

---

**Stellungnahme der  
Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)  
zum  
Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen**

**3. Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen**

Eine Versorgung von Personen mit komplexer Krankheitssymptomatik erfordert grundsätzlich einen personenzentrierten Ansatz, der die SGB-Systematik in der Erbringung von Leistungen in die zweite Reihe stellt. Die unzureichende und nur auf medizinische Bedarfe begrenzte Krankenversorgung im SGB V verhindert einen ganzheitlichen Behandlungsansatz und verschiebt behandlungsrelevante Versorgungsbedarfe in das SGB VI, IX, XI oder XII. Für eine verbesserte Versorgung spezifischer Zielgruppen sieht die DVSG vor allem in den folgenden Bereichen Probleme und daraus abgeleitet Lösungsansätze:

*Kinder und Jugendliche:*

Es fehlen spezialisierte Einrichtungen für Jugendliche/Adoleszenzente vom 16. bis zum 25. Lebensjahr im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Diese Zielgruppe wird durch die bestehenden Angebote nicht gut erreicht, was die Verstärkung und Chronifizierung von Krankheitssymptomen bewirkt und oft in eine dauerhafte und für das System kostenintensive Behandlungskette mündet. Die Verzahnung von medizinischer Behandlung und Unterstützung durch die Soziale Arbeit sowie die stärkere Nutzung eines multiprofessionellen Behandlungsansatzes ist derzeit nicht gewährleistet. Somit ist der Verbleib in psychiatrischen Versorgungsketten oft die Folge. Insbesondere im ambulanten Bereich fehlen multiprofessionelle Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, die vergleichbar mit den Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie den Einsatz ergänzender Berufsgruppen möglich machen.

*Lösungsvorschläge:*

- Eine stärker multiprofessionell gestaltete Ausrichtung medizinischer Behandlungskonzepte und eine bessere Verzahnung der Leistungen mit der Sozialen Arbeit und über die einzelnen Sozialgesetzbücher hinaus (z. B. SGB V, VIII, IX und XII) (vgl. DVSG 2020).
- Eine Erweiterung des § 43a SGB V auf junge Erwachsene zur Ermöglichung eines sozialpsychiatrischen Behandlungsansatzes.
- Einführung von stärker personenzentrierten Ansätzen unter Berücksichtigung der Lebenswelt der betreffenden Menschen; dies sollte auch in der Ausgestaltung des §11 Abs. 4 SGB V für die angemessene Umsetzung des Anspruchs auf ein Versorgungsmanagement berücksichtigt werden. Expert\*innen der Sozialen Arbeit können diesbezüglich ihre Beratungs-, Koordinations- und Navigationskompetenz einbringen, auch bei der Umsetzung von Case-Management-Ansätzen. Für die Erschließung von Leistungen sind Änderungen erstrebenswert, die einen direkten Zugang zu verschiedenen Leistungen durch die fachliche Expertise der Sozialen Arbeit ermöglichen.

### *Alte und pflegebedürftige Menschen:*

Es gibt kaum spezialisierte Kurz- und Langzeit-Pflegeeinrichtungen, die psychisch kranke Menschen mit herausforderndem Verhalten aufnehmen. Deshalb erfolgt regelhaft und wiederkehrend die Behandlung auch dieser Personengruppe in den psychiatrischen Krankenhäusern. Die somatischen Krankenhäuser sind unzureichend vorbereitet auf psychisch kranke Personen und der notwendige multiprofessionelle Behandlungsansatz scheitert an den DRG Begrenzungen. Auch in der ambulanten Versorgung sind Praxen und ambulante Pflegedienste mit der Versorgung überfordert. Eine weitere Schwierigkeit ist, dass der vom Gesetzgeber ermöglichte Rahmen der stationsäquivalenten Behandlung viel zu eng begrenzt ist. Als Folge führt diese Situation insgesamt zu einer Fehlsteuerung innerhalb des Systems mit einer insuffizienten und teuren Versorgung in psychiatrischen Kliniken.

### *Lösungsvorschläge:*

- Ambulante multiprofessionelle Versorgungseinheiten, die sozial- und fachtherapeutische Behandlungsansätze inkludieren, wären geeignet die Versorgungslage zu verbessern (z. B. über Assertive community treatment teams, crisis resolution teams). Diese sollten auch aufsuchende Hilfen anbieten und flexibel und bedarfsorientiert ihren Einsatz bürokratiearm steuern. Der vom Gesetzgeber vorgesehene Rahmen der stationsäquivalenten Behandlung ist dabei viel zu eng begrenzt und müsste weiter gefasst werden. Denn erst dadurch könnte eine flexible und personenorientierte Versorgung im Sinne eines adaptiven Hometreatments ermöglicht werden.
- Die refinanzierte Unterstützung von Angehörigen und Genesungsbegleiter\*innen könnte einen zusätzlichen wichtigen Beitrag zur Reduzierung häufiger Krankenhausaufenthalte leisten.
- Die fachpsychiatrische Pflege nach §37 SGB V ist zeitlich für einen längeren oder auch unbefristeten Zeitraum zu gestalten und von zu strengen Regularien zu befreien, um das Abschieben in andere Versorgungsbereiche zu verhindern. Gerade bei älteren Menschen mit Komorbiditäten ist eine Betreuungskontinuität durch Pflegedienste essentiell, die sich nicht nach der Kostenträgerschaft richtet.

### *Psychosomatik:*

Schwere psychosomatische Erkrankungen sind häufig von komplexen sozialen Problemen begleitet. Psychosomatische Behandlung findet oft wohnortfern statt und eine Integration in das Lebens- und Behandlungsumfeld gelingt nur unzureichend. Psychosomatische Tageskliniken fehlen in der Breite.

Auch somatische Erkrankungen können im Krankheitsverlauf zu psychischen Erkrankungen führen. Beispielsweise kommen bei Personen mit einer Epilepsieerkrankung alle Varianten psychischer Störungen häufiger vor als in der Allgemeinbevölkerung (vgl. Schmitz, Schöndienst, 2006, 142). Insbesondere bei Depression, Angsterkrankungen und dissoziativen Anfällen gibt es erhöhte Prävalenzen. Werden Menschen mit somatischen, insbesondere neurologischen Erkrankungen, in der psychosomatischen Einrichtung behandelt, ist es wichtig diese auch mit der notwendigen Neurokompetenz zu begleiten. Auftretende organisch-psychische Defizite haben oft eine organische Ursache, die in der Unterstützung und Begleitung berücksichtigt werden muss (vgl. Reuther, 2014, 20).

### *Lösungsvorschläge:*

- Psychosomatische Behandlungen sollten wohnortnah stattfinden, um die Integration von Behandlungserfolgen in Alltag und Beruf nachhaltig zu verbessern.
- Nachsorgeprogramme haben einen psychotherapeutischen Schwerpunkt und es fehlen ausreichende psycho-soziale Beratungs- und Unterstützungsmodule. Diese sollten bei den Nachsorgeprogrammen ergänzt werden.

- Eine Schaffung von Möglichkeiten der Sozialberatung, sozialer Begleitung und Unterstützung könnte beispielsweise durch eine Erweiterung der Anwendung und des Personenkreises des §37a SGB V für die Soziotherapie vorgenommen werden; zu prüfen wären erweiterte Optionen, so dass Soziotherapie auch bei psychosomatischen Diagnosen und damit einhergehenden Schwierigkeiten verordnet werden könnte. Bei Menschen mit neurologischen Erkrankungen ist zu berücksichtigen, dass diese auch in der soziotherapeutischen Unterstützung mit Neurokompetenz beraten, begleitet und unterstützt werden (vgl. BAR, 2013 oder Buttner2020).
- Als grundsätzlich wünschenswert und notwendig sieht die DVSG die Einführung einer ambulanten Sozialberatung und Sozialtherapie als neuen Paragraphen 37c SGB V, um dadurch allen Personen mit psychiatrischen und psychosomatischen Beschwerden im Krankheitsfall eine kompetente Beratung und Behandlung bedarfsorientiert zugänglich zu machen. Diese sollte als Direktzugang gestaltet sein und nicht der ärztlichen Budgetierung unterliegen. Die DVSG sieht an dieser Stelle eine große Chance, Behandlungsprozesse zu optimieren, sozial verträglich und damit effektiv nutzbar zu machen.

*Menschen mit zusätzlicher körperlicher oder geistiger Behinderung:*

Multimorbiditäten erfordern oftmals eine Behandlung, Begleitung und Versorgung über mehrere SGB-Bereiche hinweg. Interdisziplinäre Ansätze, die auch die medizinische und sozialtherapeutische Kompetenz nichtärztlicher Berufsgruppen einschließen, fehlen weitestgehend. Ein erster Schritt durch die Einführung von Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung (MZEB) zeigt hier bislang keine spürbare Verbesserung, da die verbesserte Diagnostik im Anschluss häufig auf eine lückenhafte Versorgungsstruktur trifft. Dies ist in ländlichen Bereichen deutlich ausgeprägter, aber durchaus auch in Ballungszentren schwierig. Behandlung, Therapie, Pflege, Beratung, Begleitung und Unterstützung müssen für diesen Personenkreis zumindest konzertiert, idealerweise aus einer Hand angeboten werden. Der Inklusionsgedanke und die von der WHO in der ICF definierten Funktionsbereiche können nicht in die verschiedenen Sozialgesetzbücher aufgegliedert werden.

Eine weitere wichtige Rolle spielt der Einbezug des sozialen Umfelds, von Angehörigen und Freunden, Vereinen oder Treffpunkten. Hierfür fehlen die rechtlichen Voraussetzungen und die Finanzierung im SGB V.

*Lösungsvorschläge:*

- Eine Aufwertung der MZEB (§119c SGB V) zur Ermöglichung der Komplexbehandlung bei multimorbiden psychiatrisch-kognitiv-somatischer Beeinträchtigung sollte erfolgen. Durch die Bereitstellung ausreichender Mittel sollte eine verbindliche multiprofessionelle Besetzung der Zentren umgesetzt werden, um die angestrebte Zusammenarbeit mit den Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe und mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst fachkompetent möglich zu machen.
- Schaffung von rechtlichen Grundlagen, um das soziale Umfeld im Verständnis einer ganzheitlichen Sozialberatung stärker in den Behandlungsprozess miteinzubeziehen.
- Somatische Krankenhäuser müssen in die Lage versetzt werden, die Personengruppe mit multiprofessionellen Behandlungsansätzen zu versorgen.
- Notwendig ist eine Öffnung und Verzahnung des SGB V zum/mit dem SGB IX analog der bereits begonnenen Umsetzung in anderen Sozialgesetzbereichen.

**Literaturhinweise:**

BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) (2013): Phase E der neurologischen Rehabilitation. Empfehlungen. Frankfurt am Main. Online verfügbar: [https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha\\_vereinbarungen/pdfs/BAREmpfPhaseE7.1.web.pdf](https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/BAREmpfPhaseE7.1.web.pdf) (aufgerufen am 06.11.2020)

Buttner, Thomas (2020): Soziale Diagnostik in der neurologischen Rehabilitation. S. 258-263. in: Buttner et al: Soziale Diagnostik in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit.

DVSG (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) (2020): Positionierung der DVSG. Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen und der Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Online verfügbar: [https://dvsg.org/fileadmin/dateien/07Publikationen/01StellungnahmenPositionen/2020-05\\_07\\_Positionierung\\_DVSG\\_APK\\_Kinder\\_Jugend\\_final.pdf](https://dvsg.org/fileadmin/dateien/07Publikationen/01StellungnahmenPositionen/2020-05_07_Positionierung_DVSG_APK_Kinder_Jugend_final.pdf)

Reuther, Paul (2014): Die Herausforderung: organisch-psychische und neuro-kognitive Defizite. in: Neurotransmitter, Sonderheft 2, S. 20-25.

Schmitz, Bettina; Schöndienst, Martin (2006): Anfälle: Epilepsie und Dissoziation. Die Psychosomatik epileptischer und nicht-epileptischer Anfälle. S. 132-175. In: Heinningsen, Gündel, Ceballos-Baumann: Neuropsychosomatik.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.

Berlin, 10.11.2020