

Stellungnahme der Diakonie Deutschland zum vierten Dialogforum „Schnittstelle zur Sozialen Teilhabe“ im Rahmen der Fortführung des Psychiatriedialogs

**Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e. V.**

Vorstand Sozialpolitik

Maria Loheide
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
T +49 30 65211-1632
F +49 30 65211-3632
Maria.loheide@diakonie.de

www.diakonie.de

Berlin, der 12.08.2024

Gerne nimmt die Diakonie Deutschland die Möglichkeit wahr, zu den Themen des vierten Dialogforums Problemstellungen und mögliche Lösungswege aufzuzeigen.

1. Spezifische Handlungsfelder an der Schnittstelle Behandlung zu sozialen Teilhabeleistungen

Problemstellungen in der Leistungsberatung; Hilfen im Zugang zur Leistung und Schnittstellen (Kontakt- und Beratungsstellen/EUTB; Zugangsvoraussetzung wesentl. Behinderung)

Neben den aufgeführten Kontakt- und Beratungsstellen und der EUTB kommt vor allem den Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi) eine wichtige Funktion in der niedrigschwelligen Leistungsberatung zu. Insofern sind die SpDi so zu stärken und auszustatten, dass sie ihrem originären Auftrag gerecht werden können (s. fachliche Empfehlungen des bundesweiten Netzwerkes). Es ist zentral, dass sie auch Menschen, die Hilfe zunächst ablehnen oder für die zunächst keine geeigneten Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, langfristig begleiten können, und zwar solange, bis andere Unterstützungformen greifen bzw. angenommen werden.

Die verschiedenen niedrigschwelligen Angebote, die oft nebeneinander existieren, sollten entweder im Rahmen von Gemeindepsychiatrischen Zentren oder Sozialpsychiatrischen Zentren zusammengelegt werden oder aber Kooperationen miteinander und weiteren Leistungsanbietern in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden oder vergleichbaren Verbänden eingehen, um – soweit erforderlich – den Zugang zu weiteren Leistungen leichter zu bahnen.

Insgesamt gilt es, die Mitarbeit von Peers in allen niedrigschwelligen Angeboten auszubauen, entsprechend zu fördern und angemessen zu finanzieren.

Die Dienste (u.a. die Kontakt- und Beratungsstellen sowie Tagesstätten), die qua ihrer Aufgabe schwer psychisch erkrankte Menschen auch über längere Zeiträume begleiten und mit der dafür ggf.

erforderlichen Zeit vertrauensvolle Beziehungen knüpfen und halten können sollen, sind weiterhin auch institutionell zu fördern. In dem Moment, wo ein intensiverer Unterstützungsbedarf deutlich wird, sind personenzentrierte Leistungen zu ermitteln und einzelfallbezogen zu finanzieren.

Darüber hinaus wird aus der Praxis zurückgemeldet, dass zu wenig darüber bekannt ist, ob, und wenn ja, wie (gut und adressatengerecht) und bei welchen Stellen Menschen über ihre Ansprüche in Bezug auf Teilhabeleistungen informiert und beraten werden. Um verlässliche Informationen zu diesem Themenkomplex zu bekommen, sind entsprechende Forschungsprojekte zu initiieren.

Probleme in der Bedarfsermittlung bzw. Gesamtplanung an den Schnittstellen von Behandlung und Teilhabeleistungen / Pflege sowie bei der Umsetzung in personenbezogene Leistungserbringung

(Individuelle Gesamtplanverfahren in Abstimmung mit Behandlung, Umsetzung von Planung, Assistenz nach § 78 SGB IX; Tagesstrukturierende Angebote inkl. Zuverdienst)

Zunächst sind die erheblichen Probleme zu nennen, die aufgrund des hochschwelligeren Verfahrens mit überlangen Verfahrensdauern und fehlenden Kostenzusagen (bis zu einem Jahr) für die Betroffenen wie auch die Leistungserbringer entstehen.

Trotz eindeutiger Rechtslage wird nach wie vor von Verschiebebahnhöfen zwischen SGB IX und SGB XI berichtet. Die Bedarfsermittlung bleibt trotz des angekündigten Paradigmenwechsels hinter den Vorgaben des SGB IX zurück. Sie ist weniger personenzentriert ausgerichtet, sondern orientiert sich eher an den Angeboten der vorhandenen Dienste und Einrichtungen.

Angesichts der überbordenden Bürokratie, der Überforderung der Verwaltung und der sich jetzt schon abzeichnenden strukturellen Probleme, die in der Zukunft noch zunehmen dürften, stellt sich mit Nachdruck die Frage, wie die Prozeduren entlastet und die erforderliche Fachlichkeit besser integriert werden können.

In einigen Regionen Deutschlands wird die Hilfeplanung (inzwischen wieder) an Fachdienste der Leistungserbringer delegiert. Aufgrund der dort erarbeiteten Bedarfe und Unterstützungswünsche erfolgt anschließend die Teilhabe- bzw. Gesamtplanung durch den Leistungsträger.

Aus Sicht der Diakonie Deutschland spricht vieles dafür, vor der BTHG-Einführung in einigen Versorgungsregionen bewährte Modelle der Hilfeplankonferenzen mit Stärkung der zentralen Rolle der SpDi wieder aufzunehmen und mit dem Verwaltungshandeln abzustimmen. Dafür sollten die Leistungsträger regelhaft miteinbezogen werden.

Eine Möglichkeit der Entbürokratisierung bzw. Beschleunigung der Verfahren zur Bedarfsermittlung und -feststellung könnte in einem vereinfachten Verfahren bestehen, das bei Übereinkunft von Betroffenen, Leistungsträgern und Leistungserbringern zum Einsatz kommt. Ein vereinfachtes Verfahren bis zur Bescheidung, das beispielsweise auf der Basis von Skalen mit Funktionseinschränkungen zu pauschalisierten Leistungen kommt, sehen wir vor allem dann geboten, wenn Menschen akut Teilhabeleistungen benötigen und die üblichen Verfahrensdauern zu gravierenden Verschlechterungen führen.

Um die Schnittstelle von Behandlung und Teilhabeleistungen besser zu handhaben, sind die Sozialdienste in den psychiatrischen Krankenhäusern, Fachabteilungen und den PIAS zu stärken. Durch

entsprechende Änderungen in der PPP-RL und einer Abrechnungsziffer in der PIA-Vergütung nach dem bayerischen Modell sollen diese Dienste personell und finanziell in die Lage versetzt werden, sich an der Teilhabepanung und an regionalen Versorgungsverbänden zu beteiligen. Hierfür sind ggf. auch Änderungen im § 19 SGB IX vorzunehmen.

Auch wenn es über die Themen des Psychatriedialogs hinausweist, an dieser Stelle der Hinweis, dass Probleme in der Bedarfsermittlung und bei der Gesamt- bzw. Teilhabepanung an der Schnittstelle von Behandlung und Teilhabeleistungen vielfach auch mit einer äußerst schwierigen Versorgungssituation zusammenhängen. Ambulante psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten sind nicht ausreichend vorhanden und in einigen Regionen nehmen PIAS zeitweise keine Patient*innen mehr auf. Gleichzeitig fallen bestimmte Leistungsangebote im Bereich der sozialen und beruflichen Teilhabe weg; u.a. da die zukünftige Finanzierung unsicher ist.

Hier sind rasche Lösungen gefragt, wie die dringend benötigte weitere Flexibilisierung und Ambulantisierung der Krankenhausbehandlung durch entsprechende Regelungen beim Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) und Anreize für aufsuchende Sprechstunden und Konsile in den Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Pflege und weiteren Bereichen (s.u.).

Auch der flächendeckende Aufbau psychiatrisch-psychosozialer Krisendienste, wie im Koalitionsvertrag angekündigt, ist durch Regelungen in der Notfallreform sowie in dem geplanten Suizidpräventionsgesetz auf den Weg zu bringen.

Aus der Praxis wird berichtet, dass in einigen Regionen der Besuch von Tagesstätten nicht mehr bewilligt wird mit Verweis darauf, dass Leistungen zur beruflichen Teilhabe vorrangig seien und Tagesstätten der sozialen Teilhabe dienen. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen werden auf Werkstätten für Menschen mit Behinderung verwiesen, auch wenn sie diese Form der Unterstützung für sich ablehnen und Tagesstätten auch Leistungen zur Förderung von Beschäftigung, Arbeit und Ausbildung umfassen.

Um die Niedrigschwelligkeit tagesstrukturierender Angebote beibehalten zu können, ist darauf zu achten, dass diese institutionell gefördert und finanziert werden, um die Leistung unabhängig von der Inanspruchnahme und Auslastung vorhalten zu können.

Schnittstellen SGB V / Wohnungslosenhilfe, psychosoziale Leistung SGB II und SGB VIII sowie zur Pflege nach dem SGB XI

(Wohnungslosenhilfe § 67 SGB IX, Psychosoziale Leistungen SGB II, Jugendhilfeleistungen SGB VII, Schnittstelle/Eingliederungshilfe)

Neben den genannten Handlungsfeldern – Wohnungsnotfallhilfe, Leistungen für Arbeitssuchende, Kinder- und Jugendhilfe sowie Altenhilfe – sind weitere Schnittstellen aus Sicht der Diakonie bedeutsam, wie zum Beispiel die zu Frauenhäusern und Frauenberatungsstellen, dem Justizvollzug und der Straffälligenhilfe sowie zu den Hilfen für geflüchtete Menschen.

Erste Schritte, um psychisch erkrankte und beeinträchtigte Menschen besser zu erreichen, sind aufsuchende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten, verpflichtende Kooperationen

und eine bessere Qualifizierung der Mitarbeitenden in den betreffenden Handlungsfeldern. Die Qualifizierung umfasst u.a. Wissen zu psychischen Erkrankungen und psychosozialen Interventionsmöglichkeiten wie beispielsweise zu Deeskalation und traumasensiblen Ansätzen.

In der Wohnungsnotfallhilfe wird seit Jahren beobachtet, dass die Zugangsbarrieren zu gemeindepsychiatrischen Angeboten Wohnungslosigkeit fördern und dazu führen, dass ein Teil der Betroffenen Angebote der Wohnungsnotfallhilfe in Anspruch nimmt. Die Umstellungen durch das SGB IX, wie die Antragserfordernis aber auch die komplizierten und überlangen Verfahren, scheinen diese Tendenz noch zu verstärken.

Seitens der Wohnungsnotfallhilfe wird darauf hingewiesen, dass die Schwelle der Antragserfordernis bewusst oder unbewusst auch auf den Wohnungsnotfall ausgedehnt wird, indem u.a. davon ausgegangen wird, die Eingliederungshilfe könne die Hilfe nach § 67 SGB XII ersetzen und nicht nur ergänzen und die Hilfe daher dem Gesamtplanverfahren der Eingliederungshilfe unterworfen wird und damit das Gebot der Hilfe im aktuellen Notfall verletzt wird (s. hierzu die Empfehlung der BAG W: https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/POS/POS_21_Empfehlung_SGBXII-SGBIX.pdf). Im Sinne der verbundenen Hilfe sind die Hilfen nach §§ 67ff. SGB XII und §§ 99ff. SGB IX im Bedarfsfall zusammen zu erbringen und eine trägerübergreifende Hilfeplanung zu etablieren.

In ihrer Stellungnahme zum 3. Dialogforum im ersten Psychiatriedialog hat die Diakonie Deutschland einige Vorschläge unterbreitet, wie besonders vulnerable Personengruppen mit psychischen Beeinträchtigungen, die sich an die o.g. Arbeitsfelder wenden, besser erreicht und in ihren Lebenswelten unterstützt werden können.

So setzt sich die Diakonie Deutschland u.a. für die Einführung eines Rechtsanspruchs auf Beratung für (potentiell von einer psychischen Erkrankung) Betroffene sowie für deren Angehörige im SGB V ein. Diese Leistung umfasst eine Basisberatung zu psychischen Problematiken, präventive Leistungen zur Verhinderung einer Krankheitsentwicklung und (im begrenzten Umfang) Behandlung, ohne dass eine F-Diagnose vergeben werden muss, um Fremd- und Selbststigmatisierung als zusätzliches pathogenes Risiko zu vermeiden.

Diese Orientierungsberatung und eine ggf. sich daraus ergebende niederschwellige Behandlung kann bei unterschiedlichen Leistungserbringern des SGB V in Anspruch genommen werden oder auch bei sozialpsychiatrischen Diensten oder Zentren, psychosozialen Beratungsstellen bzw. Suchtberatungsstellen.

In jeder Versorgungsregion ist eine Struktur zu schaffen, die niedrigschwellige ambulante Komplexleistungen der Behandlung und medizinischen Rehabilitation (im Bereich des SGB V) bereithält und die bei Bedarf und auf Wunsch von Versicherten auch ohne vorherige eindeutige Diagnosestellung in Anspruch genommen werden und in begrenztem Umfang behandeln kann. Diese Leistung kann von regionalen psychosozialen Basisdiensten oder sozialpsychiatrischen Zentren angeboten werden. Darüber hinaus sind neben sozialpsychiatrischen Schwerpunktpraxen auch die Praxen der Haus- und Allgemeinmediziner*innen mittelfristig so weiterzuentwickeln, dass dort in einem multidisziplinären Team u.a. Pflegekräfte sowie Sozialarbeiter*innen beschäftigt und auch aufsuchend tätig werden können. Die noch im Arbeitsentwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) genannten Primärversorgungszentren, die um psychiatrisch-psychotherapeutische Kompetenzen zu erweitern sind,

stellen eine weitere Möglichkeit dar, um einen besseren Zugang von sozial benachteiligten Menschen in der Gesundheitsversorgung zu erreichen.

Die im geplanten GVSG neu geregelte Ermächtigung von Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen zur Versorgung von vulnerablen Personengruppen in Kooperation mit Einrichtungen der Suchthilfe, der Krisenhilfe oder der sozialpsychiatrischen Dienste oder vergleichbaren Einrichtungen ist ein wichtiger Schritt und sollte zügig mit Erweiterung auf die oben genannten Handlungsfelder umgesetzt werden. Zudem sollte die geplante Ermächtigung auch für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Belastungen gelten.

Aufsuchende psychotherapeutische Angebote sind ebenfalls zu ermöglichen. Durch die Einrichtung aufsuchender psychotherapeutischer Sprechstunden, aufsuchender probatorischer Sitzungen, aufsuchender Akutbehandlung und aufsuchender Richtlinienpsychotherapie können beispielsweise Sprechstunden in Schulen, Kitas, Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder der Wohnungsnotfallhilfe und psychotherapeutische Behandlungen u.a. in Pflegeheimen und Einrichtungen der Jugendhilfe durchgeführt werden.

Bei den genannten Maßnahmen zur besseren psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung besonders vulnerabler Personengruppen ist zu bedenken, dass diese in Teilen keinen Krankenversicherungsschutz haben. Daher bekräftigt die Diakonie Deutschland ihre Forderung, allen in Deutschland lebenden Menschen den Zugang zum Leistungsspektrum der GKV zu eröffnen.

Bezüglich der Schnittstelle SGB V und psychosoziale Leistungen nach dem SGB II sind die Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation nach § 11 SGB IX zügig auszuwerten und erfolgreiche Modelle und Methoden unter Bezugnahme auf Leistungen nach dem SGB V in die Regelversorgung zu überführen.

2. Leistungsträgerübergreifende Handlungsfelder – Schnittstelle Behandlung zur sozialen Teilhabe, Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung und medizinischen Rehabilitation

Einzelfallbezogene Koordination

(Koordinierende Bezugsperson, Teilhabe-Coaching: leistungsbereichsübergreifend, unbefristet, bei Bedarf flexibel abrufbar; Koordinationsleistung und Finanzierung)

Zu diesen Themen hat sich die Diakonie Deutschland in den zurückliegenden Foren ebenfalls mit unterschiedlichen Vorschlägen zu Wort gemeldet. So soll in jeder Versorgungsregion z.B. in den Verbänden geregelt werden, wer die fallbezogene Koordination übernimmt. Entsprechende Finanzmittel, die an diese Aufgaben gebunden sind, sind bereitzustellen. Eine sektorenübergreifende Fallbegleitung und Fallkonferenzen bei komplexen Problemlagen sollen rechtlich verankert werden. Im Hinblick auf die Soziotherapie heißt dies, diese endlich flächendeckend verfügbar zu machen und auskömmlich zu finanzieren. Dabei soll Soziotherapie auch Leistungen nach anderen Sozialgesetzbüchern erschließen und koordinieren können.

Bisher hat sich die Diakonie Deutschland dafür ausgesprochen, in den regionalen Verbänden bzw. Versorgungsregionen die Funktion des „Jobcoaching“ zu implementieren. Jobcoaching oder Coaching sollte sich nicht nur auf die Beratung, Vermittlung und Begleitung in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung fokussieren, sondern Betroffenen auf individuelle Weise das gesamte Spektrum an Tätigkeiten (Arbeitstherapie, Arbeitserprobung, Praktikum, Zuverdienst u.a.) und schulische und berufliche Bildungsmöglichkeiten (z.B. auch Weiterbildung nach abgeschlossener Berufsausbildung als Leistung zur Teilhabe an Bildung) aufzeigen.

Es kann unterschiedlich organisiert und finanziert werden, welche Institution oder welcher Dienst (z.B. Klinik, Sozialpsychiatrische Dienste, Gemeindepsychiatrische Zentren oder Teilhabeangebote) das Coaching übernimmt. Dies hängt davon ab, gegenüber welchem Sozialgesetzbuch Ansprüche bestehen, wie die Versorgungssituation vor Ort ist und zu wem im System, der/die Klient*in oder Patient*in einen bedeutsamen, persönlichen Bezug hat. Wesentlich ist, dass die Leistung in personeller Kontinuität erbracht wird und so lange, wie im Einzelfall notwendig.

Diese Ausführungen lassen sich auf die Funktion eines allgemeinen Teilhabe-Coachings übertragen.

Sicherstellung notwendiger Hilfen durch Leistungsträger

(Sicherstellung Angebote der Eingliederungshilfe, Angebote Teilhabe am Arbeitsleben/Medizinischer Rehabilitation in ausreichender Zahl/Qualität; Gesetzl. Regelungsbedarf; leistungsträgerbezogene/regionale Bedarfsplanung, Berichterstattung/-pflichten)

Angesichts der bestehenden Versorgungsdefizite im Bereich der medizinischen Rehabilitation hat die Diakonie Deutschland bereits auf die Bestimmung (in § 12 SGB IX) hingewiesen, nach der die Rehabilitationsträger gemeinsame regionale Arbeitsgemeinschaften bilden sollen, um der Umsetzung ihrer Infrastrukturverantwortung gerecht zu werden. Die Diakonie Deutschland spricht sich dafür aus, diese Bestimmung verpflichtend auszugestalten und die Länder sowie die Verbände der Leistungserbringer einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und die Selbsthilfe zu beteiligen. In diesem Zusammenhang schließen wir uns einer Forderung nach Ergänzung des Teilhabeverfahrensberichts durch einen Sicherstellungsauftragsbericht an, bei dem die Rehabilitationsträger melden, wie sie regional ermitteln, welche Rehabilitationsdienste und -einrichtungen fachlich bedarfsdeckend erforderlich sind und welche Maßnahmen sie bei Hinweisen auf Unter-, Über- und Fehlversorgung ergreifen.

In Bezug auf die Eingliederungshilfe ist an § 94 Absatz 4 SGB IX zu erinnern, nach dem jedes Land zur Förderung und Weiterentwicklung der Strukturen der Eingliederungshilfe eine Arbeitsgemeinschaft bilden soll.

Verbund bzw. verbindliche Netzwerkstrukturen

(Qualitätssicherung, leistungserbringerbezogene Planung/Steuerung, übergreifende Leistungserbringung und verbindliche Zusammenarbeit, Versorgungsverpflichtung als Ziel)

Die Diakonie Deutschland hat sich bereits früher dafür ausgesprochen, eine Verpflichtung zur Beteiligung aller psychiatrischen Leistungserbringer an Netzwerken auf kommunaler Ebene im SGB V zu verankern. Die Zuständigkeit der Kommunen ist in den jeweiligen Psychisch-Kranke-Hilfe-Gesetzen (PsychKHG) weiter zu konkretisieren. Dort ist auch die gemeinsame, regionale

Versorgungsverantwortung der Gemeindepsychiatrischen Verbände, die alle an der psychiatrischen Behandlung und Versorgung beteiligten Leistungserbringer und Rehabilitationsträger umfassen, zu hinterlegen. Die fallbezogene und fallübergreifende Zusammenarbeit ist in den einzelnen SGB zu hinterlegen und zu refinanzieren. Die Verbände regeln, wer in der jeweiligen Region die fallbezogene Koordination übernimmt (s.o.).