

## Stellungnahme der Diakonie Deutschland zum ersten Dialogforum im Rahmen des Verbändedialoges zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen

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

Maria Loheide  
Vorstand Sozialpolitik

Caroline-Michaelis-Straße 1  
10115 Berlin  
T +49 30 65211-1632  
F +49 30 65211-3632  
maria.loheide@diakonie.de  
[www.diakonie.de](http://www.diakonie.de)

Berlin, der 2. Mai 2019

Gern nimmt die Diakonie Deutschland die Möglichkeit wahr, im Rahmen des Verbändedialoges Stellung zu nehmen zu wichtigen Themen und Herausforderungen bei der Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen.

Unsere Position und Perspektive ist dabei nicht nur geprägt durch die Expertise und Erfahrungen der Mitarbeitenden in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Fachabteilungen in Trägerschaft der Diakonie, den Sozialpsychiatrischen Diensten und Zentren sowie den ambulanten Leistungserbringern im Gesundheitsbereich, sondern auch durch die Erfahrungen in anderen sozialen Arbeitsfeldern, wie z.B. der Eingliederungshilfe, der Kinder- und Jugendhilfe, der Altenhilfe, der Wohnungsnotfall- und Straffälligenhilfe sowie des Suchthilfesystems. Arbeitsfeldern, in denen psychische Erkrankungen zum Teil eine besondere Rolle spielen und in denen wir Menschen begegnen, die aktuell von den Behandlungsangeboten im Gesundheitsbereich weder erreicht noch angesprochen oder explizit ausgeschlossen werden. Teilweise führt dies zu Chronifizierung von Erkrankungen und in der Folge zu sozialer Exklusion.

Schon während der Auftaktveranstaltung zum Verbändedialog ist von verschiedenen Seiten kritisiert worden, dass es nicht zielführend ist, bei der Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch kranke Menschen den Fokus vorrangig auf das SGB V zu richten. Die Diakonie Deutschland teilt diese Kritik. Aus unserer Sicht sollte sich das Bundesgesundheitsministerium engagiert und federführend für einen ressortübergreifenden Ansatz einsetzen, wie er beispielsweise bei der interministeriellen Arbeitsgruppe zum Thema „Kinder psychisch und suchtkranker Eltern“ schon verwirklicht wurde. Gesundheitsbezogene Maßnahmen müssen kontextbezogen erbracht und daher sektorenübergreifend gedacht werden.

Mindestens sind jedoch die Übergänge/Anschlüsse zu anderen Sozialgesetzbüchern und der Vernetzungsaufwand zu finanzieren, um Beziehungskontinuität zu gewährleisten und Übergänge auch persönlich zu begleiten, soweit dies erforderlich ist. Gute, punktuell bereits bestehende Lösungsansätze, wie der gemeinsame Einsatz von Mitarbeitenden aus unterschiedlichen Sektoren bzw. Arbeitsfeldern, sind zu fördern.

Grundlegend für unsere Stellungnahme sind folgende Leitgedanken:

1. Die Weiterentwicklung der Hilfen von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist von den Bedarfen und Bedürfnissen derjenigen aus zu denken, die den höchsten Unterstützungsbedarf und wenige Ressourcen haben. Im Mittelpunkt einer besseren Psychiatrie stehen Schwerekrankte und bisher unter- und fehlversorgte Personengruppen.
2. Strukturelle Weiterentwicklungen sind eng an inhaltliche Weiterentwicklungen zu koppeln. Aus Sicht der Diakonie Deutschland führt das bio-psycho-soziale Erkrankungsmodell selten zu korrespondierenden umfassenden Behandlungsansätzen. Nach wie vor überwiegt vielfach die pharmakologische Behandlung zulasten psychotherapeutischer, rehabilitativer und sozialer Ansätze. Notwendig ist die verbindliche Umsetzung von Leitlinien, wie z. B. der S3 Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“.
3. Eine Weiterentwicklung des Unterstützungssystems muss ebenfalls die Stärkung der Betroffenenperspektive und die Integration von Peer-Beratung umfassen. Wichtige und wegweisende Konzepte der letzten Jahre wie Empowerment und Recovery sind von der Selbsthilfebewegung eingebracht worden. Es geht nicht ausschließlich um Symptomreduktion, sondern um ein Verständnis von Gesundheit als Kraft zum Leben und Förderung von Teilhabe auch durch therapeutisch-rehabilitative, pflegerische und sozialarbeiterische Maßnahmen.
4. Angesichts des breit ausdifferenzierten Spektrums an Hilfen und Unterstützungen einerseits und andererseits höchst unterschiedlicher Versorgungsgegebenheiten in den Regionen sollen (abgesehen von Ausnahmen) weniger einzelne, neue Angebote oder Bausteine eingeführt, sondern eine verpflichtende und sektorenübergreifende Vernetzung aller Leistungserbringer und vorhandener Angebote realisiert werden. So können alle Menschen mit psychischen Erkrankungen unabhängig von Art, Dauer und Schwere ihrer Erkrankung eine wohnortnahe bedarfsgerechte und bedürfnisangepasste Behandlung erhalten<sup>1</sup>. Die medizinische Behandlung und Gesundheitsförderung müssen Teil einer koordinierten und integrierten Komplexleistung sein, die Aspekte der Behandlung, der Rehabilitation, der Pflege und der sozialen Teilhabe umfassen kann. Sektorenübergreifende Fallkonferenzen und eine als Rechtsanspruch verankerte Fallbegleitung sind hierzu wichtige Instrumente.
5. Die Qualität der Behandlung hängt in der Psychiatrie maßgeblich von ausreichend vorhandenem und gut ausgebildetem Personal ab, das vollständig zu refinanzieren ist. Dies vor Augen lehnt die Diakonie Deutschland Mindeststandards oder Personaluntergrenzen als Orientierung ab. Das erhebliche Problem des Fachkräftemangels wird nicht durch schlechte Arbeitsbedingungen aufgrund von Unterbesetzung und daraus resultierender Überlastung gelöst werden.

---

<sup>1</sup> Vgl. hierzu das funktionale Basismodell in der Gemeindepsychiatrie von Ingmar Steinhart und Günther Wienberg, (Dies.: Rundum ambulant. 2016.)

## **Erstes Dialogforum: Ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung sowie medizinische Rehabilitation im SGB V Bereich**

Die Diakonie Deutschland wird zu folgenden vier Aspekten Stellung nehmen:

- I. Zugänge in das System niedrigschwelliger gestalten
- II. Kooperation, Koordination und Steuerung verbindlich regeln und finanzieren
- III. Ausdifferenzierung der klinischen Behandlung
- IV. Erschließung medizinischer Rehabilitation für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

### **I. Zugänge in das System niedrigschwelliger gestalten**

Um eine bessere Behandlung und Begleitung insbesondere schwer psychisch erkrankter Menschen zu gewährleisten, stellt sich als erstes die Frage, wie diese z.T. bisher schlecht oder unterversorgter Menschen besser erreicht und wie die Angebote zu gestalten sind, dass sie von diesen Personengruppen auch angenommen werden. Aus Sicht der Diakonie Deutschland ist hierfür folgendes erforderlich:

- Mehr Ausbildung der Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner zu psychischen Erkrankungen
- Schnellerer Zugang zu niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern durch offene Sprechstunden (wie bei den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten)
- Angemessene Vergütung der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater und ausreichend Zeit für Gespräche mit Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und für aufsuchende Gespräche im Lebensumfeld der Betroffenen (z.B. auch bei den Diensten und Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe)
- Ausbau psychiatrischer Praxen insbesondere in Flächenländern u.a. durch Bonuszahlungen
- Der Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen ist ähnlich niedrigschwellig zu gestalten. Hierfür ist einerseits eine angemessene Bedarfsfeststellung zu etablieren und andererseits die Psychotherapierichtlinien so zu überarbeiten, dass diese den Bedarfen und Bedürfnissen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen Rechnung tragen.
- Zusätzlich sollten weitere sozialraumbezogene und niederschwellige Beratungsstrukturen, die unabhängig von einer (psychiatrischen) Diagnose tätig werden können, wie beispielsweise Peer- oder Suchtberatungsstellen sowie psychosoziale Beratungsstellen und ambulant aufsuchende Sozialpsychiatrische Dienste, genutzt und entsprechend ausgestattet werden, um ggf. Wege in das psychiatrische Unterstützungssystem zu bahnen.

## **II. Kooperation, Koordination und Steuerung verbindlich regeln und finanzieren**

Kooperation, Vernetzung und vor allem Steuerung stellen die wesentlichen Faktoren für eine bedarfsgerechte Behandlung und Versorgung und gleichzeitig eine der größten Herausforderungen dar. Im Basismodell von Steinhart und Wienberg gehören Steuerung sowie die multiprofessionelle und mobile Behandlung und Unterstützung zu den zwei Kernfunktionen, die in jeder/für jede Region verbindlich geregelt und umgesetzt werden müssen.

Die Erfordernisse der sektorenübergreifenden Koordination sind aus Sicht der Diakonie Deutschland auf drei verschiedenen Ebenen zu gestalten: Bezogen auf den einzelnen Menschen (fallbezogen), bezogen auf die Koordination unterschiedlicher Angebote und Leistungen in der Region sowie bezogen auf die Steuerung und Planung der Gesamtheit der psychiatrischen Hilfen in einer Region.

Für die fallbezogene Ebene ist eine koordinierende Bezugsperson erforderlich. Für diejenigen Menschen mit psychischen Erkrankungen, die mehrere Leistungen in Anspruch nehmen, ist die Erschließung und ggf. die Koordination ambulanter Komplexleistungen von besonderer Bedeutung. Ebenfalls zu berücksichtigen ist, dass zu manchen psychisch Kranken erst ein guter Kontakt aufgebaut und zur Inanspruchnahme motiviert werden muss, bevor sich diese für eine mögliche Behandlung entscheiden (können). Dieser Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung ist als Teil der Behandlung zu sehen und entsprechend auszugestalten, auch wenn (zunächst) keine weitere Behandlung erfolgt.

Für die Funktion der koordinierenden Bezugsperson ist im Bereich des SGB V die Leistung der Soziotherapie vorgesehen, die ihr Potential fast 20 Jahre nach ihrer Einführung immer noch nicht annähernd zur Geltung bringen kann und somit den Leistungsberechtigten nicht überall zur Verfügung steht.

Die Aufgabe der Koordination bzw. des Case-Management im Sinne einer qualifizierten (nach fachlichen Kriterien ausgestatteten) Fallbegleitung könnte jedoch auch von Sozialpsychiatrischen Diensten, Sozialpsychiatrischen Zentren bzw. auch Suchtberatungsstellen oder Peer-Beratungsstellen übernommen werden, solange eine angemessene und entsprechende personelle und finanzielle Ausstattung dieser Dienste sichergestellt ist. Hierzu gibt es umfangreiche Vorarbeiten des Bundesweiten Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste, die fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf bei Sozialpsychiatrischen Diensten veröffentlicht haben. Falls es keine ausreichenden ambulanten Kapazitäten in der Region gibt, ist auch an die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) zu denken. Bei multiplen Problemkonstellationen sind Fallkonferenzen vorzusehen.

Für Menschen mit komplexen Problemlagen könnte auch an das persönliche Budget gedacht werden, das zur Finanzierung von Koordinations- oder Case-Managementaufgaben herangezogen werden kann. Die oder der Anspruchsberechtigte entscheidet, welchen Leistungserbringer sie oder er mit dieser Aufgabe betraut. Der Sachverständigenrat schlägt in diesem Kontext vor, die Koordinierungsverantwortung für die Versorgungsregion klar zu verorten, möglicherweise einen

bestimmten Leistungserbringer je Patient und den Koordinationsaufwand durch eine Pauschale zu vergüten.

Konkret schlägt die Diakonie Deutschland folgendes vor:

- Es wird ein geeignetes Instrument benötigt, um die regionale Pflichtversorgung umzusetzen. Dies könnten gesetzlich verankerte Gemeindepsychiatrische Verbünde sein, deren Vernetzungs- und Koordinationsfunktionen im SGB V verbindlich und auskömmlich zu finanzieren sind.
- In jeder Versorgungsregion ist z.B. in den Verbänden zu regeln, wer die fallbezogene Koordination übernimmt und entsprechende Finanzmittel, die an diese Aufgaben gebunden sind, sind bereit zu stellen.
- Eine gesetzliche Pflicht zur Kooperation ließe sich darüber hinaus im § 118 SGB V als Bedingung für den Ausbau von PIAs formulieren. Dazu muss es durch eine Änderung des §118 Abs. 4 den PIAs ermöglicht werden grundsätzlich auch außerhalb des Klinikstandorte tätig zu werden, unabhängig von einer besonderen Bedarfsprüfung. Die sozialräumliche Bezogenheit der PIAs dient dazu, die Schwellen zu ihrer Inanspruchnahme zu senken.
- Eine sektorenübergreifende Fallbegleitung und Fallkonferenzen bei komplexen Problemlagen sind rechtlich zu verankern.
- Soziotherapie ist flächendeckend umzusetzen und auskömmlich zu vergüten. Darüber hinaus sollte im SGB V geregelt werden, dass Soziotherapie nicht nur zur Inanspruchnahme von ambulanten SGB-V-Leistungen motivieren und diese dann ggf. auch koordinieren soll, sondern auch Leistungen nach anderen Sozialgesetzbüchern erschlossen und koordiniert werden können.
- Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte benötigen eine Abrechnungsziffer, um ihre Mitarbeit in Verbundsystemen zu finanzieren und verbindlich einzufordern. Dies gilt auch für die Teilnahme an Teilhabe- oder Hilfeplankonferenzen.
- Die PIAs brauchen eine fallunabhängige ergänzende Basisfinanzierung, um niederschwellige ambulant aufsuchende Hilfen anzubieten für Patientinnen und Patienten, die nicht in Behandlung sind.
- Der Öffentliche Gesundheitsdienst muss ausgebaut werden, damit die Sozialpsychiatrischen Dienste in öffentlicher oder freier Trägerschaft ihrem sozialmedizinischen Auftrag entsprechen können<sup>2</sup>.
- Der Bundesgesetzgeber sollte die Länder anregen, eine verpflichtende Gesundheitsberichterstattung in den Psych KG zu regeln. An die Stelle einer bettenfixierten Landeskrankenhausplanung sollte auf Basis der Gesundheitsberichterstattung eine übergreifende Psychiatrieplanung in Abstimmung zwischen den Kommunen und den Ländern erfolgen.

---

<sup>2</sup> s. hierzu die fachlichen Empfehlungen des Bundesweiten Netzwerkes Sozialpsychiatrischer Dienste

### **III. Ausdifferenzierung der klinischen Behandlung**

Die bisherigen Möglichkeiten der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) sollten quantitativ und vor allem qualitativ ausgebaut werden. Denkbar ist eine vorgegebene Quote, nach der 5 bis 10 Prozent der Krankenhausbetten in StäB umzuwandeln sind. Gleichzeitig sollte StäB zu einem breiten Hometreatment-Ansatz weiterentwickelt werden, der über die Beschränkung auf Patientinnen und Patienten, die krankhausbedürftig sind, hinausgeht. Hometreatment in diesem Sinn meint die Gesamtheit der aufsuchenden und lebensweltorientierten Hilfen, die Behandlung, Rehabilitation sowie soziale und berufliche Teilhabe umfassen können und durch ein konstantes Team erbracht werden, das bei unterschiedlichen Trägern angesiedelt sein kann. Die Koordinierungs- und Teamleistungen sind von allen beteiligten Kostenträgern zu übernehmen und entsprechend auch im SGB V zu regeln. Bestehende ambulante Strukturen und Leistungserbringer, die komplexe und intensive aufsuchende Behandlung bereits umsetzen, sind zu stärken. Engagieren sich psychiatrische Kliniken mehr in der ambulanten Versorgung sind z.B. gemischte Teams zweier Träger aus unterschiedlichen Sektoren denkbar, die sich durch das gemeinsame Arbeiten gegenseitig qualifizieren und somit wichtige Impulse für eine fachliche Weiterentwicklung setzen können.

Darüber hinaus sind aus Sicht der Diakonie Deutschland die Erfahrungen aus den §64b-Modellen zu verstetigen und modellhaft regionale Psychiatriebudgets über verschiedene Sozialgesetzbücher hinweg zu erproben sowie wissenschaftlich zu begleiten.

Eine weitere Forderung der Diakonie Deutschland, die nach flächendeckenden Krisendiensten, soll ebenfalls mit Nachdruck erneuert werden. Die Länder sind aufgefordert, die Kommunen zu verpflichten, durch entsprechende Koordination und Vernetzung vorhandener Dienste und Einrichtungen regionale Krisendienste aufzubauen. Eine Ko-Finanzierung dieser Krisendienste durch die Krankenkassen ist durch den Gesetzgeber im SGB V zu verankern (in Analogie zum KV-Rettungsdienst).

### **IV. Erschließung medizinischer Rehabilitation für schwer psychisch erkrankte Menschen**

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben trotz des ausgebauten Systems der medizinischen und beruflichen Rehabilitation nur eingeschränkte Chancen diese Leistungen zu erhalten, so dass auch hier das Risiko von Chronifizierung und Exklusion besteht. Aus Sicht der Diakonie Deutschland ist die mobile, ambulante und stationäre psychiatrische Rehabilitation für schwer erkrankte Menschen nicht nur quantitativ unterentwickelt, sie kann auch derzeit die Brückenfunktion zwischen Kuration und Teilhabesicherung nur ansatzweise wahrnehmen. Dies hat unterschiedliche konzeptionelle und strukturelle Ursachen und zeigt sich z.B. in der verbreiteten Annahme, Chronizität bzw. schwere Erkrankungsverläufe und Rehabilitation schließen sich aus, was

zu der paradoxen Situation führt, dass Menschen mit einem hohen Unterstützungsbedarf vielfach keine Rehabilitationsmaßnahmen erhalten. Um die konzeptionelle Umsetzung personenzentrierter insbesondere mobiler und ambulanter medizinischer Rehabilitationsangebote in die gemeindepsychiatrischen Verbände für diese Personengruppe voranzubringen, schlägt die Diakonie Deutschland vor, eine entsprechende Rahmenvereinbarung auf Ebene der BAR unter Einbeziehung der Fachexpertise und der Selbstvertretung Betroffener zu erstellen.

Die Versorgungsstrukturen sind aus unserer Sicht darüber hinaus dahingehen weiterzuentwickeln, dass Anschlussheilbehandlungen regelhaft angeboten sowie insbesondere ambulante und mobile RPK-Einrichtungen mehr als bisher zugelassen werden.

Gez.  
Maria Loheide  
Vorstand Sozialpolitik  
Diakonie Deutschland