

Psychiatriepolitische Forderungen und Empfehlungen

der Diakonie Deutschland
für die 21. Legislaturperiode

Februar 2025

Vorwort

Der vorliegende Text bündelt die wichtigsten Empfehlungen und Forderungen der Diakonie Deutschland zu den Psychiatriedialogen. Diese wurden von der »Aktion Psychisch Kranke« von 2018 bis 2021 und von 2023 bis 2025 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums beziehungsweise des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags organisiert. Neben einer Standortbestimmung war es das Ziel, konkrete Handlungsempfehlungen im Bereich der Psychiatrie gemeinsam zu erarbeiten. Standen zunächst die Leistungen im Gesundheitsbereich im Mittelpunkt, wurden in einem zweiten Schritt die Schnittstellen zur sozialen, beruflichen und medizinischen Rehabilitation sowie zur Pflege in den Fokus gerückt.¹

Die Diakonie Deutschland hat diese fachliche und politische Initiative sehr begrüßt und den Prozess intensiv begleitet. Denn als Trägerin von psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachabteilungen und Kliniken, von Sozialpsychiatrischen Diensten, von Diensten und Einrichtungen der sozialen Teilhabe, von Angeboten zur beruflichen sowie medizinischen Rehabilitation und der Pflege von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen kann die Diakonie Deutschland viele unterschiedliche Perspektiven und Praxiserfahrungen einbringen. Aus unserer Arbeit wissen wir von der hohen psychischen Belastung vieler Klient:innen oder Nutzer:innen in anderen Arbeitsfeldern wie beispielsweise der Kinder- und Jugendhilfe, der Altenhilfe, der Wohnungsnotfall- und Straffälligenhilfe sowie in der Arbeit mit geflüchteten Menschen.

Die Förderung und den Erhalt der seelischen Gesundheit sieht die Diakonie Deutschland als integralen Bestandteil jeder Gesundheits- und Sozialpolitik und damit als Querschnittsthema an. Psychische Gesundheit ist zentral für unser subjektives Wohlbefinden, dafür, wie wir uns einbringen können, und damit für die Gesellschaft insgesamt von Bedeutung. Ein umfassendes Krankheitsverständnis, das von einem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit ausgeht und psychische Krisen und Erkrankungen auch als subjektiv sinnhafte Erfahrungen versteht, hilft nachweislich, Stigmatisierung und Ausgrenzung abzubauen.

Die vorliegenden Seiten bündeln unsere Vorschläge, wie die Prävention ausgebaut und die Entstigmatisierung psychischer Krisen und Erkrankungen gestärkt werden kann. Vorgestellt werden darüber hinaus Ideen, wie eine menschenfreundliche und menschenrechtsbasierte Weiterentwicklung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Unterstützungssystems gestaltet werden kann, um so die Voraussetzungen für eine zwangsfreie Psychiatrie zu schaffen. Notwendig ist es, die vorhandenen Ressourcen gerecht zu verteilen, so dass insbesondere psychisch erkrankte Menschen mit einem hohen Unterstützungsbedarf gut behandelt und begleitet werden können.



Elke Ronneberger

Bundesvorständin Sozialpolitik in der Diakonie Deutschland

1. Zusammenfassung

Psychische Gesundheit ist zentral für unser Wohlbefinden und erleichtert es Menschen, sich mit den eigenen Potenzialen in die Gemeinschaft einzubringen und ein selbstbestimmtes Leben nach den eigenen Vorstellungen zu führen. Gleichzeitig nehmen die psychosozialen Belastungen, insbesondere auch bei jüngeren Menschen, zu. Jährlich sind circa 28 Prozent der Erwachsenen in Deutschland von einer psychischen Erkrankung betroffen, wobei nur rund 19 Prozent Kontakt zum Behandlungssystem aufnehmen. Seit Jahren ist zu beobachten, dass die Zahl der Arbeitsunfähigkeitserkrankungen aufgrund psychischer Erkrankungen zunimmt beziehungsweise auf hohem Niveau stagniert; auch der Trend, dass psychische Erkrankungen der Hauptgrund für eine Erwerbsunfähigkeit darstellen, hält unvermindert an. Psychische Erkrankungen zählen zu den vier wichtigsten Ursachen für den Verlust von gesunden Lebensjahren.

Circa 500.000 bis zu 1.000.000 Menschen in Deutschland sind schwer und länger psychisch erkrankt und dadurch in ihren Teilhabemöglichkeiten oft stark beeinträchtigt. Diese Menschen sind häufig von sozialer Exklusion bedroht und werden zum Teil nicht ausreichend oder gar nicht behandelt und unterstützt.

Vor diesem Hintergrund hält es die Diakonie Deutschland für unerlässlich, das Thema der Förderung der seelischen Gesundheit und die Sensibilisierung für psychosoziale Krisen und Erkrankungen in allen gesellschaftlichen Bereichen zu verankern. Darüber hinaus ist die notwendige Weiterentwicklung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Unterstützungssystems aus der Perspektive besonders vulnerabler Personen zu gestalten.

Dies heißt konkret:

- Die Prävention psychischer Belastungen und Erkrankungen ist auszubauen und die Entstigmatisierung psychischer Krisen und Erkrankungen zu stärken.
- Zugänge in das Gesundheitssystem und in andere Leistungssysteme sind niedrigschwellig zu bahnen und zu erhalten.
- Psychosoziale-psychiatrische Krisendienste sind flächendeckend aufzubauen.
- Behandlung und medizinische Rehabilitation sollen bedürfnisorientiert flexibilisiert werden.
- Nachjustierungen im SGB IX sind für Menschen mit seelischer Beeinträchtigung vorzunehmen.
- Steuerung, regionale Versorgungsverpflichtung und Infrastrukturverantwortung sollen etabliert und umgesetzt werden.
- Transparenz bei Zwangsmaßnahmen ist herzustellen und Voraussetzungen für eine zwangsfreie Psychiatrie sind zu schaffen.

2. Einleitung

»Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit« lautet ein zentrales Motto der Weltgesundheitsorganisation. Die Förderung und der Erhalt der psychischen Gesundheit müssen daher ein integraler Bestandteil jeder Gesundheitspolitik sein und betreffen alle Rechtsbereiche des Sozial- und Gesundheitssystems. Daraus ergeben sich vielfältige Handlungserfordernisse für die neue Bundesregierung, die politischen Parteien und Institutionen sowie die Zivilgesellschaft.

»Das Ziel, bessere Dienste für Menschen mit psychischen Belastungen bereitzustellen, erfordert grundlegende Änderungen in der Art und Weise, wie Dienste die Versorgung konzipieren und erbringen. Das in der UN-BRK definierte Recht auf Gesundheit verlangt, dass die Regierungen Menschen mit Behinderungen Zugang zu hochwertigen psychiatrischen Diensten gewährleisten, die ihre Rechte und ihre Würde achten. Dies bedeutet, dass ein personenzentrierter, recovery-orientierter und menschenrechtsbasierter Ansatz umgesetzt werden muss und dass Dienste entwickelt und bereitgestellt werden müssen, welche die Menschen nutzen wollen, anstatt dazu gezwungen zu werden. Es heißt auch, dass Dienste eingerichtet werden müssen, die Autonomie und Genesung fördern und ein Vertrauensverhältnis zwischen der Person, welche die Leistungen erbringt, und der Person, die sie in Anspruch nimmt, schaffen. In diesem Sinne hängt das Recht auf Gesundheit im Kontext der psychiatrischen Versorgung von zentralen Menschenrechtsgrundsätzen ab, namentlich der Achtung der Rechtsfähigkeit, der Vermeidung von Zwangsmaßnahmen, der Partizipation, der Einbeziehung in die Gemeinschaft und dem Recovery-Ansatz«.¹

Die von der WHO formulierten Grundsätze für eine menschenrechtsorientierte Praxis zur Förderung und zum Erhalt der seelischen Gesundheit verlangen entsprechende politische und gesetzliche Rahmenbedingungen auf allen Ebenen des staatlichen Handelns.

Die Diakonie Deutschland orientiert sich darüber hinaus am christlichen Menschenbild. Im Mittelpunkt stehen dabei die Nächstenliebe und die Unterstützung von Menschen in psychischen und sozialen Notlagen – beides zentrale Elemente für den gesellschaftlichen Zusammenhalt. Dieses christliche Menschenbild spiegelt sich im Sozial- und Rechtsstaat unseres Grundgesetzes wider. Mit wachsender Sorge beobachtet die Diakonie jedoch, wie in Krisenzeiten soziale Ansprüche hinterfragt sowie wirtschaftliche gegen soziale Interessen ausgespielt werden und Menschen in seelischer Not an den Rand geraten.

Der Alltag psychisch erkrankter Menschen ist an vielen Stellen durch sich verschärfende Problemlagen, wie etwa Armut, hohe Erwerbslosigkeit und Wohnraumangel, gekennzeichnet. Eine wachsende Zahl von Kindern, Jugendlichen und jungen Menschen ist in unsicheren Zeiten mit zahlreichen psychischen Belastungen konfrontiert, auf psychiatrisch-psychotherapeutische Unterstützung angewiesen und überfordert in teils dramatischer Weise die vorhandenen klinisch-stationären und ambulanten Strukturen. Mehr junge Menschen werden mit frühen »Chronifizierungs«-Erfahrungen und wesentlichen seelischen Beeinträchtigungen in Maßnahmen der sozialen Eingliederungshilfe vermittelt, nicht selten nach abgebrochenen Hilfeprozessen in den Strukturen der Jugendhilfe.

Seit Jahren sind psychische Erkrankungen der Hauptgrund für Erwerbsunfähigkeit und die Perspektiven der beruflichen Teilhabe am Arbeitsleben verdüstern sich für psychisch erkrankte Menschen vor dem Hintergrund der sich verschärfenden Wirtschaftslage.

¹ Leitlinien für eine gemeindenahere psychiatrische Versorgung – Förderung von personenzentrierten und rechtebasierten Ansätzen (Übersetzung aus der WHO Guidance on community mental health services 2021, pro mente sana)

Menschen altern mit komplexen Problemlagen in Einrichtungen der Sozialpsychiatrie, in denen ihrer Pflegebedürftigkeit kaum in angemessener Weise begegnet werden kann. Zunehmend passen Dienste und Einrichtungen sowie deren Konzepte nicht mehr zu den sich wandelnden Problemlagen der Leistungsberechtigten. Die politisch gewollte und menschenrechtlich gebotene Orientierung an den Autonomie- und Selbstbestimmungsrechten und -bedürfnissen der Betroffenen darf nicht dazu führen, dass die Menschen aus dem Blick geraten, die zunächst auf Schutz, Fürsorge und Ermutigung angewiesen sind, um ihre Bedürfnisse nach Selbstverwirklichung artikulieren und Unterstützung annehmen zu können.

Unter anderem aus diesen Gründen landen Menschen außerhalb der klinischen Behandlungsangebote und der Hilfen zur sozialen Teilhabe auf der Straße oder in Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe. Sie verharren ohne Hoffnung in Unterkünften für Geflüchtete, in der Forensik, im Strafvollzug, verbleiben ohne Perspektiven mit hoher Konfliktualität in ihren Familien oder leben völlig isoliert und vereinsamt, während sich die psychischen Symptome im schlechtesten Fall immer weiter verschlimmern.

Mitarbeitende fühlen sich häufig von sich verschärfenden sozialen Problemlagen, von kulturellen Barrieren, eskalierenden und herausfordernden Konflikten und bisweilen populistischen Stimmungslagen belastet und nicht selten bedroht. Den Ansprüchen der Gestaltung inklusiver und personenzentrierter Betreuungssettings stehen oft begrenzte personelle und finanzielle Ressourcen und eine gesellschaftliche Realität, in der Barrieren wachsen, gegenüber. Aus fiskalischen Gründen findet in vielen Regionen ein Rückbau gemeindepsychiatrischer Basisdienste statt. Die Arbeit wird an vielen Stellen als dichter, rauer und überfordernder erlebt und durch hinderliche bürokratische Anforderungen erschwert. In vielen Bereichen ist der Fachkräftemangel als eine bedeutende Ursache der Überlastung von Teams spürbar. Er führt für die Institutionen zu einem Teufelskreis aus Unterbesetzung, Abwanderung und damit häufigen Mitarbeiterwechseln, der die betroffenen Arbeitswelten nicht attraktiver macht und Beziehungsabbrüche sowie Diskontinuitäten in der Arbeit mit Betroffenen nach sich zieht.

Die Förderung der seelischen Gesundheit verlangt daher – und mehr als bisher – eine hohe Priorität im politischen Handeln. Notwendig sind präventive Maßnahmen, die frühzeitig wirken, um psychisch belastete Menschen sowie ihre An- und Zugehörigen in ihren Bewältigungsfähigkeiten zu unterstützen und soziale Unterstützungsnetze zu fördern.

Notwendig sind frühe und flexible Angebote der Krisenintervention, der kontinuierlichen aufsuchenden und langfristigen Behandlung und Begleitung, der frühzeitigen und alltagsorientierten Rehabilitation, zur personenzentrierten Förderung der sozialen und beruflichen Teilhabe im gesellschaftlichen Alltag sowie eine Kultur und Praxis der Partizipation von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen auf allen Ebenen der Behandlung, der Gestaltung von Organisationen, Versorgungssystemen und in politischen und Gesetzgebungsprozessen.

Aus der Verantwortung für die Geschichte der Psychiatrie und auch aus dem Bekenntnis zu eigener Schuld und Verantwortung für eine Praxis, die zu oft und zu lange von Gewalt und Menschenrechtsverletzungen geprägt war, engagiert sich die Diakonie seit Jahren für eine Reform der Psychiatrie, für eine Stärkung der Rechte psychisch erkrankter Menschen und einen gesellschaftlichen Umgang mit den Problemen der seelischen Gesundheit, der der Würde des Menschen und der gesellschaftlichen Solidarität verpflichtet ist.

3. Politische Forderungen und Empfehlungen

Die Diakonie Deutschland hat die beiden von der »Aktion Psychisch Kranke« durchgeführten Psychiatriedialoge intensiv begleitet. Im Weiteren findet sich eine Zusammenfassung der wichtigsten Positionen, die unser Verband in diese Prozesse eingebracht hat.

Prävention ausbauen und Entstigmatisierung stärken

Angesichts der zunehmenden psychischen Belastungen sowie sozialen Polarisierungen und Risiken sind Präventionsleistungen im Bereich der seelischen Gesundheit auszubauen und zu verstetigen. Dies gilt insbesondere auch für junge Menschen, denn psychisch gesund zu sein erleichtert es, eine autonome Persönlichkeit und eigene Begabungen zu entfalten sowie selbstbestimmt und sozial bezogen am Leben in der Gesellschaft teilzunehmen.

Daher ist es aus Sicht der Diakonie dringend geboten, die Handlungsempfehlungen der interdisziplinären »Arbeitsgruppe zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit psychisch kranken Eltern« umzusetzen (siehe hierzu auch den gemeinsamen Antrag von SPD, CDU/CSU, Bündnis 90/Die Grünen und FDP vom Sommer 2024). Gemeinsam mit den Ländern, den Kommunen und den Sozialversicherungsträgern soll ein Handlungsrahmen für ein kommunales Gesamtkonzept zur Entwicklung, Umsetzung, Evaluation und Verstetigung multiprofessioneller, qualitätsgesicherter und rechtskreisübergreifender Hilfesysteme erstellt werden. Außerdem soll das Präventionsgesetz mit Blick auf die Förderung der seelischen Gesundheit, auf Familienorientierung und die Belange von Kindern mit psychisch kranken Eltern weiterentwickelt werden.

Ein entscheidendes Qualitätsmerkmal für Prävention ist die systematische Beteiligung der Betroffenen in allen Phasen. Dabei ist zu beachten, dass Partizipation mit einem hohen Beteiligungsgrad bei einem Teil der Betroffenen zuvor einen langfristigen Beziehungsaufbau auch über Vorstufen der Partizipation benötigt.

Um die Gesellschaft weiter für psychische Krisen zu sensibilisieren und Offenheit sowie Verständnis und Toleranz zu unterstützen, schlägt die Diakonie Deutschland die Förderung niedrigschwelliger Bildungsangebote wie zum Beispiel »Mental Health First Aid-Kurse« durch freie Träger vor. In der Praxis und Forschung haben sich Antistigma-Ansätze bewährt, die unter Beteiligung von Expertinnen und Experten in eigener Sache konzeptionalisiert, geplant und durchgeführt werden. In unterschiedlichsten Settings (verschiedenste Schultypen, Betriebe, Polizei et cetera) werden Seminare und Projekte unter Einbeziehung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen aufgelegt. Diese Angebote sind alle spenden- oder projektfinanziert und müssen dringend auf eine Regelfinanzierung umgestellt werden. Die Themen »Seelische Gesundheit« und »Umgang mit Krisen« sollten darüber hinaus verbindlich in allen Schulen und im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung verankert werden. Beispielgebend sind Projekte wie »Verrückt? Na und!« oder »Irrsinnig menschlich«.

Gesetzgebungsprozesse zur Stärkung der nationalen Suizidprävention und zur Novellierung des Präventionsgesetzes eröffnen hierfür Möglichkeiten.

Im Rahmen von Recovery-Ansätzen gibt es inzwischen vielfältige Bildungs- und Weiterbildungsangebote von Psychiatrieerfahrenen für Psychiatrieerfahrene und Interessierte, die Ausbildung von Psychiatrieerfahrenen zu Genesungsbegleiter:innen und die Idee der Recovery-Colleges, an denen Psychiatrieerfahrene anderen ihr Erfahrungswissen als Bildungsangebot zur Verfügung stellen. Diese Ansätze sollten systema-

tisch gefördert werden. Dies ließe sich zum Beispiel dadurch institutionalisieren, dass Präventionsfachkräfte, ähnlich denen in der Suchthilfe, regional verankert werden. Die Präventionsfachkräfte sind im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge und in Kooperation mit den Sozialversicherungsträgern zu refinanzieren. So könnten regional Orte und Räume geschaffen werden, an denen empowerment- und recoveryorientierte Aktivitäten zum Thema der »Seelischen Gesundheit« gebündelt und dem Sozialraum zur Verfügung gestellt werden.

Zugänge in das Gesundheitssystem und andere Leistungssysteme erleichtern und erhalten

Niedrigschwellige Zugänge sind essenziell, um möglichst allen Menschen mit psychischen Erkrankungen frühzeitig Unterstützung anbieten zu können und auch diejenigen zu erreichen, die zunächst unsicher oder skeptisch in Bezug auf die Inanspruchnahme möglicher Leistungen sind.

Die Diakonie Deutschland setzt sich daher für die Einführung eines Rechtsanspruchs auf Beratung für (potenziell 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 gegebenenfalls sich daraus ergebende niederschwellige Behandlung können bei unterschiedlichen Leistungserbringern des SGB V in Anspruch genommen werden oder auch sozialpsychiatrischen Diensten oder Zentren, psychosozialen Beratungsstellen beziehungsweise Suchtberatungsstellen. Unter Umständen muss eine entsprechende leistungsfähige ambulante Struktur vor Ort erst noch aufgebaut werden. Die Beratungs- und Behandlungsleistung ist von den Krankenkassen ausreichend zu finanzieren und kann nur von Leistungsanbietern abgerechnet werden, die in vorhandene gemeindepsychiatrische beziehungsweise psychosoziale Netzwerke eingebunden sind.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst muss weiter ausgebaut und gestärkt werden, auch damit die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) in öffentlicher oder freier Trägerschaft ihrem originären Auftrag gerecht werden können. Es ist von großer Bedeutung, dass die SpDi auch Menschen, die Hilfe zunächst ablehnen oder für die zunächst keine geeigneten Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, langfristig begleiten können – und zwar so lange, bis andere Unterstützungsformen greifen beziehungsweise angenommen werden (können).

Aber auch andere Dienste, wie zum Beispiel Kontakt- und Beratungsstellen oder Tagesstätten, die qua ihrer Aufgabe Menschen mit psychischen Erkrankungen über längere Zeiträume begleiten und mit der dafür erforderlichen Zeit vertrauensvolle und tragfähige Beziehungen knüpfen, sind weiterhin auch institutionell zu fördern. Wenn ein intensiver Unterstützungsbedarf erkennbar wird, kann der Zugang zu weiteren Leistungen leichter gebahnt werden. Personenzentrierte Leistungen sind zu ermitteln und einzelfallbezogen zu erbringen.

Psychiatrisch-psychosoziale Krisendienste flächendeckend aufbauen

Die Diakonie Deutschland erneuert ihre Forderung an den Gesetzgeber im Bund, den Rahmen für einen flächendeckenden Ausbau psychiatrisch-psychosozialer Krisendienste zu schaffen. Reformvorhaben der aktuellen Legislaturperiode wie der vorgelegte Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention und

der Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung haben die Chance vertan, hier notwendige rechtliche und finanzielle Vorgaben zu konkretisieren.

Aus Sicht der Diakonie Deutschland müssen die psychiatrisch-psychotherapeutischen Krisendienste rund um die Uhr erreichbar sein und bei Bedarf auch aufsuchend tätig werden können. Zu ihrem Aufgabenspektrum gehören diagnostische Abklärung, therapeutische Krisenintervention sowie eine verlässliche Weiterleitung zu weiteren erforderlichen Hilfen.

Der Aufgabenbereich der Krisendienste reicht neben der in Länderkompetenz stehenden Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr deutlich in den Bereich der Gesundheitsfürsorge hinein. Dies wie auch der erforderliche flächendeckende Ausbau der Krisendienste sprechen für eine Beteiligung der GKV an deren Finanzierung, insbesondere der in diesem Rahmen erbrachten ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen.

In Anlehnung an den Diskurs zur Rettungsdienstreform befürwortet die Diakonie Deutschland daher, dass die psychiatrische Krisenhilfe als neues Leistungssegment in das SGB V aufgenommen wird. So könnte eine Ergänzung des Katalogs des § 11 Abs. 1 SGB V um die psychiatrische Krisenhilfe erfolgen.

Zu bedenken ist dabei auch, dass die psychiatrischen Krisendienste die Rettungstellen der Krankenhäuser entlasten und dazu bei der Neuordnung der Notfallrettung mit den anderen Elementen (Leitstelle, Integrierte Notfallzentren) vernetzt werden sollten. Ergänzend sind gesetzliche Regelungen erforderlich, die es ermöglichen, die psychiatrischen Krisendienste im Rahmen einer Mischfinanzierung unter Einbeziehung der Träger der Eingliederungshilfe, der Jugendhilfe und der Kommunen beziehungsweise Länder aufzubauen.

Behandlung und medizinische Rehabilitation bedürfnisorientiert flexibilisieren

In Deutschland fehlen vielfach ambulante Leistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, wie Soziotherapie und psychiatrische Krankenpflege, oder es bestehen lange Wartezeiten auf Termine bei niedergelassenen Psychiater:innen beziehungsweise psychologischen Psychotherapeut:innen. In einigen Regionen gibt es befristete Aufnahmestops in psychiatrischen Institutsambulanzen.

Der Entwurf für das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) sah eine Sonderermächtigung von Psychotherapeut:innen und Ärzt:innen zur besseren Versorgung von Personen mit psychosozialen Funktionseinschränkungen durch Kooperationen mit verschiedenen Diensten vor. Diese Ausweitung soll nun durch eine Zulassungsverordnung geregelt werden, was die Diakonie Deutschland ausdrücklich begrüßt und mit der Forderung verbindet, die Kooperationen auch auf Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe und auf Strafvollzugsanstalten auszudehnen. Zudem sollte die geplante Ermächtigung auch für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Belastungen gelten.

Es bleibt abzuwarten, inwieweit diese Sonderermächtigungen genutzt werden und wie gegebenenfalls rechtlich nachzusteuern ist. Unabhängig davon ist aus Sicht der Diakonie Deutschland eine grundlegende Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung notwendig. Nach wie vor überwiegt die pharmakologische Behandlung zulasten psychotherapeutischer, rehabilitativer und sozialer Ansätze.

Die stationären Kapazitäten sind abzubauen und in den ambulanten Bereich zu verlagern, um Menschen dort, wo sie leben, behandeln zu können. Die ebenfalls im geplanten GVSG aufgenommene Regelung, Modellvorhaben nach § 64b SGB V zu verstetigen und in die Regelversorgung zu überführen, wird von der Diakonie Deutschland unterstützt und sollte in der nächsten Legislatur rasch umgesetzt werden.

Auch die »Stationsäquivalente Behandlung« (StäB) kann ihr Potenzial noch nicht ausschöpfen und ist sowohl quantitativ als auch qualitativ weiterzuentwickeln. Die Leistungen, ihre Dauer, Häufigkeit und Intensität sollten sich nach den individuellen Bedürfnissen ausrichten und nicht nach starren zeitlichen Vorgaben.

Ziel ist, in jeder Versorgungsregion eine Struktur zu schaffen, die niedrighschwellige ambulante Komplexleistungen (im Bereich des SGB V) bereithält. Ambulante Komplexleistungen können 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 unter anderem Pflegekräfte sowie Sozialarbeiter:innen beschäftigt und auch aufsuchend tätig werden können.

Die Notwendigkeit einer Flexibilisierung der Leistungen gilt auch für die medizinische Rehabilitation bei Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen, die nicht nur quantitativ sondern auch fachlich-inhaltlich auszubauen ist. Nach wie vor besteht die geradezu paradoxe Situation, dass Menschen mit einem hohen Unterstützungsbedarf vielfach keine Rehabilitationsmaßnahmen erhalten. Um die konzeptionelle Umsetzung personenzentrierter, insbesondere mobiler und ambulanter medizinischer Rehabilitationsangebote für diese Personengruppe voranzubringen, schlägt die Diakonie Deutschland vor, eine entsprechende Rahmenvereinbarung auf Ebene der BAR unter Einbeziehung der Fachexpertise und der Selbstvertretung zu erarbeiten.

Die medizinische Rehabilitation ist dabei als ein Baustein der gemeindepsychiatrischen Versorgung zu etablieren. Rehabilitationsträger haben mit den Diensten und Einrichtungen, die medizinisch-rehabilitative Leistungen erbringen, Verträge nach § 38 SGB IX entsprechend dem Leistungserbringungsrecht zu schließen. Vertragspartner vornehmlich der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger können – auch in Abhängigkeit von der jeweiligen Versorgungssituation vor Ort – RPK-Einrichtungen, Krankenhäuser, gemeindepsychiatrische Zentren, ambulante beziehungsweise mobile Rehabilitationsdienste oder medizinisch-rehabilitativ qualifizierte Einrichtungen der Eingliederungshilfe sein. Ähnlich wie bei StäB sind Kooperationen zwischen Leistungserbringern nach unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern zu ermöglichen beziehungsweise zu fördern, um so eine persönliche Kontinuität in der (Weiter-)Behandlung sicherzustellen und Doppelstrukturen zu vermeiden. Der Ausbau der medizinischen Rehabilitation soll vorrangig ambulant ausgerichtet sein.

Die Diakonie hat sich bereits an anderer Stelle dafür eingesetzt, diesen Aufbau mobiler Rehabilitationsdienste durch ein bundesweites Förderprogramm zu unterstützen.

Nachjustierungen im SGB IX für Menschen mit seelischer Beeinträchtigung vornehmen

An dieser Stelle soll nicht weiter auf die erheblichen Defizite bei der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes eingegangen werden, das mit dem Anspruch angetreten war, einen Paradigmenwechsel einzuleiten und zu realisieren.

Die Reform ist stecken geblieben, während sie gleichzeitig (zu) viele Ressourcen bindet und sich Enttäuschung und Resignation breit machen.

In Bezug auf Menschen mit seelischer Beeinträchtigung stellt das Antragserfordernis ein gravierendes Problem dar und führt zu neuen Exklusionsrisiken, wenn für die Bedarfsfeststellung Fähigkeiten vorausgesetzt werden, die mit den zu beantragenden Leistungen unterstützt werden sollen. Daher spricht sich die Diakonie Deutschland dafür aus, in Bezug auf das bestehende Antragserfordernis Regelungen zu ergänzen, die den besonderen Bedürfnissen einiger Menschen mit seelischer Beeinträchtigung Rechnung tragen.

Angesichts der überbordenden Bürokratie, der Überforderung der Verwaltung und der sich jetzt schon abzeichnenden strukturellen Probleme stellt sich mit Nachdruck die Frage, wie die Prozeduren entlastet werden können und die erforderliche – auch sozialpsychiatrische – Fachlichkeit besser integriert werden kann. Auch angesichts des Fachkräftemangels sind kooperatives Planen und Handeln von Leistungsträgern und Leistungserbringern zusammen mit den Leistungsberechtigten und in deren Sinne in den Fokus zu rücken. Dafür sind auch Möglichkeiten der Delegation auszuloten, wie die Delegation von Beratung, Bedarfserfassung sowie von Hilfeplanung an Leistungserbringer in Abstimmung mit den Leistungsträgern.

Wie bereits ausgeführt, sind Basisdienste, die beraten und langfristig begleiten, die offene Räume anbieten und voraussetzungslose Kontakte und Begegnungen ermöglichen, ausreichend auszustatten. Dabei ist es fachlich geboten, einzelne Dienste mit Gemeinde- oder Sozialpsychiatrischen Zentren zusammenzulegen oder mit diesen verbindliche Kooperationen einzugehen, um bei Bedarf weitere Leistungen auch anderer Rehaträger zu erschließen.

Auch im Bereich der Teilhabe an Arbeit für Menschen mit seelischer Beeinträchtigung sind niedrigschwellige Angebote von großer Bedeutung. Vor diesem Hintergrund sind Zuverdienstmöglichkeiten in den Verbänden beziehungsweise Versorgungsregionen umzusetzen. Dabei sollte der Zuverdienst als Leistung der Teilhabe am Arbeitsleben ausgestaltet werden, so dass diese Leistung bundeseinheitlich umgesetzt werden kann.

Der bestehende Katalog an Leistungen und Angeboten zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit oder zur frühzeitigen Integration in Beschäftigung ist zu wenig bekannt. Dies gilt auch für Fragen der jeweiligen Zuständigkeit und spezifische Anspruchsvoraussetzungen. Es fehlen Lots:innen durch das System, um Menschen mit psychischen Erkrankungen, Dienste und Einrichtungen sowie Arbeitgebende dabei zu unterstützen, die Perspektive auf eine Erwerbstätigkeit oder Beschäftigung aufrechtzuerhalten. Daher sollte aus Sicht der Diakonie Deutschland in den Verbänden beziehungsweise Versorgungsregionen die Funktion des »Jobcoaching« implementiert werden, die unter anderem diese Lotsenfunktion erfüllt.

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 und anderes) sowie schulische und berufliche Bildungsmöglichkeiten aufzeigen. Die Prinzipien des »Individual Placement and Support« (IPS), deren Wirksamkeit belegt ist, sollten nicht länger nur in Modellvorhaben weiter erprobt, sondern als Bestandteil des Jobcoachings regelhaft finanziert werden.

Jobcoaching kann unterschiedlich organisiert und finanziert werden. Abhängig davon, gegenüber welchem Sozialgesetzbuch Ansprüche bestehen, wie die Versorgungsregion vor Ort aussieht 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.

Insgesamt benötigen wir mehr Anstrengungen aller relevanten Akteure, um den Arbeitsmarkt, der seit Jahren in immer größerer Zahl Menschen mit psychischen Erkrankungen exkludiert, inklusiver auszugestalten und es Menschen, die psychisch erkranken, leichter zu machen, ihren Arbeitsplatz zu behalten.

Steuerung, regionale Versorgungsverpflichtung und Infrastrukturverantwortung umsetzen

Angesichts des breit ausdifferenzierten Spektrums an Hilfen und Unterstützungen, höchst unterschiedlicher Versorgungsgegebenheiten in den Regionen und angesichts des Fachkräftemangels gilt es weniger, immer weiter einzelne, neue Angebote oder Bausteine einzuführen. Um allen Menschen mit psychischen Erkrankungen unabhängig

von Art, Dauer und Schwere ihrer Erkrankung eine wohnortnahe bedarfsgerechte und bedürfnisangepasste Behandlung zu ermöglichen, stellen Kooperation, Vernetzung und Steuerung wesentliche Voraussetzungen dar.

Daher hat sich die Diakonie Deutschland bereits mehrfach 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 Sozialgesetzbüchern zu hinterlegen und zu refinanzieren. Die Verbände regeln, wer in der jeweiligen Region die fallbezogene Koordination übernimmt. Im Rahmen der Verbundsysteme sind verbindliche Kooperationen mit der Jugendhilfe, der Gerontopsychiatrie, der Forensik, dem Strafvollzug und den Diensten und Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe abzuschließen. Notwendig sind ein Monitoring und ein von der Kommune moderierter Prozess zur Wahrnehmung einer gemeinsamen Versorgungsverantwortung.

Angesichts der bestehenden Versorgungsdefizite zum Beispiel 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.

Transparenz bei Zwangsmaßnahmen herstellen und Voraussetzungen für eine zwangsfreie Psychiatrie schaffen

Die Unantastbarkeit der Menschenwürde und das daraus abgeleitete Selbstbestimmungsrecht verpflichten alle Akteur:innen, die Leistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen auf der Grundlage von Freiwilligkeit, Selbstbestimmung und Partizipation sowohl inhaltlich als auch strukturell weiterzuentwickeln. Zwangsmaßnahmen sind immer auch im Kontext der Qualität, Verfügbarkeit und Vernetzung der regionalen Versorgungsstruktur und -angebote zu sehen. Wie Voraussetzungen für eine zwangsfreie Psychiatrie zu schaffen sind und dabei insbesondere die Problemlagen und Bedürfnisse bisher benachteiligter und nicht ausreichend behandelter und unterstützter Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen berücksichtigt werden können, ist weiter oben beschrieben. Hierzu im Widerspruch stehen die aktuelle Debatte um die Ausweitung ambulanter Zwangsbefugnisse sowie die hohe und seit Jahren ansteigende Zahl an Plätzen in der Forensik und in geschlossenen »Wohnheimen«.¹

¹ Jede fünfte Person in psychiatrisch-stationärer Behandlung befindet sich in einer forensischen Einrichtung und circa zehn Prozent der Menschen in besonderen Wohnformen leben hinter »verschlossenen« Türen.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom November 2024, das medizinische Zwangsbehandlungen in Einzelfällen auch außerhalb von Krankenhäusern erlaubt, erhöht das Risiko, dass Zwangsmaßnahmen häufiger und umfangreicher durchgeführt werden. Hier ist der Gesetzgeber gefordert, die Vorgaben in einem partizipativen Prozess so zu fassen, dass eine solche Ausweitung nicht stattfinden kann.

Ein weiterer und wichtiger Schritt hin auf dem Weg zu einer zwangsfreien Psychiatrie ist darüber hinaus die einheitliche Erfassung von Zwangsmaßnahmen und ein darauf aufbauendes Monitoring zur Reduktion beziehungsweise Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Daher wiederholen wir an dieser Stelle die Forderung, rechtliche Regelungen für eine datenschutzkonforme Erfassung aller freiheitsentziehenden Maßnahmen, deren Dauer und rechtliche Grundlagen sowie anschließende Maßnahmen zu verabschieden.

Ansprechpartnerin:

Dr. Katharina Ratzke
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie
T +49 30 65211-1659 | F +49 30 65211-3659
katharina.ratzke@diakonie.de

Diakonie Deutschland

Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Str.1 | 10115 Berlin
T +49 30 65211-0 | F +49 30 65211-3333
www.diakonie.de

Berlin, Februar 2025