in mehreren Veranstaltungen (auch bundesweit) vorgestellt und sollen Grundlage für die Weiterentwicklung dieses Angebots in Hamburg sein. Das Projekt endet am 31.01.2025 mit einer Evaluationsphase, die Interventionsphase endete bereits am 31.04.2024. Um bis zur Auswertung und Empfehlung des G-BA im Hinblick auf die künftige Übernahme dieses Versorgungsangebots in die Strukturen der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) keine Versorgungslücke entstehen zu lassen, wird für 2 Jahre (bis zum 31.03.2026) die Fortsetzung über eine sog. Brückenfinanzierung in Kooperation zwischen Hamburger Landesvertretungen der Krankenkassen, der Behörde für Schule und Berufsbildung und der Sozialbehörde gesichert.

Planungsstand, weiteres Vorgehen und Kosten:

Was	Strukturen zur Versorgung und Zusammenarbeit nach den Erkenntnissen aus dem Pilotprojekt DreiFürEins in die Fläche bringen
Eckpunkte	Gemeinsame Fallbesprechungen ReBBZ, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Fachämter Jugend- und Familienhilfe nach einer miteinander vereinbarten Struktur, niedrigschwellige psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung vor Ort, bei Bedarf flankierend mit Hilfemaßnahmen der Jugendhilfe
Wer	BSB und Sozialbehörde mit Krankenkassen, ReBBZ an vier Standorten, den Fachämtern Jugend- und Familienhilfe Wandsbek,

[32] Pilotprojekt DreiFürEins fördert psychische Gesundheit | Die Techniker - Presse & Politik (tk.de)

Was	Strukturen zur Versorgung und Zusammenarbeit nach den Erkenntnissen aus dem Pilotprojekt DreiFürEins in die Fläche bringen
	Harburg und Altona sowie den Kinder- und Jugendpsychiatrien des Asklepios Klinikums Harburg und des Katholischen Kinderkrankenhauses Wilhelmstift
Wie	Fortsetzung der Versorgungsphase aus dem Pilotprojekt DreiFürEins des Innovationsfonds des G-BA mit o.g. Eckpunkten
Wann	Laufend seit Mai 2024
Mit welcher Wirkung	Frühzeitige Identifizierung von emotionalen Störungen und anderen psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, zeitnahes und niedrigschwellig zugängliches Behandlungsangebot und darauf abgestimmte gleichzeitige Unterstützung der Eltern
Besondere Herausforderung	Damit die bereits aufgebauten Strukturen nicht verloren gehen, ist eine Brückenfinanzierung bis zur Empfehlung des G-BA im Hinblick die Übernahme dieser Versorgungsstrukturen in die Regelversorgung des SGB V erforderlich.
Mit welchen Mitteln	Die Behandlungskosten sind Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die hier zur rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit vor Ort erforderlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrien sind darüber aber nicht abgedeckt. Dafür fallen pro Jahr für beide Kliniken zusammen 240 Tsd. Euro an. Die Kosten werden durch drei Parteien geteilt: Krankenkassen (60 Tsd. Euro pro Jahr), BSB (60 Tsd. Euro pro Jahr) und Sozialbehörde (120 Tsd. Euro pro Jahr). Das pro Jahr vorgesehene Budget von 120 Tsd. Euro wird auch nach Entscheidung des G-BA im Frühjahr 2026 zur Fortführung benötigt. Ggf. erforderliche konzeptionelle Anpassungen zu dieser Versorgungsform sollen im laufenden Betrieb vorgenommen werden. Die Ausrollung dieser Versorgungsstruktur auf das gesamte Hamburger Stadtgebiet würde ggf. zu einem späteren Zeitpunkt weitere Kosten auslösen.

Rund drei bis vier Millionen **Kinder und Jugendliche** in Deutschland wachsen **mit einem psychisch- oder suchtkranken Elternteil (Ziel f, Maßnahme 12)** auf. Auch in Hamburg ist ein nicht unbeträchtlicher, aber bislang nicht wissenschaftlich fundiert zu beziffernder Teil an Minderjährigen betroffen. Durch die Erkrankung ihrer Eltern können sie vielfältigen Belastungen ausgesetzt sein. Folgende Auswirkungen von Sucht- und psychischen Erkrankungen, eines oder mehrerer Elternteile, auf die Kinder konnten bislang festgestellt werden[33]:

- Höheres Risiko für Sucht- und psychische Erkrankungen: Die Kinder haben ein 3- bis 4-fach erhöhtes Risiko, selbst Sucht- und psychische Erkrankungen zu entwickeln.
- Emotionale und Verhaltensprobleme: Die Kinder können unter Angst, Depressionen, Wut, Scham und Schuldgefühlen leiden. Sie können auch Probleme mit dem Sozialverhalten haben und es fällt ihnen schwer, emotionale Bindungen aufzubauen.
- Probleme in der Schule: Die Kinder können Schwierigkeiten beim Lernen haben, sich schwer konzentrieren und eine geringere Leistung in der Schule aufweisen. Dies ist besonders dann der Fall, wenn eine Fetale Alkoholspektrumsstörung (FASD), aufgrund eines Alkoholkonsums in der Schwangerschaft vorliegt.
- Probleme im Umgang mit Gewalt und Missbrauch: Die Kinder sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, Opfer von Gewalt und Missbrauch zu werden.

[33] GKV-Bündnis: Publikationen (gkv-buendnis.de)

Vor diesem Hintergrund und in Bezug auf das Ersuchen des Deutschen Bundestags „Prävention stärken – Kinder mit psychisch oder suchtkranken Eltern unterstützen“ vom 02.07.2024[34] soll für Hamburg unter breiter Beteiligung von Fach- und Leitungskräften aller hier relevanten Versorgungssysteme ein Rahmenkonzept mit folgenden Zielsetzungen entwickelt werden:

- Gemeinsames fachliches Grundverständnis aufbauen
- Handlungsleitende Prinzipien der Zusammenarbeit formulieren
- Ergänzungsbedarfe in den vorhandenen Strukturen ermitteln, um Versorgungslücken zu schließen
- Fachlich fundiertes, bedarfsgerechtes und gut aufeinander abgestimmtes Gesamtangebot für die Zielgruppe aufstellen

Planungsstand, weiteres Vorgehen und Kosten:

Was	Rahmenkonzept zur Verbesserung der Versorgung Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern
Eckpunkte	siehe oben im Text zu den Zielsetzungen
Wer	Sozialbehörde zusammen mit Fach- und Leitungskräften aus allen hier relevanten Versorgungssystemen und Berufsgruppen[35]
Wie	Fachveranstaltungen, Workshops, Arbeitsgruppen in unterschiedlicher personeller Zusammensetzung je nach Themenschwerpunkt
Wann	Die Planungsphase läuft, mit der Vorlage eines Rahmenkonzepts ist nicht vor Ende 2026 zu rechnen.
Mit welcher Wirkung	Aufdeckung von Versorgungslücken und Doppelstrukturen
Besondere Herausforderung	Dieses Thema betrifft nahezu jeden Bereich der öffentlichen Verwaltung mit einem Versorgungsauftrag für Hamburger Bürgerinnen und Bürger – entsprechend komplex sind Schritte zur Zielerreichung zu gestalten
Mit welchen Mitteln	Diese Maßnahme ist den Regelaufgaben der Sozialbehörde zuzuordnen; Teilaufgaben sind zunächst konzeptionell zu schärfen, bevor sie ggf. zu einem späteren Zeitpunkt Kosten auslösen.

Für **psychisch erkrankte junge Menschen in der Transitionsphase (Ziel f, Maßnahme 13)** ist das Risiko, zwischen die Maschen der Versorgungssysteme und damit nachhaltig aus der regulären Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im Erwachsenenalter zu fallen, besonders hoch. Sie stehen an den Übergängen zwischen Schule und Beruf/Studium, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie sowie der Jugendhilfe mit allumfassenden Hilfeangeboten und den nach Rechtskreisen aufgeteilten Sozialleistungen mit jeweils eigenen Hilfebedarfsfeststellungs- und Hilfegewährungsverfahren. Hinzu kommt, dass schwere psychische Erkrankungen wie Schizophrenie sich vor allem in dieser Lebensphase entwickeln. Die Anfangssymptome dieser Erkrankung sind aber häufig diffus und können z.B. dem Krankheitsbild einer schweren Depression sehr ähnlich sein. Auch die Selbstmedikation mit Alkohol oder Drogen zur Dämpfung der Symptome spielen hier eine Rolle ebenso wie Drogenkonsum als Ursache für psychische Erkrankungen (beides trifft aber auch auf andere Altersgruppen zu). Laut

[34] Deutscher Bundestag Drucksache 20/12089 Antrag der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP Prävention stärken – Kinder mit psychisch oder suchtkranken Eltern unterstützen

[35] Um potentielle Belastungen von Kindern und Jugendlichen mit einem psychischen erkrankten Elternteil in den Blick zu nehmen, bietet das Referat Gesundheit der Abteilung Beratung (LIB) im LI Fortbildungen zur Stärkung der Resilienz und des Kohärenzgefühls der betroffenen Schülerinnen und Schüler an.
Mit der Perspektive auf Kinder und Jugendliche in suchtbelasteten Familien führt das Referat Sucht-Präventions-Zentrum (SPZ), Abteilung LIB im LI Fortbildungen zur Früherkennung und pädagogischen Arbeit in der Schule mit betroffenen Schülerinnen, Schülern und Sorgeberechtigten durch. Ergänzend wird Unterrichtsmaterial zur Verfügung gestellt, das zur Sensibilisierung für die Thematik bei allen Schülerinnen und Schülern beitragen als auch betroffene Jugendliche zur Stärkung und Ermutigung, das Hilfesystem frühzeitig zu nutzen, unterstützen soll. Das Thema „FASD-Prävention“ ist ein Element der SPZ/ LI Unterrichtsmateri-alien zur Alkoholprävention für die Sekundarstufe I.

Krankenhausdiagnosestatistik des Bundes aus dem Jahr 2022 liegt die Gruppe der an Schizophrenie sowie schizotypen und wahnhaften Störungen (F20-F29) erkrankten 18- bis 29-Jährigen mit 863 Fällen bei 23% aller in den Erwachsenenpsychiatrien der Hamburger Krankenhäuser behandelten Fälle dieser Diagnosegruppe (3.695 Fälle gesamt) – Tendenz nach aktuellem Kenntnisstand weiter steigend. Für junge Menschen mit den in dieser Lebensphase spezifischen Entwicklungsaufgaben sind daher sowohl klinische als auch außerklinische auf diese Bedarfslage zugeschnittene Behandlungs- und Unterstützungsangebote erforderlich, die die Zielgruppe ansprechen und auf Früherkennung sowie adäquate Behandlungsangebote ausgerichtet sind. Auch die Vernetzung aller hier relevanten Versorgungssysteme soll verstärkt werden – z.B. über die engere Verzahnung mit den Jugendberufsagenturen und spezifischen Angeboten der Suchthilfe für diese Zielgruppe.[36]

Psychisch erkrankte Kinder, Jugendliche und Jungerwachsene sowie Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern können von aufsuchenden Behandlungsmodellen, die auch auf die Unterstützung der Angehörigen und den Erhalt des sozialen Umfeldes ausgerichtet sind, ganz besonders profitieren (siehe auch oben Abschnitt zum Home Treatment). Gleiches gilt für die Vernetzung im Rahmen Gemeindepsychiatrischer Verbünde zur Vermeidung von Doppel-/Parallelstrukturen (siehe auch oben Abschnitt zu GPV).

Planungsstand, weiteres Vorgehen und Kosten:

Was	Aufbau bzw. Weiterentwicklung von klinischen und außerklinischen Behandlungsangeboten für junge Erwachsene
Eckpunkte	Spezifische Ausrichtung der Behandlungs- und Psychotherapieangebote auf Entwicklungsthemen und Lebenslagen junger Erwachsener, Früherkennung von psychischen Erkrankungen über den Aufbau einer engen Zusammenarbeit mit Berufsschulen/(Fach-)Hochschulen, Jugendberufsagenturen, Jobcentern, Angeboten der Suchthilfe für junge Menschen, Jugendhilfe/Familieninterventionsteam (FIT), Straßensozialarbeit, Jugendgerichts- und Jugendbewährungshilfe, Jugendgerichtsbarkeit, Polizei und weitere, niederschwellige Zugänge in Behandlungsangebote für diese Zielgruppe schaffen
Wer	BSB, Behörde für Justiz und Verbraucherschutz (BJV), BIS, Sozialbehörde, Leistungserbringer im Gesundheitswesen – ambulant, teil- und vollstationär in Zusammenarbeit mit o.g. Stellen, Krankenkassen für Behandlungsmodelle im Rahmen der besonderen Versorgung
Wie	Fachexpertise für Behandlungskonzepte aus vorgenannten Arbeitsbereichen in ein bis zwei Workshops einholen, Behandlungskonzepte auf Basis der Ergebnisse durch Leistungserbringer entwickeln bzw. anpassen, rechtskreisübergreifende Kommunikations- und Kooperationsketten aufbauen bzw. ergänzen und in Kooperationsvereinbarungen mit spezifisch auf diese Zielgruppe ausgerichteten Behandlungsangeboten im ambulanten, tagesklinischen oder vollstationären Bereich fassen. Befassung mit den Entwicklungen im Expertenrat (s. unten Abschnitt 4.3, Maßnahme 22)
Wann	Spezifische Angebote gibt es bereits im UKE, eine Tagesklinik für Jungerwachsene ist in Altona im Aufbau – voraussichtlicher Start Frühjahr 2025, Workshops zur Bündelung der Fachexpertisen im zweiten und dritten Quartal 2025

[36] Das SPZ/ LI berät und informiert zu diesem Themenbereich u.a. im Rahmen der Fortbildungsangebote „Hinschauen und Handeln“ sowie im Bereich der schulischen Frühintervention zu Gefährdungen und Risiken des Suchtmittelkonsums von Jugendlichen in der Adoleszenz, insbesondere bei belasteten Schülerinnen und Schülern. Ziel ist, das schulische Personal zu sensibilisieren und frühzeitig außerschulische Unterstützungsangebote miteinzubeziehen.

Was	Aufbau bzw. Weiterentwicklung von klinischen und außerklinischen Behandlungsangeboten für junge Erwachsene
Mit welcher Wirkung	Auffangen von jungen Menschen mit teils noch unentdeckten schweren psychischen Erkrankungen am Übergang Schule/Beruf bzw. Studium; Schließung von Versorgungslücken in der Versorgungssystematik nach Altersgruppen (Minderjährige/Volljährige); Frühzeitige Identifizierung und Behandlung von Patienten und Patientinnen mit dem hohen Risiko forensischer Krankheitsverläufe
Besondere Herausforderung	Sehr breites Spektrum an einzubeziehenden Arbeitsbereichen
Mit welchen Mitteln	Die Behandlungskosten sind Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Ggf. anfallende Investitionskosten zu spezifischen Behandlungskonzepten im tagesklinischen oder vollstationären klinischen Bereich erfolgen über die regulären Verfahren zur Krankenhaus- und Investitionsplanung, Maßnahmen zur rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit sind zunächst noch konzeptionell zu schärfen, bevor sie ggf. zu einem späteren Zeitpunkt Kosten auslösen.

4.2 Entwicklungslinie II – forensische Krankheitsverläufe und damit schwere Straftaten verhindern

Die Zahl der schwer psychisch erkrankten Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung und somit im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit erhebliche rechtswidrige Taten mit erheblichen seelischen oder/und körperlichen Schäden der Opfer begangen haben, steigt in Hamburg weiter an. Innerhalb der letzten 25 Jahre hat sich die Anzahl der Patienten und Patientinnen im Hamburger Maßregelvollzug mehr als verfünffacht (von 90 auf über 450 Patientinnen und Patienten). Auch in allen anderen Ländern ist ein starker Anstieg der Fallzahlen zu verzeichnen. Hamburg ist aber nach wie vor das Land mit der höchsten Unterbringungsquote in der forensischen Psychiatrie pro 100.000 Einwohnern.

Die Unterbringung von Personen nach dem Hamburgischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG), die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung sich selbst oder andere akut gefährden, hat in den letzten Jahren in Hamburg ebenfalls stetig zugenommen. Im Jahr 2023 hat es insgesamt 4.756 Einweisungen gegeben; davon 2.953 gerichtlich angeordnet. 1.803 Unterbringungen wurden bereits vor der gerichtlichen Anordnung wieder aufgehoben, weil die akute Krise schnell entaktualisiert werden konnte.[37]

Wissenschaftlich valide Erkenntnisse zu den Ursachen liegen bislang nicht vor. In der Gesellschaft sind in den letzten Jahren eine gesteigerte Sensibilität und verminderte Toleranz für mit psychischen Störungen assoziierte Verhaltensweisen zu beobachten. Vermehrt auftretende Stichprobenmerkmale der Untergebrachten, wie Obdachlosigkeit und/oder Chronifizierung sowie Verlagerung vom häuslichen in den öffentlichen Raum, könnten diese erhöhte Sensibilität erklären.

Blickt man auf psychiatrische Diagnosen und Biographien der Neuzugänge im Hamburger Maßregelvollzug, so kann festgehalten werden, dass mittlerweile bei über 90% der Betroffenen die Hauptdiagnose dem Formenkreis der Schizophrenie zugeordnet ist – also einer gut behandelbaren Erkrankung mit allgemein guter Prognose zur Stabilisierung oder gar Heilung. 16% der Indexdelikte sind Tötungsdelikte und 53% Körperverletzungen. Für eine zunehmende Verlagerung der Delikte in den öffentlichen Raum spricht, dass mittlerweile 67% der durch das

[37] Sog. 24h-Fälle – meist stark intoxikierte Patienten und Patientinnen nach Abbau der Rauschwirkung

Indexdelikt Geschädigten den Tätern/Patienten bzw. Täterinnen/Patientinnen gar nicht bekannt sind. 2009 lag dieser Anteil noch bei 30%. Die eindeutige Zuordnung der Tatbegehung im öffentlichen Raum lag 2023 sogar noch höher bei 76% aller Neuzugänge aus diesem Jahr.

Die Krankheits- und Delinquenzvorgeschichte von an Schizophrenie erkrankten Maßregelvollzugspatienten und -patientinnen ist mittlerweile wissenschaftlich über mehr als 10 Jahre untersucht.[38] Demnach sind diese Personen zum Zeitpunkt der Unterbringung im Maßregelvollzug im Durchschnitt 31,5 Jahre alt, der Großteil davon männlich. Erste Straftaten erfolgen im Heranwachsendenalter bis 21 Jahre, die erste Verurteilung erfolgt im Schnitt mit 21,5 Jahren. Die Erstmanifestation der Erkrankung und erste stationäre Behandlung findet im Schnitt mit 24 Jahren statt. Es folgen durchschnittlich neun stationäre Behandlungen in der Allgemeinpsychiatrie und sechs Vorstrafen, bis es zur rechtskräftigen Verurteilung zur Unterbringung im Maßregelvollzug kommt. Die durchschnittliche Verweildauer im Maßregelvollzug liegt in Hamburg derzeit bei 5,3 Jahren.

Bei ca. 90% aller Neuaufnahmen im Hamburger Maßregelvollzug handelt es sich zudem um Menschen in sozioökonomisch prekären Lebenslagen. Die meisten der Patienten und Patientinnen sind komplex erkrankt. D.h. es liegen neben der psychischen Erkrankung auch Substanzgebrauchsstörungen und ggf. weitere psychiatrische Diagnosen vor. Das psychosoziale Funktionsniveau ist in der Regel extrem niedrig. Die psychische Erkrankung ist häufig jahrelang unbehandelt, unterbrochen von kurzen zwangsweisen Unterbringungen in der Allgemeinpsychiatrie und mittlerweile chronifiziert.

Vor diesem Hintergrund werden zur künftigen Verhinderung forensischer Krankheitsverläufe folgende **Ziele** für den Psychiatrieplan gesetzt:

g) Risikopatienten und -patientinnen frühzeitig erkennen und ohne lange Wartezeiten einem Behandlungsangebot zuführen
h) Spezifische Behandlungsangebote für Risikopatienten und -patientinnen aufbauen
i) Institutionelle Stigmatisierung mindern

Zur Umsetzung dieser Ziele sind folgende **Maßnahmen** vorgesehen:

14. Aufbau einer Präventionsstelle mit den Schwerpunkten Früherkennung, Risikoeinschätzung, Aufklärung und Qualifizierung
15. Ausbau und Dezentralisierung von forensischen Institutsambulanzen (FIA) zur frühzeitigen außerklinischen Behandlung
16. Umsetzung von bereits entwickelten Lösungsansätzen; hier: SAFE
17. Umsetzung von bereits entwickelten Lösungsansätzen; hier: KAPPA
18. Umsetzung von bereits entwickelten Lösungsansätzen; hier: Akuttagesklinik
19. Curriculum zur Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften im Umgang mit schwer psychisch Erkrankten und ggf. Neigung zur Gewalt entwickeln und umsetzen

Zur **Erläuterung** der Maßnahmen:

Die Darlegungen zu Diagnosen und Krankheitsverläufen bei Hamburger Maßregelvollzugspatienten und -patientinnen zeigen, wie wichtig die Früherkennung von psychischen Erkrankungen und Lebenslagen mit dem Risiko der Forensifizierung sowie klinische und außerklinische Behandlungsmodelle sind, die auf diese Personengruppe – und hier insbesondere Jungerwachsene und wohnungs- und obdachlose Menschen – ausgerichtet sind (siehe auch oben,

[38] K. Piontek, S-U. Kutscher, Studie der Deutschen Forschungsgemeinschaft ab 10/2009, Institut für forensische Psychiatrie, Universität Duisburg-Essen

Abschnitte 4.1.5 Hilfen für psychisch erkrankte Wohnungs- und Obdachlose und 4.1.6 Hilfen für psychisch erkrankte junge Menschen).

4.2.1 Präventionsstelle und Ausbau Forensischer Institutsambulanzen

Für Hamburg soll eine **Präventionsstelle zur Verhinderung von forensischen Krankheitsverläufen und damit auch Verhinderung von schweren Straftaten (Ziel g, Maßnahme 14)** eingerichtet werden. Zu den Aufgaben dieser Stelle sollen gehören:

- Früherkennung von Risikopatienten und -patientinnen und zügige Vermittlung in adäquate Behandlungsangebote
- Beratung von Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften inkl. Konsiliardienst in Allgemeinpsychiatrien und ambulanten Behandlungsangeboten in Einzelfällen
- Aufbau von bzw. Integration in bereits bestehende Meldeketten zu Risikoeinschätzungen nach Schaffung der rechtlichen Voraussetzungen
- Mitwirkung an Fallkonferenzen der Justiz und der Polizei zur Risikoeinschätzung nach Schaffung der rechtlichen Voraussetzungen
- Übergänge für Betroffene bei bevorstehenden Haftentlassungen aus der JVA mitgestalten
- Aufklärung und Qualifizierung von Fachkräften im Umgang mit psychisch Erkrankten mit Neigung zur Gewalt
- Antistigma-Arbeit; insbesondere im institutionellen Bereich

Mit dieser Maßnahme wird auch ein wichtiger Beitrag zum Opferschutz geleistet. Erste Eckpunkte zur Gestaltung der Präventionsstelle sind in einer der Arbeitsgruppen zum Aufbau des Psychiatrieplans bereits entwickelt worden. Zur fachlichen Orientierung sind die Konzepte für Präventionsstellen aus Bayern und Zürich herangezogen worden.

Zu den Eckpunkten im Einzelnen:

- Ziele: Verhinderung von forensischen Krankheitsverläufen und somit Reduzierung von Unterbringungen im Hamburger Maßregelvollzug sowie Verhinderung von schweren Straftaten.
- Das Angebot richtet sich an insbesondere schwer psychisch Erkrankte mit Neigung zur Gewalt, deren Angehörige und weiteren Beteiligten aus dem sozialen Umfeld Betroffener sowie Fachkräfte aus Arbeitsbereichen, die mit psychisch erkrankten Menschen direkt arbeiten oder im Rahmen ihrer Aufgabenerledigung u.a. mit psychisch erkrankten Menschen zu tun haben (z.B. Polizei, Justiz)
- Zur Früherkennung sollen individuelle Risiko-Assessments unter Anwendung evidenzbasierter Prognoseinstrumente erstellt werden. Dabei und bei der Weitervermittlung in Behandlungs-/Versorgungsangebote sollen spezifische Anforderungen zu obdachlosen Menschen, Heranwachsenden sowie Menschen mit Migrationsgeschichte in Verbindung mit Kultursensibilitäten in den Blick genommen und in der Arbeit berücksichtigt werden.
- Die Präventionsstelle hält kein eigenes Behandlungs- oder Versorgungsangebot vor, sondern arbeitet eng mit Gemeindepsychiatrischen Verbünden (siehe oben Maßnahme 1) zur wohnortnahen Versorgung oder mit spezifisch auf diese Zielgruppe ausgerichteten Behandlungsmodellen (siehe unten Maßnahmen 15 – 18) zusammen.
- Zur Beratung und Unterstützung von Angehörigen sollen Informationen zu Krankheitsbildern und Umgang mit den Betroffenen bereitgestellt, bei Bedarf in weiterführende Unterstützungsangebote vermittelt und eine enge Zusammenarbeit mit Angeboten im Bereich Gewaltschutz entwickelt werden.

- Informationsmaterial über die Angebote der Präventionsstelle sowie Anhaltspunkte für und bei Betroffenen zur Hinzuziehung der Stelle entwickeln und verbreiten.
- Polizei, Justiz und andere Arbeitsbereiche (z.B. im Kontext rechtlicher Betreuungen) informieren, aufklären, sensibilisieren und Kooperationen zum datenschutzkonformen Informationsaustausch und zur Zusammenarbeit schaffen – wichtig sind schnelle und verlässliche Kontakte z.B. zum Kompetenzzentrum Risikobewertung (KoRis) im Landeskriminalamt und weiteren im Einzelfall jeweils relevanten behördlichen Netzwerkpartner (u.a. Justizbehörde, Staatsanwaltschaft, Justizvollzug, Schulbehörde, Jugendhilfe).
- Klärung von Weisungsbefugnissen der Präventionsstelle im Rahmen richterlicher Auflagen z.B. zur Vermeidung oder Verschonung von einstweiligen oder rechtskräftigen Unterbringungen im Maßregelvollzug (siehe auch unten Maßnahme 24).
- Aufbau eines Monitorings zum Fallgeschehen und eines Berichtswesens zu den Tätigkeiten der Präventionsstelle gesamt.

Die Eckpunkte sollen Grundlage für die weitere Konzeptentwicklung unter möglichst breiter Beteilung aller Arbeitsbereiche mit Schnittstellen zur Präventionsstelle sein. Dazu gehören neben Vertretungen aus den Bereichen der psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Versorgung insbesondere die Sozialpsychiatrischen Dienste der Fachämter Gesundheit, die Polizei, die Justiz und der Strafvollzug. Auch die Expertise Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger psychisch erkrankter Menschen soll hier einfließen. Die Präventionsstelle muss darüber hinaus eng mit den Gemeindepsychiatrischen Verbünden zur weiterführenden Versorgung vernetzt sein und soll räumlich möglichst zentral in Hamburg angesiedelt werden.

Planungsstand, weiteres Vorgehen und Kosten:

Was	Aufbau und Umsetzung der Präventionsstelle
Eckpunkte	Siehe oben
Wer	Sozialbehörde in Zusammenarbeit mit BIS sowie allen hier relevanten Arbeitsbereichen, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen
Wie	Erstellung eines Fachkonzepts auf Grundlage der bereits entwickelten Eckpunkte unter breiter Beteiligung aller o.g. Bereiche und Personenkreise, Umsetzung der Ziele und Aufgaben gem. Fachkonzept; dazu Erstellung eines Monitorings zu Aktivitäten, Anzahl der Risikoeinschätzungen und Vermittlungen in weiterführende Behandlungen und Hilfen; Auswertung jährlich durch die Sozialbehörde und Befassung mit den Ergebnissen im Expertenrat (s. unten Abschnitt 4.3, Maßnahme 22)
Wann	Weiterarbeit an dem Konzept sofort nach Klärung der zur Verfügung stehenden Mittel im Januar 2025; Personalakquise und Ausstattung der Räumlichkeiten im ersten Halbjahr 2025, Inbetriebnahme ab Sommer 2025
Mit welcher Wirkung	Schutz Betroffener vor Entwicklungen zur Forensifizierung, Schutz von Hamburger Bürgerinnen und Bürgern sowie Besucherinnen und Besuchern der FHH vor schweren Straftaten
Besondere Herausforderung	Zeitnahe Personalakquise in Zeiten des Fachkräftemangels, Schaffung klarer Kooperationsketten in komplexen Versorgungsstrukturen
Mit welchen Mitteln	Zusätzliche Haushaltsmittel für 2025/2026 in Höhe von 764 Tsd. Euro für das Jahr 2025 (anteilig ab Juni) und 1.324 Tsd. Euro für das Jahr 2026 Die ganzjährigen Kosten für das Jahr 2026 setzen sich wie folgt zusammen: 784 Tsd. Euro für Personal ori zzgl. 13 Tsd. Euro für geringfügig Beschäftigte, 527 Tsd. Euro für Raummiete, Fahrtkosten, medizinischer Bedarf und Sachkosten.

Was	Aufbau und Umsetzung der Präventionsstelle
	Personelle Zusammensetzung des Teams inkl. 0,5 VZÄ Leitungsanteil ärztlicher oder psychologischer Dienst: • 1,5 VZÄ ärztlicher Dienst Psychiatrie/Forensik (Ärzte 2) mit rd. 114 Tsd. Euro pro VZÄ • 2 VZÄ forensische Psychologe/Psychologin (E14) mit rd. 101 Tsd. Euro pro VZÄ • 3 VZÄ Sozialpädagogik (S12) mit rd. 76 Tsd. Euro pro VZÄ • 1 VZÄ Examinierte Pflegekraft (E10) mit rd. 77 Tsd. Euro • 1, 5 VZÄ Geschäftsstelle (E8) mit rd. 63 Tsd. Euro pro VZÄ • 2 Genesungsbegleitungen auf Basis geringfügiger Beschäftigung mit rd. 7 Tsd. Euro pro Person Da die Präventionsstelle für ganz Hamburg zuständig sein soll, wird diese aufgeführte Personalstärke benötigt. Die Stellen sollen dauerhaft Teil der öffentlichen Verwaltung sein, um die notwendige enge Zusammenarbeit mit Polizei, Justiz und Öffentlichem Gesundheitsdienst von Behörde zu Behörde neutral gestalten und die Präventionsstelle nach Neuregelung des HmbPsychKG ggf. mit Weisungsbefugnissen ggü. Patienten/Patientinnen ausstatten zu können.

Unmittelbar mit dem Thema Früherkennung verbunden ist die zügige Vermittlung in ein außerklinisches Behandlungsangebot. Hierfür bietet sich als erste Anlaufstelle die **Forensische Institutsambulanz (FIA)** an. Die Asklepios Klinik Nord/Ochsenzoll betreibt seit Jahren eine hochfrequentierte forensische Institutsambulanz. Der Großteil der dort behandelten Patienten und Patientinnen sind ehemalige Forensik-Patienten und -Patientinnen, für die die ambulante Nachsorge zur psychischen Stabilisierung und Vermeidung von Rückfällen in die Straffälligkeit erforderlich ist. Mit dem Fokus auf Prävention ist eine **Ausweitung und Dezentralisierung (Ziel g, Maßnahme 15)** dieses Behandlungsangebots notwendig, um auf positive Früherkennung von Risikopatienten und -patientinnen umgehend mit einem für die Betroffenen annehmbaren außerklinischen Behandlungsangebot reagieren zu können. Angesichts der hier vorangestellten Skizzierung von Risikogruppen wird die räumliche Nähe zu Hotspots – wie z.B. derzeit am Hauptbahnhof – und somit eine schnelle Erreichbarkeit für die Betroffenen eine wichtige Rolle spielen.

Eckpunkte Forensischer Institutsambulanzen sind:

- Die auf Patienten und Patientinnen mit dem Risiko der Fremdgefährdung ausgerichtete Behandlung von und Interventionen bei psychischen Erkrankungen und Substanzgebrauchsstörungen
- Die nachgehende Arbeit mit den Betroffenen in multiprofessionellen Teams
- Die Arbeit mit Kontrollinstrumenten und -abläufen zur fortlaufenden Risikoeinschätzung und zum Gefahrenmanagement

Planungsstand, weiteres Vorgehen und Kosten:

Was	Ausbau und Dezentralisierung von Forensischen Institutsambulanzen (FIA) an zunächst zwei weiteren Standorten
Eckpunkte	Siehe oben im Text; Fokus liegt hier auf Präforensischen Patienten und Patientinnen in enger Zusammenarbeit mit der Präventionsstelle (Maßnahme 14)
Wer	Leitungs- und Fachkräfte aus der Forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie, Vertretungen der Krankenkassen, Sozialbehörde

Wie	Auf Prävention und regelmäßige Risikoeinschätzungen ausgerichtetes Behandlungskonzept erstellen und umsetzen, datenschutzkonforme Kooperationen mit Kliniken der Allgemeinpsychiatrie, der Suchthilfe, der Wohnungs- und Obdachlosenhilfe und den Gemeindepsychiatrischen Verbünden, Justiz und Polizei entwickeln bzw. anpassen
Wann	Start ab sofort mit Konzeptaufbau, Errichtung einer FIA im Innenstadtbereich möglichst in der Nähe der Drogen- und Obdachlosenszene (Gebäude in der Repsoldstraße – siehe auch Abschnitt 4.1.5, Maßnahme 8) und an einem weiteren Standort z.B. im Hamburger Westen gekoppelt mit dem Projekt KAPPA (siehe unten Maßnahme 17) in 2025
Mit welcher Wirkung	Verhinderung von forensischen Krankheitsverläufen und somit Verhinderung von schweren Straftaten; wichtiger Beitrag zum Opferschutz
Besondere Herausforderung	Zeitnahe Akquise von Fachpersonal in Zeiten des Fachkräftemangels zur Aufstellung der Behandlungsteams, Suche nach Räumlichkeiten mit förderfähigem Mietpreis im Innenstadtbereich, wenn in dem Gebäude in der Repsoldstraße die Errichtung einer FIA nicht möglich sein sollte.
Mit welchen Mitteln	Zusätzliche Haushaltsmittel für 2025/2026 in Höhe von 870 Tsd. Euro zzgl. einem einmaligen investiven Bedarf in Höhe von 300 Tsd. Euro für das Jahr 2025 und 1.484 Tsd. Euro für das Jahr 2026 im Einzelnen: 2025 – für Ausstattung 300 Tsd. Euro (investiv) zzgl. 10 Tsd. Euro Abschreibungskosten und jahresanteilig 858 Tsd. Euro für Miete und Behandlung der Patienten und Patientinnen nach zu vereinbarender Quartalspauschale 2026 – für Miete und Quartalspauschale zur Behandlung 1.472 Tsd. Euro inkl. Tarifsteigerung zu Personalkosten sowie 12 Tsd. Euro Kosten aus Abschreibungen. Berechnungsgrundlage: Quartalspauschalen ausgehend von 80 Patienten/Patientinnen pro Standort pro Jahr: 2.300 Euro x 80 Patienten/Patientinnen x 4 Quartale x 2 Standorte Dies entspricht der derzeitigen Forensischen Institutsambulanz in der Asklepios Klinik-Nord/Ochsenzoll und wird hier zunächst kalkulatorisch angesetzt. Eine Fortsetzung dieser Maßnahme ab 2027 ist beabsichtigt.

4.2.2 Umsetzung von bereits entwickelten Lösungsansätzen

Wie bereits oben an mehreren Stellen zu den Maßnahmen zur Entwicklungslinie I dargelegt, ist die hier skizzierte Patientengruppe mit Angeboten der Regelversorgung nur noch schwer bis gar nicht mehr zu erreichen. Daher sind neben dem Ausbau Forensischer Institutsambulanzen weitere, zur klinischen Behandlung alternative, evidenzbasierte Behandlungsmodelle notwendig, um die Eskalation in die Forensifizierung zu verhindern und damit einen wichtigen Beitrag zum Opferschutz zu leisten. Gleichzeitig muss es darum gehen, die Behandlungsangebote so auszugestalten, dass diese für die Betroffenen auch annehmbar sind. Ein wichtiger Faktor ist dabei die größtmögliche Vermeidung von Zwang, um eine Compliance zur Behandlung herstellen zu können. Auch Behandlungsangebote, die zur Verschonung oder Verkürzung von Maßregeln mit und ohne Bewährungsauflagen eingesetzt und in die gemeindepsychiatrische Versorgung integriert werden können, sind hier elementare Bausteine. Hierzu sind für Hamburg die im Folgenden kurz skizzierten drei Lösungsansätze entwickelt worden.

Das **Modellprojekt SAFE zur Reduktion der Straffälligkeit und der forensischen Entwicklung bei schweren psychischen Erkrankungen in Hamburg (Ziel h, Maßnahme 16)** basiert auf dem Konzept fACT = Forensic Assertive Community Treatment (siehe auch oben, Abschnitt 4.1.2 zum Home-Treatment) und bietet eine flexible Vor-Ort-Behandlung je nach Krankheitsphase und benötigter Intensität in der Behandlung. Die Behandlung erfolgt nachgehend, in multiprofessionellen Teams mit 24/7 Rufbereitschaft zur Krisenintervention. Dieses Behandlungsmodell ist auf spezifische forensische Behandlungsmodule und Instrumente zur fortlaufenden Einschätzung des Fremdgefährdungspotentials ausgelegt. Sollte zwischenzeitlich doch eine stationäre Behandlung erforderlich sein, wird der Patient oder die Patientin durch das ambulante Behandlerteam weiter betreut. Wissenschaftliche Studien haben gezeigt, dass die klinische Verweildauer in diesem Setting erheblich verkürzt und Behandlungsabbrüche gerade an den sehr sensiblen Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung vermieden werden konnten.

Planungsstand, weiteres Vorgehen und Kosten:

Was	Behandlungsmodell Forensic Assertive Community Treatment (fACT) zur intensiven aufsuchenden Behandlung für Hochrisikopatienten und -patientinnen, die kurz vor der Einleitung von Strafverfahren stehen
Eckpunkte	Aufsuchende und nachgehende Intensiv-Behandlung und -Betreuung am Bedarf des Patienten/der Patientin ausgerichtet, Krisenintervention 24/7, stadtweites Angebot für mit Angeboten der Regelversorgung nicht mehr erreichbare schwer psychisch erkrankte Menschen, regelmäßiges Risikoscreening, wissenschaftliche Auswertung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit
Wer	Kooperation aus drei psychiatrischen Kliniken in enger Zusammenarbeit mit der Präventionsstelle, allen Hamburger Psychiatrien, Justiz, Polizei und allen Gemeindepsychiatrischen Verbünden
Wie	Aufbau von zwei Behandlungsteams an zwei Standorten zur Behandlung von insgesamt 30 – 50 Patienten und Patientinnen je nach Intensität des Behandlungsbedarfs; pro Jahr wird mit einem Abfluss von ca. 10 Patienten/Patientinnen und Neuaufnahmen in gleicher Anzahl gerechnet. Vereinbarung von Auswertungskriterien mit den Krankenkassen zur wissenschaftlichen Evaluation dieses Behandlungsmodells
Wann	Sobald Mittel und Personal zur Verfügung stehen; voraussichtlicher Start im 2. Quartal 2025
Mit welcher Wirkung	Reduzierung forensischer Krankheitsverläufe und damit verbundenen Maßregeln, Behandlungskontinuität auch in Krisensituationen, Vermeidung von Polizeieinsätzen und Zwangseinweisungen
Besondere Herausforderung	Derzeit besteht keine Vergütungsvereinbarung mit den Krankenkassen zu diesem Behandlungsmodell, weil Nachweise zum Beleg der Wirtschaftlichkeit aus Sicht der Kassen bislang nicht hinreichend gegeben sind.
Mit welchen Mitteln	Aufgrund des dringenden Handlungsbedarfs in der Forensischen Psychiatrie soll dieses Behandlungsmodell für 2025/2026 gefördert werden. Dafür werden zusätzliche Haushaltsmittel in Höhe von 794 Tsd. Euro für das Jahr 2025 (anteiliger Jahreswert) und 935 Tsd. Euro für das Jahr 2026 benötigt. Für beide Teams zusammen wird folgender Personalbedarf zugrunde gelegt: 1 VZÄ psychiatrischer Oberarzt, 2 VZÄ psychiatrische Assistenzärzte, 1 VZÄ Psychologe, 2 VZÄ psychiatrische Pflegekraft, 1 VZÄ Sozialtherapeut, 1 VZÄ Sozialpädagoge, 1 VZÄ forensische Genesungsbegleitung. Dazu kommen Sachkosten für: 2

Was	Behandlungsmodell Forensic Assertive Community Treatment (fACT) zur intensiven aufsuchenden Behandlung für Hochrisikopatienten und -patientinnen, die kurz vor der Einleitung von Strafverfahren stehen
	Leasing-Fahrzeuge, EDV, Arbeitsplatzausstattung mit Standort an zwei Krankenhäusern. Mit den Evaluationsergebnissen sollen Lösungsmöglichkeiten zur Finanzierung der Behandlungsleistungen durch die GKV entwickelt werden. Eine Fortsetzung dieser Maßnahme ab 2027 ist – sofern erforderlich – beabsichtigt.

Das Projekt KAPPA (Ziel h, Maßnahme 17) steht für „**K**ontinuierliche **A**llgemeinpsychiatrische und **P**rä- /Postforensische **P**sychosenbehandlung in Hamburg-**A**ltona“ und beinhaltet eine Vielzahl an ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten unterschiedlicher Intensität und Zugangsschwelle für schwer psychisch Erkrankte. Ziel ist es, die Patienten und Patientinnen je nach Krankheitsverlauf und Behandlungsbedarf in ihren Behandlungsprozessen halten zu können und damit den Einsatz von Maßregeln zu verhindern oder zu verkürzen.

Dazu gehören:

- die niedrigschwellige Kontaktaufnahme auf der Straße zu psychisch erkrankten Obdachlosen mit dem Ziel des Brückenbaus in Behandlungsangebote,
- Behandlungen in der Psychiatrischen Institutsambulanz mit Elementen der Forensischen Institutsambulanz,
- Tagesklinische Angebote, in die Risikopatienten und -patientinnen integriert werden können,
- ein Tagesklinisches Angebot für an Schizophrenie erkrankte Jungerwachsene,
- das Angebot der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d SGB V (siehe auch oben, Abschnitt 4.1.2 Home Treatment),
- die stationäre Behandlung von einstweilig Untergebrachten nach § 126a Strafprozessordnung in der Allgemeinpsychiatrie anstatt in der Maßregelvollzugseinrichtung sowie
- die Behandlung von Langzeitpatienten und -patientinnen aus dem Maßregelvollzug in einer hochstrukturierten Spezialstation zusammen mit zivilrechtlich untergebrachten Langzeitpatienten und -patientinnen nach § 1831 BGB.

Insbesondere mit der Behandlung von sog. 126a-Patienten und -Patientinnen im allgemeinpsychiatrischen Setting konnten schon erste Verschonungen von Maßregeln erreicht werden.

Planungsstand, weiteres Vorgehen und Kosten:

Was	Projekt KAPPA zur engeren Verzahnung von Allgemeinpsychiatrie, Forensischer Psychiatrie und Sozialpsychiatrie
Eckpunkte	Verschiedene Behandlungsmodule unterschiedlicher Intensität, die je nach Bedarf des Patienten/der Patientin mit dem Ziel der Besserung und (Re-)Integration bei gleichzeitiger Sicherung je nach Krankheitsbild eingesetzt werden können - Auflistung siehe oben im Text; damit werden alle Nuancen in der Prä- und Postforensischen, sowie der Forensischen Psychiatrie integriert in die Allgemeinpsychiatrische Versorgungen mit vielfältigen Möglichkeiten an Schnittstellen abgedeckt. Eine Kombination der Versorgung dieser Art gibt es in Hamburg bislang nicht.

Was	Projekt KAPPA zur engeren Verzahnung von Allgemeinpsychiatrie, Forensischer Psychiatrie und Sozialpsychiatrie
Wer	Asklepios Westklinikum Hamburg, Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie in enger Zusammenarbeit mit dem Gemeindepsychiatrischen Verbund Altona, Justiz und Polizei, Sozialbehörde
Wie	Schaffung von 4 – 8 hochstrukturierten und gesicherten Plätzen für Langzeitpatienten/-patientinnen des Maßregelvollzugs durchmischt mit zivilrechtlich untergebrachten Patienten/Patientinnen (§ 1831 BGB) mit dem Ziel der Überleitung in allgemeinpsychiatrische oder sozialpsychiatrische Settings oder Betreuungssettings im Bereich der Pflege Schaffung von 4 Plätzen zur einstweiligen Unterbringung nach § 126a Strafprozessordnung gekoppelt mit Behandlungsangeboten, die zu einer Verschonung oder Verhinderung von Maßregeln durch gerichtliche Auflagen zu alternativen Behandlungsangeboten in der Allgemeinpsychiatrie führen und über die Kombination der verschiedenen Behandlungsmodule sofort bei nahezu gleichbleibenden Behandlungsteams umgesetzt werden können Schaffung von tagesklinischen Angeboten spezifisch für schwer psychisch erkrankte Jungerwachsene (siehe auch oben Abschnitt, 4.1.6 junge Menschen in der Transitionsphase)
Wann	Start mit Umbauarbeiten zur Umsetzung Anfang 2025, Umsetzung voraussichtlich im Laufe des Jahres 2026
Mit welcher Wirkung	Früherkennung von forensischen Krankheitsentwicklungen bei jungen Menschen gekoppelt mit zielgruppenspezifischen Behandlungs- und Therapieangeboten, Verhinderung oder Verkürzung von Maßregeln, Behandlungskontinuität für die Betroffenen über die Schnittstelle der Forensischen Psychiatrie/Allgemeinpsychiatrie hinweg
Besondere Herausforderung	Zur Einhaltung der Sicherheitsstandards für Forensik-Patienten/-Patientinnen sind einmalige, aber sehr teure Umbaumaßnahmen notwendig.
Mit welchen Mitteln	Für die notwendigen Umbaumaßnahmen von zwei Bestandsgebäuden inkl. Belüftung und einem gesicherten Außengelänge werden zur Ertüchtigung von 8 – 12 integrierten Maßregelvollzugsplätzen insgesamt 5.900 Tsd. Euro als zusätzliche investive Mittel benötigt, davon 500 Tsd. Euro in 2025, 1.000 Tsd. Euro in 2026, 2.000 Tsd. Euro in 2027 und 2.400 Tsd. Euro in 2028. Es wird mit einer Inbetriebnahme im Jahr 2028 und Kosten aus Abschreibungen von jährlich 236 Tsd. Euro gerechnet. Für das tagesklinische Angebot sind pro Jahr rd. 60 Tsd. Euro zur anteiligen Mietförderung vorgesehen (357 Quadratmeter x 14 Euro / qm x 12 Monate).

Das Angebot zur **Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen mit besonderen Bedarfen (aufgrund ihrer Neigung zur Gewalt – Ziel h, Maßnahme 18)** legt den Fokus ebenfalls auf die patientenindividuelle nicht-stationäre Intensiv-Behandlung. Kernelement ist ein Tagesklinisches Angebot (sog. Akuttagesklinik) mit spezifisch auf diese Patientengruppe ausgerichteten pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmodulen sowie tagesstrukturierenden Angeboten. Der Tagesklinik konzeptionell vor- und nachgeschaltet sind Behandlungselemente einer Psychiatrischen Institutsambulanz (§ 118 SGB V) und des Behandlungsmodells Assertive Community Treatment (ACT). Für den Fall, dass ein Patient oder eine Patientin doch kurzzeitig stationär behandelt werden muss, soll eine

verbindliche Kooperation zwischen diesem Angebot und einer an der Pflichtversorgung teilnehmenden Psychiatrie eines Hamburger Krankenhauses hergestellt werden. Auch Angebote der Suchthilfe sollen je nach Bedarf eingebunden werden.

Wie oben im Abschnitt 4.1.1 zur Gemeindepsychiatrischen Versorgung ausgeführt, geht es auch für diese Patientengruppe nicht nur um die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung, sondern um die bedarfsorientierte Versorgung insgesamt. Daher sind diese alternativen Lösungsansätze ebenso wie die Angebote aller hier relevanten Regelversorgungssysteme in die gemeindepsychiatrische Versorgung zu integrieren.

Planungsstand, weiteres Vorgehen und Kosten:

Was	Akuttagesklinik für schwer psychisch erkrankte Menschen mit Neigung zur Gewalt – Risikopatienten und -patientinnen, die sich für diese Form der Versorgung eignen
Eckpunkte	Kernelement ist ein tagesklinisches Angebot für schwer psychisch erkrankte Menschen mit Neigung zur Gewalt kombiniert mit Behandlungselementen einer Psychiatrischen Institutsambulanz und aufsuchender Behandlung nach dem ACT-Modell zur bedarfsorientierten Versorgung
Wer	Anbieter aus dem Bereich der ambulanten Versorgung in enger Zusammenarbeit mit einer Kooperationsklinik für akute psychiatrische Notfälle mit Eigen- oder Fremdgefährdung, der Suchthilfe, den jeweils zuständigen Gemeindepsychiatrischen Verbünden, Sozialbehörde
Wie	Ein Konzeptentwurf liegt vor und muss zu Detailfragen weiter geschärft werden; Bescheid zum Antrag zur Aufnahme des tagesklinischen Angebots in den Krankenhausplan und der damit verbundenen Berechtigung zur Beantragung von Fördermitteln steht noch aus
Wann	Beginn der Umsetzung mit Erteilung des Leistungsbescheids
Mit welcher Wirkung	Verhinderung von forensischen Krankheitsverläufen, Verkürzung von vollstationären Maßregeln mit richterlichen Auflagen zur tagesklinischen Behandlung für hierfür geeignete Patienten/Patientinnen
Besondere Herausforderung	Suche nach einer geeigneten Immobilie im Hamburger Stadtgebiet mit förderfähigem Mietpreis, die für Betroffene ohne lange oder komplizierte Fahrtwege erreichbar ist, Akquise von Fachkräften mit psychiatrischer und forensischer Fachexpertise
Mit welchen Mitteln	Zur Umsetzung dieses Behandlungsangebots werden zusätzliche Haushaltsmittel für 2025/2026 in Höhe von rd. 100 Tsd. Euro pro Jahr (76 Tsd. Euro anteiliger Jahreswert 2025) zur Mietförderung benötigt. In 2025 werden zusätzlich einmalig 100 Tsd. Euro investiv für die Ausstattung benötigt, hinzu kommen Kosten aus Abschreibungen in Höhe von jährlich 4 Tsd. Euro. Eine Fortsetzung dieser Maßnahme ab 2027 ist beabsichtigt.

4.2.3 Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften

Fremdaggressive Verhaltensweisen – verbal oder/und körperlich – lassen niemanden emotional unberührt. Das gilt auch für Personen, die professionell mit Menschen arbeiten, die zur Gewalt neigen. Bei Gewalterfahrungen im beruflichen Kontext werden heutzutage regelhaft Angebote zur Aufarbeitung vorgehalten. Auch der professionelle Umgang mit Gewalt wird vielerorts z.B. mithilfe von Trainings zur Deeskalation eingeübt.

Psychisch erkrankte Menschen mit gewaltassoziierten Verhaltensweisen befinden sich zumeist in extrem verletzlichen Lebenslagen und sind in diesen Situationen besonders betreuungsbedürftig. Dies ist nicht in jedem Betreuungssetting leistbar und oftmals reichen schon Kenntnisse über längst vergangene und psychotherapeutisch aufgearbeitete mit Gewalt einhergehende Situationen, die die Aufnahme in eine ambulante Betreuung oder Einrichtung nicht ohne Weiteres zulassen. Entscheidungsrelevante Aspekte sind z.B. die erforderliche Betreuungsintensität, die Integrierbarkeit in (Wohn-)Gruppen oder der Schutz der Mitarbeitenden gekoppelt mit der Vermeidung von Personalfluktuationen angesichts des Fachkräftemangels. Auch Befürchtungen des Alleingelassen-Werdens durch andere mitverantwortliche Versorgungssysteme können hier eine Rolle spielen.

Auch in Beratungs- und Verwaltungskontexten z.B. zur Klärung von Sozialleistungsansprüchen mit den jeweils damit einhergehenden Mitwirkungspflichten kann es zu gewaltassoziierten Verhaltensweisen Betroffener kommen. Ob oder inwieweit dies Auswirkungen auf die Qualität der Beratungen oder Hilfe-/Pflege-/Teilhabe-/Behandlungsplanungen hat, lässt sich nicht zahlen- und faktenbasiert darlegen. Derartige Situationen so kurz wie möglich zu halten und nur das absolut Notwendige zu besprechen oder schriftlich zu erledigen ist menschlich nachvollziehbar, kann aber gleichzeitig Situationen der Überforderung bei den Betroffenen hervorrufen oder verstärken.

Aus psychiatrischen Fachabteilungen Hamburger Krankenhäuser wird schließlich berichtet, dass Patienten und Patientinnen aus Pflege- und Betreuungseinrichtungen auf den Akutstationen aufgenommen werden, denen während des Klinikaufenthaltes aus disziplinarischen oder konzeptionell nicht mehr tragbaren (vertraglich vorgesehenen) Gründen der Pflege- oder Betreuungsplatz gekündigt wird. Eine Anschlussversorgung kann oft nicht zeitnah realisiert werden, obwohl die Leistungserbringer (aus dem Bereich der Eingliederungshilfe) verpflichtet sind, am Auffinden eines geeigneten Anschlusssettings mitzuwirken, wenn sie feststellen, dass ihr Assistenzangebot nicht mehr ausreichend oder passend ist.

Im Interesse der Betroffenen, aber auch der Fach- und Leitungskräfte sind die verschiedenen Perspektiven zu diesem Thema wahr- und ernst zu nehmen und ein **Curriculum zur Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften zu erstellen und umzusetzen (Ziel i, Maßnahme 19)**. Ziel ist es, institutionelle Stigmatisierung in ihren vielschichtigen Facetten so weit wie möglich zu verhindern. Gedacht ist hier sowohl an kostenfreie als auch kostenpflichtige Angebote. Zielgruppen sollen Mitarbeitende im öffentlichen Dienst mit Berührungspunkten zu dieser Personengruppe, im Gesundheitswesen, im Bereich der gesetzlichen Betreuung sowie im Bereich der Hamburger Sozialpsychiatrie, der Jugendhilfe oder im Pflegebereich tätigen Leistungserbringer sein. Die Kostenpflicht wird davon abhängen, ob in den jeweiligen Vergütungsvereinbarungen der Leistungserbringer Entgelte für Fortbildungen dieser Art enthalten sind (wie es bspw. in der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX der Fall ist). Hintergrund ist die Vermeidung von Doppelfinanzierungen. Diese Aufgabe soll über die neu einzurichtende Präventionsstelle (siehe auch oben, Abschnitt 4.2.1 Präventionsstelle) übernommen werden. In einem weiteren Schritt sollen die Erkenntnisse aus diesen Veranstaltungen für Öffentlichkeitskampagnen zur Antistigma-Arbeit allgemein genutzt werden.

Ein weiteres wichtiges Thema ist die Hilfe und Unterstützung für Angehörige psychisch Erkrankter mit fremdaggressiven Verhaltensweisen. Hier ist zu klären, in welcher Form dieser Themenkomplex in Gewaltschutzkonzepten bereits berücksichtigt ist bzw. neu oder weiterentwickelt werden muss.

Zum Planungsstand, weiterem Vorgehen und den Kosten siehe oben, Maßnahme 14 – Präventionsstelle.

4.3 Entwicklungslinie III – Strukturen zur Umsetzung der Ziele und Maßnahmen anpassen bzw. verbessern

Um die Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Menschen nachhaltig wirksam umsetzen zu können, sind weitere Anpassungen und Veränderungen der Strukturen zur Versorgung notwendig. Die grundlegende Veränderung in der Versorgungsstruktur ist mit dem Aufbau Gemeindepsychiatrischer Verbünde bereits an erste Stelle gesetzt und bildet zusammen mit den Maßnahmen zum Home Treatment das Kernstück dieses Psychiatrieplans.

Weitere **Ziele** zur Anpassung und Verbesserung auf struktureller Ebene sind:

j) Rechtskreisübergreifende Versorgung verbindlich und bedarfsorientiert gestalten und steuern
k) Versorgungsangebote und -strukturen kontinuierlich verbessern und frühzeitig Lücken und Fehlentwicklungen erkennen
l) Rechtskreisübergreifende Finanzierungsmodelle für notwendige Behandlungs- und Unterstützungsleistungen entwickeln
m) Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen landesrechtlich verankern
n) Vorgänge zur Bearbeitung struktureller Hürden zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen auf Bundesebene initiieren

Zur Umsetzung dieser Ziele sind folgende **Maßnahmen** vorgesehen:

20. Mitglieder der Gemeindepsychiatrischen Verbünde qualifizieren
21. Bezirkliche Psychiatriekoordinationen installieren
22. Expertenrat auf Landesebene einrichten
23. Finanzierungsvereinbarungen mit allen zur Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Menschen verantwortlichen Kostenträger treffen
24. Das Hamburgische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) vom Unterbringungsgesetz zum strukturgebenden Gesetz zur Versorgung und zum Schutz von psychisch erkrankten Menschen umgestalten
25. Strukturthemen für länderübergreifende Gremien aufbereiten und der Behördenleitung zur Einsteuerung in die jeweils zuständigen Gremien vorschlagen

Zur **Erläuterung** der Maßnahmen:

Für eine nachhaltig wirksame Zusammenarbeit in Gemeindepsychiatrischen Verbünden müssen zunächst gemeinsame fachliche und organisatorische Grundlagen geschaffen werden. Die Eckpunkte dazu sind oben im Abschnitt 4.1.1 GPV bereits dargelegt. Die Kooperationspartner sind je nach Ausrichtung ihrer Angebote unterschiedlichen Rechtskreisen verpflichtet. Für eine gelingende Zusammenarbeit muss daher ein gegenseitiges Verständnis und Akzeptanz der mit den Rechtskreisen verbundenen unterschiedlichen Handlungslogiken geschaffen werden. Dies ist Voraussetzung für die Entwicklung eines professionellen Grundverständnisses als Kooperationsverbund und Verantwortungsgemeinschaft. Hierfür bedarf es moderierter Prozesse, in denen die jeweiligen Akteure zusammenfinden. Erfolgt dies nicht, besteht das hohe Risiko, dass der Verbund bei einem krisenhaften Fallverlauf schnell wieder auseinanderfällt. Ein weiteres typisches Phänomen in instabilen Verbünden oder Netzwerken ist die

unbewusste Re-Inszenierung der Klienten-/Patientenproblematik im Helfersystem[39], was wiederum zur Verstärkung statt zur Lösung der Grundproblematik vor allem in Krisen und entsprechender Ausweitung der Folgeproblematiken führen kann. Erfahrungen aus dem Modell Hamburger Süden haben gezeigt, dass **gemeinsame Fortbildungen und Fachtage (Ziel j, Maßnahme 20)** zur Erreichung dieser Stabilität unerlässlich sind. Auch hierfür soll unter Beteiligung von Vertretungen aus allen hier relevanten Arbeitsbereichen ein Curriculum entwickelt werden.

Planungsstand, weiteres Vorgehen und Kosten:

Was	Qualifizierung zur verbindlichen Zusammenarbeit und Entwicklung einer Verantwortungsgemeinschaft zur Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Menschen
Eckpunkte	Moderierte Prozesse zum gegenseitigen Kennenlernen und Verstehen der verschiedenen Arbeitsbereiche, Aufbau von Vertrauen, Fortbildungen zu Fachthemen und zur Bildung von Netzwerken und Fachtage zur Bildung eines gemeinsamen Fachverständnisses
Wer	Alle Mitglieder der Gemeindepsychiatrischen Verbünde – Voraussetzung: die Geschäftsführungen der Leistungserbringer müssen sich vorab vertraglich zur Zusammenarbeit im GPV verpflichtet haben, Fachreferenten und -referentinnen und externe Moderatoren und Moderatorinnen zur Begleitung der Prozesse, Sozialbehörde
Wie	Erstellung eines Curriculums zu Veranstaltungen und Fortbildungen[40] mit einem für alle Verbünde verbindlichen Teil (inkl. Implementierung der Inhalte der vorab geschlossenen GPV-Verträge) und einem Teil gestaltet nach spezifischen Bedarfen der einzelnen GPV zum Aufbau einer Verantwortungsgemeinschaft, Suche nach Moderations- und Referententeams ggf. über Ausschreibungen, Organisation von Räumen und Material, Durchführung der Veranstaltungen, Auswertung der Veranstaltungen im Hinblick auf Wirksamkeit und Zufriedenheit der Teilnehmenden
Wann	Curriculum und Vorbereitungen erste Jahreshälfte 2025, Durchführung der Veranstaltungen ab zweiter Jahreshälfte 2025 bis Ende 2026 zum Aufbau der GPV; weitere Veranstaltungen zur Konsolidierung der Zusammenarbeit ab 2027.
Mit welcher Wirkung	Für Betroffene und Leistungserbringer tragfähige Lösungen zur lebenslagen- und bedarfsorientierten Versorgung
Besondere Herausforderung	Sich zusammenfinden in komplexen Versorgungsstrukturen ggf. auch außerhalb bislang gewohnter Kooperationsstrukturen; Ablegen/Ausräumen ggf. bestehender Ressentiments gegenüber anderen Arbeitsbereichen oder einzelnen Kooperationspartnern
Mit welchen Mitteln	Es werden zusätzliche Haushaltsmittel für 2025/2026 in Höhe von insgesamt 837 Tsd. Euro für beide Jahre benötigt: für Referenten- und Moderatorenteams, Räume und Material für insgesamt ca. 280 Teilnehmende verteilt auf GPV-Mitglieder in sieben Bezirken zum

[39] Zur Erläuterung ein Beispiel: Eine psychisch erkrankte Person hat mit dem inneren Abwehrmechanismus „Spaltung“ zu tun – also der ständigen und häufig wechselnden Aufteilung in extrem gute und extrem böse Menschen/Sachverhalte. Entsprechend werden soziale Beziehungen oder das Leben an sich gestaltet. Arbeiten mehrere Leistungserbringer in diesem Fall zusammen und die betroffene Person erzählt dem Leistungserbringer A ständig, wie inkompetent oder ungerecht der Leistungserbringer B ist, und Leistungserbringer A lässt sich darauf ein, wird misstrauisch oder macht dem Kooperationspartner sogar Vorwürfe, weil die vorgetragene Beschwerde mal wieder als typisch für das andere hier beteiligte Leistungssystem gesehen wird, kommt es im Ergebnis eher zum Rückzug aus der Kooperation anstatt zur Zusammenarbeit; ohne genau zu wissen, was bei dem jeweils anderen Leistungserbringer dahinter steckt. In der Folge kommt die betroffene Person nicht zu den für sie erforderlichen Hilfen/Komplexleistungen oder aber im ganz ungünstigen Fall wenden sich beide Leistungserbringer nach weiteren Beschwerden von der Person ab.

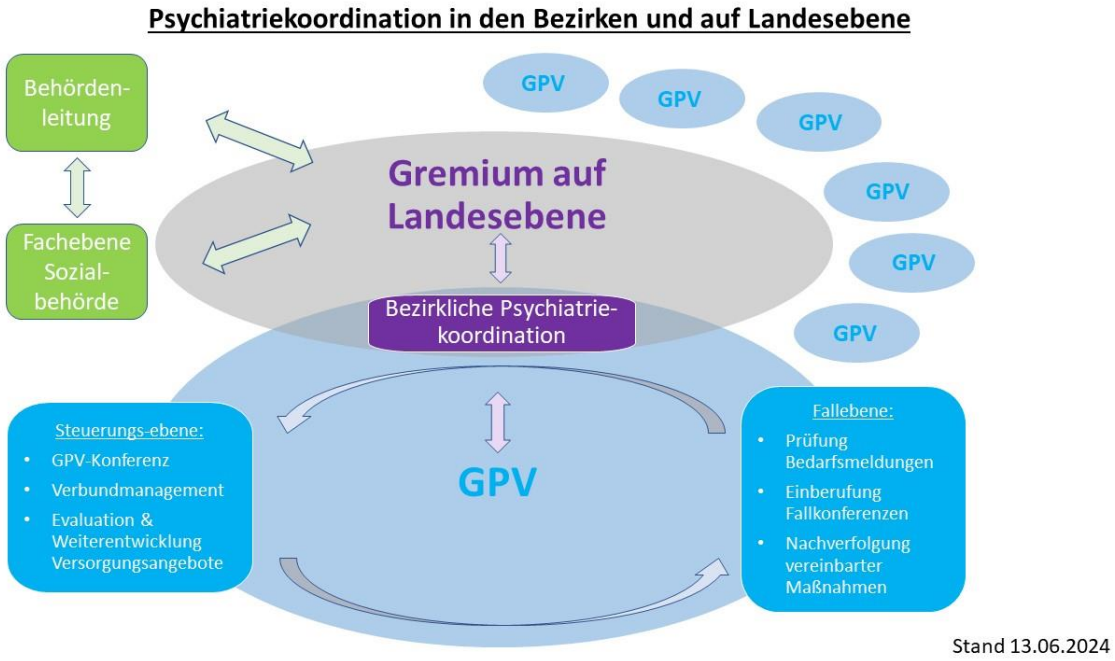
[40] So sollte das Curriculum auch Informationen, Methoden und Maßnahmen zur Förderung der Diversitätssensibilität in der Zusammenarbeit mit psychisch erkrankten Menschen enthalten.

Was	Qualifizierung zur verbindlichen Zusammenarbeit und Entwicklung einer Verantwortungsgemeinschaft zur Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Menschen
	Aufbau der GPV; ab 2027 pro Jahr 161 Tsd. Euro für Veranstaltungen zur Konsolidierung der GPV.

Die Erfahrungen aus dem Modell Hamburger Süden haben auch gezeigt, dass neben verlässlich mitwirkenden Kooperationspartnern in jedem GPV eine Person bzw. Stelle in neutraler Position notwendig ist, die den Überblick behält und alle erforderlichen Aktivitäten strukturiert, organisiert und leitet. Neutralität meint hier, dass Falleinsteuerungen ohne Eigeninteresse und ohne eigene sozialleistungsrechtliche Befugnis oder Verpflichtung umgesetzt werden. Daher soll **in jedem GPV eine Psychiatriekoordination (Ziel j, Maßnahme 21)** eingesetzt werden. Folgende Eckpunkte zu den Aufgaben der Psychiatriekoordination sind in den Werkstattgesprächen zum Aufbau Gemeindepsychiatrischer Verbünde bereits entwickelt worden:

- Die bezirkliche Psychiatriekoordination (PK) leitet den GPV in ihrem Bezirk und übernimmt Organisation und Steuerung des Verbundes.
- Die PK ist auf Steuerungsebene zuständig für das Verbundmanagement. Sie organisiert und moderiert regelmäßige Sitzungen des Verbundes.
- Auf der Fallebene übernimmt die PK die Prüfung der eingegangenen Bedarfsmeldungen und beruft Fallkonferenzen ein. Sie ist zuständig für Organisation und Moderation.
- Die vereinbarten Maßnahmen werden von der PK nachverfolgt und überprüft. Die Fallverantwortung liegt bei den Mitgliedsorganisationen.
- Die bezirklichen Psychiatriekoordinationen sind Teil eines Gremiums auf Landesebene, das unter Einbezug verschiedener Interessensvertretungen die Gesamtsteuerung der GPV wahrnimmt und zur Weiterentwicklung der (sozial-) psychiatrischen Versorgungsangebote in den Bezirken und der FHH beitragen soll (siehe Abbildung).
- Das Gremium soll zudem die Behördenleitung beraten. Die PK bilden dabei das Bindeglied zwischen Landes- und Bezirksebene (siehe Abbildung).
- Um eine strukturierte und transparente Arbeitsweise des Gremiums gewährleisten zu können, werden Standards für ein Berichtswesen zum Fallgeschehen und den jeweiligen Bedarfen vor Ort entwickelt. Die Zuständigkeit für ein bezirkliches Berichtswesen liegt bei der jeweiligen PK.

Hierbei handelt es sich um neue Aufgaben, die von den Aufgaben der Sozialpsychiatrischen und Jugendpsychiatrischen Dienste sowohl inhaltlich als auch organisatorisch klar zu trennen sind. Um die vorgenannte Neutralität in der Ausübung der Aufgaben gewährleisten zu können bietet es sich an, die Psychiatriekoordinationen organisatorisch als Stabsstellen in den bezirklichen Fachämtern Gesundheit anzusiedeln.



Planungsstand, weiteres Vorgehen und Kosten:

Was	Einsetzung einer Psychiatriekoordination pro GPV und somit pro Bezirk
Eckpunkte	Siehe oben Aufzählung und Abbildung
Wer	Sozialbehörde, Bezirksämter/Fachämter Gesundheit, weitere Beteiligte aus dem Kreis der potentiellen GPV-Mitglieder sowie weitere Kooperationspartner wie Justiz und Polizei
Wie	Aufbau eines für alle Bezirke einheitlichen Aufgabenprofils auf Basis der bereits entwickelten Eckpunkte, organisatorische Anbindung der PK als Stabstelle in den Fachämtern Gesundheit als von allen potentiellen GPV-Mitgliedern angesehene neutrale und als Leitung akzeptierte Stelle, gemeinsame Stellenausschreibung und Personalauswahl über alle Bezirke
Wann	Weitere Konkretisierung des Aufgabenprofils, Personalauswahlverfahren im ersten Halbjahr 2025; anschließend Einbindung in die weitere Aufbauarbeit für GPV vor Ort sowie Entwicklung des Berichtswesen und Planung der Fortbildungen/Fachtage
Mit welcher Wirkung	Stabilisierung der GPV und Strukturierung der Zusammenarbeit
Besondere Herausforderung	Zeitnahe Personalakquise in Zeiten des Fachkräftemangels, klare Abgrenzung der Koordinationstätigkeiten von der Fallarbeit in den Sozialpsychiatrischen und Jugendpsychiatrischen Diensten in den Fachämtern Gesundheit, Lösungen zur Abdeckung von Vertretungszeiten der Psychiatriekoordinationen mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen
Mit welchen Mitteln	Es werden zusätzliche Haushaltsmittel in Höhe von 410 Tsd. Euro für 2025 (anteiliger Jahreswert) und 713 Tsd. Euro für 2026 für Personalkosten inkl. Büroarbeitsplatzpauschale und Sachmitteln für sieben VZÄ Vergütungsgruppe S17 TV-L mit neuen Stellen in den Einzelplänen der Bezirksämter benötigt.

Für eine künftig institutionalisierte trialogisch[41] ausgerichtete Psychiatrieplanung soll ein **Expertenrat auf Landesebene (Ziel k, Maßnahme 22)** eingerichtet werden. Das Gremium soll sich aus Vertretungen der einschlägigen Versorgungsbereiche, den Psychiatriekoordinationen, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigenvertretungen sowie Vertretungen der jeweils zuständigen Behörden (insbesondere der Sozialbehörde, der BIS und der BJV) zusammensetzen. Der Expertenrat soll sich mit den Berichten aus den Gemeindepsychiatrischen Verbünden sowie dem Sachstand zu den weiteren Maßnahmen dieses Psychiatrieplans befassen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung an die Leitung der Sozialbehörde als hier federführende Behörde formulieren. Von dort sollen Entscheidungen zu den Empfehlungen und die Weiterleitung an die entsprechenden Ämter/Arbeitsbereiche in der Sozialbehörde oder an andere zuständige Behörden zur fachlichen und fiskalischen Einordnung und Stellungnahme zum weiteren Vorgehen erfolgen. Die Ergebnisse sollen mit dem Expertenrat rückgekoppelt werden; ggf. mit dem Auftrag zur Konkretisierung oder Weiterentwicklung der Empfehlungen.

Planungsstand, weiteres Vorgehen und Kosten:

Was	Installierung eines Expertenrates zur Psychiatrieplanung auf Landesebene
Eckpunkte	Trialogisch ausgerichtetes Gremium mit beratender Funktion ggü. der Behördenleitung, Hauptaufgabe: Befassung mit Berichten aus den Gemeindepsychiatrischen Verbünden und Ableitung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung
Wer	Siehe oben im Text zu Maßnahme 22
Wie	Zwei bis drei Sitzungen pro Jahr unter der Leitung der Sozialbehörde; ggf. anlassbezogen Bildung von Unter-AG's zu Teilthemen
Wann	Start Ende 2025 mit Sachstand zum Aufbau der GPV
Mit welcher Wirkung	Institutionalisierung des gleichberechtigten Austausches zwischen Betroffenen/Angehörigen, Leistungserbringern und Vertretungen der öffentlichen Verwaltung (Trialog) zum Thema Psychiatrieplanung auf Landesebene Verankerung im HmbPsychKG (s. unten Abschnitt 4.3, Maßnahme 22) unter Berücksichtigung der verschiedenen Perspektiven marginalisierter Personengruppen
Besondere Herausforderung	In die Psychiatrieplanung ist eine Vielzahl an Arbeitsbereichen sowie Berufs- und Interessenverbände einzubeziehen. Daher wird in feste Mitglieder und weitere einzubeziehende Bereiche unterteilt werden müssen, um ein arbeitsfähiges Gremium bilden zu können.
Mit welchen Mitteln	Diese Maßnahme ist den Regelaufgaben der zuständigen Behörde zuzuordnen; für ehrenamtliche Mitglieder (Betroffene und Angehörige) fallen geringfügige Kosten für Aufwandsentschädigungen gem. § 2 des Hamburgischen Entschädigungsleistungsgesetzes zur Teilnahme an den Sitzungen an

Wie bereits an mehreren Stellen dieses Psychiatrieplans dargelegt, **sind Fragen zur Finanzierung einzelner Maßnahmen zu klären (siehe insbesondere im Abschnitt 4.1.2 zum Home Treatment – Ziel l, Maßnahme 23)**. Hier treffen das selbstverwaltete, vertragsärztlich geregelte und im Wesentlichen über Versicherungsbeiträge finanzierte Gesundheitswesen auf steuerfinanzierte Budgets der jeweils zuständigen Behörden. Ob und inwieweit insbesondere aufsuchende und nachgehende Behandlungsangebote eingebettet in die wohnortnahe Versorgung psychisch erkrankter Menschen insgesamt finanziert werden können, muss weiter mit allen daran beteiligten Kostenträgern geklärt werden. Ein wichtiger Ansatzpunkt sind hier die gesetzlichen Maßgaben zu Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen

[41] Unter Trialog ist hier der zwischen Betroffenen/Angehörigen, Leistungserbringer und Vertretungen der öffentlichen Verwaltung gleichberechtigte Austausch zu verstehen.

nach § 64b SGB V und die Frage nach Möglichkeiten und Grenzen von sog. Regionalbudgets für Hamburg als Stadtstaat und Metropolregion. Beispiele wie DreiFürEins (siehe oben Abschnitt 4.1.6 zu Hilfen für psychisch erkrankte junge Menschen) und das Vorhaben WuK-PeB (siehe oben Abschnitt 4.1.5 zu Hilfen für psychisch erkrankte Wohnungslose) zeigen hier erste Lösungswege auf.

Planungsstand, weiteres Vorgehen und Kosten:

Was	Neue Finanzierungsmodelle zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen entwickeln
Eckpunkte	Finanzierung von aufsuchenden Behandlungsmodellen im Rahmen der besonderen Versorgung nach dem SGB V Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V in Verbindung mit Regionalbudgets; ggf. auch rechtskreisübergreifend Aufsuchende Behandlung durch Psychiatrische Institutsambulanzen – Möglichkeiten und Grenzen Finanzierungsfragen zum Hamburger Krisentelefon als Bestandteil der Notfallversorgung
Wer	Hamburger Landesvertretungen der Krankenkassen, Sozialbehörde, Leistungserbringer aus dem ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens und der Sozialpsychiatrie, Vertretungen aus einschlägigen Berufsverbänden sowie Ärzte- und Psychotherapeutenkammern,
Wie	Einladung zu Gesprächsrunden durch die Sozialbehörde
Wann	Ab Februar 2025 unter Einbeziehung des bereits bestehenden Besprechungswesens zum Fachaustausch zwischen Sozialbehörde, Hamburger Landesvertretungen der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
Mit welcher Wirkung	Zugänge zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung für schwer psychisch erkrankte Menschen einfacher und schneller gestalten
Besondere Herausforderung	Unterschiedliche Einschätzungen zu Wirkung und Wirtschaftlichkeit einzelner Maßnahmen
Mit welchen Mitteln	Diese Maßnahme ist den Regelaufgaben der zuständigen Behörde zuzuordnen.

Das Hamburgische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) in seiner aktuell gültigen Fassung ist im Wesentlichen auf Regelungen zur Unterbringung psychisch erkrankter Menschen bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung ausgelegt. Die letzte **grundlegende Neureglung (Ziel m, Maßnahme 24)** hat 1994 stattgefunden und ist im September 1995 in Kraft getreten. Vor dem Hintergrund der in diesem Psychiatrieplan aufgeführten Maßnahmen soll nun ein Vorschlag zur Neuregelung des HmbPsychKG zur Vorlage an Senat und Bürgerschaft erarbeitet werden. Mit dieser Neuregelung sollte auch ein landesrechtlicher Paradigmenwechsel weg vom Unterbringungsgesetz hin zu einem strukturgebenden Gesetz zur Versorgung und zum Schutz psychisch erkrankter Menschen in Hamburg vollzogen werden. So sollten z.B. die Zusammenarbeit in Gemeindepsychiatrischen Verbünden und die Einrichtung von Psychiatriekoordinationen in den Bezirken sowie der trialogisch ausgerichtete Expertenrat auf Landesebene gesetzlich verankert werden. Hierzu gibt es vielfältige Beispiele aus den anderen Bundesländern, die zur Prüfung herangezogen werden sollen. Darüber hinaus soll das HmbPsychKG dahingehend überprüft werden, dass es die Vielfalt geschlechtlicher Identität berücksichtigt, ohne ausschließlich ein binäres Geschlechterverständnis widerzuspiegeln.

Auch Gesetzesregelungen zu Weisungsmöglichkeiten als Maßnahmen unterhalb oder zur Verkürzung von Zwangsunterbringungen im Sinne des Modells *Community Treatment Order* (CTO)[42] sollen geprüft werden. Zu diesem Themenkomplex gibt es in Fachkreisen und Interessenverbänden sehr unterschiedliche Positionen. Diese bewegen sich zwischen ‚Vermeidung von Zwang durch die Möglichkeit milderer Mittel' und ‚unnötiger Ausweitung von Zwang durch die Schaffung neuer Zwangsmittel'. Hierzu wird im Rahmen des Entwicklungsprozesses zur Neuregelung des HmbPsychKG der fachliche Diskurs mit Vertretungen der unterschiedlichen Positionen zu führen sein. Auch die juristische Auslegung und Einordnung im Hinblick auf die im Grundgesetz verankerten Freiheitsrechte muss vollzogen werden. Im Zentrum muss die Frage stehen, wie eine verlässliche Anbindung an psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung erreicht werden kann. In diesem Zusammenhang wird auch das Hamburgische Maßregelvollzugsgesetz (HmbMVollzG) auf Anpassungsbedarf überprüft werden müssen. Zudem soll geprüft werden, ob auch eine Zusammenlegung dieser beiden Gesetze in Betracht kommt, so wie z.B. im Berliner Landesrecht. Auch diese Prüfergebnisse werden Senat und Bürgerschaft zur Entscheidung vorgelegt werden.

Planungsstand, weiteres Vorgehen und Kosten:

Was	Vorschlag zur Neuregelung des HmbPsychKG erarbeiten
Eckpunkte	Paradigmenwechsel zum strukturgebenden Gesetz zur Versorgung und zum Schutz psychisch erkrankter Menschen
Wer	Sozialbehörde
Wie	Erstellung eines Referentenentwurfs zur Beschlussfassung im Senat
Wann	Start sofort, Abschluss voraussichtlich Ende 2026
Mit welcher Wirkung	Mehr Handlungssicherheit für Betroffene, Angehörige, Leistungsträger und Leistungserbringer
Besondere Herausforderung	Anpassungen im Hamburgischen Maßregelvollzugsgesetz und im Hamburgischen Gesundheitsdienstgesetz müssen parallel mitbearbeitet werden.
Mit welchen Mitteln	Diese Maßnahme ist den Regelaufgaben der zuständigen Behörde zuzuordnen.

Strukturthemen zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen, die nicht auf Landesebene weiterbewegt werden können, sollen durch den neu zu schaffenden Expertenrat aufbereitet und der Leitung der Sozialbehörde **zur Einsteuerung in länderübergreifende Gremien vorgeschlagen werden (Ziel n, Maßnahme 25)**. Zu denken wäre hier beispielsweise an weiterführende gesetzliche Regelungen zur Finanzierung aufsuchender psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung.

5 Grenzen des Psychiatrieplans

Eine zentrale Voraussetzung für das Gelingen der in diesem Psychiatrieplan beschriebenen Maßnahmen ist die verbindliche Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungssysteme mit ihren Rechtskreisen und den dazugehörigen Regularien zur Finanzierung von

[42] Ein CTO ist eine Anweisung des/der für den Betroffenen zuständigen Arztes oder Ärztin oder einer anderen weisungsbefugten Stelle, eine beaufsichtigte Behandlung in der Gemeinde zu ermöglichen anstatt im Krankenhaus. Der zuständige Arzt oder die zuständige Ärztin bzw. weisungsbefugte Stelle kann bei Nichtgelingen oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes die erneute Behandlung im Krankenhaus anweisen.

Versorgungsleistungen, Berufsgruppen, fachlichen Ausrichtungen und Organisationsformen. Dabei werden alle an der Umsetzung des Psychiatrieplans beteiligten Akteure an vielen Stellen auf die fachliche Überzeugung und die Bereitschaft zur Kooperation der Fach- und Leitungskräfte vor Ort angewiesen sein. Ein Handlungsrahmen kann über gesetzliche Vorgaben auf Landesebene zwar gesetzt werden, jedoch kann eine flächendeckende und einheitliche Versorgungsverpflichtung für alle Leistungserbringer über verschiedene Versorgungssysteme hinweg nur nachhaltig umgesetzt werden, wenn in den einschlägigen Bundesleistungsgesetzen die Verpflichtung zur Zusammenarbeit verankert und für die Gestaltung der Zusammenarbeit Finanzierungsmöglichkeiten eröffnet werden. Dies ist derzeit noch nicht der Fall. Hamburg wird sich dafür einsetzen, entsprechende gesetzliche Regelungen auf Bundesebene voranzubringen.

6 Zeitplan

Der Psychiatrieplan soll ab sofort umgesetzt werden. Spätestens nach fünf Jahren soll der Psychiatrieplan in Anlehnung an die Planungszeiträume zum Hamburger Krankenhausplan überprüft und fortgeschrieben werden.

Wie zu den Einzelmaßnahmen in Abschnitt 4 dargelegt, soll mit dem Großteil der Maßnahmen bereits in der ersten Jahreshälfte 2025 zumindest im Hinblick auf die Erstellung von Fachkonzepten und Vorarbeiten zur Umsetzung – z.B. Aufbau von Gemeindepsychiatrischen Verbünden, Personalakquise, Suche nach geeigneten Räumlichkeiten, Baumaßnahmen – begonnen werden.

Anhang: Übersicht der Ziele und Maßnahmen

Psychiatrieplan für Hamburg - Maßnahmenübersicht (25 Maßnahmen insgesamt)

Stand: 16.08.2024

Entwicklungslinie I: Die Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Menschen mit komplexen Hilfebedarfen bedarfsorientiert und wohnortnah gestalten

Nr.	Ziel	Maßnahme
1	Zugänge zu Behandlung und Unterstützung wohnortnah und niedrigschwellig gestalten	flächendeckender Aufbau von Gemeindepsychiatrischen Verbünden (GPV)
2	Home Treatment verstärken und in die Fläche bringen	Leistungen der GKV wie psychiatrische häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) und Soziotherapie (§ 37a SGB V) ausbauen und unbürokratischer gestalten
3	Home Treatment verstärken und in die Fläche bringen	Ärztliche und psychotherapeutische aufsuchende Angebote schaffen
4	Angebote zur Krisenintervention weiterentwickeln	Das Hamburgische Krisentelefon evaluieren und auf Basis der Ergebnisse konzeptionell überarbeiten
5	Selbsthilfe fördern und Anti-Stigmaarbeit ausbauen	Selbsthilfe / Betroffenenverbände beim Aufbau einer unabhängigen Beratungs- und Beschwerdestelle für psychisch Erkrankte unterstützen
6	Selbsthilfe fördern und Anti-Stigmaarbeit ausbauen	Entwicklung und Veröffentlichung von Informationsmaterial zu Rechten und Pflichten bei sich anbahnenden oder akuten psychischen Krisen für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte
7	Hilfen für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen und Substanzabhängigkeit enger verzahnen	Spezifische Angebote für psychisch und suchterkrankte wohnungs- und obdachlose sowie schutzbedürftige Menschen aufbauen; hier: WuK-PeB
8	Hilfen für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen und Substanzabhängigkeit enger verzahnen	Spezifische Angebote für psychisch und suchterkrankte wohnungs- und obdachlose sowie schutzbedürftige Menschen aufbauen; hier: Behandlungsangebot für Menschen in der Drogen- und Obdachlosenszene
9	Hilfen für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen und Substanzabhängigkeit enger verzahnen	Spezifische Angebote für psychisch und suchterkrankte wohnungs- und obdachlose sowie schutzbedürftige Menschen aufbauen; hier: Frauenhaus für psychisch erkrankte Frauen mit Gewalterfahrung und besonderen Schutzbedarf
10	Frühzeitige Erkennung und Behandlung von psych. Erkrankungen bei jungen Menschen	Kooperation und Vernetzung zw. den Versorgungssystemen Jugendhilfe, Schule und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie auf- bzw. weiter ausbauen
11	Frühzeitige Erkennung und Behandlung von psych. Erkrankungen bei jungen Menschen	Versorgungsstrukturen nach den wissenschaftl. Erkenntnissen des G-BA Innovationsfonds-Projekts DreiFürEins für Kinder und Jugendliche in die Fläche bringen
12	Frühzeitige Erkennung und Behandlung von psych. Erkrankungen bei jungen Menschen	Hamburger Rahmenkonzept zur Versorgung von Kindern psychisch und suchterkrankter Eltern entwickeln
13	Frühzeitige Erkennung und Behandlung von psych. Erkrankungen bei jungen Menschen	Spezifische Angebote für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Transitionsphase weiterentwickeln und die Vernetzung der hier relevanten Versorgungssysteme ausbauen

Entwicklungslinie II: Forensische Krankheitsverläufe vermeiden, schwere Straftaten verhindern und damit einen Beitrag zum Opferschutz leisten

Nr	Ziel	Maßnahme
14	Risikopatienten frühzeitig erkennen und ohne lange Wartezeiten einem Behandlungsangebot zuführen	Aufbau einer Präventionsstelle mit dem Schwerpunkt Früherkennung, Risikoeinschätzung, Aufklärung und Qualifizierung
15	Risikopatienten frühzeitig erkennen und ohne lange Wartezeiten einem Behandlungsangebot zuführen	Ausbau und Dezentralisierung von forensischen Institutsambulanzen zur frühzeitigen außerklinischen Behandlung
16	Spezifische Behandlungsangebote für Risikopatienten aufbauen	Umsetzung von bereits entwickelten Lösungsansätzen; hier: SAFE
17	Spezifische Behandlungsangebote für Risikopatienten aufbauen	Umsetzung von bereits entwickelten Lösungsansätzen; hier: KAPPA
18	Spezifische Behandlungsangebote für Risikopatienten aufbauen	Umsetzung von bereits entwickelten Lösungsansätzen; hier: Akuttagesklinik
19	Institutionelle Stigmatisierung mindern	Curriculum zur Sensibilisierung und Qulifizierung von Fachkräften im Umgang mit schwer psychisch Erkrankten und ggf. Neigung zur Gewalt entwickeln und umsetzen

Entwicklungslinie III: Strukturen zur Umsetzung der Ziele und Maßnahmen zu den vorgenannten Punkten anpassen

Nr.	Ziel	Maßnahme
20	Rechtskreisübergreifende Versorgung verbindlich und bedarfsorientiert gestalten und steuern	Mitglieder der Gemeindepsychiatrischen Verbünde qualifizieren
21	Rechtskreisübergreifende Versorgung verbindlich und bedarfsorientiert gestalten und steuern	Bezirkliche Psychiatriekoordinationen installieren
22	Versorgungsstrukturen kontinuierlich verbessern und frühzeitig Lücken und Fehlentwicklungen erkennen	Expertenrat auf Landesebene einrichten
23	Rechtskreisübergreifende Versorgung für notwendige Behandlungs- und Unterstützungsleistungen entwickeln	Vereinbarungen mit allen in diesem Kontext zu beteiligenden Kostenträgern aushandeln
24	Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen in Hamburg landesrechtlich verankern	HmbPsychKG vom Unterbringungsgesetz zum strukturgebenden Gesetz zur Versorgung und zum Schutz von psychisch erkrankten Menschen umgestalten
25	Vorgänge zur Bearbeitung struktureller Hürden zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen auf Bundesebene initiieren	Themen für länderübergreifende Gremien aufbereiten und der Behördenleitung zur Einsteuerung in die jeweils zuständigen Gremien vorschlagen