

NRW Expertenkommission am 21. April 2021

Versorgungslagen und –bedarfe bei Personen mit einer intellektuellen Entwicklungsstörung und herausfordernden Verhaltensweisen

Priv.-Doz. Dr. Tanja Sappok

Behandlungszentrum für psychische Gesundheit bei Entwicklungsstörungen (BHZ) am KEH, Berlin

Gesundheit und Intelligenzminderung

Fact Sheet zur Prävalenz (Häufigkeit des Auftretens)

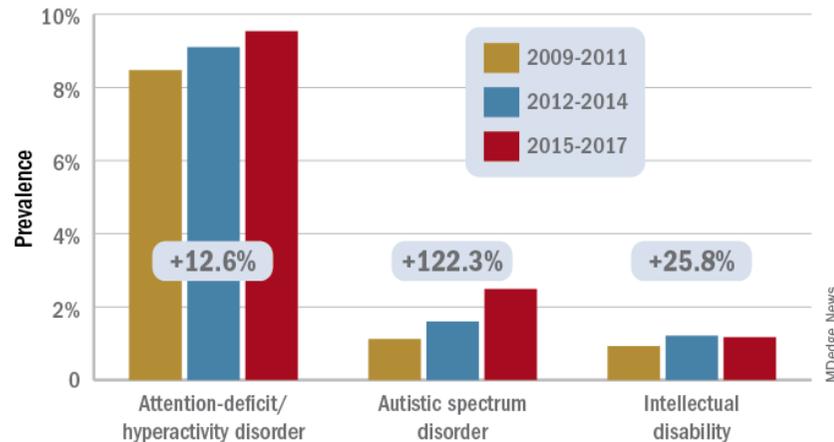
Intelligenzminderung/intellektuelle Behinderung

KOMPETENT 1843
ERFAHREN 1893
HERZLICH 2018

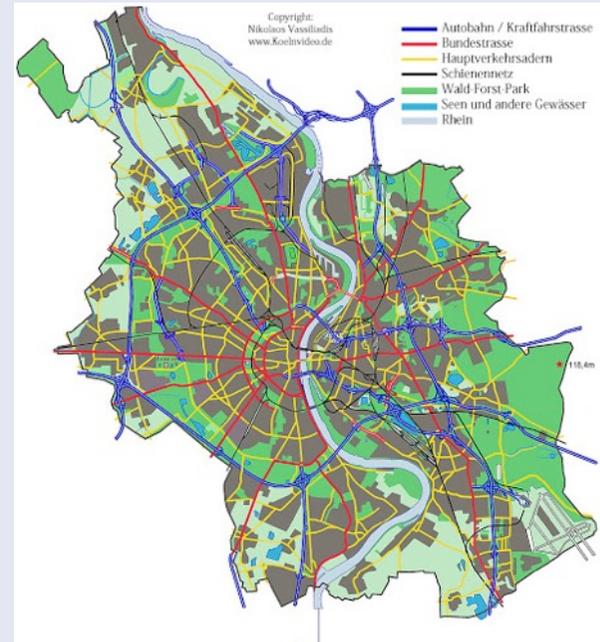


Prävalenz der intellektuellen Behinderung steigend: von 0,9 auf 1,2% der Bevölkerung
-> **weltweit 100 Mio.** (Global Health Metrics der WHO 2018);
-> **in Deutschland: 1 Mio. angeborene & 1 Mio. erworbene kognitive Behinderungen**

Disabilities with significant increases in children aged 3-17 years



Note: Based on data from the National Health Interview Survey (total sample size = 88,530).
Source: Pediatrics. 2019 Sep 26. 144(4):e20190811. doi: 10.1542/peds.2019-0811



♂ : ♀ = 1,8

National Health Interview Survey (NHIS) 2019

Zum Vergleich: Köln - 1 Mio. Einwohner

Verschiedene Begriffe – unterschiedliches Verständnis

ICD/DSM	Bezeichnung
ICD-5 (1941) - ICD-9 (1979)	Schwachsinn, Geistesschwäche Intelligenzmängel, Oligophrenien
DSM-III (1980) - DSM-IV TR (2000)	Mental Retardation (geistige Behinderung)
ICD-10 (1997)	Intelligenzminderung
DSM 5 (2013)	Intellectual Disability / Intellectual Developmental Disorder
ICD-11 (2019)	Disorder of Intellectual Development Störung der intellektuellen Entwicklung



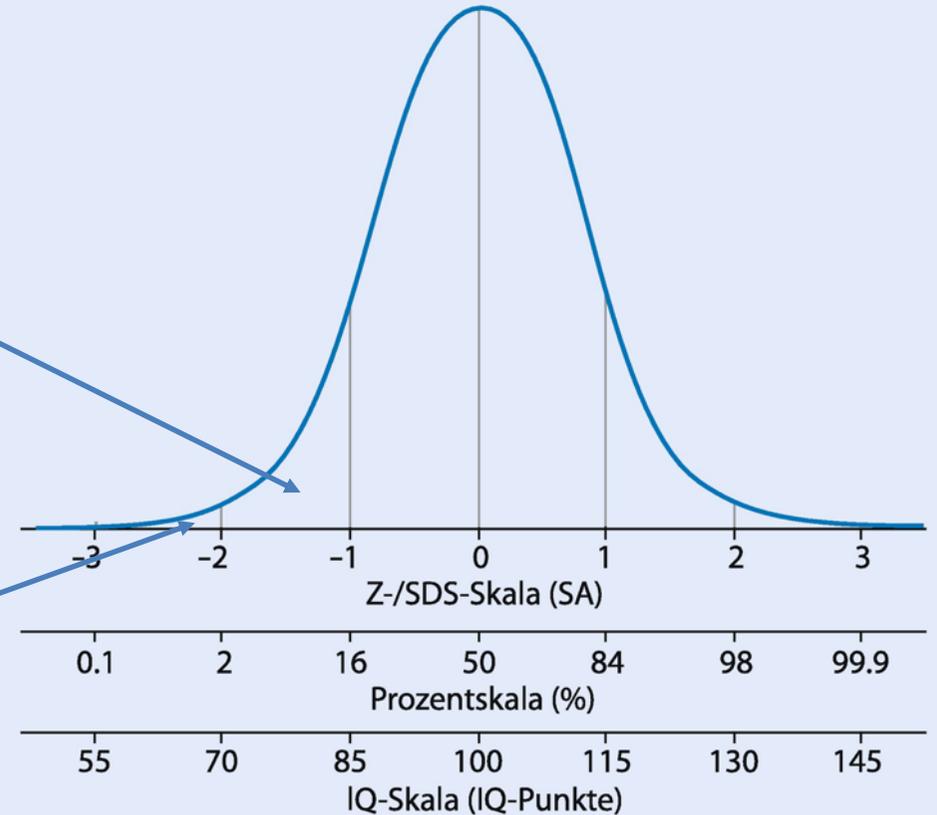
Quelle: **Hubbe** In: Sappok (Hrsg.) Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung, Kohlhammer

Definition ICD-11: Signifikant unterdurchschnittlicher IQ

- unterschiedliche Ursachen
- Manifestation während der Entwicklungsperiode
- **IQ ↓ 2-fachen Standardabweichung &**
- Adaptationsfähigkeiten beeinträchtigt

Lernbehinderung

Störung der
intellektuellen
Entwicklung
F70 - F73



Tab. 37.1: Schweregrade der intellektuellen Entwicklungsstörung (nach ICD-10 der WHO)

Schweregrad	ICD-10	IQ	Mentales Alter	Häufigkeit
Leicht	F 70	50–69	9 bis unter 12 Jahre	80 %
Mittelgradig	F 71	35–49	6 bis unter 9 Jahre	12 %
Schwer	F 72	20–34	3 bis unter 6 Jahre	7 %
Schwerst	F 73	unter 20	unter 3 Jahre	< 1 %

Grad	Sprache	Kultur-TN	Unterstützungsbedarf im Alltag
leicht	verzögerte Entwicklung	lernbar	unabhängige Lebensführung/Ausbildungsberufe
mittel	reduzierter Wortschatz	(lernbar)	punktueller Unterstützung/Werkstätten
schwer	Verständnis ↓ Einzelworte		umfassende Unterstützung im Alltag/Fördergruppe
schwerst	kaum verbale Kommunikation		umfassende Unterstützung in der Selbstversorgung



UN-Behindertenrechtskonvention

Artikel 1:

Eine Behinderung ist eine körperliche, seelische, geistige oder sensorische **Beeinträchtigung, die in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren** den Personenkreis an der vollen und wirksamen **Teilhabe** an der Gesellschaft auf einer **gleichberechtigten Basis** hindert (UN, 2006).

- Beschluss der UN-Generalversammlung im Dezember 2006
- in Deutschland im März 2007 unterschrieben und im Februar 2009 ratifiziert

Artikel 25: Personen mit Behinderungen

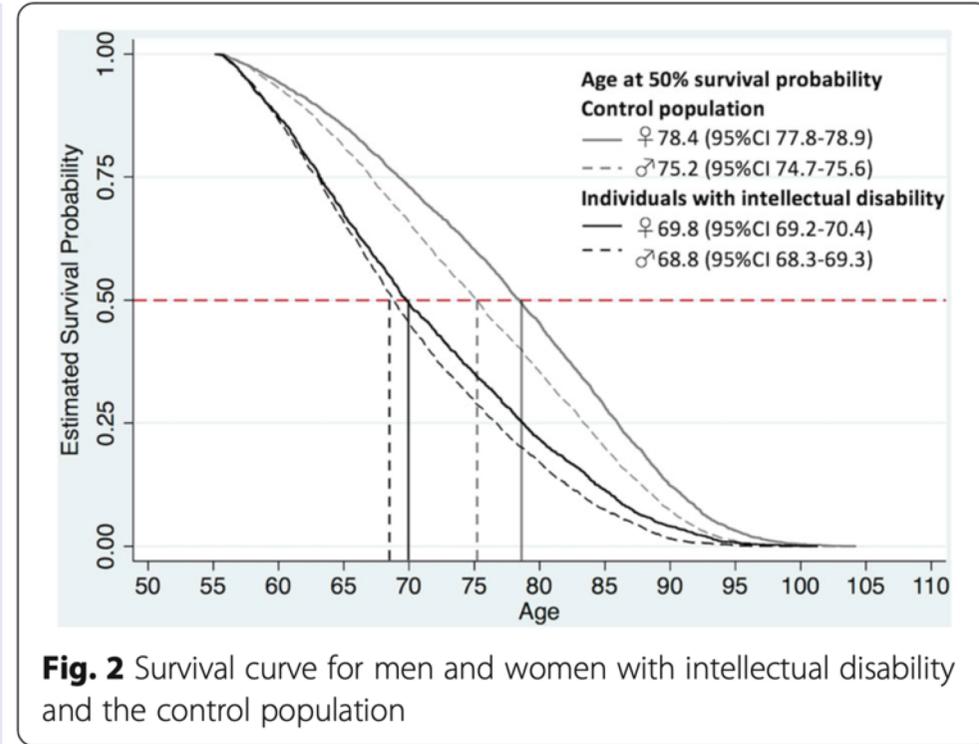
- haben das *Recht auf den höchstmöglichen Gesundheitszustand*,
- Dürfen nicht aufgrund der Behinderung diskriminiert werden,
- teilnehmenden Staaten verpflichten sich, den Zugang zu gesundheitlichen Versorgungsstrukturen zu gewährleisten.

Die Mortalität ist 3-fach erhöht

- Insbesondere bei F72-F73
- **Gender gap kleiner oder sogar umgekehrt**
- Lebenserwartung ♂ 60 J. (ggü. 79) ♀: 58 J. (84)

30-50% der Todesfälle vermeidbar:

- Verzögerungen in der Diagnostik/Therapie
- unzureichende Vorsorge/Impfungen
- vermeidbare Stürze/Unfälle
- mangelnde Fachkenntnis/Barrieren
- Polypharmazie



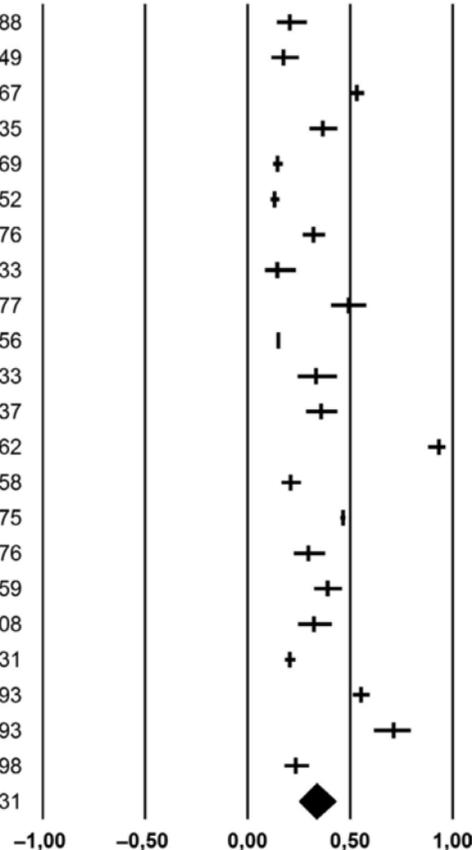
Ng et al. (2017) Mortality patterns and risk among older men and women with intellectual disability: A Swedish national retrospective cohort study BMC Geriatrics 17:269

Studie

Statistics for each study

Studie	Event rate	Lower limit	Upper limit
Bailey 2007	0,207	0,144	0,288
Bakken et al., 2010	0,174	0,119	0,249
Bouras et al., 2003	0,532	0,496	0,567
Cooper et al., 2001	0,367	0,304	0,435
Cooper et al., 2007	0,146	0,125	0,169
Crews et al., 1994	0,132	0,114	0,152
Crocker et al., 2014	0,321	0,270	0,376
Deb et al., 2001	0,144	0,086	0,233
Göstason 1985	0,492	0,408	0,577
He et al., 2018	0,150	0,144	0,156
Holden et al., 2004	0,333	0,246	0,433
Iverson et al., 1989	0,359	0,288	0,437
Linaker et al., 1990	0,933	0,883	0,962
Lund 1985	0,209	0,166	0,258
Morgan et al., 2008	0,465	0,455	0,475
Penã-Salazar et al., 2018	0,296	0,227	0,376
Reiss 1990	0,390	0,326	0,459
Salvador-Carulla et al., 2000	0,323	0,248	0,408
Taylor et al., 2004	0,207	0,184	0,231
Tsakanikos et al., 2006	0,554	0,514	0,593
Turgyn et al., 2014	0,713	0,617	0,793
White et al., 2005	0,235	0,182	0,298
	0,336	0,252	0,431

Event rate und 95% CI



Ø 33,6% (vs. 17%)

- Exkl. Autismus, inkl. Verhaltensstörungen
- KEINE Gendereffekte (Gesamtprävalenz)

Affektive Störungen: 6.7% CI: 5%–8.8%

Angststörungen: 5.5% CI: 3.3%–9%

Schizophrenien: 4.8% CI: 2.4%–9.1%

Unspez. psychot. Störg.: 3.9% CI: 0.8%–16.8%

Persönlichkeitsstörungen: 2.8% CI: 1.2%–6.8%

Schwerste Verhaltensstörungen: 22% (Punktprävalenz)

Ärztliche Vorstellung

körperlicher, kognitiver und emotionaler
Entwicklungsstand?

Verhaltensweisen
solcher Intensität/
Frequenz oder Dauer,
dass die Lebensqualität
oder körperliche
Sicherheit der
Betroffenen oder
Anderer gefährdet ist.

**Körperliche
Krankheit? 45%**

- ❖ Schmerzen
- ❖ Magen-Darm
- ❖ Motorik
- ❖ Epilepsie
- ❖ Metabolische Erkrankungen
- ❖

**Psychische
Störung (ICD)? 45%**

- ❖ Demenz
- ❖ Abhängigkeit
- ❖ Schizophrenie
- ❖ Affektive Störung
- ❖ Angst-/Zwangsstörung
- ❖ Persönlichkeitsstörung
- ❖ Posttraumatische Belastungsstörung

**Verhaltens-
störung? 40%**

- ❖ Umfeld assoziiert
- ❖ entwicklungs-assoziert
- ❖ Verhaltensphänotyp (genetisch)

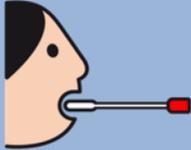
Kommunikation optimieren:

- Kurze Sätze ohne Nebensätze
- Formulierungen/Worte des/der Pat. verwenden
- Bezugspersonen als „Übersetzer“ einbeziehen
- Fremdworte, Metaphern, Verneinungen meiden
- Verständnis prüfen/Wdh. lassen
- Bilder/Symbole/Gegenstände nutzen
- vormachen/einbeziehen/üben

aus: Sappok, Diefenbacher, Winterholler

Medizinische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung

Deutsches Ärzteblatt 2019

Untersuchung Abstrich	
	Ein Abstrich klärt, ob eine Erkrankung wie zum Beispiel eine Corona-Infektion vorliegt.
	Dazu müssen Sie den Mund weit öffnen.
	Die Ärztin berührt mit einem Tupfer die Rachen-Hinter-Wand.
	Der Abstrich kann auch durch die Nase erfolgen.
	Die Untersuchung ist schnell vorbei und harmlos.

Seite 2

Aus: Sappok, Burtscher, Grimmer (2020)

Einfach sprechen über Gesundheit und Krankheit, Hogrefe

Der Behandlungsaufwand ist erhöht

Medizinisch

- Veränderte Krankheits-zeichen erkennen
- Kommunikative Barrieren
- Eingeschränkte und verlängerte kognitive Verarbeitungsfähigkeit
- Kurze Aufmerksamkeits-spanne seitens des Pat.
- Abwehrreaktionen in der Untersuchung
- Andere Untersuchungs-methoden erforderlich
- Einzelgespräche mit Betreuer – Absprachen Behandlungsstrategien
- Teilnahme an Fall- und Helferkonferenz
- Mehr und aufwändigere körperliche Diagnostik
- Mehr juristische Aufgaben (Unterbringung, EV)

Pflegerisch

- Mehr Unterstützung bei ADL (persönliche Hygiene, Essen, Anziehen Toilette)
- Genaue Verhaltens-beobachtung notwendig
- Mehr Deeskalation wegen erhöhter Aggressivität
- Oft 1:1 Betreuung notwendig, um Therapie- und Genesungsprozess nicht zu gefährden
- Begleitungen zu Diagnostik, z.B. Röntgen
- Blutentnahmen teilweise nur mit 2-3 Pflegenden möglich
- Mobilisierung des Pat. auch durch Pflegepersonal
- Wundversorgung (Selbstverletzung, Stürze)
- Schlaf-Wach-Rhythmus gestört

Sozialdienst:

- Komplexes Aufnahme- und Entlassmanagement
- Zusätzliche heilpädagogische Aufgaben (nicht in PsychPV/PPP-RL)

Physiotherapie:

- Mehr Bewegungsstörungen
- Mehr Einzeltherapie
- Mehr Spannungsabbau

Psychotherapie

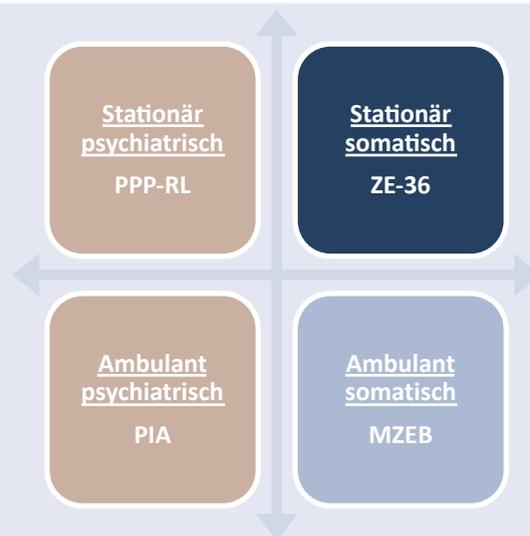
- Mehr und längere Therapieeinheiten
- Mehr Rollenspiele/praktische Übungen
- Mehr Einzeltherapie/Kleingruppen
- Zusätzliche Diagnostik (LD, SEO, Autismus)
- Mehr interdisziplinärer Austausch

Ergotherapie

- mehr Beschäftigungsangebote
- Kleinere Gruppen
- Vor- und Nachbereitung länger

Spezifische Gesundheitsversorgungsangebote in Deutschland



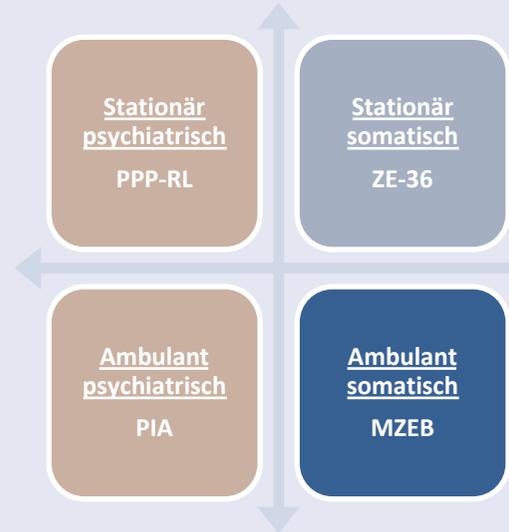


Zusatzentgelt 36:

Versorgung von Schwerstbehinderten

- Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 Fallpauschalenvereinbarung 2020 ist für diese Zusatzentgelte das bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.
- Das Zusatzentgelt hat keinen Fixpreis und ist durch jedes Krankenhaus individuell mit den Kostenträgern (Krankenkasse) zu verhandeln.

Verdopplung der Tagessätze durch ZE-36

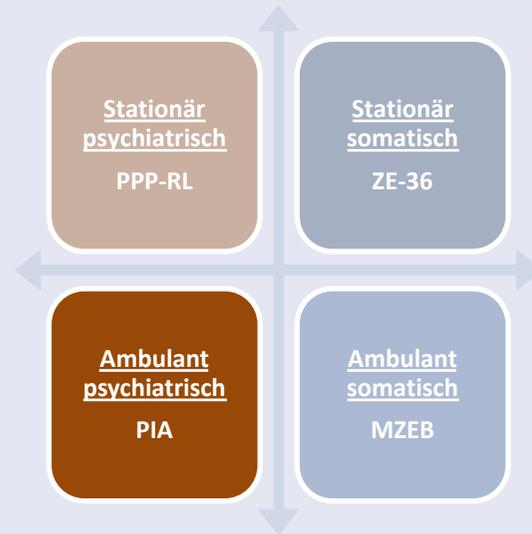


§ 119c SGB V Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen

- die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind.
- **ZIEL:** Wohnortnahe, medizinische Versorgung für Erwachsene mit komplexer Mehrfachbehinderung in Form eines interdisziplinären und multiprofessionellen ambulanten Angebots.
- Ca. 40 in Deutschland, weitere 40-60 in Gründung



Nach Angaben der BAG-MZEB liegen die Quartalspauschalen im Bundesdurchschnitt bei **400-600€/Quartal** (375-1.050)



§ 118 SGB V Psychiatrische Institutsambulanzen

- Die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) erfüllen spezifischen Versorgungsauftrag speziell für Kranke, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines solchen besonderen, krankenhausnahen Versorgungsangebotes bedürfen.
- Aufsuchende Tätigkeit
- Ziele: Krankenhausaufnahmen vermeiden, stationäre Behandlungszeiten verkürzen, -abläufe optimieren.

1,5-fach höhere PIA-Fallpauschalen für Personen mit intellektueller Behinderung

(4.1) Stationär psychiatrische Behandlung: PPP-RL



Stationär psychiatrische Behandlung von Personen mit intellektueller Behinderung

- Berücksichtigung der erhöhten Bedarfe für Basisversorgung (zum Vergleich: Tagessätze für Wohnen in der Eingliederungshilfe: 160-240€/Tag) und Behandlung
 - Eigene Behandlungsbereiche definieren (ca. 25-30)
 - Alternativ: Eingruppierung in KJ-Behandlungsbereiche entsprechend dem kognitiven Referenzalter
- Wichtig: Anerkennung heilpädagogischer Berufsgruppen



1,5 bis 2-fach höhere Tagessätze für Personen mit intellektueller Behinderung

Politische Ziele

UN-Agenda 2030: „Leave No One Behind“ (LNOB)

Forderung: Menschen mit Behinderungen in den nationalen und internationalen Nachhaltigkeitsstrategien zu berücksichtigen!

Ziel: die aufgestellten 17 Ziele für eine nachhaltige Entwicklung auch für Menschen mit Behinderungen erreichen!



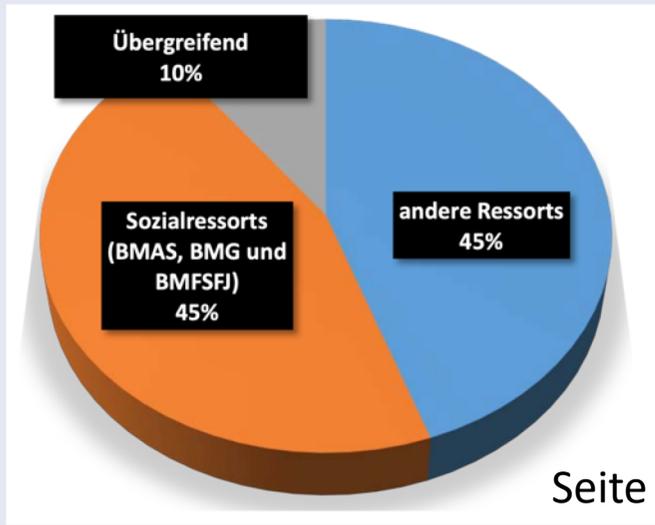
3 GESUNDHEIT UND WOHLERGEHEN



**EIN GESUNDES LEBEN FÜR MENSCHEN JEDEN ALTERS
GEWÄHRLEISTEN UND IHR WOHLERGEHEN FÖRDERN**

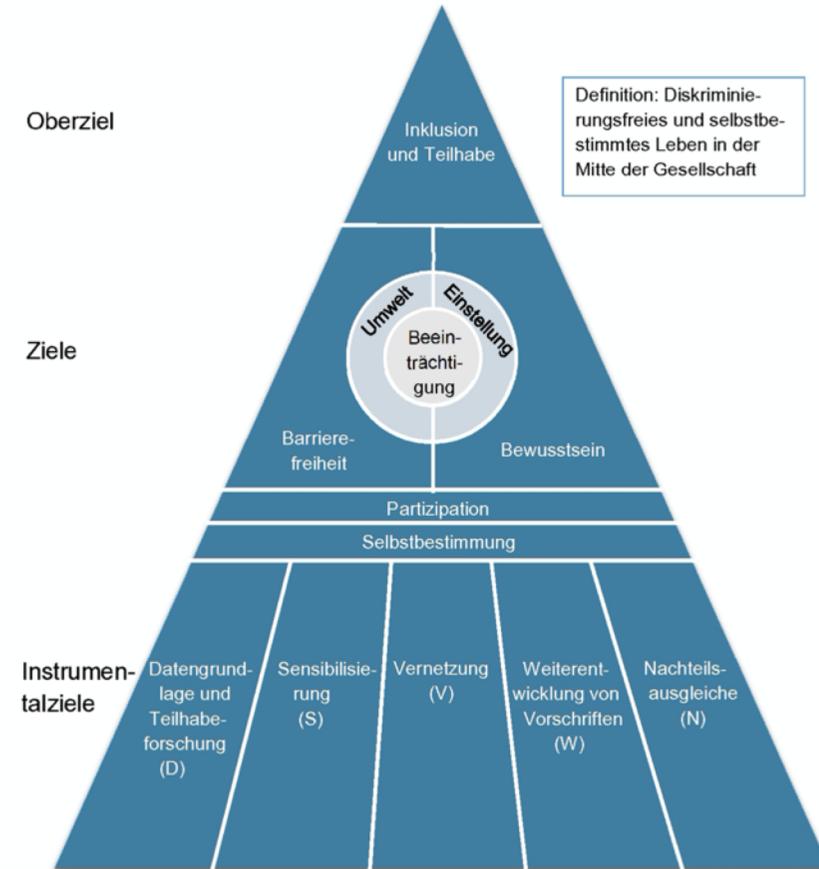
Ziel: Verbesserung der Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderungen auf gesellschaftlicher und medizinischer Ebene

Schwerpunkt: Teilhabe, Arbeit & Gesundheit



„Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft“ BMAS, NAP 2.0

Abbildung 3: Zielsystem der Bundesregierung



Düsseldorfer Erklärung (2019) der Behindertenbeauftragten von Bund und Ländern



Beauftragter der
Bundesregierung für die
Belange von Menschen mit Behinderungen

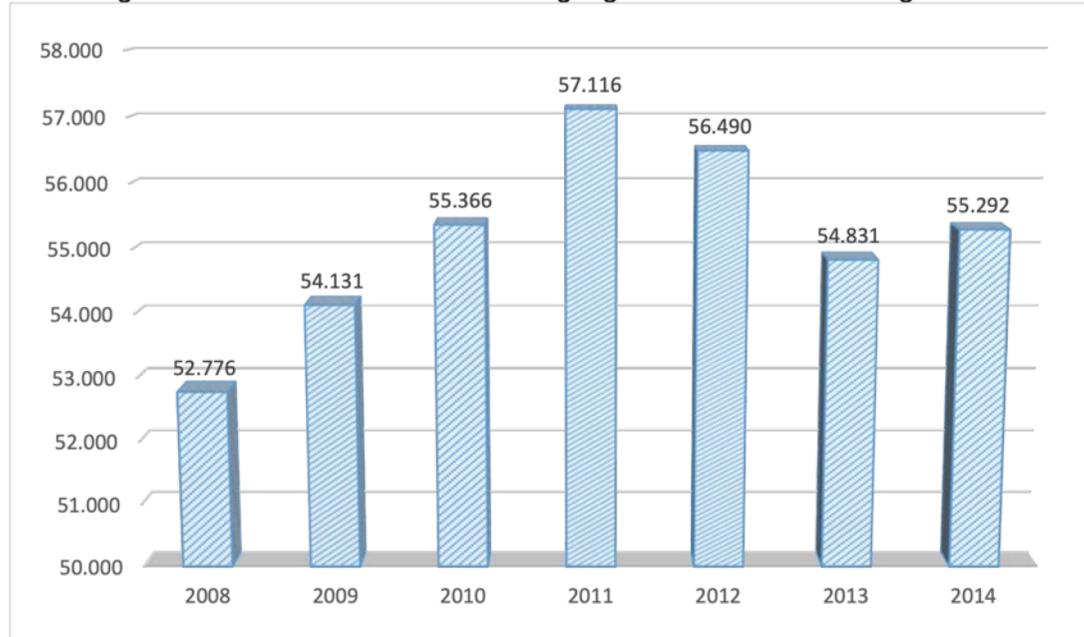
- **Ziel:** die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie bei jedem anderen Menschen zu gewährleisten.
- **Zentrale Forderungen:**
 - Barrierefreiheit im Gesundheitswesen
 - inklusiv ausgerichtet medizinische Leistungsvergütung,
 - spezialisierte Versorgungsangebote für Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen/Assistenzleistung im Krankenhaus und
 - integrative Bildungsangebote in den Gesundheitsberufen
 - Verbesserung der Kooperation Kliniken/Selbsthilfe/Teilhabe



Freiheitsentziehende Maßnahmen

Freiheitsentziehende Unterbringung (BGB): 50-60.000/a

Abbildung 11: freiheitsentziehende Unterbringungen nach dem Betreuungsrecht



„Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft“

BMAS, NAP 2.0 Seite 196

„...Anzahl gerichtlicher Genehmigungen seit 2009 relativ konstant geblieben ...“

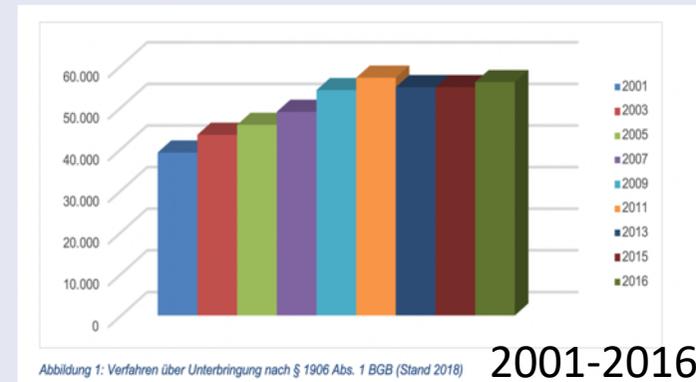


Abbildung 1: Verfahren über Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 BGB (Stand 2018)

2001-2016

Cave: Statistik schließt auch alle Personen mit Demenzen etc. mit ein, IM eher weniger

Zum Vergleich: Psych-KG: 80-90.000/a

Freiheitsentziehende Maßnahmen (BGB): 60.000/a

Abbildung 12: freiheitsentziehende Maßnahmen im Rahmen von Betreuungen und Vorsorgevollmachten

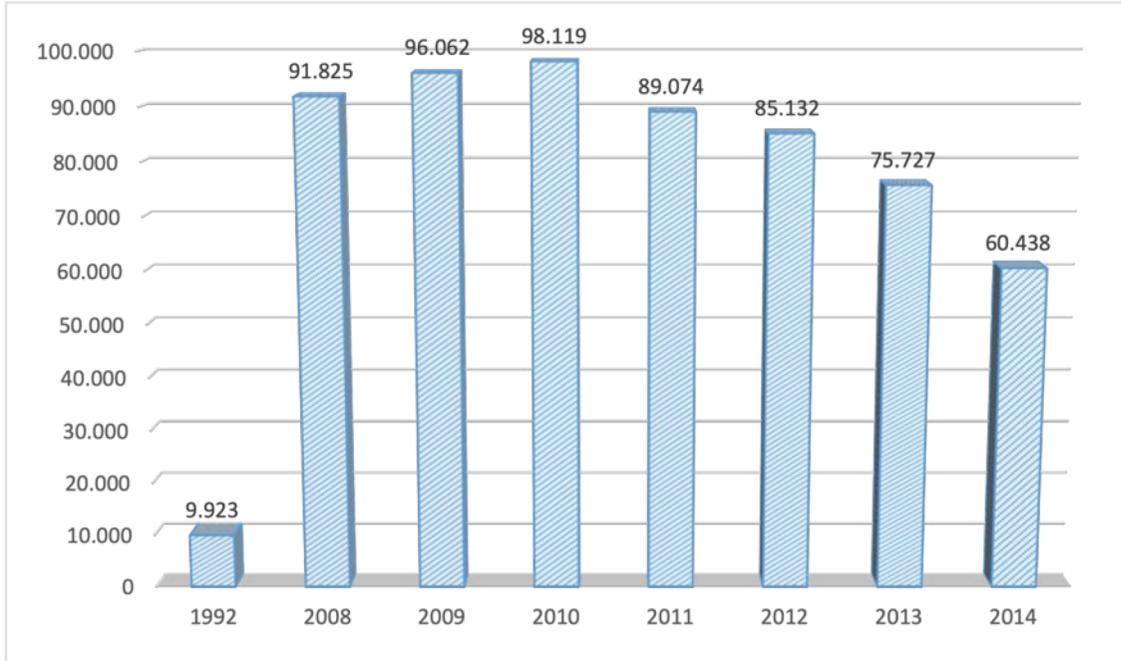
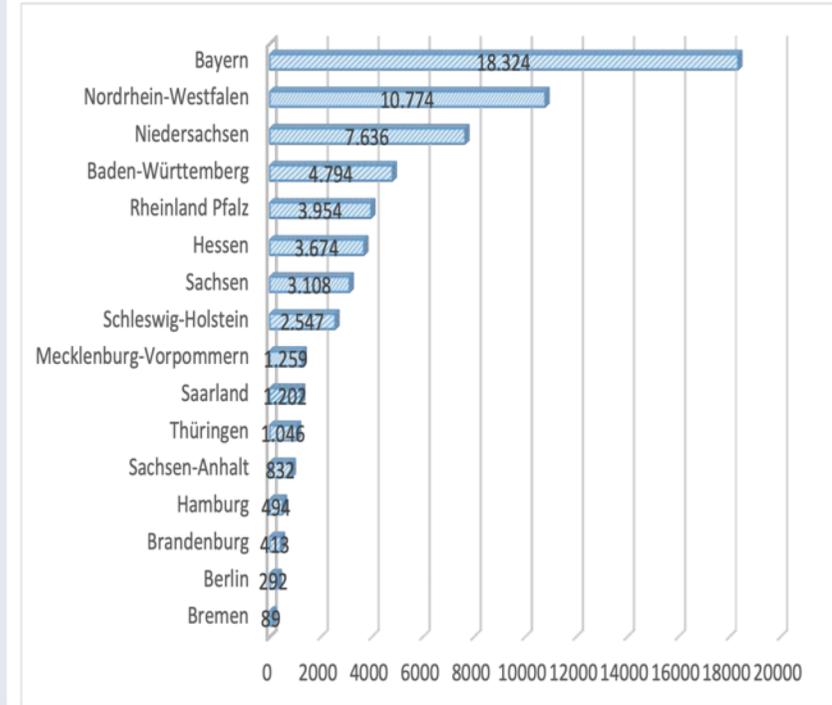


Abbildung 13: Länderaufschlüsselung für 2014:



„Wurden 2010 noch 98.119 freiheitsentziehende Maßnahmen bundesweit genehmigt, lag 2014 die Anzahl bei 60.438 Genehmigungen (im Rahmen von Betreuungen/Vorsorgevollmachten), also seit 2010 ein **Rückgang von knapp 38%**.“

„Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft“
BMAS, NAP 2.0 Seiten 196-197

Cave: V.a. Demenzen etc., eher weniger IM

- **Steinhart 2020; 2021:**
 - Mind. 6000 geschlossene, psychiatrische Heimplätze in D'land
 - Mecklenburg-Vorpommern: 51% F2, 20% F1, **3-4% F7**, 70% Männer
 - 30% leben mehr als 5 Jahre in geschlossenem Wohnbereich
 - 30% der geschlossenen Heimplätze in M-V fremdbelegt aus anderen Bundesländern
- **Döring, Oberbayern 2018:**
 - 832 Plätze, 17 Einrichtungen für stationär geschlossene Unterbringung nach BGB
 - Überwiegend F2 (60%) und F1 (40%), **F7: ca. 5%**
 - Mehr Männer, v.a. 40-65J.,
 - ca. 25 % länger als 5 Jahre untergebracht
 - ca. 35 % nicht aus Oberbayern

- **AG Geschlossene Unterbringung in Eingliederungshilfe der LWL (2019):**
 - **1475 (davon 1246 fakultativ) geschlossene stationäre Plätze** der Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe im LWL für Menschen mit Behinderungen nach § 1906 BGB
 - Stark gestiegene Nachfrage/kein weitere Ausbau geplant (Beschluss Nr.12/1389)
- **Reichstein/Schädler Online 2016 aus LWL/LVR zur Lebenssituation/Wohnen:**
 - **28% halten Plätze zur geschlossenen Unterbringung vor (LVR und LWL; stabil)**
 - Breite Akzeptanz in Trägerlandschaft für geschlossene Unterbringung;
 - ca. 50% halten Fachkonzepte für VA vor (LWL)
- **Theunissen 2019 Intensivbetreuung IM&VA in Baden-Württemberg**
 - **Ca. 10% (620/7000) in Intensivbetreuung**
 - 120 im Therapeutischen Wohnen [TWG]
 - 500 im längerfristig intensiv betreuten Wohnen [LIBW]
 - **Ca. 30% leben dauerhaft** in Sondergruppen

In Sondergruppen (Theunissen):

- zu großer (Sonder-)Gruppen, zu große Einrichtungen
- Zusammenführung von mehreren Personen mit schweren VS
- Oft auch psychische Erkrankung/häufiger Psychopharmaka
- Mitarbeiter zusätzlich belastet und mitunter zu „Opfern von Gewalt“
- Mitbewohner Ziel von tätlichen Aggressionen
- räumlich beengte Wohnsituationen, überregionale Versorgung
- Abschauen und Imitieren von unerwünschtem Verhalten

Literaturrecherche Markowitz (Projekt PINO, LMU):

- VA = Exklusionsrisikos Hauptgrund für eine Veränderung der Wohnsituation
- stationäres Wohnsetting, größere Gruppen-> höheres Risiko für VA
- Cave: VA -> Exklusion, Psychopharmaka ↑, Gesundheit ↓, Mißhandlung ↑
- Restriktive Maßnahmen verbessern VA nicht, verschlechtern Beziehung

Lösungsansätze

- nur als **letztes Mittel** und zusammen mit proaktiven Interventionen
- Wenn für die Person selbst ein **erhebliches Risiko** besteht
- **ethisch vertretbare** Grundlage, milde Alternativen zuerst in Erwägung ziehen
- FEM als Teil eines Vorfallprotokolls **zu dokumentieren** und zu überprüfen; **Nachbesprechung**
- Interventionen mit allen Beteiligten einschl. Familie, Betreuer*innen sowie der Person selbst **diskutiert**
- **sichere Anwendung** und eine **gründliche Risikobewertung** durchgeführt, cave:
 - alle körperlichen Gesundheitsprobleme und physiologischen Kontraindikationen,
 - alle mit der Intervention verbundenen psychologischen Risiken, wie z.B. die Vorgeschichte eines Missbrauchs
 - biomechanische Risiken, wie zum Beispiel muskuloskelettale Risiken,
 - sensorischen Empfindlichkeiten, wie z.B. eine hohe oder niedrige Berührungsschwelle,
- im Hilfeplan von einer Maßnahme begleitet, die der **langfristigen Reduzierung restriktiver Interventionen** dient.
- Sicherzustellen ist, dass die geplanten FEM **im besten Interesse der Person** liegen, sie oder andere vor unmittelbarem und erheblichem Schaden zu schützen, und eine vernünftige, notwendige und verhältnismäßige Reaktion auf das dargestellte Risiko sind.
- **regelmäßige Überprüfung und Neubewertung** der Sicherheit, Wirksamkeit, Häufigkeit und Dauer der Anwendung sowie des anhaltenden Bedarfs an reaktiven Strategien einschließlich restriktiver Interventionen

1. Flächendeckenden Konsulentendienstes
2. Ausweitung und Stärkung des regulären Unterstützungssysteme (Wohnen, Arbeit)
3. Regionale Versorgung/Vermeidung einer überregionalen Versorgung
4. Schaffung und Förderung kleinerer Wohnformen (möglichst bis 4 Personen, max. 6)
5. Zwei-Milieu-Prinzips (Wohnen – Arbeiten)
6. Personenzentrierte Finanzierung eines erhöhten Unterstützungsbedarf
7. Priorisierung und Finanzierung empirisch gestützter (breit angelegter) Konzepte
8. Vermeidung aversiver (restriktiver) Interventionen
9. Spezielle Schulung/Qualifizierung von Mitarbeiter (Deeskalation, Umgang mit VS)
10. Konkrete Zielvereinbarungen zwischen allen Beteiligten, konzeptbezogene, personenzentrierte Verlaufsdocumentation, Evaluation der Leistungserbringung vor Ort

- regionale Verortung,
- fachliche Standards (Konzeption, Hilfeplanung, Dokumentation, Personal),
- Konsultenmodell,
- angrenzende Versorgungsstrukturen stärken

1. Leichte VA: Kooperation im soz. Netzwerk
(microboards, community connectors)
2. Schwere VA: mobile Beratungsdienste
3. Schwerste VA: interdisziplinäre Kooperation aus
Psychiatrie, soz. Arbeit, Psychologie, Pädagogik

- **PINO Projekt** Intensivwohnen Netzwerk Oberbayern (Markowetz, LMU): Lebensqualität in Intensivwohngruppen für Erwachsenen mit IM und VA
- **WiBIG** (im Auftrag des Bayrischen StMAS; Ratz, Dworschak): 10 Punkte Plan des StMAS zur Verbesserung der Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe
- **Werdenfelser Weg**: Einsatz spezialisierte Verfahrenspfleger mit pflegefachlichem Grundwissen für das gerichtliche Genehmigungsverfahren
- **KiBA** (Internes Netzwerk zur Kompetenzerhöhung und Ressourcenoptimierung bei IM und VA, Steinhart, Bethel.regional)

Vision: Integrierte Gesundheitsversorgung

- Kombination aus **Zentren** und **Regelversorgung**
- Zentren mit **Betten** und **mobilen Einheiten** für komplexe und schwere Fälle + Beratung/ Bildung/Forschung
- **Pflichtversorgung der Eingliederungshilfe**
- Unterstützung und Behandlung als **gemeinsame Aufgabe aller Akteure**

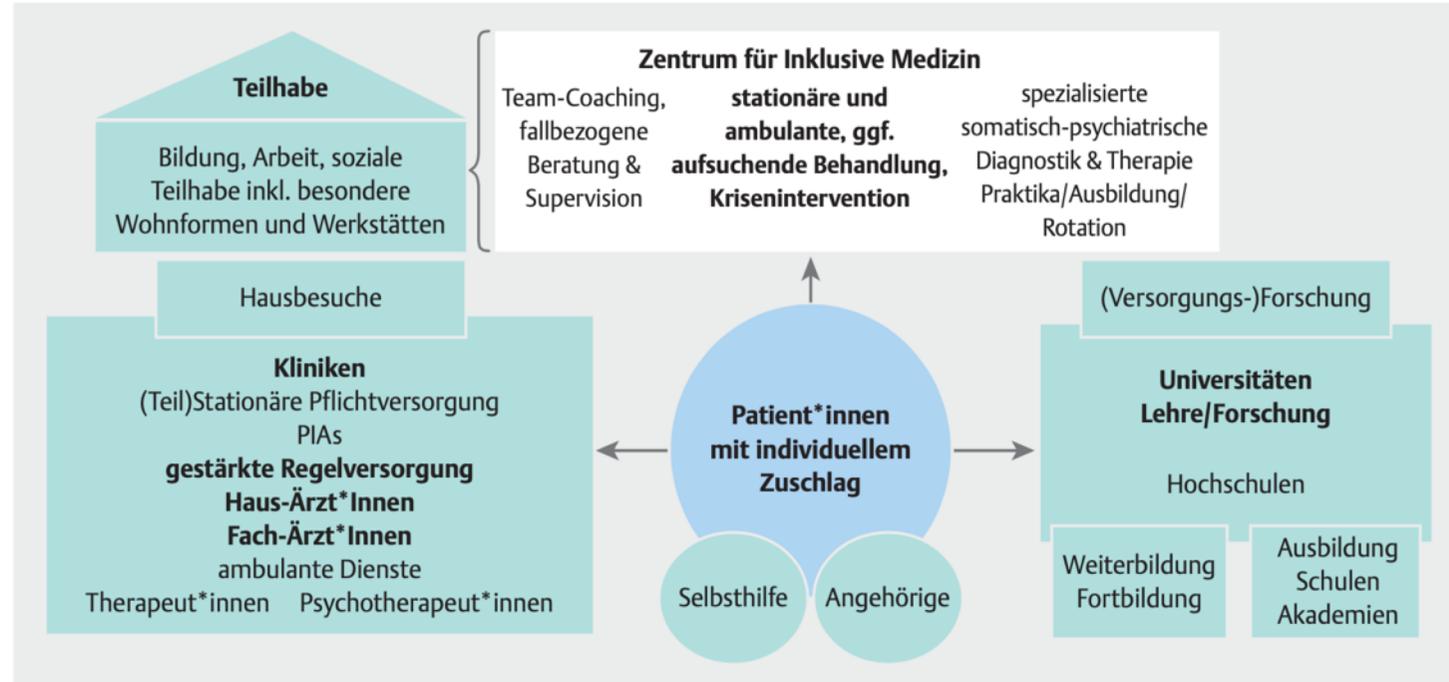


Abb. 1 Gestärkte Regelversorgung, spezialisiertes Angebot und Universitäten im Zusammenspiel in einer Versorgungsregion von ca. 2–4 Mio. Menschen.

Sappok & Steinhart, Psychiatrische Praxis 2021

3. Dialogforums „Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen“, Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen, **Bundesministeriums für Gesundheit** am 22.09.2020; www.psychiatriedialog.de

Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit, Teilhabe und Lebensqualität von Personen mit IM und VA

Medizinische
Zentren
ausbauen

Spezifische
Ausbildung
verbessern

Finanzierung
sicherstellen

Forschung
fördern

Lösungsansätze:

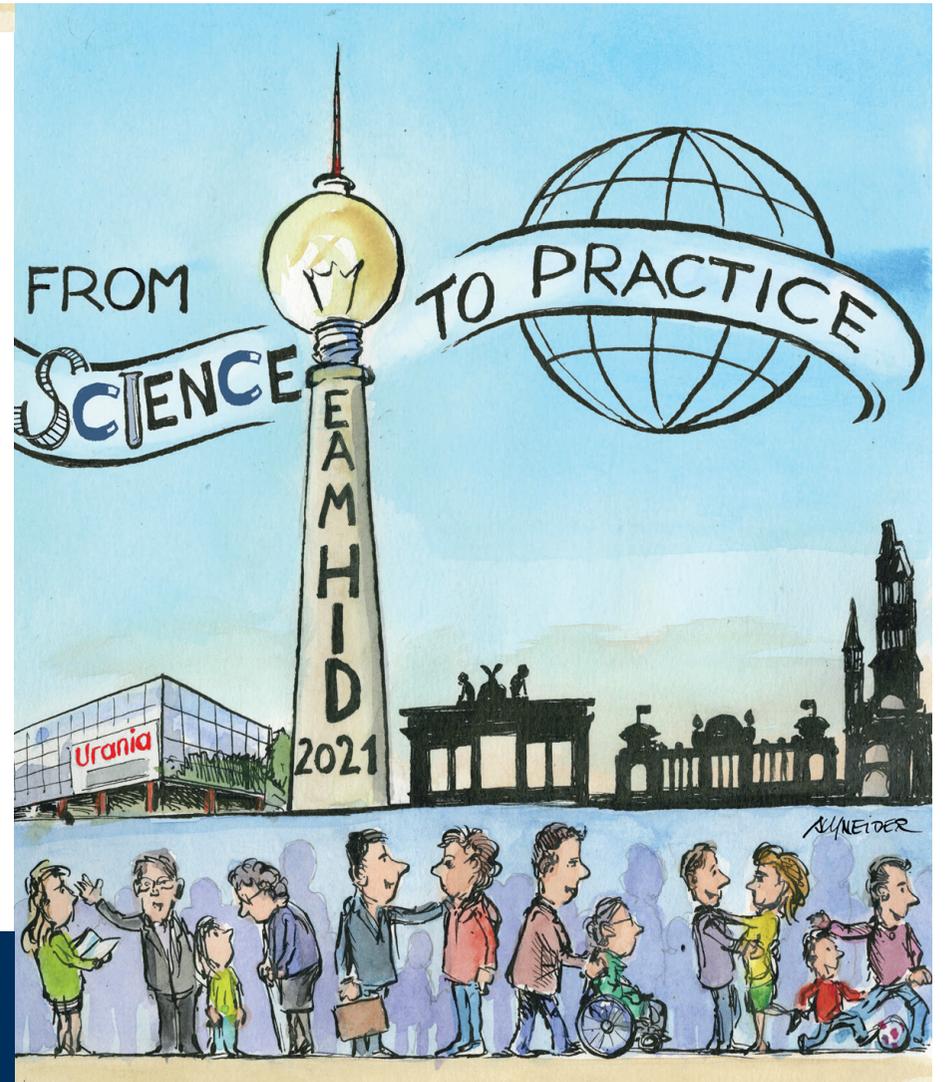
- individuell,
- multiprofessionell und bio-psychosozial,
- ICF basiert,
- SGB übergreifend,
- mobil,
- konzeptionell und fachlich-methodisch,
- refinanziert
- primär regional

- **Pflichtversorgung in Eingliederungshilfe**
- **Aufbau von medizinischen Zentren**

SAVE THE DATE!

13th European Congress of Mental Health in Intellectual Disability Berlin 23–25 September 2021

From Science to Practice: Improving Mental Health
in Persons with Intellectual Disability



Bethel 