

---

## Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)

### Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen

#### 4. Personenzentrierte Versorgung - Vernetzung und Kooperation

Die personenzentrierte Versorgung setzt ein bio-psycho-soziales Gesundheits- und Krankheitsverständnis im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO) voraus. In Wissenschaft, Politik und Gesellschaft ist der Zusammenhang zwischen sozialen Faktoren, Teilhabe und Gesundheit gut belegt und unbestritten. Für die Gestaltung, Erbringung und Finanzierung der Leistungen sind im Sozialversicherungs- und Fürsorgesystem allerdings unterschiedliche Sozialgesetzbücher und verschiedene Akteur\*innen beteiligt. An diesen Schnittstellen sind Qualitätsbrüche zu verzeichnen. Laut Gutachten des Sachverständigenrats hinken die historisch gewachsenen Strukturen den „demographischen, wirtschaftlichen, sozialen und politischen Veränderungen, aber auch dem sich ändernden Morbiditätsspektrum und den lebensweltlichen Bezügen Patienten hinterher“ (SVR 2001, 68). Grundsätzlich wäre daher eine bessere Verzahnung der Sozialgesetzbücher durch eine Erweiterung des § 117 SGB IX und den Einbezug von SGB V-Leistungen in die Gesamtplanung wünschenswert.

Die Versorgungslandschaft für Personen mit psychiatrischen Erkrankungen hat sich in den letzten Jahrzehnten enorm erweitert und hat in der Folge zu einer großen Ausdifferenzierung und Spezialisierung von Leistungsangeboten geführt. Die Zunahme an Komplexität ist jedoch für die Betroffenen gerade aufgrund ihrer krankheitsbedingten Einschränkungen eine große Hürde auf dem Weg zu einem auf sie abgestimmten Versorgungsangebot. Es fehlen zudem v. a. im ländlichen Raum interdisziplinär besetzte Notdienste, die Menschen in Krisensituationen unterstützen. Eine Versorgungslücke besteht weiterhin im Bereich der medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V mit fehlender Konkretisierung spezifischer Hilfen für psychisch Kranke und im § 43 SGB V mit der Möglichkeit einer Anschlussheilbehandlung. Hier fehlen wichtige Bindeglieder für die Versorgung zwischen Akutbehandlung und gemeindepsychiatrischer Versorgung, die letztlich Drehtüreffekte verstärken und mit Blick auf Kosten und das Patient\*innenwohl vermieden werden könnten.

Trotz des breiten und differenzierten Angebots, welches grundsätzlich eine gute Basis für die Versorgung bildet, sehen wir spezielle Probleme in der Ausgestaltung der Hilfen für Patient\*innen mit leichteren psychischen Erkrankungen in folgenden Bereichen:

- *Fachärztliche Behandlung*: Sehr lange Wartezeiten sind zu verzeichnen. Häufig wird nur ein Termin im Quartal angeboten je Klient\*in. Die Versorgung im ländlichen Bereich ist sehr häufig unzureichend. Eine multiprofessionelle ambulante Behandlung und ergänzende Leistung analog des § 43 SGB V könnte hier zu qualitativen Verbesserungen führen und letztlich die Gesamtkosten im Gesundheitssystem reduzieren.
- *Psychotherapie*: Nach wie vor bestehen sehr lange Wartezeiten, die Sprechstunden haben nicht die gewünschte Verbesserung erzielt. Die angebotene Therapiezeit hat sich hierdurch nicht vergrößert. Patient\*innen mit schwierigen Diagnosen werden zu „Bewerbungsverlierer\*innen“.
- *Psychosoziale Beratung*: Es fehlt eine allgemeine, niedrigschwellige und direkt zugängliche Sozialberatung. Derzeit erfolgt eine Beratung oftmals Setting- oder Indikationsbezogen (z. B. für Menschen mit Beeinträchtigungen, für Suchtmittelkonsumierende Menschen oder für Personen während eines akuten stationären Aufenthaltes). Die Beratungsangebote sind häufig zeitlich befristet und damit von der kommunalen Haushaltslage abhängig. Die Gesundheitsämter sind mit der Gesundheitsförderung,

Beratung und Krisenintervention (beispielsweise in Sozialpsychiatrischen Diensten) wegen Personal-mangel in aller Regel überlastet und überfordert.

- *Sozialtherapeutische Gruppenangebote*: Diese sind in der Regel nur über psychiatrische Institutsambulanzen oder den stationären Bereich möglich. Das Angebot ist nicht ausreichend.
- *Künstlerische Therapie*: Musik-, Kunst-, Tanz- oder Dramatherapie sind nicht als Heilmittel anerkannt. Durch die Nennung in der Negativliste können sie auch nicht im Erstattungsverfahren durchgeführt werden und bleiben damit zahlungskräftigen Patient\*innen vorbehalten.
- *Bewegungstherapie*: Außerhalb des Reha-Sports gibt es trotz nachgewiesener Evidenz keine Refinan-zierung von qualifizierten Angeboten im ambulanten Bereich.

Für Personen mit mittelgradiger psychischer Erkrankung sind Defizite an weiteren Stellen erkennbar:

- *Psychiatrische Institutsambulanz*: Die Finanzierung über die Scheinpauschalen ist nicht ausreichend für die vom Gesetzgeber geforderte Komplexbehandlung. Multiprofessionelle Behandlung findet somit nur in Ansätzen statt. Eine deutliche Verbesserung ließe sich über eine Abrechnung der Einzelleistun-gen nach bayerischen Vorbild erzielen, die explizit nichtärztliche, sozialarbeiterische und fachthera-peutische Hilfen umfasst (vgl. GKV-Spitzenverband, DKG, KBV o.J.).
- *Fachpsychiatrische Pflege*: Durch zum Teil überhöhte Anforderungen an die Leistungserbringer und eine in Relation unzureichende Finanzierung wird dieser hilfreiche Ansatz in der Versorgungspraxis immer mehr an den Rand gedrängt.
- *Ergotherapie*: Insgesamt ist aufgrund der Finanzierung das Angebot für psychisch kranke Menschen für die Leistungserbringer nicht attraktiv, wodurch es kaum spezialisierte Praxen außerhalb von Bal-lungsgebieten gibt. Die unzureichende finanzielle Ausstattung macht die Praxen zudem zu Verlierern im Wettbewerb um qualifizierte Fachkräfte.

Für Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung:

- *Integrierte Versorgung*: Die Versorgungsverträge nach § 140a SGB V finden bislang keinen Eingang in die Regelversorgung und sind somit nur für eine ausgewählte Klientel einzelner Krankenkassen zugäng-lich. Der Zugang sollte für alle möglich sein und finanziell eine interdisziplinäre Behandlung ermögli-chen.
- *Modellvorhaben nach §64b SGB V*: Gute Ansätze werden oftmals nicht ins Regelversorgungssystem übernommen. Es bleibt bei Modellvorhaben mit zeitlich begrenzter Dauer. Ein unübersichtlicher Fli-ckenteppich entsteht. Die Auswertung sollte die Nachhaltigkeit und Übertragung von Aspekten in die Regelversorgung stärker in den Vordergrund stellen.
- *Stationsäquivalente Behandlung*: Durch die Überregulierung und die nicht auskömmliche Finanzierung kommt es nur zu einer sehr schleppenden Umsetzung. Die aktuellen Rahmenbedingungen verhindern dabei einen effizienten Home-Treatment-Zugang für unterschiedliche Diagnosegruppen und Krank-heitsschweregrade.
- *Crisis Resolution Teams*: Erste Ansätze, wie derzeit beispielsweise in Hamburg, müssen zeitnah evalu-iert werden und können eine wichtige Ergänzung für die Versorgung schwer psychisch Erkrankter darstellen. Die engen zeitlichen Einschränkungen werden jedoch den Bedürfnissen der Per-sonengruppe nicht immer gerecht und sollten flexibler gestaltet werden.
- *Soziotherapie*: Die Soziotherapie Richtlinie verhindert seit vielen Jahren eine suffiziente Umsetzung in die Praxis. Der leistungsberechtigte Personenkreis ist dabei zu eng begrenzt und das Missverhältnis von Qualifikationsanforderungen und Bezahlung stehen in keinem akzeptablen Verhältnis. Soziothe-rapeutische Leistungen sollten einen lebensweltorientierten Ansatz verfolgen können und für Pati-ent\*innen direkt zugänglich sein. Die Fokussierung auf die Zuführung zum medizinischen Leistungssys-tem widerspricht dabei einem ganzheitlichen Behandlungsansatz.

Neben den notwendigen Verbesserungen in der bestehenden Versorgungsstruktur ist eine Unterstützung bei der Inanspruchnahme des Gesundheits- und Sozialsystems essentiell, um den vom Sachverständigenrat konstatierten Steuerungsdefiziten mit der Folge von Über-, Unter- und Fehlversorgung, zu begegnen (vgl. SVR 2014, 2018). Fachkräfte mit entsprechender Steuerungs- und Lotsenkompetenz sind im SGB V rechtlich nicht verankert und nicht regelfinanziert.

Eine gelingende personenzentrierte Versorgung bedarf vor dem Hintergrund eines die Gesundheit beeinflussenden Zusammenspiels psychischer und sozialer Faktoren eines Zugangs zur institutionsunabhängigen ambulanten Sozialberatung. Die Profession Sozialer Arbeit ist aus gesundheitsökonomischer und gesellschaftlicher Sicht eine notwendige Ergänzung bei der sektorenübergreifenden, qualitätsgesicherten und ganzheitlichen Behandlung (vgl. Beivers, Kramer, 2019). Diese notwendige Unterstützung sieht das SGB V bislang nicht vor. Entsprechende Möglichkeiten sind im Gesetz zu implementieren und für Patient\*innen direkt zugänglich zu machen (vgl. Dettmers, Cosanne, 2020).

Ansatzpunkte für die Implementierung von Verbesserungen innerhalb der bestehenden Regelungen bietet der § 37a SGB V mit der Psychotherapie, der sich leider nur auf ein eingeschränktes Diagnosespektrum begrenzt, unzureichende Rahmenbedingungen für die Finanzierung mit qualifizierten Fachkräften vorliegt sowie durch den fehlenden Direktzugang von der medizinischen Verordnung abhängig ist. Eine Erweiterung und Anpassung des § 43a SGB V könnte eine interdisziplinäre ambulante Versorgung auch für erwachsene Personen möglich machen.

Perspektivisch ist ein lebensweltorientierter Behandlungsansatz über das SGB V hinaus anzustreben, welcher Sozial- und Gesundheitsleistungen in stadtteilintegrierten Gesundheitszentren anbietet und niedrigschwellige Zugänge schafft die Leistungen unterschiedlicher Träger in Anspruch zu nehmen.

#### **Literatur:**

Beivers, A.; Kramer, U. (2019): Die gesundheitsökonomische Perspektive am Beispiel der Kliniksozialdienste. In: Dettmers, S.; Bischkopf, J. (Hg): Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. München. Reinhardt-Verlag, S. 130-134.

Dettmers, S., Cosanne, E. (2020): Bedarf an psychosozialer Beratung besteht über Sektorengrenzen hinaus. In: FORUM sozialarbeit + gesundheit. 4/2020. S. 6-9.

SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Über-, Unter- und Fehlversorgung Gutachten 2000/2001, Ausführliche Zusammenfassung. Online: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2000-2001/Kurz-f-de-01.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2000-2001/Kurz-f-de-01.pdf) (30.10.2020).

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung, Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Online: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten\\_2014\\_Langfassung.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf) (30.10.2020).

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Kurz- und Langfassung. Online: <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606> (30.10.2020).

GKV-Spitzenverband, DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft), KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (ohne Jahr): Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V. Online: [https://www.kbv.de/media/sp/Psychiatrische\\_Institutsambulanzen.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Psychiatrische_Institutsambulanzen.pdf) (13.12.2020)

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.  
Berlin, 16.12.2020