

Schnittstelle der Behandlung zur Sozialen Teilhabe

Die Kernforderung der DGSP ist, dass es in jeder Kommune ein Gemeindepsychiatrisches Zentrum gibt, in dem Behandlung, Beratung und Koordination integriert und gewährleistet sein muss. Dieses Zentrum für alle Leistung inklusive Krisenzimmer soll als Raum und/oder System in jeder Kommune erkennbar sein. Ein solches Zentrum soll nicht mischfinanziert werden sondern wie es jetzt schon möglich ist, SGB-übergreifend.

Die Beteiligungen und Verantwortlichkeiten müssen in der jeweiligen Kommune eindeutig benannt sein.

Zudem sollte die medizinische Behandlung Teil der Teilhabe- und Rehabilitationsplanung sein.

Wir sollten den Begriff „Schnittstelle“ durch „Nahtstelle“ ersetzen, da hier ein verbindender Aspekt deutlich wird.

Aus unserem Schnittstellenpapier:

Sozialraum und Lebensumfeld

Vorbemerkungen

„Das Verständnis des Sozialraumes als Planungsraum ist eine verkürzte Sichtweise der Sozialraumorientierung. Der Sozialraumorientierung liegt ein relationales Raumverständnis zu Grunde, in dem „Räume“ als soziale(!) Gebilde betrachtet werden.

Es geht also sowohl um die Strukturen, als auch um die Strukturierung des lokalen Raumes. Damit ist die Verbindung zwischen dem Begriff der Sozialraumorientierung und Netzwerken (und deren Förderung) evident.

Ein Sozialraum beschränkt sich nicht auf einen geografisch abgegrenzten Raum, wie einen Stadtteil oder eine Region. Unter einem Sozialraum sind Örtlichkeiten sowie auch soziale Gruppen und Netzwerke gemeint, die nach den Bedürfnissen des Individuums zusammengesetzt seinen Sozialraum bilden. Der Sozialraum lässt sich nicht allgemein bestimmen. Vielmehr ist immer eine Einzelfallbetrachtung notwendig. Für die Eine gehören zum Beispiel Schule und Sportverein dazu, für den Anderen Arbeit und kulturelle Angebote. Jedes Individuum schafft durch seine Aktivitäten, Vorlieben und Beziehungen Sozialräume und lebt in diesen.

Ein Sozialraum ist immer auch Veränderungsprozessen durch eine veränderte Wohn- oder Lebenssituation, eine veränderte Interessenslage, sich verändernde Beziehungen oder veränderte Teilhabebedarfe unterworfen.

Der Sozialraum ist somit für jeden Leistungsberechtigten individuell, nach territorialen Bezügen, den Teilhabebedarfen und -wünschen und den vorhandenen Ressourcen höchst unterschiedlich definiert und unterliegt Veränderungsprozessen.

Die Gestaltung eines inklusiven Sozialraums ist Aufgabe aller staatlichen Ebenen. Es ist Aufgabe des Staates und seiner ausführenden Organe und damit auch der Rehabilitationsträger und Leistungserbringer für einen barrierefreien Sozialraum zu sorgen, d. h. die Faktoren zu beseitigen, die den Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in seinem individuellen Alltag behindern. Dabei geht es nicht nur um Sozialleistungen für die Förderung der Anpassung des Wohnraumes und Wohnumfeldes an die Anforderungen der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, **sondern auch um die Beseitigung psychischer, physischer, informationeller und kommunikativer Barrieren sowie von Vorurteilen oder Fehleinstellungen, die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in ihrer sozialen Teilhabe einschränken.**

Für die Erbringung von Leistungen der Sozialen Teilhabe ist die Betrachtung des Einzelfalls

maßgeblich. Dies gilt auch für die Bewertung der notwendigen, bedarfsdeckenden und angemessenen Eingliederungshilfemaßnahme(n) zur Erreichung einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung sowohl im eigenen Wohnraum als auch im Sozialraum. Der Begriff der Sozialraumorientierung ist immer im Kontext der individuellen Lebenswelt der einzelnen Person zu definieren.“ (Uwe Brohl-Zubert und Stefan Corda-Zitzen: Sozialraum: Ein Definitionsvorschlag. Das Papier entstand im Rahmen des DGSP-Future-Projekts.)

Weiterführende Literatur:

- Elgeti, Hermann: Was bedeuten Inklusion und Sozialraumorientierung für die Sozialpsychiatrie?, in: Sozialpsychiatrische Informationen 2/2015, [h7ps://mhh-publika"onserver.gbv.de/servlets/MCRFileNodeServlet/mhh_derivate_00000177/Elge"-45219_a.pdf](https://mhh-publika.onserver.gbv.de/servlets/MCRFileNodeServlet/mhh_derivate_00000177/Elge-45219_a.pdf)

Förderung der „Begegnungsstätten“ niedrigschwellig

Vorbemerkungen:

Suchtkranke oder –gefährdete psychisch kranke Menschen können die sozialen und gesundheitlichen Folgen einer Abhängigkeit oder Erkrankung häufig nicht kompensieren und leben dadurch am Rand der Gesellschaft.

Professionelle Hilfen im medizinischen und therapeutischen Bereich (Entgiftungsbehandlungen, Langzeittherapien, Beratungsstellen verschiedener Bereiche) werden aus Scham, Angst, dem Gefühl, nicht (mehr) anerkannt zu sein oder aus schlechten Erfahrungen bei früheren Versuchen nicht aufgesucht. Die Hemmschwelle, es erneut oder überhaupt zu versuchen ist hoch, manchmal unüberwindbar.

Hier können niedrigschwellige Hilfen ansetzen und einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass betroffene Menschen wieder oder erstmals Zugang zum Hilfesystem erhalten: alltagspraktische Hilfen, Freizeitaktivitäten oder Gesprächsangebote können dazu gehören. Entscheidend ist, dass die Angebote kontinuierlich und verlässlich erfolgen.

Leider ist die Personal- und Finanzierungssituation niedrigschwelliger Angebote eine große Herausforderung für Mitarbeitende und Träger.

Forderungen:

Kontaktstellen und Begegnungsstätten sollen auf allen Ebenen gestärkt werden. Gerade auch hinsichtlich des jetzigen und zukünftigen vehementen Fachkräftemangels werden solche Hilfen noch mehr an Bedeutung gewinnen. Kommunen, Land und Bund müssen eigene Haushaltstitel dafür vorsehen, damit ein verlässliches und kontinuierliches Angebot gewährleistet werden kann.

Zugänge für alle Menschen zum SGB IX verbessern

Vorbemerkungen:

Menschen mit psychischen Erkrankungen werden auch durch die Regelungen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) zu wenig erreicht. Bei den Antragsleistungen sind „diejenigen vom

Leistungsausschluss [bedroht], die ihre Hilfsbedürftigkeit für sich selbst nicht anerkennen können, die entsprechenden Funktions-, Aktivitäts- oder Teilhabebeeinträchtigungen nicht erkennen und/oder (bisher) noch keine Lebensperspektiven oder Teilhabeziele entwickeln konnten.“ Andere „stehen (krankheitsbedingt) Hilfeangeboten ambivalent oder ablehnend gegenüber. Gerade bei ihnen gelingt die Inanspruchnahme der eigentlichen Leistung nur, wenn die handelnden Personen der Leistungserbringer als vertrauensvoll wahrgenommen werden.“

Die Ermittlung des Hilfebedarfs ist...

- gekoppelt an ein jeweils länderspezifisches Hilfebedarfsinstrument, welches sich an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) orientiert. Die Instrumente der Bundesländer sind äußerst umfangreich und berücksichtigen Funktionsbeeinträchtigungen nur unzureichend.
- als ein langwieriger Prozess zu verstehen, der keinesfalls innerhalb weniger Stunden zu bewerkstelligen ist „Insbesondere bei einer Erst-Ermittlung ist zu berücksichtigen, dass sich im Einzelfall Beeinträchtigungen erst im Zeitverlauf bemerkbar machen können. Auch die Zielsetzungen können sich im Zeitverlauf ändern.“
- bei seelisch behinderten Menschen eine sozialtherapeutisch höchst anspruchsvolle interaktive Tätigkeit – insbesondere dann, wenn die komplexen Wechselwirkungen mit Umwelt auf der einen und dem besonderen Feld der therapeutischen Interventionen zum Beispiel nach SGB V auf der anderen Seite mit in den Blick genommen werden.

Forderungen:

- Maßnahmen im Vorfeld formaler Leistungsplanung, die gewährleisten, dass auch die oben beschriebenen Menschen Hilfen erhalten, um überhaupt Perspektiven und Ziele entwickeln zu können, wie z.B. Beratung vor einer konkreten Beantragung von Leistungen.
- Es sind verbindliche und zielführende Rechtsempfehlungen auf Landesebene notwendig, die regeln, dass...
 - 1) Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung niedrigschwellig und unterstützend aufgebaut werden
 - 2) alle möglichen Leistungserbringer in das Hilfeplanverfahren einbezogen werden
 - 3) die Lebensgeschichte und/oder lebensgeschichtlich bedeutsame Ereignisse des Leistungsberechtigten, wie z.B. traumatisierende Erfahrungen aber auch Kompetenzen und Ressourcen, bei der Ermittlung der Hilfebedarfe durch die Länder hinreichend berücksichtigt werden.
 - 4) die Bedarfsermittlung flexibel gehandhabt wird und eine „Neujustierung“ der Inhalte des Instrumentes bzw. des Prozesses selbst vorgesehen ist, damit die Maßnahmen nicht ins Leere laufen oder kontraindiziert sind
 - 5) die Ermittlung des Hilfebedarfs nach dem Prinzip der „gleichen Augenhöhe“ erfolgt
 - 6) Fachkräfte in der Bedarfsermittlung eine sensible und einführende Haltung haben, die sie durch eine entsprechend qualifizierte Ausbildung erhalten. Eine unqualifizierte Handhabung der Instrumente kann dazu führen, dass nicht nur die Interaktion asymmetrisch verläuft, sondern das Instrument in sein Gegenteil verkehrt wird und zu einem Instrument der „Demütigung“ und „Entrechtung“ mutiert. Die Qualifizierung vor allem vieler Teilhabeberater:innen ist immer noch sehr defizitär.“
 - 7) auch eine medizinische Teilhabeplanung stattfindet
 - 8) Menschen, bei denen eine Notlage vorliegt und die „nicht antragsfähig“ sind Angebote unterbreitet werden