



Aktion
Psychisch
Kranke e.V.

Impulse für die Komplexmaßnahme RPK

Jörg Holke

Aktion Psychisch Kranke e.V

03.11.2022

Gliederung

- APK und Psychiatriereform – Personenzentrierung und Komplexleistung
- Was die RPK in den letzten Jahrzehnten erreicht haben
- Was ist der aktuelle Entwicklungsbedarf, wo findet Innovation aktuell statt?
- Wo liegen die zukünftigen Weiterentwicklungsoptionen?

APK – Personenzentrierung und Komplexleistung

- Geschäftsführung Psychiatrieenquete/Expertenkommission
- Empfehlung: Gleichstellung mit Somatik, Ausbau med. und berufliche Rehabilitation als Komplexleistung
- Mitwirkung Begleitevaluation Modellprojekte RPK > u.a. Nürnberg
- Kommission „Personalbemessung im komplementären Bereich“ – Konzept des Personenzentrierten Ansatzes statt Institutionszentrierung:
 - lebensweltorientiert, individueller Bedarf, integriert, zielorientiert
 - Definition Komplexmaßnahme: Organisationseinheit notwendiger Leistungen: Leistungsträger-bezogen oder Leistungsträger-übergreifend



APK – Personenzentrierung und Komplexleistung

- Instrumente /erprobt in über 50 Projektregionen:
 - koordinierende Bezugsperson
 - Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)
 - Hilfeplankonferenzen mit Fortschreibung
 - In der zweiten Stufe: Schwerpunkt Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung
- Zielgruppen- und Lebensweltorientierung /Erfahrungen
 - für schwerer erkrankte Menschen Strukturen von Großgruppen, enges Zusammenleben in Verbindung mit strukturiertem Alltag oft problematisch
 - Transfer des Gelernten aus „Sondermilieus“ Ihnen nur schwer möglich, insofern in der Lebenswelt/alltagsbezogen trainieren/erproben wo immer möglich
 - Kongruenz zum ICF-Konzept der Lebensweltorientierung und Übereinstimmung mit Evidenz (S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien)



- Koordination/Kooperation im Verbund/Netzwerk – Gemeindepsychiatrische Verbände (Gründung BAG GPV - Qualitätsstandards)
- Bundesteilhabegesetz – Umsetzung Personenzentrierung in der Rehabilitation – Neudefinition Behinderung / Zielsetzung Teilhabe / Wechselwirkung zu Barrieren / ICF Konzept



2019-2022

- Geschäftsstelle Psychatriedialog – Handlungsbedarfe/Empfehlungen u.a.:
 - Auf- und Ausbau (mobiler) medizinischer Rehabilitation integriert oder eigenständiges Angebot
 - Behandlungs- und Rehabilitationsplan – Anspruch
 - Stärkung Partizipation /Beteiligung der Selbsthilfe /Genesungsbegleitung

Personenzentrierung und Komplexleistungen

Was die RPK-Einrichtungen in den letzten
Jahrzehnten erreicht haben!

Bilanz / Erreichtes

- RPK-Empfehlungsvereinbarungen 1986: erstmalig kombinierte Maßnahmen, noch kleine Zahl an Leistungserbringern
- RPK-E 2005 – Personenzentrierung / mehr ambulant, SGB IX als Rahmengesetz und Leistungsbeschreibung
- Doppelte Komplexmaßnahme: Medizinische Rehabilitation und LTA jeweils als Komplexleistung und als kombinierte Maßnahme
- Personenzentrierung in der Einrichtung und von der Einrichtung aus – Herausforderung: Institutionszentrierung vermeiden
- Aufbau BAG-RPK auch als politische Vertretung

Bilanz / Erreichtes

- Steigerung der Fallzahlen und der Zahl der Einrichtungen - ohne Flächendeckung - aber gut gestreut
- Ganztags-ambulante Angebote, wenn auch regional unterschiedlich wurden ausgebaut
- Versorgungspolitische Empfehlung/ Forderung: Ausbau der RPKs / BAG RPK
- Hintergrund:
 - 250.000 Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in der Eingliederungshilfe (schwer psychisch erkrankt) oft ohne vorherige med, /berufl. Rehabilitation
 - 1,1 Millionen Behandlungsfälle in der stationären Akutbehandlung (davon ca.: 80.000 Schizophrenie, 60.000 schwere Depression, 40.000 Persönlichkeits/Verhalt.störung)
 - S3 Leitlinie schwere psychische Erkrankung ca. 1 % der Bevölkerung,
 - Zuwächse Erwerbsminderung und Arbeitsunfähigkeit wg. F-Diagnosen
 - ***versus ca. 2000 Plätze/Maßnahmen RPK***

Bilanz / Erreichtes

- Betriebliche Orientierung Teil der Grundhaltung
- Inspiration durch Supported Employment/ first place than train
- auch wenn einrichtungsinterne Trainingsplätze noch in Vielzahl vorhanden sind (Leistungsträgervorgabe)
- Rehabilitationsplanung etabliert
- Verfahrensroutinen Übergang medizinischer zu beruflicher Rehabilitation/LTA
- Mindestpersonalausstattung überwiegend gewährleistet, mit qualifizierten Teams

Personenzentrierung und Komplexeleistungen

Was ist der aktuelle Entwicklungsbedarf, wo findet die Innovation aktuell statt?

Aktuelle Entwicklungsbedarfe/Innovation



- UN-BRK hat Wirkung: Inklusion wird mitgedacht, d.h. stärkere Fokussierung auf die Arbeits- und Lebenswelt
- ICF-Orientierung soll/wird verfestigt werden (Empfehlungsvereinbarung- neu)
- Stärkere Fokussierung auf Adaptive Strategien /Transferkompetenzen
- medizinische Reha braucht auch eine soziale Orientierung – der § 42 Absatz 3 SGB IX gute Grundlage
- Bundesteilhabegesetz wirkt: Teilhabepanung gilt es zu integrieren, allerdings Aufgabe der Leistungsträger gemeinsam mit Rehabilitanden (ganz wichtig: mit Beteiligung der Leistungserbringer)
- D.h. auch Kongruenz Rehabilitationsplan und Teilhabepan
- Bildung rückt stärker in den Fokus (BTHG Teilhabe an Bildung)



Aktuelle Entwicklungsbedarfe/Innovation

- Auch für die zuständig sein wollen, für die noch keine positive Erwerbsprognose da ist oder zumindest noch unklar ist,
- D.h. niedrigschwelligere Zugänge, in Zuständigkeit SGB V
- Regionale Vernetzung gewinnt immer mehr an Bedeutung
 - Gemeindepsychiatrische Verbände (Landesgesetze, Förderprogramme)
 - Netzwerkverbände *Koordinierte Strukturierte Versorgung (G-BA Richtlinie KSV-Psych)*
 - regionale Arbeitsgemeinschaften § 25 und § 36 SGB IX (u.a. Teilhabehaus in Bonn)
 - Forschungsprojekt DRV Bund: NEKOBERE Netzwerke und Kooperationen LTA

Aktuelle Entwicklungsbedarfe/Innovation

- Schnittstelle zur Eingliederungshilfe – gemeinsame Verantwortung
- Verantwortung für nachgehende Hilfe, nach LTA in Kooperation mit Integrationsfachdienste (Empfehlungsvereinbarung- Ü.)
- Neue Zielgruppe: Jugendliche (neue Empfehlungsvereinbarung), stärkere Fokussierung auf Bildung
- Gewaltschutzkonzepte (in Folge SGB IX)

Personenzentrierung und Komplexleistungen

Wo liegen die Perspektiven- Impulse für die
Weiterentwicklung

Perspektiven/Entwicklungsoptionen

- Flexibilisierung des Angebotes mit zukünftigen Vorrang ambulant/betriebsintegriert:
Zielsetzung: lebenswelt-/betrieblich orientiertes Training, Nutzung der Kontextfaktoren, Vermeidung von Transferproblematiken und Überforderungen mit stat. Milieu
- Beinhaltet grundsätzlich personenzentrierter Prüfauftrag für die medizinische Reha in Bezug auf Ort und Intensität in der Reihenfolge:
mobil-aufsuchend, ambulant (tage- und stundenweise), ganztagsambulant, stationär (eher Schutzphase), Arbeitstraining betrieblich oder einrichtungsbezogen
- Prüfauftrag LTA: betriebsintegriert versus betriebsextern
- Mobile Rehabilitation
 - als Methodisches Vorgehen (betriebsintegriertes Training/Begleiten, in der Lebenswelt aufsuchendes lebenspraktisches Training/Begleitung) bzw. als Setting integriert in eine flexibles Gesamtangebot
 - als eigenständiges Angebot (BAG MoRe, Gemeinsame Empfehlungen KK, Modellprojekt Stuttgart)
- Sozialrechtlicher Regelungsbedarf für med. Reha vorrangig im SGB VI § 15, im SGB V im § 40 überwiegend vollzogen, LTA Flexibilität möglich

SGB V § 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

- (1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, **um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele** zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen **erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen** in (**durch Änderung**) Rehabilitationseinrichtungen, für die ein **Versorgungsvertrag nach § 111c** besteht;

dies **schließt mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen** ein.
- (2) **Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus**, so erbringt die Krankenkasse **erforderliche stationäre Rehabilitation** mit Unterkunft und Verpflegung
.....

Reformvorschlag SGB VI:

§ 15 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – Neu

- (1) **Die Träger der Rentenversicherung erbringen** im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach den §§ 42 bis 47a des Neunten Buches, ausgenommen Leistungen nach § 42 Abs. 2 Nr.2 und § 46 des Neunten Buches **ambulante Rehabilitationsleistungen. Dies schließt mobile Rehabilitationsleistungen ein.**
- (2) **Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringen die Träger der Rentenversicherung stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.**

Perspektiven/Entwicklungsoptionen

- Bei schwereren Beeinträchtigung intensiver Einsatz von Heilmittel insbesondere Ergo- bzw. Arbeitstherapie, psychiatrische Pflege/Milieuthherapie, auch in der mobil-aufsuchenden Arbeit
- d.h. auch Stärkung der flexiblen Personalbemessung/-einsatzes insbesondere in der Phase der medizinischen Rehabilitation (Anrechnung zwischen den Berufsgruppen stärken mit Fokus auch auf aufsuchende / betriebsintegrierte Hilfen)
- Berücksichtigung der anderen Bedarfe im Bereich der mobil-aufsuchenden Arbeit auch in Bezug auf Ausstattung
- Überlegung: analog 64b Modellvorhaben in *rehapro* Erprobung *Flexibilisierung durch Trägerbudgets* (aus dem heraus flexibel gesteuert werden kann)
- grundsätzlich partizipative Prüfung: persönliches Budget gewünscht, d.h. Transparenz für Rehabilitanden / Gutscheinelösung
- Alternativ zum Versorgungsvertrag Möglichkeit der Ermächtigung (!?), diskutierte Handlungsempfehlung im Psychiatrie-Dialog

Perspektiven/Entwicklungsoptionen

- Neue Steuerungsformen – regionale Versorgungsverpflichtung im Gemeindepsychiatrischen Verbund
- Sozialrechtlicher Regelungsbedarf: gesetzlich Sicherstellungsauftrag im SGB IX durchgängig verankern nicht nur in EH (§ 95 SGB IX) und Kooperationsverpflichtung weiter stärken)
- das bedingt flächendeckende Versorgung auch bei schwerer psychisch erkrankten Menschen ein mobiles/ambulantes/ bedingt stationäres Angebot
- Orientierungsgrößen/-kriterien für flächendeckende Versorgung: 300.000 - 400.000 EW, max. 50 km Radius/45 Min ÖPNV, Versorgungsgebiet und entsprechender Kapazität
- Qualifiziertes Entlass- und Übergangsmanagement – gesetzlich im SGB IX verankern, Standards beschreiben (siehe SGB V)
- Neue Zielgruppen: ältere Menschen → Komplexmaßnahme medizinische Reha, Pflege und EH

Perspektiven/Entwicklungsoptionen

➤ **Partizipation im Lichte der UN-BRK / Selbsthilfe**

- Gewaltschutzkonzepte wichtiger Schritt
- unabhängiges Beschwerdewesen / unabhängige trialogische Besuchskommissionen
- Mitgestaltung der Angebote (Nicht über uns ohne uns) einrichtungsbezogen, überregional (Beispiel: Patientenvertretung im GBA)
- Betroffenenbeiräte intern / extern /regional
- Einsatz von Genesungsbegleitenden
- Stärkung der Selbsthilfepotentiale – Schwerpunkt in der Reha

**Vielen Dank für ihre
Aufmerksamkeit!**