



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 auf sog. Wartelisten, die von Einrichtungen der Eingliederungshilfe geführt werden, zu finden. Vielfach werden sie auch in psychiatrischen Kliniken stationär behandelt, obwohl eine andere Versorgung notwendig bzw. besser wäre. Auch rechtliche Betreuer*innen kennen und beklagen den Umstand, dass sie nur mit großem Aufwand Leistungserbringer für einzelne Betreute gewinnen können.

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 oder an den erforderlichen Rahmenbedingungen mangelt, sich um Menschen mit Verhaltensweisen, die das Hilfesystem in besonderer Weise herausfordern, zu kümmern (Steinhart et al 2020). Gemeindepsychiatrische Verbände bemühen sich, dem entgegen zu wirken, sind aber als wirkliche Verantwortungsgemeinschaften (noch) nicht flächendeckend verbreitet.

Dies führt zu der Situation, dass Menschen mit anerkannten Bedarfen nach Leistungen der Eingliederungshilfe auf die konkrete Leistungserbringung warten müssen, während andere Menschen diese Leistungen erhalten. Es entsteht damit eine Konkurrenzsituation zwischen verschiedenen Menschen mit Beeinträchtigungen, die häufig zu Lasten derer ausgeht, die eher erheblich beeinträchtigt sind oder an die Leistungserbringer besondere Anforderungen richten. Dieser Umstand verschärft sich aktuell deutlich durch den überall anzutreffenden Fachkräftemangel.

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.
- 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 erforderlich, Regelungen zu treffen, die die Sicherstellung der Versorgung gewährleisten und dazu Leistungsträger und Leistungserbringer gemeinsam in die Verantwortung dazu nehmen.

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 Ländergesetzgebung 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 für Notfälle 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.

Auch den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt ein Sicherstellungsauftrag.

Allerdings bleibt die Verpflichtung, Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen aufzunehmen, bisher auf die genannten Bereiche beschränkt. Eine vergleichbare Aufnahmeverpflichtung für andere Bereiche der psychiatrischen Versorgung existiert nicht.

Der Gesetzgeber hat mit dem Bundesteilhabegesetz 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; sie werden weitgehend nicht umgesetzt oder entfalten für die genannte Problematik keine Wirkung.

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 etwa im Sinne einer Übergangslösung bleibt.

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, wenn alle in einer definierten Versorgungsregion notwendigen Beteiligten eine Verantwortungsgemeinschaft bilden und auch mit den Kosten- und Leistungsträgern in diesbezüglich engem Austausch stehen. Grundsätzlich bedarf es dazu einer freiwilligen Verpflichtung im Rahmen einer auf die Versorgungsregion bezogenen 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 und Sachsen-Anhalt haben 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 jeweils einzeln 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. Dies könnte sich in der Gestaltung der Verträge der Leistungsträger mit den Leistungserbringern, ggf. auch in den Rahmenverträgen, niederschlagen, wenn dort vereinbart würde, dass das Leistungsangebot in einem Verbund für alle Anspruchsberechtigten gälte und für die beteiligten Leistungserbringer mit einer entsprechenden Vergütung verbunden wäre.

Die BAG GPV schlägt vor, auf Bundesebene verschiedene Lösungswege zu erörtern.

SGB IX Teil 1

Es ist vorstellbar, Ergänzungen im Teil 1 des SGB IX aufzunehmen, 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 Behinderungen 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 Verbünde oder vergleichbare Arbeitsgemeinschaften bilden.“

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

Ferner sollte der § 131 eine Regelung enthalten, nach der die Vereinbarungspartner der Landesrahmenverträge gehalten sind, geeignete Regelungen zur Sicherstellung bzw. der Gewährleistung der Versorgung der Menschen mit einem festgestellten Bedarf zu treffen.

Mit Blick auf die Umsetzung dieser Anforderungen könnten auch Regelungen in den §§ 94 und 95 SGB IX getroffen werden, die sicherstellen, dass die Vereinbarungen in den Landesrahmenverträgen auch umgesetzt werden.

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 einiger 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:

- Bock, T, (2017) Psychose und Eigensinn, Köln Psychiatrie Verlag
Bramesfeld A, Konrad C, Renner S et al. Die gestrandeten Kranken: Langzeitpatientinnen und -patienten in psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen. Psychiat Prax 2022; 49: 213–216.
Jederny S et al (2024) Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wohnen wieder im Krankenhaus. Was läuft da schief? Sozialpsychiatrische Informationen 54. Jahrgang 03/2024: 53-58
Jederny S et al (2024) Entlassen, aber wohin? Zur aktuellen Situation der „Langlieger“ in deutschen psychiatrischen Kliniken Psschiat Prax 2024
Steinhart I, Jederny S, Schreiter J (2020) (Geschlossene) besondere Wohnformen als unverzichtbarer Teil der regionalen Verbundstrukturen in Deutschland? Psychiat Prax 47:370–375

Bearbeitungsstand: 24.07.2024