



Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP)

Stellungnahme

**zum 4. Dialogforum im Rahmen des Dialogprozesses Psychiatrie zum
Thema Schnittstelle der Behandlung zur Sozialen Teilhabe am 28.08.2024**

Berlin, den 13.08.2024

Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.,
Reinhardtstr. 13, 10117 Berlin
Tel. 030-284447-822, Fax 030-284447-828
cbp@caritas.de

Vorbemerkung

Der Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP e.V.) ist ein anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband.

Die Mitglieder des CBP unterstützen die selbstbestimmte Teilhabe von ca. 200.000 Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen am Leben in der Gesellschaft.

Er hat zur Vorbereitung der drei vorangegangenen Dialogforen zur Fortführung des Psychiatriedialogs sowie im ersten Dialogprozess ausführlich Stellung genommen.

Zusammenfassung:

An der Schnittstelle zwischen medizinischer Behandlung und sozialer Teilhabe kommt es in erster Linie auf die Rahmenbedingungen im Sozialraum und auf den möglichst verbindlichen Aufbau von Netzwerken unter den Akteuren an, um sowohl die medizinische Behandlung als auch die übrigen Leistungen der Rehabilitationsträger, insbesondere zur Soziale Teilhabe in den Lebenssituationen psychisch erkrankter Menschen zuverlässig gewährleisten zu können. Der CBP beschränkt sich daher auf wenige zentrale Punkte:

- Frühzeitige Bedarfserkennung im SGB V verankern;
- Umfassende und niedrigschwellige Beratung und Betreuung;
- Stärkung und Förderung regionaler Netzwerke zwischen Trägern der sozialen Sicherungssysteme und Leistungserbringern als Teil der gesetzlichen Pflichtversorgung

- Jugendberufsagenturen erhalten und niedrigschwellige Clearingstellen bei den Jobcentern einrichten.

1. Frühzeitige Bedarfserkennung im SGB V verankern – umfassende Beratung und Betreuung sicherstellen

Bereits in ihrer Stellungnahme zum 2. Dialogforum hatte sich die Caritas dafür eingesetzt, die frühzeitige Bedarfserkennung im SGB V zu verankern und die Finanzierung dieser Leistung sicherzustellen.

§ 42 Abs.1 SGB IX ist allein nicht ausreichend, um die Leistungserbringer des SGB V dazu zu bewegen, ihrer diesbezüglichen Aufgabe gerecht zu werden (StN zum zweiten Dialog, Seite 4)

Zum Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung gehört bereits gem. § 43 SGB IX die „Frühzeitige Bedarfserkennung, Hierzu würde die Erhebung einer ausführlichen sozialen Anamnese im Rahmen der ambulanten oder stationären medizinischen Behandlung ebenso gehören, wie ein Entlassmanagement, das sich auch auf Leistungen anderer sozialer Sicherungssysteme bezieht. Insbesondere der Einbezug von Freunden, Angehörigen und Peers wäre hier wichtig, soweit er gewünscht wird, ggf. auch die Kontaktaufnahme mit einem Arbeitgeber und Leistungserbringern der sozialen Teilhabe, um eine Rückkehr an den Arbeitsplatz und in die gewohnten bzw. gewünschten sozialen Bezüge anzubahnen.

Gem. §§ 39 Abs.1a und 11 Abs.4 SGB V sind im Entlassmanagement Wege zur Eingliederungshilfe/ Sozialen Teilhabe neben anderen Teilhabebedarfen immer mitzudenken. Wichtig ist die Vernetzung der medizinischen Leistungserbringer mit den regionalen Akteuren, den niedergelassenen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen, den Jobcentern und der Agentur für Arbeit ebenso, wie mit den Trägern der Gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Eingliederungshilfe mit ihren jeweiligen Leistungserbringern. ggf. im Rahmen eines Netzverbundes oder eines gemeindepsychiatrischen Verbundes. Falls diese nicht vorhanden sind, geht es hier um institutionell zu fördernde persönliche Kontakten der handelnden Personen.

Allerdings ist der Rahmenvertrag „Entlassmanagement“ des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SpV) leider noch immer ausschließlich auf Leistungen der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ausgerichtet und müsste entsprechend erweitert werden.

Die möglichst frühzeitige Erkennung des Bedarfs der Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist die Voraussetzung für die gelingende medizinische Behandlung und Rehabilitation.

Um einen möglichst nahtlosen Übergang von der medizinischen Behandlung in das System der Rehabilitations- und Teilhabeleistungen zu gewährleisten, genügt es nicht, wie am Ende des ersten Dialogprozesses empfohlen, gemeinsam mit Menschen mit psychischer Erkrankung einen Behandlungsplan aufzustellen (Empfehlung 3.6 des ersten Dialogprozesses). Die vorgeschlagene individuelle Behandlungs- und Leistungsberatung (Empfehlung 3.10) ist nicht ausreichend, um sicherzustellen, dass keine Lücken in der individuellen Versorgung entstehen, sobald die medizinische Behandlung beendet ist.

Sobald sich Anhaltspunkte für weitere Rehabilitations- und Teilhabebedarfe ergeben – und das kann bereits im Rahmen der sozialen Anamnese der Fall sein - muss verpflichtend auf eine entsprechende Antragstellung beim zuständigen Reha-Träger hingewirkt werden.

Die mitunter fehlenden Anschlüsse zwischen den Systemen betreffen nicht nur Menschen mit psychischen Erkrankungen, sondern alle Versicherten.

Für Menschen mit psychischen Erkrankungen kann sich dieser Mangel jedoch besonders gravierend auswirken. Fehlende Perspektiven für eine Anschlussversorgung in einem der Systeme der sozialen Sicherung können nicht nur zu einer Chronifizierung beitragen, sondern auch das Suizidrisiko erhöhen.

Für das Jahr 2022 meldet das Statistische Bundesamt eine Steigerung der Anzahl der Suizide. Diesen Suiziden gehen in vielen Fällen psychische Krisen voraus. Eine bundesweite Koordinierungsstelle für Beratungs- und Kooperationsangebote, besondere Schulungen für Fachkräfte in Gesundheitswesen und Pflege sowie die Entwicklung eines Konzepts für eine zentrale deutschlandweite Krisendienst-Notrufnummer: das sind die zentralen Empfehlungen zur Umsetzung der Nationalen Suizidpräventionsstrategie, die Bundesgesundheitsminister Mai 2024 bereits vorgestellt hat. Für diese und viele andere psychische Krisen von Menschen sind in allen Bundesländern niedrigschwellige und flächendeckende Krisenhilfen vorzuhalten. Die Leistungserbringer stellen dafür eine Vielfalt von Kontakt- und Beratungsstellen zur Verfügung. Eine häufig anonym gewünschte Beratung verlangt jedoch dafür eine personenunabhängige Finanzierung als Vorhalteleistung. Diese Beratung müsste im Bedarfsfall auch aufsuchend tätig werden können.

Zwar erstreckt sich § 43 SGB IX bereits jetzt auf die Regelungen zu den Zielen der Rehabilitation, zur frühzeitigen Bedarfserkennung und zum Teilhabeplan auf die Krankenbehandlung. Innerhalb des SGB IX läuft diese Vorschrift jedoch ins Leere, da dort „Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe“ geregelt sind. Eine Vorschrift, die die Krankenkassen in dieser Weise an die Rehabilitationsziele und an das Teilhabeplanverfahren bindet, muss daher im SGB V selbst verankert werden.

Regelungsvorschlag:

Es wäre sachgerecht, die Empfehlung 3.10. des Ersten Psychiatriedialogs zu ergänzen und das Gebot der „Frühzeitigen Bedarfserkennung“ aus § 12 Absatz 1 Satz 1 SGB IX als einen § 11 Abs 7 SGB V auf das System der Gesetzlichen Krankenversicherung zu übertragen:

§ 11 Abs. 7 SGB V:

„Die Krankenkassen stellen, auch soweit sie nicht als Rehabilitationsträger tätig sind, sicher, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung der Leistungsberechtigten beim zuständigen Rehabilitationsträger hingewirkt wird.“

2. Stärkung und Förderung regionaler Netzwerke zwischen Trägern der sozialen Sicherungssysteme und Leistungserbringern als Teil der gesetzlichen Pflichtversorgung

Die Caritas hatte sich in ihrer Stellungnahme zum 2. Dialog des laufenden Prozesses auch dafür eingesetzt, den (umfassenden) Beratungs- und Betreuungsanspruch aus den §§ 14 und 15 SGB I durch die Förderung und Finanzierung der Bildung und des Betriebes regionaler intersektoraler

Netzwerke umzusetzen.¹ Es geht darum, die Beratungskapazitäten der Leistungsträger, der Leistungserbringer und der Kommunen so auszubauen, dass sie zu einem effizienten und gemeinsam finanzierten regionalen Netzwerk vereint werden können. Zu diesen Netzwerken müssen Kliniken, niedergelassene Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen, Jobcenter und Agentur für Arbeit ebenso gehören, wie die Träger der Gesetzlichen Rentenversicherung und die Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Eingliederungshilfe mit ihren jeweiligen Leistungserbringern.

Ratsuchende könnten an jedem Knotenpunkt des Netzwerks sowohl umfassende Beratung als auch personelle Unterstützung erhalten, um die für sie in ihrer Lebenssituation passenden Leistungen zu beantragen und zu erhalten.

Aktuell sind die Leistungssysteme unübersichtlich, da die Kooperation zwischen den Systemen schlecht ist. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind oft nicht in der Lage, mehrere Ansprechstellen nacheinander aufzusuchen.

Ein Weg, um diese regionalen Netzwerke zu installieren ist, sie zum Bestandteil der gesetzlich normierten Pflichtversorgung zu machen, wie das bereits im Berliner „Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)“ geschehen ist (siehe § 3 PsychKG Berlin).

Aufgrund einer solchen gesetzlichen Verpflichtung in den entsprechenden Gesetzen der Länder wird auch die sichere Refinanzierung dieser Netzwerkarbeit möglich.

Das PsychKG Berlin regelt nicht nur, dass diese regionale und intersektorale Zusammenarbeit Teil der Pflichtversorgung ist, sondern enthält auch eine Kooperationsverpflichtung aller an der vorsorgenden, begleitenden und nachsorgenden Hilfen beteiligten Akteure.

Diese Netzwerke werden nur funktionieren, wenn – analog zur Regelung in der „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSV-PsychRL) – eine namentlich bekannte Person im Verbund gibt, die dafür verantwortlich ist, dass der Prozess der Zusammenarbeit im Einzelfall tatsächlich funktioniert. Diese Person übernimmt die fallbezogene Koordination unter den jeweils zu beteiligenden Gliedern des Netzwerkes. Auch die Benennung einer solchen Person muss in den entsprechenden Gesetzen auf Landesebene geregelt werden.

Für eine Verpflichtung der niedergelassenen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Ländern entsprechend in die Planungen und Normsetzungsprozesse einbezogen werden.

Es wird ferner vorgeschlagen, dass sich neben den Ländern zunächst auch der Bund an der finanziellen Unterstützung beim Aufbau entsprechender Modellprojekte beteiligt und die Verallgemeinerung guter Praxiserfahrungen unterstützt. Es braucht den gemeinsamen politischen Willen und ein planvolles Vorgehen auf allen Ebenen, um funktionierende sektorenübergreifende regionale Versorgungsverbände möglichst flächendeckend zu installieren.

3. Jugendliche und besondere Bedarfe an der Schwelle zum Erwachsenenalter – Übergangsmanagement

Die Schwelle zur Volljährigkeit stellt bei der Versorgung von Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen eine besondere Herausforderung dar. Aus diesem Grunde besteht der Anspruch auf die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe nach § 41 SGB VIII über das 18. Lebensjahr hinaus.

Mit § 36 b SGB VIII besteht eine rechtliche Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit anderen Sozialleistungs- und Rehabilitationsträgern.

In Absatz 2 der Vorschrift ist geregelt, dass bei einem vorhersehbaren Wechsel in das System der Eingliederungshilfe in der Regel bereits ein Jahr vor dem voraussichtlichen Zuständigkeitswechsel mit

¹ Stellungnahme DCV und CBP zum zweiten Dialog, Seite 5

den Planungen zu beginnen ist.

Gleichwohl enden Leistungen oftmals unvermittelt mit dem 18. Geburtstag ohne einen geregelten Übergang in die Anschlussysteme, weil die Teilhabebedarfe, insbesondere bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen, nicht erkannt und nicht umfassend ermittelt werden.

Der CBP weist an dieser Stelle auf ein bestehendes Vollzugsdefizit hin.

Zugleich besteht am Übergang zum Erwachsenenalter ein immenses Versorgungsdefizit. Es fehlt nicht nur an planmäßigen Übergängen zwischen den Leistungsträgern, sondern auch an spezialisierten Angeboten für diese Altersgruppe. Die Gewährung der Leistungen durch die Leistungsträger und der Ausbau solcher Angebote sind jedoch dringend erforderlich, um zu verhindern, dass sich psychische Erkrankungen manifestieren oder chronifizieren und/oder eine Suchtproblematik hinzukommt. Die Leistungsträger müssen hier ihrem Sicherstellungsauftrag nachkommen.

In vielen Kommunen existieren bereits Jugendberufsagenturen. Sie arbeiten und beraten rechtskreisübergreifend, erfassen etwaige Teilhabebedarfe und soziale Problemlagen. Sie sind gut vernetzte Ansprechpartner für junge Menschen unter 25 Jahren. Ihre jeweiligen Kooperationen berücksichtigen regionale Besonderheiten und sollen den Übergang von der Schule zum Beruf individuell ebnen.

Junge Menschen können sich bei allen beruflichen und sozialen Fragen und Problemen, die sich ihnen beim Start ins Berufsleben stellen an die Jugendberufsagenturen wenden, werden dort von Sozialpädagogischen Fachkräften beraten.

Eine „Servicestelle Jugendberufsagenturen“ bündelt Informationen zur rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit und unterstützt die örtlichen Jugendberufsagenturen.

Bislang allerdings erstrecken sich die Kooperationen noch nicht auf alle Leistungsbereiche, sondern sind auf eine Zusammenarbeit zwischen den Jugendämtern und den Agenturen für Arbeit bzw. den Jobcentern fokussiert. Die Träger der Eingliederungshilfe und ihre Angebote zur Sozialen Teilhabe sind an den Angeboten, soweit ersichtlich noch nicht oder jedenfalls noch nicht systematisch beteiligt. § 81 SGB VIII gebietet jedoch auch diese Zusammenarbeit.

Der CBP fordert die Aufrechterhaltung und den Erhalt der Jugendberufsagenturen, die zumindest für den Personenkreis der erwerbsfähigen jungen Menschen unter 25 Jahren Hilfs- und Serviceangebote rechtskreisübergreifend vorhalten. Dort können junge Menschen mit einer psychischen Erkrankung erneut Anschluss an die Systeme der sozialen Sicherung erhalten.

Auch lebensältere erwerbsfähige Beziehende von Bürgergeld/Grundsicherung für Arbeitssuchende sind oft psychisch belastet oder von psychischen Erkrankungen betroffen und können aus diesem Grund mitunter schwer in Arbeit vermittelt werden. Nicht diagnostizierte psychische Erkrankungen, intermittierende Akutphasen oder auch wiederholte medizinische Behandlungsphasen erschweren die Vermittlung in Arbeit.

Dieses Problem hat der deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge aufgegriffen. Die [„Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Unterstützung von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen und psychischen Erkrankungen in der Grundsicherung für Arbeitssuchende \(SGB II\)“](#) sehen unter anderem eine Clearing-Stelle vor.

Das ist eine Möglichkeit zur niedrigschwelligen Abklärung von Behandlungs- und Therapiebedarfen oder Bedarfen zur psychosozialen Unterstützung bei bürgergeldberechtigten Personen, bei denen eine psychische Beeinträchtigung vermutet wird.

Diese Clearingstellen können die Verbindung zur Heilbehandlung ebenso wie zu Teilhabeleistungen aus verschiedenen Systemen sein und sollen aus unterschiedlichen Haushaltstiteln finanziert werden. Die Empfehlungen sehen vor, den Umgang mit psychisch beeinträchtigten Menschen an der Recovery-Perspektive auszurichten und nicht die vollständige Genesung zur Voraussetzung von Unterstützung zur Teilhabe am Arbeitsleben zu machen.

In einer Anlage ist das System der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in Deutschland beschrieben, um als Handreichung für die Sachbearbeitenden zu dienen.

Es wird vorgeschlagen, bei der Abfassung von Empfehlungen im Rahmen des Psychiatriedialogs auf diese Empfehlungen des Deutschen Vereins Bezug zu nehmen.

4. Bedarfe von Menschen mit Schwerstbehinderung und/oder komplexen Erkrankungsbildern

Die trägerübergreifende Zusammenarbeit, wie sie in den §§ 14 bis 26 SGB IX vorgesehen ist, muss verpflichtend umgesetzt werden.

Hierzu gilt die Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). IN der Praxis arbeiten die Rehabilitationsträger kaum zusammen.

Insbesondere der Personenkreis der schwerst bzw. komplex psychisch erkrankten Menschen benötigt diese Prozesse dringend. Der Rehabilitations- und Behandlungsbedarf ist oft sehr dynamisch und es ist diesen Menschen nicht möglich, sich selbst jeweils neu die notwendigen Hilfen zu beschaffen.

Auch der mittlerweile Fünfte Teilhabeverfahrensbericht (THVB) der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zeigt, dass die Regelungen zur Erbringung von „Reha-Leistungen wie aus einer Hand“ bei weitem nicht umgesetzt sind. Es wurden bundesweit 2022 insgesamt ca. 3 Millionen Rehabilitationsanträge gestellt. Der prozentuale Anteil trägerübergreifender Teilhabeplanungen liegt allerdings nur bei 0,27 Prozent.² Angesichts dieser außerordentlich geringen Quote spricht viel dafür, dass die Rehabilitationsträger die Rehabilitationsbedarfe zu eng und nur auf das eigene Leistungssystem bezogen erfassen.

Die Träger der Eingliederungshilfe und Kinder- und Jugendhilfe sind gem. § 26 SGB IX nicht verpflichtet, an Gemeinsamen Empfehlungen der BAR mitzuarbeiten oder sich ihnen anzuschließen. Die in der „Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess“ der BAR festgehaltenen Grundsätze zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit gelten für sie nur, wenn sie sich den Empfehlungen anschließen. Eigene Mechanismen zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit werden durch sie nicht systematisch angewandt.

Der gesetzlich vorgesehene „leistende Rehaträger“ kann der Aufgabe, medizinische und Teilhabeleistungen miteinander zu verzahnen, nicht allein gerecht werden. Er kann die Rehabilitationsträger im Einzelfall nur in einem Verwaltungsverfahren vereinen.

Die tatsächliche Koordination und die für diesen Personenkreis erforderliche personelle Unterstützung muss im Leistungserbringersystem verortet werden. Es müssen verbindliche Wege zwischen Verwaltungsverfahren und Leistungserbringung gestaltet werden. Dies gelingt am ehesten durch die verbindliche Einbindung der Leistungserbringer im Teilhabeplanverfahren und durch eine enge Vernetzung aller Akteure im Sozialraum.

Es ist zu regeln, dass die Leistungserbringer im Teilhabe- und Gesamtplanverfahren verbindlich einbezogen werden.

Die Einbeziehung der Leistungserbringer im Teilhabeplanverfahren ist in § 20 Abs. 3 SGB IX geregelt und in den geltenden Gemeinsamen Empfehlungen für alle Rehabilitationsträger beschrieben. Nach dem Gesetzeswortlaut kann der Leistungserbringer nur auf Wunsch oder mit Zustimmung des Leistungsberechtigten an der Teilhabeplankonferenz teilnehmen. Im Gesamtplanverfahren dagegen ist die Einbeziehung der Leistungserbringer nicht ausdrücklich beschrieben.

Diese Regelung ist zu erweitern und die Einbeziehung der Leistungserbringer regelhaft gesetzlich festzulegen.

Wie die Erfahrung der Jugendberufsagenturen zeigt, genügt es nicht, dass die Leistungsträger miteinander kooperieren. Leistungserbringer können und müssen mit ihren Angeboten zum Gelingen solcher Netzwerke beitragen. Das können sie nicht, wenn sie von den die Einzelfälle betreffenden Planverfahren systematisch ausgeschlossen sind.

² [\(BAR THVB 2023, Seite 122, Tabelle 32\).](#)

Die für diese Arbeit erforderlichen Netzwerke müssen durch die daran beteiligten Systeme der sozialen Sicherung als Vorhalteleistung und unabhängig vom tatsächlichen Bedarf refinanziert werden.

Eine solche Verpflichtung zur Zusammenarbeit gibt es bereits in den §§ 81 SGB VIII (bezogen auf die Träger der Kinder- und Jugendhilfe) oder auch in § 15 Abs. 3 SGB I. Eine vergleichbare Regelung ist im System des SGB IX und in den SGB V und VI erforderlich.

Eine Vernetzung mit den regionalen Leistungserbringern und die Vorhaltung etwa erforderlicher personeller Unterstützung beim Zugang zu den Leistungen und nach ihrer Beendigung im Sinne eines Casemanagements fehlt bislang.