
**Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)
zum zweiten Themenfeld in der Fortführung des Psychatriedialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für
psychisch erkrankte Menschen „Teilhabe an Gesundheit – Medizinische Rehabilitation und Prävention“**

Die DVSG begrüßt ausdrücklich die Aktivitäten zur Fortsetzung des Dialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen zu unterschiedlichen Themenschwerpunkten. Gerade im Hinblick auf Teilhabe und den Lebensbereich Gesundheit sind nach wie vor Handlungsbedarfe mit dem Schwerpunkt medizinische Rehabilitation, Prävention sowie Schnittstellenprobleme mit weiteren Feldern aufzuzeigen.

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gehören in Deutschland zu einer Zielgruppe, die in vielen Lebensbereichen erheblichen psychosozialen Beeinträchtigungen und Teilhabe einschränkungen ausgesetzt sind. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weist dieser Personenkreis neben den Belastungen durch die psychische Erkrankung ein höheres Risiko für Beschäftigungslosigkeit, Armut, Verschuldung, Wohnungslosigkeit, Viktimisierung, soziale Einsamkeit, komorbide somatische Erkrankungen und Mortalität auf (vgl. Giertz et al. 2022). Trotz zahlreicher sozialpolitischer Reformprozesse im Zuge der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ist es bis heute nicht gelungen, die Lebens-, Teilhabe- und Versorgungssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu verbessern (vgl. Steinhart 2023).

Gemäß der Definition der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation ist grundsätzliches Ziel der Rehabilitation „die Stärkung von körperlichen, geistigen, sozialen und beruflichen Fähigkeiten sowie die Selbstbestimmung und die gleichberechtigte Teilhabe in allen Lebensbereichen“ (DVfR 2020). Das bio-psycho-soziale Gesundheitsmodell der WHO sowie die Kriterien der ICF sind anzuwenden, um neben personalen Ressourcen die Kontextfaktoren der Lebenswelt mit zu berücksichtigen. Auch vor dem Hintergrund des zweiten und dritten Staatenberichts für Deutschland (vgl. BMAS 2019) wurden Handlungsbedarfe weiterhin benannt bzgl. der Umsetzung einer umfassenden Teilhabe und Selbstbestimmung gemäß der UN-BRK. Im segregierten Gesundheits- und Sozialleistungssystem sind die Versorgungsbereiche von Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Eingliederungshilfe getrennt und häufig unterschiedlichen Kosten- bzw. Leistungsträgern zugeordnet. Hierdurch entstehen Schnittstellenprobleme und die einzelnen Bereiche stehen zu wenig in einem kontinuierlichen Prozess, der sich an dem bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell und den Notwendigkeiten der Betroffenen orientiert. Beziehungsabbrüche zwischen den Sektoren von Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Eingliederungshilfe sowie der rechtlichen Regelungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sind zudem immanent und schränken ein synergetisches Handeln zusätzlich ein.

In Deutschland fehlen differenzierte, flächendeckende Angebote von Rehabilitationsleistungen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Der Rechtsanspruch von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auf Rehabilitation ist entsprechend auf Grundlage der bestehenden Angebote nicht umsetzbar. Für einzelne Indikationsbereiche, insbesondere in der Psychosomatik und bei Abhängigkeitserkrankungen, gibt es zwar ein ausgebautes Unterstützungssystem. Dieses ist jedoch weder flächendeckend noch wohnortnah oder gar mobil ausgestaltet. Für weite Teile der psychiatrischen Versorgung ist das Angebot noch deutlich marginaler und nur in sehr geringem Maß verfügbar.

Bestehende Barrieren für die Inanspruchnahme von Leistungen und systembedingte Hemmnisse werden nach wie vor nicht ausreichend abgebaut. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gehören immer noch zu einer Zielgruppe, die erheblichen Stigmatisierungsprozessen und einstellungsbedingten Barrieren in der Bevölkerung ausgesetzt sind (vgl. Angermeyer et al. 2017; BMAS 2022). Dies bewirkt Barrieren in der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen sowie in der Angebotsgestaltung. Denn Vorurteile und Stigmata führen auch in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens selbst zum Risiko struktureller Diskriminierungen und behindern auf diese Weise zusätzlich die bedarfsgerechte Versorgung.

Um die Teilhabe an Gesundheit in einem Kontinuum von Prävention, Akutbehandlung, medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation zu verbessern sind aus Sicht der DVSG die folgenden Aspekte essentiell und für die zukünftige Entwicklung zu diskutieren sowie zu optimieren:

- Es bedarf allgemeiner Sozialberatungsstellen mit Gesundheitsbezug, in denen unabhängig von Kosten- und Leistungsträgern und von jeweiligen Aufenthaltsorten der Menschen eine (Erst-)Beratung angeboten wird; dabei sollte über unterschiedliche Möglichkeiten zur Unterstützung bei psychischen Erkrankungen informiert, auf individuelle Anspruchsvoraussetzungen aufmerksam gemacht und bedarfsorientiert der Weg zu geeigneten Hilfsangeboten aufgezeigt werden (vgl. Beivers, Kramer, 2021; Dettmers, Cosanne, 2020).
- Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind auf beziehungskonsistente Begleitung angewiesen, die kontinuierlich in verschiedenen Lebens- und Krankheitsphasen und in der Nutzung unterschiedlicher Angebote durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit gewährleistet werden sollte. Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit verfügen über Fähigkeiten, Wissen und Kompetenzen der intersektoralen, berufsgruppen- und sozialgesetzbuchübergreifenden Beratung, Therapie, Koordination und Navigation. Gleichzeitigkeit von Leistungen sollte bedarfsbezogen und orientiert am Wunsch- und Wahlrecht der betreffenden Leistungsberechtigten ermöglicht werden. Eine Orientierung an Zuständigkeiten für Leistungen sollte vermieden werden. So können Versorgungsbrüche verhindert und der hohe Anteil an Fehl-, Unter- und Überversorgung reduziert werden (vgl. SVR 2001, 2014, 2018).
- Für Menschen in Krisen sollte eine Versorgungsverpflichtung in ausdifferenzierter Form durch unterschiedliche Angebote eingeführt und sozialräumlich niedrigschwellig unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts umgesetzt werden. Die kommunale Daseinsfürsorge sollte im Grundsatz lebensweltorientiert Prävention und Gesundheitsförderung unterstützen und auch für Menschen in Krisensituationen mit und/oder ohne psychiatrische Diagnosen zugänglich sein. Eine Stigmatisierung und Etikettierung durch (Zwangs-)Behandlung in psychiatrischen Akutkliniken ist zu vermeiden.
- Um Stigmatisierung und einstellungsbedingte Barrieren zu minimieren, sollten Anti-Stigma-Kampagnen und -veranstaltungen (z. B. durch Einsatz von virtual reality) unter Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und ihren Bezugspersonen für Mitarbeiter*innen in relevanten Arbeitskontexten angeboten werden.
- Ein wohnortnahes und möglichst aufsuchendes flexibles Angebot von medizinischen und medizinisch-beruflichen Rehabilitationsleistungen sollte ergänzend initiiert werden; dieses müsste mit den Leistungen der medizinischen Akutbehandlung und den gemeindepsychiatrischen Angeboten zur Förderung der sozialen Teilhabe abgestimmt und verbunden sein.
- Mitarbeiter*innen in unterschiedlichen Settings des Handlungsfeldes Psychiatrie sollten sensibilisiert werden für die multimorbiden Problemlagen, die bei Personen mit psychischen Erkrankungen auftreten, z. B. durch berufsgruppenübergreifende Angebote, Hospitation, Fallkonferenzen, obligatorische Module oder Angebote für Aus-, Fort- und Weiterbildung. Je besser die Expert*innen informiert sind, desto gezielter und bedarfsgerechter können Beratung und Begleitung umgesetzt werden.
- Ein partizipativer Ansatz sollte gewählt werden in der Planung und Durchführung von Leistungen in den unterschiedlichen Versorgungssektoren, auch unter Einbezug von Peer Beratung und netzwerkerfahrenen professionellen Beratungskräften (z. B. Ausbau von ‚Tandem-Lösungen‘).
- Starre Leistungsvolumina und Zeitabläufe in den unterschiedlichen Sektoren sind zugunsten einer personenzentrierten und adaptiven Versorgung zu lockern, die auf nichtlineare Krankheitsverläufe Rücksicht nimmt und die fachlich begleitet eine unterschiedliche Gewichtung und Intensivierung einzelner Maßnahmen zulässt. Die Besonderheiten von speziellen Personengruppen, wie Familien mit besonderen Belastungen, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, sind zu berücksichtigen.

- Die Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebens- und Arbeitswelt ist sowohl für die Mitarbeiter*innen im Sozial- und Gesundheitswesen, als auch für die von psychischen Belastungen und Erkrankungen bedrohten Personen zu stärken. Beispielsweise sollten in Betrieben oder im Sozialraum lösungsorientierte, individuelle Unterstützungsangebote entwickelt und umgesetzt werden.
- Es sollten Anreize für Leistungsträger und -erbringer*innen geschaffen werden, um die bereits bestehenden Regelungen der unterschiedlichen Gesetze und Richtlinien in der Praxis als flexible, berufsgruppen-, sektoren- und sozialgesetzbuchübergreifende sowie lebensweltorientierte Maßnahmen umzusetzen. Die Möglichkeiten des Präventionsgesetzes, des SGB IX (z. B. § 42 SGB IX) sowie die Leistungsform des Persönlichen Budgets werden zu wenig ausgestaltet und genutzt. Beispielsweise sollten regelhafte verpflichtende Fallkonferenzen mit unterschiedlichen Akteur*innen verstärkt umgesetzt werden, um in gemeinsamer Verantwortung angemessene Lösungen bedarfs- und personenorientiert zu gestalten.

Deutscher Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
Berlin, 15. Januar 2024

Literatur

- Angermeyer, Matthias C.; Matschinger, Herbert; Schomerus, Georg (2017): 50 Jahre psychiatrische Einstellungsforschung in Deutschland. In: Psychiatrische Praxis. 44, S. 377-392.
- Beivers, Andreas; Kramer, Ulrike (2021): Die gesundheitsökonomische Perspektive am Beispiel der Kliniksozialdienste. In: Dettmers, Stephan; Bischoff, Jeannette (Hrsg.): Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. Zweite aktualisierte Auflage. Reinhardt Verlag. S. 130-135
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2022): Abschlussbericht Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Bonn. Online: <https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Forschungsberichte/fb-598-abschlussbericht-repraesentativbefragung-teilhabe.html> (08.01.2024).
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2019): Zweiter und dritter Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Menschen mit Behinderungen. Online: <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Internationales/staatenbericht-un-behindertenrechtskonvention.html> (05.01.2024)
- Dettmers, Stephan; Cosanne, Elke (2020): Bedarf an psychosozialer Beratung besteht über Sektorengrenzen hinaus. In: FORUM sozialarbeit + gesundheit. 4/2020. Seiten 6-9.
- Giertz, Karsten; Speck, Andrea; Steinhart, Ingmar (2022): Soziale Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen: Daten und Fakten. In: Giertz, Karsten; Große, Lisa; Röh, Dieter (Hrsg.): Soziale Teilhabe professionell fördern: Grundlagen und Methoden der qualifizierten Assistenz. Köln. Psychiatrie Verlag. S. 32-46.
- 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/Gutachten/Gutachten_2000_2001/Kurzfassung_Band3.pdf (05.01.2024).
- 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/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf (05.01.2024).
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Kurz- und Langfassung. Online: <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2018/> (05.01.2024).
- Steinhart, Ingmar (2023): Psychisch wesentlich beeinträchtigt – Immer noch kein gutes Leben?! Eine vergleichende Analyse von Ergebnissen der BAESCAP-Studie und der Repräsentativbefragung zur Teilhabe. In: Recht und Praxis der Rehabilitation, 4. S. 22-28.