



## **Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. zur Förderung einer gemeinsamen Versorgungsverpflichtung von Leistungserbringern für Menschen mit seelischen Behinderungen**

### **A. Problemdarstellung**

Nahezu überall in Deutschland erleben Menschen mit psychischen Erkrankungen, dass sie keine angemessene Hilfeleistung erhalten, obwohl ihr Bedarf im Hilfesystem bekannt ist. Diese Menschen sind unter anderem zu finden auf sog. Wartelisten, die von Einrichtungen der Eingliederungshilfe geführt werden. Sie sind auch zu finden in psychiatrischen Kliniken und werden dort stationär behandelt, obwohl eine andere Versorgung notwendig wäre. Auch rechtliche Betreuer\*innen kennen und beklagen den Umstand, dass sie nur mit großem Aufwand Leistungserbringer für einzelne Betreute finden.

Auch aus besonderen Wohnformen für Menschen mit seelischer Behinderung wird berichtet, dass Klient\*innen nicht in andere Unterstützungssettings vermittelt werden können, da es an der Bereitschaft mangelt, sich um Menschen mit Verhaltensweisen, die das Hilfesystem in besonderer Weise herausfordern, zu kümmern (Steinhardt et al 2020).

Für diese Situation werden verschiedene Gründe angeführt:

- Leistungssuchende Person und Konzept von Anbietern passen nicht zusammen, insbesondere bei Leistungssuchenden mit besonderem Eigensinn (Bock 2017).
- Die vorhandenen Leistungsangebote der Leistungserbringer formulieren Ausschlusskriterien, die auf bestimmte Zielgruppen abzielen.
- Die Leistungserbringer verfügen in quantitativer wie auch in qualitativer, z.B. ausbildungsbezogener Hinsicht nicht über das notwendige Personal.
- Notwendige Leistungsdichten werden von Kostenträgern nicht übernommen.
- Anspruchsberechtigte zeigen Verhaltensweisen, die eine Versorgung schwer machen, oder sind in solcher Weise beeinträchtigt, dass sie auf Ablehnung von Mitarbeitenden, anderen Klient\*innen oder auch in der Nachbarschaft stoßen (z.B. störendes Verhalten).
- Klient\*innen haben in besonders eskalierten Situationen Mitarbeitende, andere Klient\*innen oder sonstige Personen des Umfelds von Einrichtungen und Dienste geschädigt.
- Klient\*innen, die bereits eine Leistung erhalten, stehen in Konkurrenz zu Menschen, die auf eine Leistung warten.. Es werden damit Entscheidungen mit gravierender Tragweite auf das weitere Leben dieser Personen getroffen.
- Es werden Menschen aus Regionen aufgenommen, die nicht im eigentlichen Einzugsgebiet der Einrichtungen leben, weil das aus Sicht der Leistungserbringer sinnvoller ist.

Diese Situation ist in allen Bereichen des sozialen Hilfesystems verbreitet und bekannt. In der Psychiatrie ist dieser Umstand jedoch von besonderer Bedeutung, da die Erfahrung zeigt, dass manche Menschen ohne jede Hilfe bleiben, sich ihr Zustand dadurch verschlechtert und sie in der Folge nicht selten obdachlos werden oder in besonders prekäre Situationen geraten.

Aus diesem Grund ist für den Bereich der gesundheitlichen Versorgung eine Form der Versorgungs- verpflichtung entstanden: zum einen in der Krankenhausversorgung psychisch erkrankter Menschen, die in allen Bundesländern in unterschiedlicher Rechtskonstruktion eine Aufnahmeverpflichtung kennt, zum anderen in der vertragsärztlichen Versorgung, in der die Kassenärztliche Vereinigung einen Sicherstellungsauftrag hat. In der Krankenhausversorgung hat sich hier als wesentlicher Impulsgeber das öffentliche Unterbringungsrecht erwiesen (PsychKGs der Länder), was eine Definition von örtlicher Zuständigkeit erforderlich macht. Auch im öffentlichen Gesundheitswesen wird den Sozialpsychiatrischen Diensten in aller Regel eine definierte Versorgungsregion übertragen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben ebenfalls die Versorgung der Versicherten sicherzustellen.

Allerdings bleibt die Verpflichtung, Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen aufzunehmen, bisher auf die genannten Bereiche beschränkt.

Der Gesetzgeber hat mit dem Bundesteilhabegesetz auf diese Probleme der Versorgung reagiert und im § 123 Abs. 4 SGB IX eine Aufnahmeverpflichtung für die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe formuliert. Dieser Lösungsversuch geht jedoch fehl und führt zu kontraproduktiven Entwicklungen. Zum einen führt die mögliche Verpflichtung eines einzelnen Leistungserbringers zu Gegenreaktionen (Definition von Ausschlusskriterien, damit die Organisation nicht überfordert wird), zum anderen kann ein Kostenträger nicht die Aufnahme erzwingen, wenn alle „Plätze belegt“ sind. Auch das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz hat sich hier als möglicher Hemmschuh gezeigt. „Unternehmer“ können sich nur noch in seltenen Fällen von Klient\*innen trennen und vermeiden daher umso gezielter die Aufnahme von Menschen, die den Anschein von Problemen mit sich bringen.

Die Vorgaben des § 36 SGB IX für alle Rehabilitationsträger und die Bundesregierung sowie der §§ 94 Abs. 3 und 95 SGB IX für die Träger der Eingliederungshilfe und die Landesregierungen, auf ein bedarfsdeckendes Angebot an Leistungserbringern hinzuwirken, reichen nicht aus.

Die Erfahrungen mit dem vom BMG geförderten Projekt „Zwangsvermeidung im psychiatrischen Hilfesystem“ zeigt, dass es kooperativer leistungserbringerübergreifender Strukturen bedarf, um Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen zu mindern. Zwangsvermeidung bedarf der Versorgungsverpflichtung von den wesentlichen Leistungsanbietern in einer Region unter Berücksichtigung eines ausgewogenen Verhältnisses von Selbstbestimmung, Zwangsvermeidung und „liebvoller Aufdringlichkeit“.

### B. Was ist „Versorgungsverpflichtung“?

Mit dem Begriff „Versorgungsverpflichtung“ wird der Umstand bezeichnet, dass kein\*e Bürger\*in wegen Art oder Schwere der psychischen Erkrankung ohne die Hilfe bleibt, die für sie oder ihn erforderlich ist. Im Falle großer Institutionen, wie Krankenhäusern, wird diese Versorgungsverpflichtung durch Landesgesetzgebung umgesetzt. So müssen die Bundesländer sicherstellen, dass im Falle einer

freiheitsentziehenden Unterbringung (PsychKG oder PsychKHG) die Aufnahmeverpflichtung eindeutig definiert ist. Darüber hinaus bestimmen die Landesgesetze (Landeskrankenhausgesetze) weitergehend, ob und in welchem Umfang Krankenhäuser für definierte Einzugsgebiete eine Aufnahmeverpflichtung haben.

Auch die Zuständigkeit kommunaler oder kommunal finanzierter Sozialpsychiatrischer Dienste ist in der Regel durch die Vorgaben der Bundesländer (Gesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst oder PsychKG/PsychKHG) geregelt und wird ggf. auch durch die Kommune definiert.

Eine vergleichbare Aufnahmeverpflichtung für andere Bereiche der psychiatrischen Versorgung existiert nicht.

Da das Hilfesystem aus verschiedenen Leistungsträgern und Leistungserbringern in sehr heterogener Struktur gekennzeichnet ist, können auch nicht einzelne Organisationen oder Einrichtungen die Versorgungsverpflichtung analog zu Krankenhäusern oder Sozialpsychiatrischen Diensten übernehmen. Es bedarf daher einer Verabredung zwischen den wesentlichen Leistungserbringern in einer Region mit der Entwicklung von geeigneten Strukturen, die gewährleisten, dass kein\*e Bürger\*in mit einem konkreten Hilfebedarf ohne ein Mindestmaß an Hilfeleistung bleibt. Wo dies nicht stattfindet, werden die Betroffenen oder ihre Zugehörigen gezwungen, sich bei verschiedenen Anbietern, ggf. auch wohnortfern, vorzustellen und um „Aufnahme“ zu bitten. Menschen, die dazu nicht in der Lage sind oder die Leistungserbringer vor besondere Herausforderungen stellen, haben dann gegenüber den Menschen, die sich gut selbst vorstellen und einfügen können, regelhaft den Nachteil. Oft werden sie auf „Wartelisten“ „geparkt“.

Versorgungsverpflichtung kann daher nur von einer Verantwortungsgemeinschaft von Leistungserbringern übernommen werden, die dazu geeignete Steuerungsstrukturen schaffen muss, die sowohl dem Ziel der Gewährleistung einer Hilfeleistung als auch dem Ziel der individuell passenden und gewünschten Leistung gerecht werden können.

Die in vielen Teilen Deutschlands gebildeten Gemeindepsychiatrischen Verbände zeigen, wie dieses Prinzip funktionieren kann. Grundsätzlich bedarf es dazu einer freiwilligen Verpflichtung im Rahmen einer Vereinbarung, eines Vertrages oder einer Satzung, der die beteiligte Organisation beitrifft. Dazu ist erforderlich, dass sich Mitarbeitende der Organisation an den entsprechenden kooperativen Gremien beteiligen, in denen die Bedarfe der Bürger\*innen dargestellt und bedient werden, in denen aber auch die Versorgungslücken im Hilfesystem erkannt und geschlossen werden.

### C. Lösungswege

Verschiedene Bundesländer haben nach Möglichkeiten gesucht, Versorgungssicherheit für die psychisch erkrankten Menschen herzustellen. Dazu wird z.B. das jeweilige Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG oder PsychKHG) genutzt.

Baden-Württemberg hat die Bildung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden in das PsychKHG aufgenommen.

In Berlin ist im § 3 PsychKG das Zusammenwirken aller an der Versorgung in einem Bezirk Beteiligten als System der regionalisierten psychiatrischen Pflichtversorgung definiert. § 7 Abs. 2 PsychKG Berlin bestimmt: „Die an der gemeindepsychiatrischen Versorgung beteiligten Dienste und Leistungserbringer sind zur Sicherstellung der Versorgung innerhalb einer Versorgungsregion zur Zusammenwirkung verpflichtet. Die Bezirke wirken darauf hin, dass die Leistungserbringer gemeinsam die Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung für psychisch erkrankte Personen in ihrem Bezirk übernehmen“. Damit sind normative Voraussetzungen geschaffen, die durch den Rahmenvertrag Eingliederungshilfe und seine Anlagen dazu führen, dass Leistungserbringer, die Leistungen zur sozialen Teilhabe für Menschen mit einer seelischen Behinderung in Berlin erbringen, diese Verpflichtung übernehmen und sich an Steuerungsgremien beteiligen müssen, die den Zugang der Leistungsberechtigten zu den Leistungen organisieren und sicherstellen.

Eine Verpflichtung einzelner Leistungserbringer, Menschen mit Behinderungen in das Leistungsangebot aufzunehmen, geht im Grundsatz fehl. Hingegen ist es möglich, Leistungserbringer vertraglich zu verpflichten, sich gemeinsam mit anderen Leistungserbringern an der Sicherstellung zu beteiligen, dass kein Bürger, dessen Anspruch durch den zuständigen Kostenträger festgestellt wurde, ohne Leistungsangebot bleibt.

Dazu ist es nicht erforderlich, alle Leistungserbringer zu einer möglichen Aufnahme zu verpflichten. Wesentlich wirkungsvoller ist es, diejenigen Leistungserbringer, die sich gemeinsam mit anderen Leistungserbringern verpflichten, für eine definierte Region (z.B. eine Kreisfreie Stadt oder einen Landkreis) eine Versorgung sicherzustellen und die dafür erforderlichen Strukturen zu schaffen, mit einem finanziellen Anreiz zu verbinden.

**Die BAG GPV schlägt vor, verschiedene Lösungswege zu erörtern.**

#### SGB IX Teil 1

Es ist vorstellbar, Ergänzungen im Teil 1 des SGB IX aufzunehmen, dies mit dem Ziel, für alle Bereich der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe gleichermaßen Leistungserbringer herauszuheben, die sich für eine Beteiligung an einer gemeinschaftlichen und wohnortnahen Sicherstellung des zeitnahen Zugangs aller Menschen mit Behinderungen zu den Rehabilitationsleistungen entscheiden.

#### SGB IX Teil 2

Ein anderer möglicher und auf die Eingliederungshilfe eingeschränkter Weg bestünde darin, im Teil 2 des SGB IX Leistungserbringer hervorzuheben, die sich für eine Beteiligung an einer gemeinschaftlichen und wohnortnahen Sicherstellung des zeitnahen Zugangs aller Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu den Rehabilitationsleistungen entscheiden. Als Möglichkeit bietet sich der § 124 SGB IX an. Dort könnte eingefügt werden: „Leistungserbringer für Leistungen für Menschen mit einer

seelischen Behinderung sind in besonderer Weise geeignet, wenn sie in den Vereinbarungen nach § 125 Regelungen treffen, die unter Berücksichtigung des § 104 dazu dienen, Leistungen in Kooperation mit anderen Leistungserbringern zu erbringen und sich an einer gemeinsamen Steuerung des Zugangs der Leistungsberechtigten zu Leistungen mit dem Ziel einer Gewährleistung eines geeigneten Versorgungsangebotes für die Menschen mit entsprechendem Bedarf zu beteiligen. Sie sollen dazu auf Sozialräume bezogene Verbände oder vergleichbare Arbeitsgemeinschaften bilden.“

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

### SGB I

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, im § 17 SGB I einen Absatz einzufügen, der sich auf Menschen mit einer seelischen Behinderung bezieht und das Recht formuliert, nicht wegen Art oder Schwere der Erkrankung von einem Leistungsangebot ausgeschlossen zu werden. Dieses Recht müsste zur Verwirklichung mit einem Hinweis auf die Verantwortung der Leistungsträger ergänzt werden, in den Vereinbarungen mit den Einrichtungen und Organisationen Vereinbarungen zu treffen, die wirksam den Zugang der Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen zu den Leistungen sicherstellen.

Ziel dieser Vorschläge ist, Leistungsträger und Leistungserbringer zu verpflichten, geeignete Vereinbarungen zu treffen, nach denen Leistungserbringer, die sich an einer gemeinsamen Versorgungsverpflichtung beteiligten, für diese Beteiligung einen Vergütungszuschlag erhalten. Es handelt sich mit einer solchen Beteiligung um eine zusätzliche Leistung, die nicht auf den schon bewilligten Einzelfall abzielt, sondern sich auf den möglichst zeitnahen und unbehinderten Zugang von Leistungsberechtigten zu den Leistungen und Leistungserbringern bezieht.

Leistungserbringer, die sich nicht an einer regionalen Struktur zur Umsetzung von Versorgungsverpflichtung beteiligen, sollen nicht von Leistungen ausgeschlossen werden.

### Literatur:

Steinhart I, Jenderny S, Schreiter J (2020) (Geschlossene) besondere Wohnformen als unverzichtbarer Teil der regionalen Verbundstrukturen in Deutschland? *Psychiat Prax* 47:370–375  
Bock, T, (2017) *Psychose und Eigensinn*, Köln Psychiatrie Verlag

Bearbeitungsstand: 01.12.2021