Baden-Württemberg
MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

Ministerium für Soziales und Integration
Baden-Württemberg · Postfach 103443 · 70029 Stuttgart

Aktion Psychisch Kranke e.V.
Geschäftsstelle
Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen
für psychisch erkrankte Menschen
Oppelner Straße 130
53119 Bonn

Datum 30.09.2020
Name Dr. Michael Konrad
Durchwahl 07111233681
Aktenzeichen 55-5450.1
(Bitte bei Antwort angeben)

Stellungnahme zum IV. Dialogforum zu dem Themenschwerpunkt "Personenzentrierte Versorgung und Vernetzung"

Anlage

Sehr geehrter Herr Krüger,

vielen Dank, dass Sie den Bundesländern Gelegenheit für eine Stellungnahme zu den Themen des IV. Dialogforums geben. Die Sicherstellung der personenzentrierten Versorgung und Vernetzung über die verschiedenen sozialrechtlichen Sektoren hinweg, ist aus unserer Sicht die zentrale Aufgabe der Bundesländer, die in dem durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) erneuerten Sozialgesetzbuch Neuntes Buch in § 36 Absatz 1 SGB IX nochmals bekräftigt wurde.

Baden-Württemberg hat in der psychiatrischen Versorgung lange Zeit einen eigenen Weg eingeschlagen. Im Anschluss an die Psychiatrie-Enquete aus dem Jahr 1975 hat es sich nicht an dem Bundesmodellprogramm beteiligt. Im Rahmen eines Landesmodellprogramms wurden Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) aufgebaut, die im Gegensatz zu den SpDi der meisten anderen Bundesländer keine hoheitlichen Aufgaben hatten, an deren Finanzierung in den ersten 15 Jahren jedoch die gesetzlichen Krankenkassen beteiligt waren. In den Stadt- und Landkreisen entstanden Aktivitäten

Zertifikat seit 2006
audit berufundfamilie

durch sozialpsychiatrische Hilfsvereine, zu denen die Wiedereinführung der Familienpflege oder die dezentrale Ausbreitung der Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke (RPK) als medizinisch-berufliche Komplexleistung zählt.

Mit der Rechtsformänderung der psychiatrischen Landeskrankenhäuser im Jahr 1995 wurde schließlich der Grundstein für eine moderne gemeindepsychiatrische Versorgung gelegt. Die sieben Zentren für Psychiatrie entfalteten ein Angebot vernetzter ambulanter, teilstationärer und stationärer klinischer Versorgung, das dazu beitrug, dass zwischenzeitlich in den meisten Stadt- und Landkreisen ein stationäres Angebot mit Versorgungsverpflichtung existiert. Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass in Baden-Württemberg eines der vier Modellprojekte angesiedelt war, die zur Aufnahme der ambulanten Soziotherapie in den Leistungskatalog des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch führte, die Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft Ambulante Psychiatrischen Pflege (BAPP) von hier initiiert wurde und das Gemeindepsychiatrische Zentrum als Fixpunkt vernetzter gemeindepsychiatrischer Versorgung in die Verwaltungsvorschrift der Sozialpsychiatrischen Dienste aufgenommen wurde.

Der Anschluss an die bundesweite Entwicklung der psychiatrischen Versorgung wurde in den Jahren 2001 bis 2004 durch die Beteiligung an dem Projekt zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in vier Modellregionen erreicht. In den Modellregionen entstanden im Anschluss an die Modellphase Gemeindepsychiatrische Verbünde mit gemeinsamer Aufnahmeverpflichtung, die in Hilfeplankonferenzen umgesetzt wurden. Drei der vier Regionen beteiligten sich an dem Aufbau der Bundesarbeitsgemeinschaft GPV und setzten die dort entwickelten Qualitätskriterien praktisch um. In dem in einem umfassenden Beteiligungsverfahren geschaffenen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz Baden-Württemberg (PsychKHG)wurden daher die Gemeindepsychiatrischen Verbünde (GPV) als elementarer Bestandteil der psychiatrischen Versorgung festgelegt. Die SpDi als niederschwellige und aufsuchende Beratungs- und Betreuungsdienste wurden als zentraler Bestandteil der GPV in den 44 baden-württembergischen Stadt- und Landkreisen festgelegt.

Obgleich die klinische Versorgung sich erheblich verbessert hat und Strukturen für eine personenzentrierte und vernetzte Versorgung vorhanden sind, ist das Recht auf gleichberechtigte, volle und wirksame Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Sinne der S3 Leitlinien Psychoso-

ziale Therapien noch nicht umgesetzt. Insbesondere die Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation bleiben einem großen Teil dieser Personengruppe verwehrt. Seit der Jahrtausendwende erhält der größte Teil im Anschluss an die immer kürzer werdende Krankenhausbehandlung entweder keine Rehabilitationsleistungen oder Leistungen der Eingliederungshilfe in betreuten Wohnformen oder Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Die Zahl der psychisch erkrankten Menschen ohne Berufsausbildung und ohne Erwerbstätigkeit wächst zunehmend und damit auch die Zahl derjenigen, die ihr Leben lang auf Transferleistungen angewiesen sind.

Mit dem Bundesteilhabegesetz wurde ein wichtiger Impuls gesetzt, den Zugang zu Rehabilitationsleistungen für den Personenkreis der schwer psychisch erkrankten Menschen zu verbessern. Das Bundesteilhabegesetz vollzog zwei wesentliche Änderungen:

1. Die Leistungen der Eingliederungshilfe wurden aus dem Sozialhilfegesetz herausgelöst und in das Sozialgesetzbuch Neuntes Buch zur *Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen* eingefügt. Teil 2 des SGB IX ist das **Leistungsgesetz** für Menschen mit **wesentlichen** Behinderungen (Eingliederungshilfe).
2. Teil 1 des SGB IX trifft Regelungen für die Gesamtheit der Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohten Menschen, die für alle in § 6 genannten Rehabilitationsträger gilt. Der Behinderungsbegriff wurde geändert und wird nicht mehr für eine Personeneigenschaft gebraucht, sondern für die Wechselwirkung von Funktionsbeeinträchtigung und umweltbedingten Barrieren. Die Regelungen gelten nach § 7 Absatz 1 SGB IX für die jeweiligen Rehabilitationsträger nach ihren Leistungsgesetzen. Abweichend davon gehen jedoch die Vorschriften der Kapitel 2 bis 4 den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen vor (Kap 2: Einleitung der Rehabilitation von Amts wegen, Kap. 3: Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs, Kap. 4: Koordinierung der Leistungen).

Bei Personen, deren psychische Beeinträchtigungen sie mit hoher Wahrscheinlichkeit an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern oder die davon bedroht sind, ist von einer seelischen Behinderung auszugehen Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 42 SGB IX sind dann nicht aus der Diagnose nach ICD abzuleiten, sondern aus einer individuellen und funktionsbezogenen Bedarfsermittlung nach **ICF**.

Die Rehabilitationsträger haben nach § 6 die Aufgabe, im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) „*die trägerübergreifende Zusammenarbeit zur einheitlichen personenzentrierten Gestaltung der Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe*" zu gestalten. Zielführend für die Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen wäre eine konsequente Einbeziehung des BMAS und damit des SGB IX in den Dialogprozess. Damit bekäme dann auch § 36 Absatz 1 SGB IX den entscheidenden Impuls: „*Die Rehabilitationsträger wirken gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung stehen*".

Eine nahtlose Verbindung zwischen Leistungen der Behandlung und Leistungen der Rehabilitation wird nur zustande kommen, wenn bereits bei der ärztlichen Behandlung nicht auf die Diagnosen abgehoben wird, sondern auf die Beeinträchtigung der mentalen Funktionen. Es ist daher dringend erforderlich, dass seitens der ärztlichen und psychologischen Expertise die ICF als Klassifikationsinstrument als standardisierter Zugang zu Leistungen der Rehabilitation eingeführt wird. Analog zur ICD muss die ICF zum Ausbildungsstandard von psychiatrischen Fachärztinnen und Fachärztinnen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund mit verbindlicher gemeinsamer Versorgungsverantwortung und der Einbeziehung der in § 6 SGB IX genannten Rehabilitationsträger ist aus unserer Sicht das geeignete Instrument für die Organisation der sektorenübergreifenden psychiatrischen Versorgung. Daher wurde der GPV in dem im Jahr 2015 verabschiedeten PsychKHG verankert. Um die Umsetzung in den 44 Stadt- und Landkreisen im Sinne der gemeinsamen Versorgungsverantwortung zu unterstützen hat der Landesarbeitskreis Psychiatrie in der Sitzung vom 2. Juli 2020 konkrete Qualitätskriterien in Anlehnung an die Kriterien der BAG GPV empfohlen. Im Rahmen des regionalen GPV können die unterschiedlichen Leistungen gemäß SGB V, SGB IX und SGB XI koordiniert werden (Schaubild)

Mit einem vom Rudolf-Sophien-Stift Stuttgart beantragten Projekt zur mobilen Rehabilitation im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung initiiert das Land Baden-Württemberg eine erste praktische Umsetzung. Für psychisch kranke Menschen, die nach einer ambulanten, teilstationären oder stationären klinischen Behandlung eine

seelische Behinderung mit entsprechenden funktionalen Beeinträchtigungen entwickelt haben, durch die sie mindestens sechs Monate an der gleichberechtigten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gehindert sind, soll eine komplexe aufsuchende indikationsspezifische medizinische Rehabilitationsmaßnahme gemäß § 42 SGB IX konzipiert und angeboten werden. Leistungen der mobilen medizinischen Rehabilitation sollen im Rahmen einer ganzheitlichen Komplexleistung ergotherapeutische, psychologische, spezialisierte pflegerische und ärztliche Leistungen, Leistungen der sozialen Arbeit sowie der Physiotherapie und der Ernährungstherapie integrieren und ergänzen. Ziel des Projekts ist der Aufbau eines ärztlich geleiteten multiprofessionellen Teams der mobilen Rehabilitation in enger Kooperation mit der RPK-Einrichtung des Rudolf-Sophien-Stifts und den Gemeindepsychiatrischen Zentren der Evangelischen Gesellschaft.

Ziel der Landesregierung ist die Etablierung der sektorenübergreifenden Versorgung im Bereich der ambulanten medizinischen Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen mit einer seelischen Behinderung. Durch frühzeitig einsetzende Rehabilitationsleistungen soll die gleichberechtigte Teilhabe schwer beeinträchtigter psychisch erkrankter Personen erreicht und chronische Verläufe vermieden werden. Das Projekt ermöglicht insbesondere die Ermittlung und Feststellung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation auf der Grundlage des SGB IX sowie die Verbindung mit weiteren Leistungen der Rehabilitationsträger nach SGB IX. Gleichzeitig kann mit dem Projekt die Funktionsfähigkeit der in § 7 Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz festgelegten Gemeindepsychiatrischen Verbünde erprobt werden.

Das Modellprojekt ist so angelegt, dass keine neuen Leistungen geschaffen werden müssen, sondern die vielfältigen gesetzlich vorgesehenen Leistungen der Behandlung und Rehabilitation so aufeinander abgestimmt werden, dass eine bedarfsgerechte Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen entsteht, mit der das Recht auf gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft sichergestellt werden kann.

Viel Erfolg für die weiteren Diskussionen und freundliche Grüße

Christina Rebmann