
Behandlung und Soziale Teilhabe verbinden

Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) zum vierten Themenfeld in der Fortführung des Psychiatriedialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen

Im Rahmen der Fortführung des Psychiatrie-Dialogs nimmt die DVSG die Aufforderung zur Stellungnahme im vierten Themenfeld zum Anlass für eine Positionierung. Die erforderliche Verbindung von Gesundheit und Teilhabe wird durch das gegliederte Sozialversicherungssystem und die Trägervielfalt erschwert. Die Gefahr einer Schnittstelle und Lücke für leistungsberechtigte Personen ist schon dadurch gegeben, dass die Gesetzliche Krankenversicherung momentan keine erbringende Rehabilitationsträgerin für Soziale Teilhabe ist. Mit der ICF-Orientierung auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodells ist die enge Verbindung von Gesundheit, Krankheit und Teilhabe auch für die Gewährung der Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen und zu gestalten. Um zu vermeiden, dass Teilhabedarfe nicht erkannt werden und dass aus Teilhabestörungen funktionale Störungen mit der Erforderlichkeit weiterer medizinischer Behandlung resultieren, sind zwingend rechtliche Regelungen für Anknüpfungspunkte auszuschöpfen und zu erweitern.

Für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind insbesondere mit Bezug zur Sozialen Teilhabe folgende träger- und rechtskreisübergreifende Handlungsbedarfe und Lösungsansätze zu benennen.

Zugang zur Beratung und zur Inanspruchnahme von Leistungen erleichtern und ermöglichen

In der Praxis sind regelhaft Schwierigkeiten im Zugang zur Beratung zu benennen, die sich insbesondere durch zu wenig, zu schwer zugängliche Beratungsangebote sowie unpassende und zu wenige Angebotsformen erklären lassen. Vor allem Klient*innen mit komplexen Unterstützungsbedarfen und/oder Menschen, die (noch) nicht in psychiatrischen Hilfesystemen bekannt sind, werden nicht erreicht. Eine rehabilitative und teilhabeorientierte Beratung und Behandlung gelingt oft nicht. Ergänzend zu den bestehenden Angeboten (z. B. nach § 106 SGB IX, EUTB) bedarf es allgemeiner Psychosozialer Beratungsstellen, in denen unabhängig von Kosten- und Leistungsträgern und von jeweiligen Aufenthaltsorten der Menschen eine (Erst-)Beratung angeboten wird (vgl. DGPPN 2024:17, DVSG 2024). Dabei sollte über unterschiedliche Möglichkeiten zur Unterstützung bei psychischen Erkrankungen informiert, auf individuelle Anspruchsvoraussetzungen aufmerksam gemacht sowie bedarfsorientiert der Weg zu geeigneten Hilfsangeboten aufgezeigt und ermöglicht werden (vgl. Beivers, Kramer, 2021; Dettmers, Cosanne, 2020). Eine Möglichkeit zur rechtlichen Regelung innerhalb des SGB V ist beispielsweise in § 11 (4) SGB V Versorgungsmanagement oder in einer Ausweitung des § 37a Soziotherapie auf weitere Personengruppen gegeben. Grundsätzlich wären darüber hinaus in Anlehnung an das Präventionsgesetz weitere Regelungen erforderlich, die die Kommune und eine trägerübergreifende Lösung verpflichtend und niedrigschwellig berücksichtigen (z. B. im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes).

Durch interprofessionelle Konferenzen und Strukturen Anreize schaffen für Soziale Teilhabe

Um Soziale Teilhabe zu stärken ist neben der niedrigschwelligen Beratung und der Implementierung von ausreichend Leistungsangeboten im ambulanten Bereich zudem eine offene und inklusionsorientierte Haltung bei Akteur*innen erforderlich. Nur wenn die beteiligten Leistungsträger und Leistungserbringer überzeugt sind von der hohen Bedeutung von Sozialer Teilhabe für eine gute Lebensqualität, wird der Weg zur Leistungsgewährung im erforderlichen Rahmen geebnet. Haltungsänderungen sind durch gemeinsame dialogische fallbezogene Konferenzen, Strukturen für interprofessionelle Teams und Konferenzen sowie Kampagnen zur Entstigmatisierung zu stärken. Die Möglichkeiten zur Teilhabe sind bei SGB V-Leistungen in Verbindung mit dem SGB IX verpflichtend im Leistungskatalog des Gesetzes aufzunehmen. Die Möglichkeiten des Präventionsgesetzes, des SGB IX (z. B. § 42 SGB IX) sowie die Leistungsform des Persönlichen Budgets werden zu wenig ausgestaltet und genutzt.

Lösungsansätze sind beispielsweise sektoren- und trägerübergreifende Konferenzen, wobei verpflichtend die monetäre und fachliche Leistungsgestaltung der Akteur*innen rechtlich vorzusehen ist (wie ursprünglich beispielsweise bei Gesundheitsregionen oder Gesundheitskiosken).

Regionale Angebote ausgestalten, sicherstellen und verknüpfen

Darüber hinaus bestehen für die Inanspruchnahme von Leistungen in verschiedenen Bereichen Verbesserungsbedarf im Hinblick auf die Verknüpfung, Ausgestaltung und Sicherstellung der Angebote. Die Sach- und Dienstleistungen sind in dem Leistungsbereich des SGB V folgerichtig aufzuzeigen und durch entsprechende Verfahren zu unterstützen.

- **Eingliederungshilfe:** In der Eingliederungshilfe sollte die qualifizierte Assistenz mehr mit sozialtherapeutischem Schwerpunkt und psychosozialer Ausrichtung umgesetzt werden. Für die Strukturqualität sind Fachkräften der Sozialen Arbeit vorzusehen und auch bei der Fachkraftquote zu berücksichtigen.
- **Sozialhilfe:** Auch die Beratung und Gewährung von Leistungen gemäß § 67 SGB XII für Personen in besonderen Lebensverhältnissen zur Überwindung von sozialen Schwierigkeiten sind stärker bekannt zu machen, niedrigschwellig vorzusehen und auszubauen.
- **Öffentlicher Gesundheitsdienst:** Die Sozialpsychiatrischen Dienste sollten stetig ihre beratende Funktion stärken und im Sozialraum, ggf. im Rahmen eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds abgestimmt, frühzeitig eingebunden werden.
- **SGB XI-Leistungen:** Pflegekassen sollten als Rehabilitationsträger anerkannt werden. Dadurch könnte zum einen der Grundsatz „Reha vor Pflege“ leichter in die Bedarfsermittlung und Leistungsgewährung eingebunden werden; zum anderen ist davon auszugehen, dass Antragsbearbeitungen durch die verpflichtende Einbeziehung der Pflegekassen schneller unter Vermeidung von Zuständigkeitsklärungen erfolgen würden. Die Pauschalierung der Leistungen in der Pflegeversicherung sollte nicht dazu führen, die pflegerischen Aspekte in der Gesamtbetrachtung von Teilhabe allein der Bereitstellung der Leistungserbringung zu überlassen. Zudem ist die Pflegekasse nach § 7a SGB XI zum Fallmanagement verpflichtet, dazu gehören sehr oft Konstellationen, die mit Eingliederungsleistungen einhergehen müssen.
- **SGB-V-Leistungen:** Fachkräfte der Sozialen Arbeit sind bei Angeboten wie Stationsäquivalenten Leistungen (StäB), Psychiatrischen Institutsambulanzen, Soziotherapie oder Tageskliniken vorzusehen und einzubinden. Wartezeiten für ambulante Leistungen, z. B. Psychotherapie oder Soziotherapie, sind sehr/zu lang, oftmals wird die gleichzeitige Inanspruchnahme von Leistungen ausgeschlossen (vgl. DVSG, Berufsverband der Soziotherapeuten 2022), häufig fehlt die Auswahl für flexible, niedrigschwellige und aufsuchende Angebotsformen. Möglichkeiten des Entlassmanagements nach § 39 SGB V sind verlässlich auszugestalten, um die Inanspruchnahme von Leistungen zu erreichen, die Behandlungsqualität abzusichern und den Zugang zur Rehabilitation zu erleichtern.

Teilhabeplanverfahren fördern und einfordern

Wenn Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist ein Teilhabeplanverfahren zu initiieren (vgl. BAR 2022). In einem Teilhabeplan müssen die Leistungen hinsichtlich Ziel, Art und Umfang so beschrieben und gestaltet werden, dass sie nahtlos und wie aus einer Hand ineinandergreifen. Obwohl bei Menschen mit wesentlicher seelischer Behinderung regelhaft leistungsgruppen- und trägerübergreifende Unterstützung erforderlich ist, sind große Unsicherheiten und Mängel in der Umsetzung von Teilhabeplanverfahren zu verzeichnen. Die Trägervielfalt und die systembedingten Barrieren erfordern die stärkere Umsetzung von Teilhabeplanverfahren unter konsequenter Einbindung von Leistungsträgern des SGB V. Das Teilhabe- und das Gesamtplanverfahren sichert den Anspruch auf die umfassende Bedarfsermittlung und perso-

nenzentrierte Leistungsgestaltung. Wenn der*die Leistungsberechtigte zustimmt, können Leistungserbringer in die Verfahren einbezogen werden. Dies ist für eine Perspektiverweiterung und eine personenzentrierte Gewährung von Unterstützungsleistungen oftmals hilfreich und entspricht dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Leitlinien. Eine weitere Professionalisierung der Bedarfserhebung für Teilhabe im Sinne der personenzentrierten Leistungsgewährung wäre erreicht.

Der mit der UN-BRK, dem SGB IX und dem Bundesteilhabegesetz verbundene Paradigmenwechsel der Förderung der selbstbestimmten Teilhabe ist konsequent zu unterstützen. Zur Vermeidung von gesundheitlichen Folgeproblemen (z. B. Funktionsstörungen) oder von Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe sind bei Vorliegen einer Erkrankung Leistungen bedarfsgerecht zu erbringen. Der Mensch in seiner Lebenswelt ist in den Fokus der Leistungsgestaltung zu stellen. Dafür bedarf es verbindende rechtskreisübergreifende Regularien, um den Wirkungsgrad des SGB IX zu stärken.

Forschungsförderung und Evidenzbasierung

Im öffentlich-rechtlichen Geltungsbereich sind Förderlinien zu entwickeln, die Möglichkeiten bieten, Bedarfe, Hindernisse in der Inanspruchnahme sowie erforderliche und bestehende Leistungsangebote im Bereich Sozialer Teilhabe wissenschaftlich zu untersuchen. Fehlende Evidenzbasierung bei unterschiedlichen Leitlinienprojekten im Handlungsfeld Psychiatrie/Psychosoziale Therapien sind bekannt. Um Forschungs- und Handlungsbedarfe entsprechend zu berücksichtigen, braucht es partizipative und die Praxis und Hochschulen einbindende Forschungslinien, die speziell die Soziale Teilhabe in den Fokus stellen.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
Berlin, 12. August 2024

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.) (2023): Teilhabeverfahrensbericht 2023. Berichtsjahr 2022. Frankfurt am Main. Online verfügbar: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/datenteiliste/THVB/5_THVB_2023.pdf

Beivers, Andreas; Kramer, Ulrike (2021): Die gesundheitsökonomische Perspektive am Beispiel der Kliniksozialdienste. In: Dettmers, Stephan; Bischkopf, Jeannette (Hrsg.): Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. Zweite aktualisierte Auflage. Reinhardt Verlag. S. 130-135

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

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2024): Versorgung weitergedacht. Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung durch das Krankenhaus. Berlin. Online verfügbar: https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/0b7b36fd3b03e56e7c1bb0d2fdf7085fbc125bd4/2024-06-13_DGPPN_Versorgung%20weitergedacht.pdf

DVSG (2024): Stellungnahme der DVSG zum zweiten Themenfeld in der Fortführung des Psychiatriedialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen „Teilhabe an Gesundheit – Medizinische Rehabilitation und Prävention“ Online verfügbar: https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Stellungnahmen/DVSG_Stellungnahme_Weiterentwicklung_Psychiatriedialog_Thema2_2024.pdf

DVSG; Berufsverband der Soziotherapeuten (2022): Kein Leistungsausschluss zur Soziotherapie für Patient*innen in den Psychiatrischen-Instituts-Ambulanzen. Berlin. Online verfügbar: https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Positionen/Positionierung-DVSG-Berufsverband-Soziotherapeuten-2022-10.pdf