



Dachverband  
Gemeindepsychiatrie e.V.  
Vorstand

## **Vorschlag zur Schaffung sektoren- und rechtskreisübergreifender Komplexeleistungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen**

### **Bedarf**

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI = severe mental illness) haben oftmals einen Bedarf an Hilfen aus verschiedenen Bänden des Sozialgesetzbuchs, insbesondere aus SGB V und IX, aber auch aus SGB II/III, VI, VIII, XI und XII, sowie aus mehreren Sektoren (ambulant, teilstationär, stationär, stationsäquivalent).

Nicht immer kommen alle Hilfen zum Tragen, die individuell indiziert wären, und meist werden sie unverbunden nebeneinander her geleistet, weil sowohl die Leistungsträger bzw. deren einzelne Abteilungen als auch Leistungserbringer die Angebote getrennt voneinander organisiert haben.

Es fehlt an Leistungen, die alle einzelnen Hilfen initiieren und miteinander zu Komplexeleistungen verbinden. Gemeint sind

- eine personell kontinuierliche Bezugsbegleitung mit Anker- und Lotsenfunktion, idealerweise für die gesamte Dauer der Hilfsbedürftigkeit, und
- eine fallbezogene intensive Vernetzung und Koordination aller beteiligten Dienste unter Einschluss des/der Hilfesuchenden und ihres/seines privaten sozialen Umfelds.

Diese Leistungen werden von der einschlägigen S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der DGPPN mit höchsten Evidenzgraden empfohlen, zu erbringen durch gemeindepsychiatrische multiprofessionelle Teams. Im „Funktionalen Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung“ von Steinhart und Wienberg sind sie, bezogen auf deutsche Rahmenbedingungen, detailliert beschrieben.

Solche sektoren- und rechtskreisübergreifenden Leistungen sind – im Unterschied zu Hilfen für psychisch erkrankte bzw. behinderte Kinder und Jugendliche (§§ 43a SGB V, 46 SGB IX) – in keinem SGB-Band als Regelleistungen vorgesehen.

### **Bisherige Annäherungen**

Da der Bedarf an Bezugsbegleitung und Vernetzung in der Arbeit mit SMI-Personen offenkundig ist und spürbar wird, haben diverse Erbringer von Regelleistungen sich bemüht, diese Funktionen in ihre alltägliche Arbeit zu integrieren, auch ohne dafür eine eigene Leistungsvergütung zu erhalten. Das gilt beispielsweise für Institutsambulanzen, ambulante und stationäre Eingliederungshilfe, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sowie Soziotherapeuten.

In den genannten Leistungsarten sind bei weitem nicht alle Anbieter in übergreifender Weise tätig. Außerdem bleiben sie in der Regel auf ihren jeweiligen Rechtskreis (SGB-Band) beschränkt.

Es hat in der Vergangenheit nicht an Versuchen des Gesetzgebers und nachgeordneter Stellen gefehlt, übergreifende Komplexeleistungen zu ermöglichen oder wenigstens die Koordination von Einzelleistungen (Case Management) auf den Weg zu bringen. Zu nennen wären hier das verpflichtende Entlassmanagement, die stationsäquivalente Behandlung, die Teilhabe- und Gesamtplanung im SGB IX, die berufsgruppenübergreifende koordinierte und strukturierte Versorgung (KSVPsych-Richtlinie), das trägerübergreifende persönliche Budget u. v. m.

Alle genannten Maßnahmen sind entweder eng auf einzelne oder wenige Rechtskreise beschränkt geblieben oder nur an wenigen Stellen zum Tragen gekommen.

Das gilt bisher ebenso für Modellvorhaben und Selektivverträge sowie für Ansätze, leistungsträgerübergreifende Finanzierungen zu erproben.

Somit steht weiterhin aus, mittels gesetzgeberischer Maßnahmen zu bewirken, dass die oben beschriebene leitliniengerechte Funktion rechtssicher eingeführt und so ausgestaltet wird, dass sie die folgenden Vorgaben erfüllt:

- Sie muss trotz der sehr heterogenen Versorgungsstrukturen in allen Regionen angeboten werden können.
- Sie muss unabhängig davon, an welcher Stelle des regionalen Versorgungssystems eine hilfebedürftige Person zunächst vorstellig wird, niederschwellig erreichbar sein.
- Sie muss unabhängig davon sein, welche Kombination aus Einzelleistungen jemand erhält.
- Sie muss ein Kooperationsgebot enthalten, um eine gemeinsame Planung und vernetzte Erbringung von Leistungen aus unterschiedlichen Rechtskreisen nicht nur zu ermöglichen, sondern herbeizuführen.

### **Vorschlag**

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie schlägt vor, in allen SGB-Bänden eine *sektoren- und rechtskreisübergreifende Vernetzung aller Hilfen in Verbindung mit kontinuierlicher Bezugsbegleitung als neue, zusätzliche Regelleistung* für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen einzuführen und die fallbezogene Zusammenarbeit über die Sektoren und Rechtskreise hinweg verbindlich vorzuschreiben (*Kooperationsgebot*).

Es sollte in allen beteiligten Rechtskreisen problemlos darstellbar sein, inwiefern bzw. in welchen Fällen diese Begleitungs- und Vernetzungsleistung *aus der Sicht des jeweiligen Leistungsträgers* begründet werden kann, d. h. welche Indikationen vorliegen müssen und welche Ziele erreicht werden sollen (Symptomreduktion, Teilhabe, Arbeitsplatz, Kindeswohl usw.). Eine übergreifende Übereinstimmung der Indikationen und Ziele wäre nicht erforderlich, so dass gewährleistet bliebe, dass jeder Kostenträger nur die für ihn spezifischen Leistungen finanziert.

Dann wären Fachkräfte der Eingliederungshilfe, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Psycho- und Soziotherapeutinnen und –therapeuten ebenso wie Institutsambulanzen, Einrichtungen der Jugend- und Familienhilfe sowie Pflegedienste oder Rehabilitationseinrichtungen *berechtigt und verpflichtet*, bei Vorliegen der Voraussetzungen (SMI, komplexer Hilfebedarf)

- alle beteiligten Dienste zu gemeinsamen Gesprächen unter Einbeziehung der Klienten/Patienten und ihrer Angehörigen zu gemeinsamer Hilfeplanung und -durchführung einzuladen sowie
- entsprechende Einladungen anderer, vorrangig in der Bezugsbetreuung stehender Dienste anzunehmen.

Solche übergreifenden Vernetzungen wären dann nicht damit verbunden, dass der Kostenträger des einladenden Dienstes die Teilnahme rechtskreisfremder Personen finanzieren müsste, die keine Leistungen aus seinem Zuständigkeitsbereich erbringen. Jeder Leistungsträger würde nur die Tätigkeit „seiner“ Leistungserbringer bezahlen.

Oben genannte, bereits bestehende Ansätze zu übergreifenden Komplexleistungen würden durch diesen Vorschlag nicht behindert oder unterlaufen, sondern in ihrer Vollständigkeit und Wirksamkeit gestärkt.

Ein zusätzliches, womöglich gemeinsames Verfahren der Leistungsträger zu Hilfeplanung, Qualitätsstandards, Zulassungsberechtigungen, Vergütungen usw. wäre nicht erforderlich. Jeder Leistungsträger könnte die neue Leistung nach seinen eingespielten Regularien ausgestalten.

Es würde sich weiterhin erübrigen, leistungsträgerübergreifende Finanzierungen zu fordern. Die Erfahrung mit allen uns bekannten Anläufen in dieser Richtung lehrt, dass eine solche Ko-Finanzierung besonders schwer auf den Weg zu bringen wäre.

Dagegen gibt es viele bereits etablierte Formen der Kooperation und Vernetzung zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern, bis hin zur Bildung von *Gemeindepsychiatrischen Verbänden* in etlichen Regionen. Solche regionsspezifischen Verbände sind der geeignete Rahmen und Ausgangspunkt für die intensive Zusammenarbeit aller Dienste.

Köln, im Oktober 2022

Nils Greve  
Vorsitzender