

Gemeindepsychiatrie auf dem Prüfstand

VERSORGUNGSREGION
KREIS MAYEN-KOBLENZ,
STADT KOBLENZ

Peter Kappenstein - Büro für Sozialplanung Trier

IMPRESSUM

Im Auftrag von



Kreisverwaltung Mayen-Koblenz
Bahnhofstraße 9
56068 Koblenz

Erstellung des Berichtes durch

Büro für Sozialplanung Trier
Liebfrauenstraße 8
54290 Trier



Stadt Koblenz
Willi-Hörter-Platz 1
D - 56068 Koblenz



VORWORT

Die bundesweite grundlegende und umfassende Reform der psychiatrischen Versorgung führte zwischen 2001 und 2011 auch im Kreis Mayen-Koblenz und in der Stadt Koblenz zu nachhaltigen fachlichen und strukturellen Entwicklungen. Merkmale dieser Veränderung waren die Ausbildung eines mehrdimensionalen Verständnisses psychischer Störungen und entsprechende multiprofessionelle Behandlungsansätze, die Abkehr von der Institutionszentrierung, der Wechsel von der Angebots- zur Bedarfsorientierung. Zum Motor der bedarfsgerechten, gemeindenahen und koordinierten psychiatrischen Versorgung wurde der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV), den Stadt und Kreis im Jahr 2003 gründeten.

Der Psychiatriebeirat beschloss im September 2011, die Ergebnisse der bisherigen regionalen Strukturreform im Dialog von Fachkräften, Betroffenen und Angehörigen auf den Prüfstand zu stellen. Im ersten Halbjahr 2012 unterzogen die Akteure des GPV die Struktur und die Arbeitsweise des Verbundes einer gründlichen Analyse. Die Bilanz dieses Dialogs fällt positiv aus. Die beiden Kommunen haben seit 2001 trotz zunehmendem Kostendruck - insbesondere mit Blick auf die staatlich finanzierten sozialen Sicherungssysteme - gemeinsam mit den Leistungserbringern den Paradigmenwechsel von der institutions- zur personenzentrierten Hilfe vollzogen. Das war möglich, weil die Dienste und Einrichtungen in der Region sich gut vernetzten und den Ansprüchen der Reform strukturell und fachlich entsprachen. Die Analyse macht allerdings auch deutlich, wo der GPV künftig seine Reformfähigkeit unter Beweis stellen kann. Eine zentrale Frage lautet beispielsweise, wie er der politisch gewollten Prämisse „ambulant vor stationär“ nachhaltig gerecht werden kann. Einerseits ist das Angebot ambulanter und teilstationärer Hilfen in der Region deutlich größer, differenzierter und flexibler als im Gründungsjahr des GPV, andererseits hat sich die stationäre Platzkapazität seit 2001 nur unwesentlich reduziert.

Der Dialog zur Versorgungsstruktur wird weitergeführt werden. Dafür sprechen u. a. die erfahrungsgestützten und detaillierten Ergebnisse der vier dialogisch besetzten Arbeitsgruppen mit ihren Kernthemen „Vernetzung und Teilhabe, Schnittstellen“, „Arbeit und Beschäftigung“, „Wohnen und Leben im Sozialraum“ sowie „Prävention, frühe Intervention, Information“.

Der vorliegende Bericht dokumentiert einerseits diesen Dialog und greift darüber hinaus die Ergebnisse unterschiedlicher sozialraumbezogener Betrachtungen auf, von denen insbesondere der Abschlussbericht der Besuchskommission der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV) zu nennen ist. Er integriert die Ergebnisse der konstruktiven und zielorientierten Zusammenarbeit der Partner im hiesigen GPV im Rahmen der Steuerungsgruppe und der regionalen Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG).

Das Ziel, psychisch erkrankten Menschen in der Verbundregion jede mögliche Hilfe zukommen zu lassen, ist so aktuell wie in der Gründungsphase des GPV.

Wir danken allen, die zu diesem zweiten Psychiatriebericht beigetragen haben. Wir sind sicher, dass wir zur Umsetzung der Reformschritte auf Ihre Unterstützung bauen können.



Marie-Theres Hammes- Rosenstein
Bürgermeisterin



Bernhard Mael
Erster Kreisbeigeordneter

INHALT

Vorwort	2
1. Einführung.....	5
2. Die Organisations- und Leistungsstruktur des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV)	6
3. Der Trialog - Leitidee und Planungsinstrument.....	15
4 Ergebnisse des Trialogs - Status quo und Entwicklungspotential des GPV	21
5. Empfehlungen zur Entwicklung des GPV.....	37
6. Protokolle der Arbeitsgruppen - Zusammenfassung.....	45
Verwendete Literatur	53

1. EINFÜHRUNG

Der vorliegende Bericht unterscheidet sich mehrfach von der im Jahr 2000 vorgelegten Ausarbeitung:

- Sein Schwerpunkt liegt nicht auf einer Erhebung und Interpretation von Daten zu den Leistungen der verschiedenen Dienste, Einrichtungen und Kostenträger in der Verbundregion. Der zeit- und kostenaufwändige Umfang der früheren Planung und – wichtiger – die seitdem erfolgte Umsetzung der Psychiatriereform in der Versorgungsregion legen eine veränderte Planung nahe.
- Die Bestandsaufnahme der Lebens-, Wohn- und Arbeitssituation psychisch beeinträchtigter Menschen und insbesondere die an sie gerichteten Versorgungsangebote des GPV sind das Ergebnis einer diskursiven Einschätzung durch die Trias Psychiatrieerfahrener, Angehöriger und professionell Tätiger.
- Die „Architektur“ des GPV ist Gegenstand kritischer Fragen. Wird die aktuelle **Struktur** dem Ziel gerecht, „psychisch kranken Menschen, gerade auch den chronisch Kranken, ein selbstständiges, selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben zu ermöglichen und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben soweit und solange wie möglich zu gewährleisten.“?¹
- Der Dialog dient dazu, über die **Ziele** künftiger psychiatrischer Versorgung Einvernehmen herzustellen, um sie so bedürfnis- und bedarfsgerecht wie eben möglich umsetzen zu können.
- In den Dialog sollten politisch Verantwortliche einbezogen werden - durch systematische Information über die Ergebnisse der Arbeitsgruppen und durch die Teilnahme an Sitzungen der Arbeitsgruppen mit kommunaler, psychiatriepolitischer Relevanz.

Trotz der beschriebenen strukturellen Unterschiede zwischen den beiden Dokumenten hat der vorliegende Bericht das Ziel, eine Rückbetrachtung auf die vormals definierten Ziele und die Veränderungen in der Versorgungsregion seit der Psychiatrieplanung des Jahres 2000 zu ermöglichen.

Die Fortschreibung des Psychiatrieberichtes und ihr zentrales Instrument, der Dialog, ist der Leitidee der Gemeindepsychiatrie verpflichtet, die soziale Teilhabe und Inklusion psychisch beeinträchtigter Menschen Realität werden zu lassen.

¹ Schneider/Kappenstein, Gemeinsame Psychiatrieplanung des Landkreises Mayen-Koblenz und der kreisfreien Stadt Koblenz, Teil II Bedarfe, Ziele, Maßnahmen, Koblenz 2000, S. 21

2. DIE ORGANISATIONS- UND LEISTUNGSSTRUKTUR DES GEMEINDEPSYCHIATRISCHEN VERBUNDES (GPV)

2.1 Organisation

Der Landkreis Mayen-Koblenz und die Stadt Koblenz bilden mit 316.686 Einwohner/innen (2010) eine bevölkerungsreiche Region, die das Ziel hat, für ihre Bürgerinnen und Bürger eine wohnortnahe und umfassende psychiatrische Versorgung sicherzustellen. Schon 1998 bildeten Stadt und Kreis einen gemeinsamen Psychiatriebeirat. 2001 richteten die beiden Gebietskörperschaften eine gemeinsame Koordinierungsstelle ein. Im November 2002 unterzeichneten Stadt und Kreis eine Versorgungsvereinbarung. 2003 folgte der Beschluss zu einem GPV nach § 7 des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen (PsychKG - Rheinland Pfalz vom 17. November 1995). 2003 wurde auch die Teilhabeplanung als Bedarfserhebungs- und Leistungsplanungsinstrument eingeführt. In einer ersten „Hilfepfankonferenz“ fanden die Mitglieder des GPV zusammen und erarbeiteten die einzelnen Schritte zur Umsetzung des GPV. In der Folge schufen Träger – soweit nicht schon vorhanden – die institutionellen Voraussetzungen für eine gemeindepsychiatrische Betreuung, die bedarfsgerechte und wohnortnahe Hilfen für die Bereiche „Wohnen“, „Arbeit“ und „Tagesstrukturierung“ anbieten. Folgerichtig schlossen sich auch die bis dahin jeweils in Stadt und Kreis bestehenden Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) im Jahr 2003 zu einer gemeinsamen PSAG zusammen.

GPV IM ÜBERBLICK

Kernpunkte der Vereinbarung zur komplementär-ambulanten Versorgung sind:

- die Versorgungsverpflichtung für alle Klient/innen aus der Versorgungsregion
- die personenzentrierte Hilfen für die Klient/innen
- die konstruktive Zusammenarbeit aller Beteiligten
- der Vorrang ambulanter Hilfen vor stationären Hilfen
- die stetige Überprüfung der vorhandenen Kapazitäten.

Neben den beiden Kommunen zählen derzeit folgende Leistungsanbieter zum GPV:

- die Barmherzigen Brüder Saffig
- die Bethesda St. Martin gemeinnützige GmbH
- die case project GmbH, Einrichtung Wanderath
- das Heinrich-Haus Neuwied mit den „Offenen Hilfen“
- die Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach.

Erwähnenswert ist, dass einige Leistungsanbieter seit der ersten Berichterstattung strukturelle Änderungen vornahmen: Die Angebote des Vereins „Betreutes Wohnen in Koblenz e.V.“ sind mittlerweile in die Unternehmensstruktur der Barmherzigen Brüder Saffig integriert. Die psychiatrischen Dienste der Stiftung Bethesda St. Martin sind in der Bethesda St. Martin gemeinnützige GmbH organisiert.

Die strukturbildenden und –gestaltenden Elemente des GPV sind

- die Koordinierungsstelle für Psychiatrie
- der Psychiatriebeirat
- die Steuerungsgruppe
- die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft als Zusammenschluss von Einrichtungen, Diensten, Beratungsstellen und Einzelpersonen, die in der Versorgungsregion tätig sind.

Dabei wirkt der GPV auf Grundlage der Versorgungsvereinbarung zwischen Stadt und Kreis mit folgenden Instrumenten

- dem individuellen Teilhabeplan und
- der Teilhabekonferenz (siehe S. 9).

DIE KOORDINIERUNGSSTELLE FÜR PSYCHIATRIE

Die Koordinierungsstelle übernimmt für den Landkreis Mayen-Koblenz und die Stadt Koblenz die Vernetzung und Koordinierung der Hilfen für psychisch kranke Menschen in der Region. Ihr Einsatz erfolgt im Einvernehmen mit den Kommunen und Leistungsanbietern auf drei Ebenen – der regionalen Steuerung des GPV, der funktionalen Organisation der Dienste und Einrichtungen und der Leistungserbringung (Arbeitsebene). Das setzt die Mitwirkung in den o. g. Gremien voraus.

Zur Psychiatriekoordination gehört die Übernahme der Geschäftsführung und der Sprecherfunktion im GPV und – damit verbunden – seine Öffentlichkeitsarbeit.

PSYCHIATRIEBEIRAT

Aufgabe des Psychiatriebeirates ist es, Stadt und Kreis in grundsätzlichen Fragen der Planung und Koordination der örtlichen Versorgung sowie bei der Erstellung von Psychiatrieberichten zu beraten. Er kann zu einzelnen Themenschwerpunkten Arbeitsgruppen bilden.

Die Bürgermeisterin der Stadt Koblenz und der Erste Kreisbeigeordnete des Landkreises Mayen-Koblenz übernehmen im jährlichen Wechsel den Vorsitz im Psychiatriebeirat. Das Gremium umfasst derzeit 30 Personen. Die Mitglieder gehören Diensten und Einrichtungen, kommunalen Organen und Ämtern an. Auch Vertreter/innen der Krankenversicherung, Arbeitsagentur, Ärzte, Betroffene und Angehörige sowie Vertreter/innen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft gehören dazu. Die Geschäftsführung liegt bei der Psychiatriekoordination.

Der Beirat wird regelmäßig über die bestehenden Kapazitäten der Leistungsanbieter, über Planungsabsichten und neue Angebote informiert. Besondere Bedarfe werden diskutiert und ihre Umsetzung begleitet. Die multiprofessionelle Zusammensetzung des Beirates soll gewährleisten, dass alle an der gemeindepsychiatrischen Versorgung Beteiligten ihre Vorstellungen, Wünsche und Erfahrungen einbringen können.

STEUERUNGSGRUPPE

Die Steuerungsgruppe beschäftigt sich mit der Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung und der Lösung besonderer Probleme. Bei der Steuerungsgruppe angesiedelt ist auch die Organisation der Mitgliedschaft in der „Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV)“ und der damit verbundenen regelmäßigen Rezertifizierung. Unter Leitung der Psychiatriekoordination treffen sich in der Steuerungsgruppe drei- bis viermal jährlich die durch ein oder zwei Personen vertretenen konstitutiven Mitglieder des GPV.

PSYCHOSOZIALE ARBEITSGEMEINSCHAFT

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) ist ein Zusammenschluss von Einrichtungen, Diensten, Beratungsstellen und Einzelpersonen, die in der psychiatrischen Versorgungslandschaft oder allgemein in der Behindertenhilfe tätig sind. Mit der gemeinsamen Versorgungsregion im Jahr 2003 schlossen sich die bis dahin getrennt arbeitenden Arbeitsgemeinschaften für die Stadt und den Kreis zu einer gemeinsamen Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft zusammen.

Die PSAG versteht sich als Forum zum gegenseitigen Austausch von Informationen über die regionalen Hilfsangebote. Sie diskutiert auftretende Probleme in der täglichen Arbeit und in der psychosozialen Versorgung und erarbeitet Lösungsvorschläge. Sie weist beispielsweise auf Bedarfslücken in der Versorgung hin. Sie arbeitet dem Psychiatriebeirat fachlich zu und sucht den Austausch mit der Kommunalpolitik. Ihre Öffentlichkeitsarbeit will Schwellen und Ängste gegenüber psychisch Kranken und behinderten Menschen abbauen.

Die PSAG ist offen für alle in Beratung, Therapie und psychosozialer Versorgung Mitwirkenden in der Versorgungsregion Mayen-Koblenz / Koblenz. Sie umfasst derzeit rund 80 Mitglieder bzw. Interessierte. Die Mitarbeit im Gremium ist freiwillig, alle Mitglieder sind gleichberechtigt.

Die PSAG tagt in der Regel viermal jährlich, bei Bedarf auch öfter. Nach außen wird sie durch einen gewählten Sprecher vertreten. Die Geschäftsführung liegt bei der Psychiatriekoordination.

BESUCHSKOMMISSION

Befindet sich in einem Landkreis ein Krankenhaus, in dem psychisch kranke Personen gegen ihren Willen oder im Zustand der Willenlosigkeit untergebracht werden können, so soll nach § 29 des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen (PsychKG) eine Besuchskommission berufen werden. Im Landkreis Mayen-Koblenz sind die Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach und die Fachklinik der Barmherzigen Brüder Saffig dazu ermächtigt, geschlossene Unterbringungen nach dem PsychKG vorzunehmen.

Es ist Aufgabe der Besuchskommission zu prüfen, ob die nach dem PsychKG bestehenden Rechte der untergebrachten Personen gewahrt werden.

Das Gesetz sieht vor, dass mindestens einmal jährlich eine Begehung durch die Besuchskommission erfolgt. Die Kommission des Landkreises Mayen-Koblenz besucht in der Regel zweimal jährlich die Rhein-Mosel-Fachklinik in Andernach, die den Pflichtversorgungsauftrag für den Landkreis innehat. Der Besuch der Fachklinik der Barmherzigen Brüder Saffig erfolgt nur dann, wenn es tatsächlich Unterbringungen nach dem PsychKG gegeben hat. Ungeachtet dessen gibt es dorthin aber regelmäßigen Kontakt.

Zudem besucht die Kommission in unregelmäßigen Abständen die Fachklinik auch ohne gesetzlichen Auftrag. Die Besuchskommission erstattet dem Kreistag jährlich einen Bericht über die durchgeführten Besuche. Die Geschäftsführung der Besuchskommission obliegt der Psychiatriekoordination.

Die Besuchskommission wird vom Kreistag für die Dauer von fünf Jahren gewählt. Ihr gehören Vertreter/innen der Angehörigen psychisch Kranker, Vertreter/innen der psychiatrienerfahrenen Personen, Vertreter/innen des Psychiatriebeirates, Vertreter/innen der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach und Vertreter/innen der Fachklinik der Barmherzigen Brüder Saffig an.

2.2 Leistungen

LEISTUNGSBEREICHE IN DER VERSORGUNGSREGION

Die Versorgungsregion Mayen-Koblenz / Koblenz bietet differenzierte Dienstleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dazu zählen Angebote der Selbsthilfe, der ambulanten Versorgung, der teilstationären und stationären Versorgung sowie die Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Selbsthilfe

Hilfe zur Selbsthilfe erfolgt durch Gruppen von Betroffenen und Angehörigen. Eine Anlaufstelle im Gesundheitsamt Koblenz und die Kontakt- und Informationsstellen vermitteln Informationen zu den Gruppen in der Region.

Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung erfolgt durch Haus- und Fachärzte, Psychotherapeuten, die Psychiatrische Institutsambulanz, die ambulante psychiatrische Pflege, Kontakt- und Informationsstellen sowie durch Fachkräfte des Betreuten Wohnens und weitere offene Hilfen. Mehrere Beratungsstellen bieten psychisch kranken Menschen und Angehörigen spezifischen Rat und Gespräche an.

Teilstationäre Versorgung

Die teilstationäre Versorgung geschieht flächendeckend – je nach Leistungsbedarf der betroffenen Person – in Tageskliniken, Tagesstätten und Werkstätten für behinderte Menschen und in unterschiedlichen Formen tagesstrukturierender Angebote.

Stationäre Versorgung

Die stationäre Krankenhausversorgung übernehmen zwei psychiatrische Fachkliniken.

Stationäre Wohnformen werden von verschiedenen Trägern angeboten, die auch über Außenwohngruppen oder Trainingswohnungen verfügen. Sie sollen den Übergang in eine eigenständige Wohnform erleichtern.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Allgemeine Fragen zur Versorgungsstruktur beantwortet die Koordinierungsstelle für Psychiatrie. Der sozialpsychiatrische Dienst gewährleistet die Versorgung psychisch Kranker im Rahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Die Krankenversicherung, die Rentenversicherung, die Agentur für Arbeit bzw. die Job Center oder die Träger der Sozialhilfe übernehmen Leistungen in den o.g. Teilbereichen je nach Lage im Einzelfall.

DAS INSTRUMENT DER TEILHABEPLANUNG

Grundlage für eine am individuellen Bedarf orientierte Hilfestellung ist die Teilhabeplanung, die gemeinsam mit den Leistungsberechtigten vorgenommen wird. Sind verschiedene Leistungserbringer gefragt, so stimmen sie ihre Leistungen ab, um die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben tatsächlich zu ermöglichen.

In der Vereinbarung „Verfahren zur Umsetzung der Teilhabeplanung in Rheinland-Pfalz“ zwischen dem Land Rheinland-Pfalz, den Kommunalen Spitzenverbänden und den Trägern von Einrichtungen werden die einzelnen Umsetzungsschritte und die personenzentrierte regional ausgerichtete Hilfestellung beschrieben.

Individueller Teilhabeplan

Das Land Rheinland-Pfalz, die Kommunen und die Liga der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege als Vertretung der Leistungserbringer haben unter Mitwirkung privater Dienste und Einrichtungen ein eigenes Instrument zur Teilhabeplanung entwickelt. Dieses Instrument, der Individuelle Teilhabeplan (THP) dient vor allem als Dokument, das die Realisierung des Teilhabeplans begleiten und überprüfen soll. Das Instrument des THP, wird seit 2003 bei jenen Personen eingesetzt, denen Eingliederungshilfe für behinderte Menschen zugesprochen wird.

Der THP erfasst die individuellen Ziele jedes Hilfesuchenden und den Unterstützungsbedarf in allen Lebensbereichen. Der THP beansprucht, ein umfassendes Bild der Lebenslage des behinderten Menschen zu entwerfen, auch um Leistungen möglichst passgenau anbieten zu können.

Teilhabe-Konferenz für psychisch behinderte Menschen

Wichtigste Aufgabe der Konferenz ist es, Stellung zu Art, Inhalt, Ziel und Umfang von Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen zu nehmen, die auf Eingliederungshilfe durch die beteiligten Kommunen angewiesen sind.

Die Teilhabe-Konferenz für psychisch behinderte Menschen findet in der Regel alle sechs Wochen statt. Sie ist Kernstück des GPV in der Versorgungsregion. In der Versorgungsvereinbarung heißt es: "Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen sollen als vernetzbare Hilfen gestaltet werden, um ein individuelles Konzept gegebenenfalls auch mit mehreren Trägern / Leistungsanbietern sicherzustellen (klienten- statt institutsbezogener Ansatz)." Die Teilhabe-Konferenz ist erfolgreicher Ausdruck der Vernetzung.

Ständige Mitglieder der Teilhabe-Konferenz sind:

- Die Psychiatriekoordinatorin (Leitung und Moderation)
- Ein/e Vertreter/in der Mitglieder des GPV (5 Personen)
- Ein/e Vertreter/in der Psychiatrischen Institutsambulanz der Rhein-Mosel-Fachklinik
- Ein/e Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie des Gesundheitsamtes Koblenz
- Eine sozialarbeiterische Fachkraft

- Sachbearbeiter/innen der Eingliederungshilfeabteilung der Kreisverwaltung Mayen-Koblenz bzw. der Stadtverwaltung Koblenz

Darüber hinaus können teilnehmen:

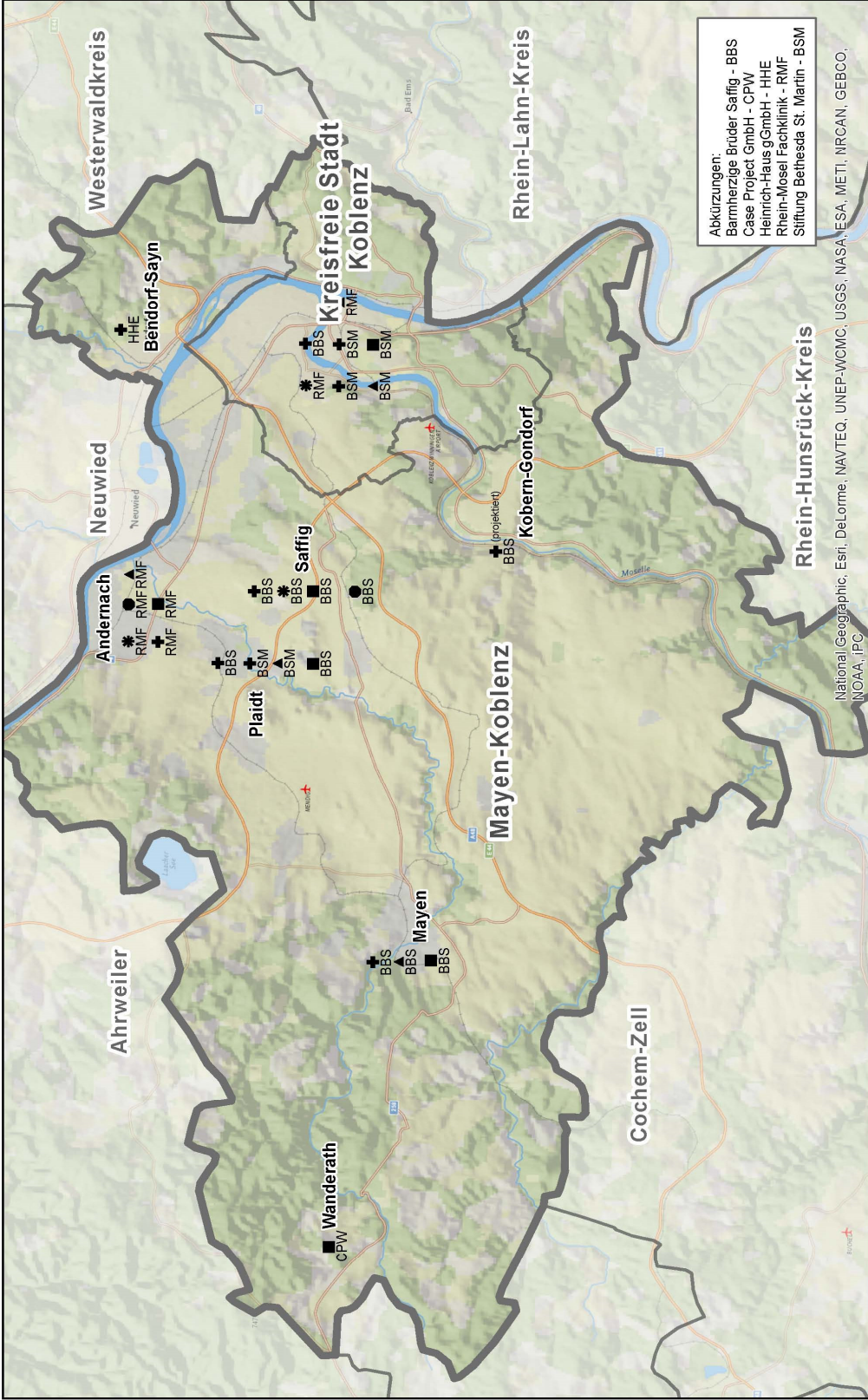
- Die/der Klient/in
- Sein/e gesetzliche/r Betreuer/in
- Eine vom Klienten/der Klientin benannte Person seines/ihres Vertrauens.

Die/der Klient/in entscheidet über die eigene Teilnahme an der Konferenz. Sie/er kann außerdem bestimmen, dass ihr/sein Fall in der Konferenz anonym beraten wird.

Am Ende der Beratung gibt die Konferenz eine Empfehlung für die geeigneten Hilfsmaßnahmen an den Kostenträger. Darüber hinaus wird ein Termin vereinbart, zu dem die gewährten Hilfen überprüft werden und über eine Weiterbewilligung, gegebenenfalls in veränderter Form oder verändertem Umfang entschieden wird.

- ❖ Die folgende Tabelle bietet eine Übersicht über die differenzierten Leistungsangebote in der Versorgungsregion, bezogen auf das Portfolio der einzelnen Mitglieder des GPV.
- ❖ Die nachfolgende Grafik verortet diese Leistungsangebote regional in den Gebietskörperschaften.

Leistungsangebote der Mitglieder im GPV	Sozialpsychiatrischer Dienst GA Maren-Koblenz	Barmherzige Brüder Saffig	Bethesda-St. Martin gGmbH	Case Project GmbH	Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach	Heinrich-Haus gGmbH
Beratung/Krisenintervention						
Individuell und/oder in Gruppen	X	X	X	X	X	X
Ambulante Angebote						
Offene Hilfen/Betreutes Wohnen, aufsuchend - in eigener Wohnung		X	X		X	X
Betreutes Wohnen und/oder offene Hilfen in Wohngemeinschaften		X	X			X
Teilstationäre Angebote						
Tagesstätten – teilstationäre Hilfen		X	X		X	
Kontakt- und Informationsstellen – KIS		X	X		X	
Stationäre Angebote						
Stationäre Wohnformen und Außenwohngruppen		X	X	X	X	
Arbeit/Beschäftigung						
Arbeit und Beschäftigung (interne Angebote)		X	X	X	X	
Vermittlung (Integrationsfachdienst)		X	X			



Abkürzungen:
 Barmherzige Brüder Saffig - BBS
 Case Project GmbH - CPW
 Heinrich-Haus GmbH - HHE
 Rhein-Mosel Fachklinik - RMF
 Stiftung Bethesda St. Martin - BSM

National Geographic, Esri, DeLorme, NAVTEQ, UNEP-WCMC, USGS, NASA, ESA, METI, NRCAN, GEBCO, NOAA, IPC

Legende

- Psychiatrische Einrichtungen**
- +** Psychiatrische Tagesklinik
 - *** Ambulante Wohn- und Betreuungsleistungen
 - Stationäre Wohnformen und Außenwohngruppen
 - ▲** Tagesstätten – teilstationäre Hilfen
- Gemeindepsychiatrischer Verbund**
- Kreisgrenzen
 - Stationäre psychiatrische Fachklinik

3. DER TRIALOG - LEITIDEE UND PLANUNGSINSTRUMENT

„Während wir Profis vor 20 Jahren Fürsprecher der Sprachlosen waren, besteht die wichtigste neue Voraussetzung darin, dass erst die Angehörigen, dann auch die psychisch Kranken selbst auf kommunaler und auf Bundesebene sich zu Selbsthilfeinitiativen zusammengeschlossen haben und selbst für ihre Interessen kämpfen. Alles muss anders sein, seit die psychiatrische Diskussion somit auf drei grundsätzlich gleichberechtigten Partnern, auf einem Trialog beruht. Eine solche trialogische Psychiatrie muss eine ungleich stärkere politische Glaubwürdigkeit haben. Vorausgesetzt, wir Profis erliegen nicht der Versuchung, unsere Partner zu instrumentalisieren, sondern unsere Rolle neu zu definieren ...“²

Orientiert an dieser Leitidee starteten im Januar 2012 vier Arbeitsgruppen, um die Situation der gemeindepsychiatrischen Versorgung in der Stadt Koblenz und im Kreis Mayen-Koblenz zu analysieren und – wo nötig – Ziele, Strukturen und Prozesse der Versorgung zu optimieren. Die Chronologie des gesamten Planungsprozesses lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Chronologie des Trialogs

- Beratung über die Fortführung einer Psychiatrieplanung im Psychiatriebeirat am 01.10.2009
- Information des Psychiatriebeirats am 13.09.2011 über die Durchführung der Psychiatrieplanung mit dem Büro für Sozialplanung Kapfenstein, Trier
- Auftrag zur Fortschreibung des Psychiatrieberichts laut Vertragsabschluss vom 24. 10. 2011
- Auftakt - Fachtagung am 06.12.2011 „Gemeindepsychiatrie auf dem Prüfstand“
- Zeitlich befristeter Trialog in vier Arbeitsgruppen und 18 Sitzungen von Januar bis Juni 2012
- Präsentation erster Ergebnisse vor der Steuerungsgruppe am 27.06.2012
- Abschlusstagung „Gemeindepsychiatrie auf dem Prüfstand“ am 30.08.2012
- Präsentation der Ergebnisse vor dem Psychiatriebeirat am 18. 09.2012
- Berichtlegung

² Dörner, K., Plog, U., Teller, Ch., Wendt, F., Irren ist menschlich, Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie, Neuausgabe 2002, 4. korrigierte Auflage 2009, Bonn 2009, S. 451f.

3.1 Auftakt – Fachtagung am 6. Dezember 2011

An der ganztägigen Auftaktveranstaltung am 6. Dezember 2011 nehmen ca. 60 Personen teil. Sie sind eingeladen, sich in einen Gesprächszyklus einzubringen, der Psychiatererfahrene, Angehörige und Fachkräfte in zeitlich begrenzten Arbeitsgruppen zusammenführen wird, um den aktuellen Stand der Gemeindepsychiatrie in der Verbundregion zu analysieren und – wo nötig – Empfehlungen für eine nachhaltige Verbesserung zu erarbeiten. Die Tagung ist an zwei Zielen ausgerichtet. Sie soll zu einer ersten Bestandsaufnahme der aktuellen Situation der Gemeindepsychiatrie aus der Sicht der Dialogpartner führen und in einem zweiten Schritt Ziele und Maßnahmen skizzieren, die perspektivisch der Verbesserung bzw. Weiterentwicklung der Versorgungslage in der Versorgungsregion dienen können.

Die Gruppendiskussionen führen zu Ergebnissen, die eine Summe aus Wissen, reflektierten Erfahrungen, Alltagsbeobachtung und professioneller Diagnose darstellen. In Auszügen und stichwortartig lässt sich das in den Gruppendiskussionen erhaltene „Material“ für die Arbeitsgruppen, die mit Beginn des Jahres 2012 ihre Arbeit aufnehmen sollten, wie folgt darstellen:

PROBLEMFELDER

Zu den am häufigsten genannten Problemfeldern zählten:

- der mit den Hilfeprozessen und Leistungen verbundene Kostendruck
- der Mangel an personellen und finanziellen Ressourcen für adäquate Leistungen (Zeitmangel)
- die Komplexität der Hilfeprozesse und der damit verbundene Aufwand an Verwaltungsvorgängen (Bürokratie)
- die geringen Chancen der Arbeitsmarktintegration Psychiatererfahrener
- neue Herausforderungen durch ein zunehmende Zahl erkrankter oder gefährdeter junger Menschen (Doppeldiagnosen)
- eine ansteigende Zahl alter Menschen mit gravierenden psychischen Belastungen
- ein völlig unzureichendes Wohnraumangebot
- die ungenügende Vernetzung der unterschiedlichen Hilfestrukturen und Angebote
- Die Schnittstellenprobleme zwischen Gesundheits- und Sozialsystem.

STÄRKEN

Zu den Stärken des GPV zählen aus der Sicht der Teilnehmer/innen:

- die Trägervielfalt
- die gute Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Leistungsanbieter, aber auch die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern
- die Vielfalt an Leistungen, ihr flexibler und abgestimmter Einsatz

- die gute Koordination der Leistungen für den einzelnen Klienten
- die Realisierung der Personenzentrierung („Der Klient steht im Mittelpunkt.“)
- der Ausbau ambulanter Strukturen im Bereich des GPV
- der systematische Einsatz des persönlichen Budgets
- das Angebot offener Wohnformen mit ambulanter Unterstützung
- eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den GPV Institutionen und Fachkräften
- das funktionsfähige Instrument der Teilhabekonferenz.

Eine wichtige Funktion der Analyse liegt darin, die Diskussion zur aktuellen Situation des GPV anzuregen, den Wirkungsbereich des GPV und seine wichtigsten Themenfelder durch die Teilnehmer/innen abstecken zu lassen und schließlich zu Themen zu gelangen, die – von allen akzeptiert – zum Gegenstand von Arbeitsgruppen werden können.

ERSTE LÖSUNGSVORSCHLÄGE

Als Lösungsvorschläge bieten die Diskussionsergebnisse stichwortartig ein breites Spektrum an (Auszüge):

- Die Vernetzung im GPV ist über Systemgrenzen hinweg auszubauen, z.B. zur Jugendhilfe, Suchtkrankenhilfe, Familienhilfe, Bildungseinrichtungen (Schulen).
- Die grundsätzlich stärkere Vernetzung der klinischen und komplementären Psychiatrie ist anzustreben.
- Die Steuerungsgruppe sollte weitere Akteure des GPV aufnehmen.
- Hilfreich wäre eine Angleichung und einheitliche Struktur der Teilhabekonferenzen in Rheinland-Pfalz.
- Die Feststellung und Anerkennung der strukturellen Schwächen des GPV bietet bereits Ansätze für Lösungen.
- Die Bereitschaft von Arbeitgebern zur Einstellung Psychiatrieerfahrener müsste verstärkt gefördert werden und dürfte sich nicht in Appellen erschöpfen.
- Für drängende Einzelfälle sollte ein Umlaufverfahren entwickelt werden, das schnelle und klientengerechte Lösungen möglich macht.
- Die Leistungserbringer im GPV verpflichten sich auf das Ziel, noch besser als bisher passgenaue Hilfen im Einzelfall anzubieten.
- Ein vorrangiges Ziel sollte die Zusammenarbeit mit allen Trägern der Behindertenhilfe sein.

3.2 BILDUNG VON ARBEITSGRUPPEN

Die Erfahrungsberichte, die Beschreibungen von Stärken und Schwächen der Versorgung, Problemstellungen und mögliche Lösungen werden im Plenum vier Kernthemen zugeordnet, zu deren Bearbeitung sich je eine Arbeitsgruppe (AG) bildet:

- AG 1 „Vernetzung und Teilhabe; Schnittstellen“
- AG 2 „Arbeit und Beschäftigung“
- AG 3 „Wohnen und Leben im Sozialraum“
- AG 4 „Prävention, frühe Intervention; Information“.

Mit diesem Themensplitting sind gleichzeitig vier fundamentale Bedürfnisse bzw. Rechte und vier zentrale gemeindepsychiatrische Funktionen umrissen:

1. Das Grundbedürfnis auf medizinisch-soziale Grundversorgung: Funktionsbereich Behandlung und Rehabilitation;
2. Das Grundrecht auf eine angemessene Wohnung: Funktionsbereich Hilfen im Bereich Wohnen;
3. Das Grundbedürfnis nach sinnvoller Bestätigung, Entfaltung der Persönlichkeit, Teilnahme am beruflichen Leben: Funktionsbereich Hilfen im Arbeitsleben;
4. Das Grundbedürfnis nach menschlichen Kontakten und Teilhabe an den Rechten: Funktionsbereich Hilfen zur sozialen Teilhabe und Verwirklichung materieller Rechte.³

Rückblickend erreichte die Fachtagung dank der intensiven Arbeit in moderierten Gruppen das Ziel, die Struktur des GPV zu analysieren, an Praxisbeispielen seine Funktionsfähigkeit zu erörtern und mögliche Problemlösungen zu formulieren.

DER ZEITLICH BEFRISTETE TRIALOG – JANUAR BIS JUNI 2012

Die Arbeitsgruppen mit durchschnittlich 10 Teilnehmer/innen treffen sich in den Monaten Januar bis Juni 2012 zu insgesamt 18 moderierten Diskussionen, zu denen bei Bedarf Gäste eingeladen werden, um Expertenmeinungen einzuholen und Fragestellungen zu vertiefen, beispielsweise zu Methoden der Suchtprävention in der Kinder- und Jugendhilfe. Die Arbeitstreffen folgen jeweils einer gemeinsam festgelegten Tagesordnung. Nicht wenige Teilnehmer/innen erklären sich bereit, durch Impulsreferate oder Erfahrungsberichte zu einer vertieften Analyse der Versorgungsrealität beizutragen. Die Arbeitsergebnisse werden durch die Moderation in Protokollen festgehalten und können während der o.g. Prozessphase zusammen mit weiteren Texten auf der Internetseite der Kreisverwaltung Mayen-Koblenz über ein Passwort eingesehen werden. Eine Zusammenfassung der Protokolle befindet sich in Kapitel 6 dieses Berichts.

³ vgl. Peukert, R., Geborgen in der Einrichtung – verloren in der Gemeinde?, in: Individuelle Behandlungs- und Reha-planung, Gemeindepsychiatrie, S. 3, unter: <http://www.ibrp-online.de/> (12.8.12).

3.3 ABSCHLUSS DES TRIALOGS

Der Einladung zur Abschlusstagung am 30. August 2012 folgen annähernd so viele Teilnehmer/innen (56) wie zur Fachveranstaltung im Dezember 2011. Der Einladungstext nimmt bereits ein zentrales Fazit des Dialogs „Gemeindepsychiatrie auf dem Prüfstand“ vorweg: „Die Stadt Koblenz und der Kreis Mayen-Koblenz haben zusammen mit den übrigen Akteuren des GPV trotz zunehmender Finanznot aus der institutionszentrierten Versorgung von Psychiatriepatienten gemeindenahere Angebote für Menschen mit Behinderungen geschaffen. Der Paradigmenwechsel von der institutionszentrierten zur personenzentrierten Hilfe ist vollzogen. Dienste und Einrichtungen in der Verbundregion sind gut vernetzt und fähig, flexibel auf wechselnde Anforderungen zu reagieren.“ Die Tagung soll vor allem die Ergebnisse der Arbeitsgruppen zu den Themen „Arbeit“, „Prävention“, „Vernetzung“ und „Wohnen“ in ihren vielen Facetten, geordnet nach Analyseergebnissen und Empfehlungen, präsentieren.

Frau Bürgermeisterin Hammes-Rosenstein dankt in ihrer Begrüßung im Namen der beiden Gebietskörperschaften den Teilnehmer/innen der vier AG für die gründliche Analyse der Stärken und Schwächen des GPV und für die Beiträge zur künftigen Entwicklung der Versorgungsstrukturen im GPV.

Im Einzelnen wurden an der Tagung wertvolle Anregungen und praktikablen Vorschläge hervorgehoben, an welchen Schnittstellen sich die aktuellen Versorgungsstrukturen optimieren lassen und welchen Beitrag sie selbst bzw. ihre Institution dazu leisten können. Erwähnt wurden besonders die konkreten Projektideen, die den GPV im Blick auf das Ziel der Inklusion belastbarer und effizienter machen können. Der GPV muss sich in den kommenden Jahren an den Leitbegriffen der Inklusion und der Sozialraumorientierung ausrichten:

- Spätestens mit der Ratifizierung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung durch den Deutschen Bundestag ist die Inklusion behinderter Menschen in das Gemeinwesen ein Top-Thema. Der konzeptionelle Anspruch, der mit der UN Konvention zur Inklusion rechtlich verbrieft ist, muss mit der Praxis des GPV zusammengebracht werden. Dieser Anspruch bedeutet den Weg von der gemeindenahen Psychiatrie hin zur Psychiatrie in der Gemeinde.
- Die Umsetzung und sozialraumorientierte Weiterentwicklung ambulanter Hilfen für und mit psychisch erkrankten Menschen und ihren Angehörigen ist ein hoch aktuelles Thema - in der politischen, fachwissenschaftlichen Diskussion und unter Praktikern. Zwar haben sich die Mitsprache- und Teilhabemöglichkeiten in den letzten 10 Jahren im GPV deutlich verbessert. „Wir konnten einen relativ hohen Grad der Sozialintegration psychisch erkrankter Menschen erreichen. Zur Inklusion in die Gemeinde braucht es aber mehr – es braucht die Gemeinde, wenn wir die Teilhabe psychisch erkrankter Menschen am Alltag zur Normalität machen wollen.“ Das kann bedeuten, dass – wie Klaus Dörner es formuliert – der GPV weniger auf die Institutionalisierung und Professionalisierung des Helfens setzt, sondern als Steuerungsinstrument den sogenannten „Bürger-Profi-Mix“ ausbaut.

FACHVORTRAG

„WAS IST SOZIALRAUMORIENTIERTE GEMEINDEPSYCHIATRIE?“

Professor Dr. Peukert knüpft in seinem Fachvortrag unmittelbar an die Ausführungen von Frau Hammes-Rosenstein an: „Was ist Sozialraumorientierte Gemeindepsychiatrie?“ - eine Frage, die auch in allen Arbeitsgruppen zur Sprache kam und dort zu unterschiedlichen Antworten geführt hatte. Prof. Dr. Peukert gelingt es, richtungweisende Impulse zu diesem zentralen Diskussionsstoff des Dialogs zu vermitteln. Am Slogan „Mit dem Fall ins Feld“ erläutert er, was Sozialraumorientierung konkret bedeuten kann.

Sozialraumorientierung wird

- den sozialen Raum mit seinen Milieus und Menschen als Ressource nutzen,
- ihn für die Personen und Settings stärken, die mit Belastungen aus psychischen Erkrankungen umzugehen haben, etwa durch Selbsthilfeförderung, Betriebs- und Schulprojekte,
- diese Personen und Settings zum gemeinsamen Leben unter belasteten Bedingungen befähigen (supported employment, Betreuung in Familien, Schulprojekte),
- ihn (weiter-)entwickeln, um die Inklusion vom sozialen Umfeld her zu befördern (in der ICF: Kontextfaktor „Umwelt“).

Konsequente Sozialraumorientierung wird ferner - unabhängig von Einzelfällen - zu Investitionen in den Sozialraum führen müssen - in Form unterschiedlich denkbarer Spielarten von Sozialraumbudgets.

Sozialraum ist in der Folge dieses Verständnisses

(1) ein Handlungsparadigma, das sich an die Lebenswelt psychisch kranker Bürger/innen in einer räumlich und sozial fassbaren Gemeinde richtet,

(2) das Territorium, auf dem Betroffene leben, wohnen, arbeiten und auf dem folgerichtig Hilfen angeboten werden (Steuerungsraum),

(3) ein Raum, in dem die Kosten der Hilfen und ihre Finanzierung budgetierbar sind (Finanzierungsparadigma).⁴

Die Teilnehmer/innen nutzen im Anschluss an den Vortrag die Gelegenheit, mit Professor Peukert über die Chancen und Hindernisse der Sozialraumorientierung im GPV zu diskutieren.

Die Abschlussveranstaltung endet mit einem Ausblick auf die nächsten Schritte. Ein formal notwendiger Schritt ist die Präsentation und Diskussion der Ergebnisse des Dialogs im Psychiatriebeirat und in der Steuerungsgruppe. Aus ihr sind Handlungsempfehlungen für die Gesundheits- bzw. Psychiatriepolitik des Kreises und der Stadt zu erwarten. Die Fülle konkreter Ideen zur Sicherung bewährter Strukturen einerseits und zur zukunftssträchtigen Ausgestaltung des GPV andererseits müssen gesichtet, gewichtet und sofern möglich im Konsens der Akteure des GPV umgesetzt werden.

⁴Peukert, R., „Was ist Sozialraumorientierte Gemeindepsychiatrie?“, Vortrag anlässlich der Abschlussveranstaltung „Gemeindepsychiatrie auf dem Prüfstand“ am 20.8.2012 in Koblenz, PowerPoint Folie 9

4 ERGEBNISSE DES TRIALOGS - STATUS QUO UND ENTWICKLUNGSPOTENTIAL DES GPV

Zunächst sei nochmals betont, dass das Verständnis von Gemeindepsychiatrie unter den Akteuren des GPV des Kreises Mayen-Koblenz und der Stadt Koblenz jenen Grundsätzen entspricht, die sich im Laufe der Psychiatriereform als konstitutiv erwiesen haben. Zu diesen Grundsätzen zählen:

1. die kommunale Verantwortung. Sie ist eine der wesentlichen und nicht bezweifelten Bedingungen von Gemeindepsychiatrie;
2. die Etablierung eines Verbundes, in dem alle Beteiligten gemeinsam die Versorgungsverpflichtung einlösen;
3. die Beachtung der Relevanz sozialer Prozesse bei der Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen;
4. die gleichberechtigte Beteiligung aller auf der Planungsebene und im Versorgungsalltag,
5. die Orientierung der Hilfeplanung an den Bedürfnissen Betroffener sowie die Einbeziehung von Angehörigen und schließlich
6. die Orientierung am Alltag psychisch kranker Menschen.⁵

Diese Einschätzung wird durch die Ergebnisse der Arbeitsgruppen untermauert, ferner durch Basisdokumente des GPV und nicht zuletzt durch den Vergleich mit Strukturen, die in Nachbarländern oder anderen Bundesländern die Gemeindepsychiatrie prägen.

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang das Ergebnis einer Visitation von Vertreter/innen der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. (BAG GPV) im März 2013. Die regelmäßigen Besuche der Mitgliedsverbände durch die BAG GPV dienen „der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung der Arbeit der BAG und ihrer Mitglieder. Sie geben dem besuchten Verbund kollegiale Rückmeldung über die Qualität der Zusammenarbeit im Verbund und Anregungen für die Weiterarbeit“.⁶

Die Ergebnisse der Visitation der BAG GPV, dargelegt im Abschlussbericht vom Juli 2013, sind in zentralen Punkten deckungsgleich mit den Ergebnissen des zwischen Januar und März 2012 geführten Dialogs.⁷

Herausragendes Ergebnis der Analyse ist, dass sich die Notwendigkeit einer grundlegenden Reorganisation der regionalen Versorgung weder aus der Diskussion von Grundsatzfragen noch aus der Kritik an der Versorgungsrealität ableiten lässt. Die jetzige Struktur des GPV hat sich bewährt, vor allem auch deshalb, weil sich die tragenden Einrichtungen als lernende Organisationen verstehen, die bereits in der Vergangenheit auf veränderte Rahmenbedingungen zukunftsorientiert reagiert haben.

⁵ vgl. Peukert, R., a. a. O, S. 4

⁶ Unveröffentlichtes „Ergebnisprotokoll zum Besuch des GPV Koblenz, Mayen-Koblenz am 13. Und 14. März 2013“, S. 1

⁷ vgl. die Zusammenfassung auf S. 22f. des vorliegenden Berichtes

Allerdings geben die Gruppendiskussionen doppelten Anlass, die Optimierung der Verbundstrukturen anzugehen:

- Die Gruppendiskussionen bieten erfahrungsbasierte Hinweise auf notwendige Verbesserungen im **Versorgungsalltag**. So mahnt die AG „Vernetzung und Teilhabe / Schnittstellen“ beispielsweise an, dass Psychiatrieerfahrene, deren individueller Teilhabeplan in der Konferenz zur Diskussion steht, grundsätzlich schriftlich einzuladen sind und dass die Teilhabekonferenz eine Größe hat, die dem Austausch mit Betroffenen verträglich ist und diesen nicht zusätzlich belastet.
- Die **Struktur- und Steuerungsprobleme** im Gesundheitssystem und in den sozialen Sicherungssystemen machen die Behandlung und Versorgung von Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen teuer und schwächen ihre Effizienz. Die Diskussion darüber, wie die Fragmentierung in unterschiedliche Zuständigkeiten der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung, der Sozialhilfe, der Kinder- und Jugendhilfe und der Arbeitsförderung zu überwinden ist, um insbesondere Menschen mit chronisch verlaufenden Erkrankungen angemessen und ausreichend zu versorgen, wurde in allen Arbeitsgruppen geführt.
- Die Protokolle spiegeln diese Diskussion wieder („Schnittstellenproblematik“), allerdings machen sie auch deutlich, dass alternative Versorgungsmodelle im Rahmen der Gruppendiskussionen nicht ausreichend zur Sprache kommen konnten. In der Versorgungsregion sollten deshalb Reformansätze diskutiert werden, wie beispielsweise
 - die Disease-Management Programme, oder
 - die Integrierte Versorgung nach §140a ff. SGB V
 - das Regionalbudget
 - das kostenträgerübergreifende Budget.

Mit diesen Modellen ist neben einer besseren, individuellen Versorgung psychisch kranker Menschen auch die Erwartung positiver Effekte hinsichtlich der Kostenentwicklung verbunden.

4.1 Entwicklungsziele des GPV aus Sicht der Dialogpartner

Die folgenden Anregungen zur Entwicklung des GPV – als fünf vorrangige Ziele formuliert – fassen zunächst die Ergebnisse der Gruppendiskussionen als Zielperspektive zusammen. Sie werden anschließend durch Hinweise auf die aktuelle Fachdiskussion und – falls vorhanden – durch Beispiele aus der Praxis der Psychiatrie ergänzt.

DAS GEMEINDEPSYCHIATRISCHE PARADIGMA VITAL HALTEN UND STÄRKEN

Der GPV für die Versorgungsregion der Stadt und des Landkreises verfügt über die zentralen Strukturmerkmale und die Angebote, die konstitutiv für einen funktionierenden GPV sind. Diese grundsätzlich positive Einschätzung muss ergänzt werden durch eine kritische Analyse. Die Arbeitsgruppen durchleuchteten sowohl die ambulant-komplementären, teilstationären und stationären Angebote wie die Funktionsweisen der Verbundstruktur. Der thematischen Ausrichtung der Arbeitsgruppen entsprechend lagen die Qualität der Vernetzung (AG 1) die Handlungsfelder „Arbeit“ (AG 2) und „Wohnen“ (AG 3), und „Prävention“ (AG 4) im Blickfeld. Alle Überlegungen waren getragen von der Intention, den GPV in seinen Grundstrukturen zu erhalten, aber an neue Herausforderungen anzupassen, Angebotslücken zu schließen und die Vernetzung zu optimieren.

Empfehlungen richten sich darauf,

- die Praxis der Teilhabekonferenz zu optimieren,
- Aufgaben und Arbeitsweise der gemeinsamen Servicestellen für die Zielgruppe psychisch behinderter Menschen in der öffentlichen Wahrnehmung zu verbessern,
- Alternativen zum allgemeinen Arbeitsmarkt auszubauen,
- das Angebot des ÖPNV den Mobilitätsanforderungen, die sich aus dem Grundsatz der Inklusion ergeben, anzupassen,
- die Kooperation von Krankenkassen, Rentenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Fachärzten unter Präventionsaspekten zu stärken.

Die vor mehr als einem Jahrzehnt grundgelegte Basis des GPV, seine in den Folgejahren um wichtige Elemente ergänzte Struktur und immer wieder vorgenommene Anpassungen an gesetzliche Vorgaben oder neue Bedarfe haben dafür gesorgt, dass der GPV funktionsfähig und vital ist.

Um die Flexibilität und Reformfähigkeit zu erhalten, wird empfohlen, im Dialog und in Fachdiskussionen der PSAG, im Psychiatriebeirat und in der Steuerungsgruppe entlang zentraler und aktueller Leitbegriffe die künftige Entwicklung des GPV zu planen und zu gestalten.

Leitbegriff Inklusion – Einleitung eines Paradigmenwechsels

Eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Inklusionsbegriff geschah in den Arbeitsgruppen eher selten. Inklusion hat derzeit offensichtlich noch nicht die Funktion eines Leitbegriffes wie der Begriff der Integration, dem in der Gemeindepsychiatrie ein gemeinsames konkretes Verständnis unterliegt, bei-

spielsweise in der Arbeit der Integrationsfachdienste. In den Arbeitsgruppen „Leben und Wohnen im Sozialraum“ (AG 3) und in „Arbeit und Beschäftigung“ (AG 2) kam allerdings Inklusion als Leitbegriff zur Sprache.

Der Inklusionsgedanke hat sich beispielsweise in folgenden Überlegungen der AG „Leben und Wohnen im Sozialraum“ manifestiert (Protokollauszug):

„Für Träger stationärer Einrichtungen stellen sich folgende Fragen: ‚Wen habe ich aus welchen Gründen aufgenommen?‘ ‚Warum musste eine stationäre Unterbringung sein?‘ ‚Welche Voraussetzungen für eine Alternative zum Wohnen im Stationäre Wohnform wären gegeben?‘“

„Wenn die Wohn- und Lebensbedingungen eines Dorfes oder eines Stadtquartiers eine notwendige therapeutische Behandlung Betroffener möglich machen, dann könnten bis zu 75% der Aufenthalte in einer Einrichtung unterbleiben.“

„Inklusion im Sozialraum eines Stadtteils oder eines Dorfes setzt neben professionellen Versorgungsstrukturen ein aktives Interesse der Bevölkerung für integrative Prozesse und bürgerschaftliches Engagement voraus. Fehlen diese Bedingungen, ist ein institutionell geprägtes Leben und Wohnen zunächst alternativlos.“

Die Diskussion machte – wenn auch nur ansatzweise – deutlich, dass das Leben in der eigenen Wohnung, die Unterstützung im Alltag und im Umgang mit der psychischen Beeinträchtigung, zwar zu mehr Selbstständigkeit und Selbstbestimmung führen kann. Vor Ort, in Stadtquartieren und in Dörfern, muss aber das Normalitätsprinzip der Inklusion wahrgenommen und anerkannt werden. Seine Wirkung muss über die der Integration hinausgehen.

Die Teilnehmer/innen der AG „Arbeit und Beschäftigung“ diskutierten ferner die Frage, ob Erwerbsarbeit im allgemeinen Arbeitsmarkt der Vorzugsweg der Inklusion ist und kamen zu folgendem Ergebnis:

„Chronisch psychisch kranke Menschen und Psychiatrieerfahrene haben es unter den beruflichen Anforderungen einer Leistungsgesellschaft besonders schwer. Im Blick auf die Zielgruppe psychisch kranker Menschen gilt nach wie vor, dass die Stigmatisierung durch eine psychische Behinderung die wesentliche Barriere für den Zugang zum Arbeitsmarkt darstellt.“

Die Teilnehmer/innen stimmen einerseits darin überein, dass eine Beschäftigung im allgemeinen Arbeitsmarkt der entscheidende Weg zur Teilhabe für eine Mehrzahl der Menschen mit Behinderung und chronischer Krankheit wäre. Ein Ergebnis der Diskussion lautet aber auch, dass Teilhabe am Erwerbsleben nicht ausschließlich über aktuell vorzufindende Formen der Integration in das Arbeitsleben herstellbar ist und dass im GPV anerkannte und finanziell einträgliche Formen der Beschäftigung für Psychiatrieerfahrene wie für behinderte Menschen insgesamt angeboten werden müssen.

Als Schlussfolgerungen für Wegbeschreibungen zur Inklusion könnten gelten:

- Im künftigen Dialog muss die Relevanz des Begriffes „Inklusion“ für den GPV erörtert werden. Die Schattierungen seiner Bedeutung, die Möglichkeiten der praktischen Umsetzung im GPV, müssen nicht zuletzt auch unter ihren finanziellen Bedingungen diskutiert werden.

- Inklusion braucht Professionalität auf allen Ebenen und verlangt erhöhte Anforderungen an alle Fachkräfte. Es ist notwendig, in den kommenden Jahren einschlägige Erfahrungen mit inklusiver Arbeit zu sammeln. Dabei wird es hilfreich sein, von den Erfahrungen gelungener integrativer Prozesse anderswo zu lernen.
- Der Dialog zwischen den beteiligten Gruppen der Psychiatrieerfahrenen, der Angehörigen, der Professionellen und der Bürger/innen muss weitergeführt werden.

Ein wichtiges Ziel ist die Aktivierung des sozialen Umfelds für die Psychiatrieerfahrenen, die in einer eigenen Wohnung leben und ambulant betreut werden. Deren Integration in das Gemeinwesen und die Einbeziehung der bürgerschaftlichen Hilfe als Ergänzung zu der individuellen Betreuung kann Ausgrenzung verhindern und Akzeptanz von Menschen mit verschiedenen Lebensentwürfen fördern.

Fachdiskussion und Ausblick

Eine zusammenfassende Einschätzung der Bedeutung der Gemeindepsychiatrie kommt zu dem Schluss, „dass das gemeindepsychiatrische Paradigma nach wie vor ‚vital‘ und produktiv ist, dass es die Diskussion um innovative Versorgungsformen weiter anregt und Impulse gibt, z.B. zur ‚Füllung‘ gemeindepsychiatrischer Hilfen mit spezifischen evidenzgestützten Therapieinhalten oder zur Evidenz-Praxis-Lücke.“⁸

„Die Gemeindepsychiatrie kann man als eine umfassende Strategie der ‚Rekommunalisierung‘ psychischen Leids verstehen, und insofern ist in ihr konsequent die Inklusionsperspektive aufgehoben. Die ‚Community Care‘-Programme, die bislang am konsequentesten die Inklusionsforderung aufgenommen haben, bauen – oft ohne sich dessen bewusst zu sein – auf gemeindepsychiatrischen Prinzipien auf. Inklusion – Empowerment – Partizipation: Diese Leitwerte von Community Care entstammen der Gemeindepsychiatrie.“⁹

Die künftige Diskussion im GPV sollte sich zur „Vitalisierung“ seiner Strukturen der obengenannten Leitbegriffe bedienen. Besondere Bedeutung kommt dabei zweifellos dem Inklusionsgedanken zu, wie er in der 2006 verabschiedeten Konvention der Vereinten Nationen über die „Rechte von Menschen mit Behinderungen“ grundgelegt ist. „Die Inklusionsperspektive enthält die Chance, die Grundideen der Sozial- und Gemeindepsychiatrie zu stärken und offensiv zu vertreten.“¹⁰ Keupp rät den Akteuren der Gemeindepsychiatrie dazu, sich „an der Diskussion um eine aktive Umsetzung der UN-Konvention (zu) beteiligen und Qualitätskriterien für ihre Realisierung (zu) entwickeln.“¹¹

Steinhart sieht in dieser UN-Konvention, zu deren Umsetzung sich die Bundesrepublik Deutschland verpflichtet hat, weitreichende Folgen für die psychiatrische Versorgung. „Akzeptiert man...Inklusion als Auftrag insbesondere für das professionelle Hilfesystem, so werden viele aktuelle Angebotsformen für Hilfen zur Teilhabe ebenso infrage gestellt wie psychiatrische Behandlungsleistungen, denn ein solcher

⁸ Becker, Th., Hoffmann, H., Puschner, B. Weinmann, St. Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie, Stuttgart 2008, S. 149

⁹ Keupp, H., Wie zukunftsfähig ist die Sozialpsychiatrie im globalen Netzwerkkapitalismus?, S.7, unter: <http://www.soziale-hilfe-marburg.de/uploads/1302688565-898948.pdf> (15.11.12)

¹⁰ Keupp, H., ebenda, S. 6

¹¹ Keupp, H., ebenda, S. 7

Auftrag führt über die bisherige Praxis der Integration hinaus.¹² Inklusion erfordert beispielsweise eine deutlich andere Professionalität. „Mit einem Perspektivwechsel von der Betreuung und Bewahrung über die Integration zur inklusiven Gesellschaft und mit einem Umsetzungskonzept im Lebensfeld und in den Sozialräumen statt in Institutionen ist gelebte Inklusion in der Praxis stets mit starker eigener Veränderung verbunden.“¹³ Diese Veränderungen werden nach Steinhart von vielen zu leisten sein. „Betroffen sind gleichermaßen die Systeme der öffentlichen Verwaltungen, der Leistungsträger, der Wohlfahrtsverbände und der Leistungsanbieter – nicht zuletzt der psychiatrischen Kliniken und Abteilungen und letztendlich jeder Einzelne, der in diesen Systemen mitarbeitet.“¹⁴

„Das Gemeinwesen muss bereit und dazu fähig sein, alle Menschen, auch diejenigen, die vermeintlich anders sind, anzunehmen und aufzunehmen.“¹⁵ Eine entscheidende Voraussetzung für diese Inklusionsbedingung sieht Steinhart in der Stärkung der Zivilgesellschaft durch ein sogenanntes Befähigungskonzept, mit dem „Erfahrungen aus der direkten Perspektive von Menschen mit Behinderung in den üblichen Beratungsprozessen der Bürgerschaft, wie beispielsweise im Parlament, in Ausschüssen, in Haushalts- oder Bebauungsplänen zum Thema“ werden.¹⁶

4.2 Die Diskussion um optimierte Versorgungsformen weiterführen

Das Konzept des GPV bietet die „Blaupause für eine Vernetzung aller Leistungen“, wobei diese Vernetzung sowohl die Finanzierung wie die Erbringung komplexer Hilfen „aus einer Hand“ meint, „ohne Risse“ zwischen den einzelnen Zuständigkeiten.¹⁷

In den Arbeitsgruppen wurde immer wieder deutlich, dass trotz der zufriedenstellenden Zusammenarbeit in der Praxis der Dienste und der Fachkräfte die Trennung zwischen stationärem und ambulantem Bereich einer Versorgungsverbesserung im Wege steht. Mit unterschiedlichen Modellen der Integrierten Versorgung (§ 140a - 140d, SGB V) und/oder trägerübergreifender Budgets werden andernorts Erfahrungen gesammelt. Sie geben Hinweise, wie eine engere Verzahnung der Leistungen gelingen kann, bei gleichzeitiger Herausforderung unterschiedlicher Finanzierungsformen. Integrierte Versorgungskonzepte sind möglich und werden in zunehmendem Maße umgesetzt. Ihre Chancen und Risiken sind vielfach beschrieben.¹⁸

¹² Steinhart, I., Leitorientierung Inklusion, in: Blätter der Wohlfahrtspflege, Heft 1/2012, Jg. 159, S. 14

¹³ Steinhart, I., Leitorientierung Inklusion, ebenda, S. 14

¹⁴ Steinhart, I., Leitorientierung Inklusion, ebenda, S. 14

¹⁵ Steinhart, I., Leitorientierung Inklusion, ebenda, S. 15

¹⁶ Steinhart, I., Leitorientierung Inklusion, ebenda, S. 15

¹⁷ Greve, N., in: Faulbaum-Decke, W., Zechert, Ch., Hrsg., Ambulant statt stationär, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2010, S. 120

¹⁸ beispielsweise von Armbruster, J., Ratzke, K., Integrierte Versorgung nach den §§ 140ff. SGB V, Chancen und Risiken neuer Versorgungskonzepte im Gesundheitswesen aus Sicht der Diakonie, in: Ambulant statt stationär, Hrsg. Faulbaum-Decke, W./Zechert, Ch., Psychiatrieverlag, Bonn 2010, S. 144 ff.

Fachdiskussion und Ausblick

Das Regionale Psychriatriebudget (RPB) – in mehreren Kreisen Schleswig-Holsteins gängig – gilt als „innovatives System zur Finanzierung psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen im klinischen Bereich“.¹⁹ Die Finanzierung hat folgendes Grundmuster: Die Kliniken erhalten ein festgeschriebenes Budget. Entscheidend für die Realisierung des Budgets ist lediglich, dass eine bestimmte Zahl von Menschen behandelt wird, unabhängig von Art und Dauer der Behandlung. Die Zahl der zu behandelnden Menschen richtet sich nach der Zahl der in einem bestimmten Jahr behandelten Menschen +/- 6% (sog. Korridor).

Erfahrungen mit dem Regionalen Psychriatriebudget liegen in verschiedenen Versorgungsregionen seit mehreren Jahren vor, beispielsweise in den Landkreisen Steinburg (seit 2003), Rendsburg-Eckernförde (2006), Dithmarschen (2008), Herzogtum-Lauenburg (2008), Nordhausen (2009), Nordfriesland (2009).

²⁰

Auf der Grundlage eines Regionalbudgets wurde beispielsweise die Versorgung psychisch Kranker im Landkreis Herzogtum-Lauenburg (186.000 Einwohner) in Schleswig-Holstein mit 50 stationären und 31 tagesklinischen Behandlungsplätzen gesichert – eine vergleichsweise niedrige Bettenmessziffer von 0,27, scheinbar ohne negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität.²¹ Neben deutlichen Einspareffekten bei gleichbleibender Versorgungsqualität ist das entscheidende Ziel des RPB, dass „der Mensch mit seinem Gesundheitsziel in den Vordergrund (rückt) und nicht der Fall mit seinen diversen Abrechnungsoptionen.“²²

Ein aktuelles Beispiel stellt das „Rostocker Modell“ dar, das die personenzentrierte Leistungserbringung seit 2007 in einer Leistungs-, Prüfungs- und Vergütungsvereinbarung zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern regelt (§75 SGB XII in Verbindung mit einem „Landesrahmenvertrag für Mecklenburg-Vorpommern“).²³

¹⁹ unter: http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung6/referat45/vortrag_dr._bettina_wilms_das_regionalbudget_-_eine_neue_form_der_flexibilisierung_in_der_psychiatrie.pdf (12.10.12)

²⁰ wie Fußnote 12

²¹ unter: http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dgsp/Artikel_Soziale_Psychiatrie_als_PDF/Morgen_ist_heute_schon_gestern_-_wie_die_Zeit_vergeht__M._Osinski_.pdf (13.12.2012)

²² unter: http://www.schleswig-holstein.de/Gesundheit/DE/Service/Downloads/Jahrbuch/Gesundheit/Jahrbuch2008_2009__blob=publicationFile.pdf (11.12.2012)

²³ unter: http://www.sozialpsychiatrie-mv.de/PDF/Dr.Liane_Melzer_Rostocker_Modell.pps (5.12.2013)

4.3 DIE ENTWICKLUNG INKLUSIVER SOZIALRÄUME IN DEN STADTTTEILEN UND DÖRFERN FÖRDERN

In den Gruppendiskussionen wird immer wieder deutlich, wie sehr die Entwicklung eines positiven Lebensgefühls psychisch kranker Menschen auf wertschätzende soziale Kontakte zurückgeht. Schon die alltäglich erfahrbare soziale Einbindung in Familien, Freundschaft und Nachbarschaft in Stadtquartieren oder Dorfgemeinden macht bzw. hält gesund. Mit anderen Worten: Die Integration in funktionierende soziale Netzwerke gilt den Teilnehmer/innen als entscheidender Wirkfaktor der Salutogenese. Soweit professionelle Hilfe notwendig ist, sollte sich diese subsidiär einfügen. Der Sozialraum ist eine bedeutende Ressource der Inklusion. Seine Möglichkeiten sind nicht ausgeschöpft. Das professionelle Leistungsangebot im GPV sollte den Blick auf die Wirkung des sozialen Raumes schärfen. Das gilt in besonderem Maße für die Lebensfelder „Wohnen“, „Arbeit und Beschäftigung“. Die salutogenen Funktionen des Sozialraumes müssen entdeckt, stärker genutzt und weiter entwickelt werden, „um die Inklusion vom sozialen Umfeld her zu befördern.“²⁴

Fachdiskussion und Ausblick

Der personenzentrierte Ansatz als sozialpsychiatrisches Leitbild und der Grundsatz der Orientierung am Sozialraum sind von derselben sozialphilosophischen Auffassung getragen, sie haben die gleiche konzeptionelle Wurzel:

„Im sozialräumlichen Konzept gibt – scheinbar im Widerspruch zu seiner Bezeichnung – das Individuum mit seinen Interessen und Ressourcen ‚den Ton an‘. Sozialraumorientierung stellt einen „hochgradig personenbezogenen Ansatz“ und andererseits einen „sozialökologischen und auf die Veränderung von Verhältnissen zielenden Ansatz“ dar.²⁵

Der personenzentrierte Ansatz fragt mit der gleichen Intention, welcher Hilfebedarf im konkreten Fall eines psychisch kranken Menschen auszumachen ist und berücksichtigt dabei ausdrücklich das Wohn- und Lebensumfeld des Betroffenen. Er fordert nach seiner „Neudefinition von ‚bedarfsgerecht‘ individuelle Hilfen, die folgenden Kriterien genügen müssen. Sie sind individuell passgenau, flexibel (dem jeweils aktuellen Bedarf entsprechend), integriert (alle Hilfebereiche umfassend), zeitnah, im Lebensfeld (Wohnung, Arbeitsplatz, Nachbarschaft), unter abgestimmten Zielen, im Verlauf koordiniert, in personeller Kontinuität, verlässlich“ zu erbringen.²⁶

²⁴ Peuckert, R., Was ist Sozialraumorientierte Gemeindepsychiatrie?, in: Tagungsbericht „Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie“, Hrsg. Aktion Psychisch Kranke, Kassel 2008, S. 115, unter: http://www.apk-ev.de/publikationen/Band_35.pdf (23.6.2012)

²⁵ Hinte, W., Das Fachkonzept Sozialraumorientierung, in: Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik, Sondernummer 1/2012, S. 3

²⁶ Krüger, U., Pörksen, N., Der Zusammenhang zwischen personenzentrierten Hilfen für den Einzelnen und der Steuerung von Prozessen und Ressourcen in der Region, in Tagungsbericht „Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie“, Hrsg. Aktion Psychisch Kranke, Kassel 2008, S. 61, unter: http://www.apk-ev.de/publikationen/Band_35.pdf (23.6.2012)

In der Sozialraumorientierung geht es darum, „unter tätiger Mitwirkung der betroffenen Menschen Lebenswelten zu gestalten und Arrangements zu kreieren, die dazu beitragen, dass Menschen auch in prekären Lebenssituationen zurecht kommen“.²⁷ Die Sozialraumorientierung als Fachkonzept der Sozialen Arbeit ist ein probates Mittel „mit der ‚personenzentrierten Wende‘ die gemeinde- und sozialpsychiatrischen Grundhaltungen bei der Lösung individueller, personenbezogener Probleme nicht aus dem Auge zu verlieren.“²⁸

Die Zusammenführung beider Konzepte in einer sozialraumorientierten Gemeindepsychiatrie hätte eine Reihe weitreichender Konsequenzen. Eine Forderung Peuckerts lautet beispielsweise: „Anstatt der weiteren Individualisierung auf die Person bezogener Hilfen ist eine gezielte Einflussnahme auch auf den alltäglichen Raum zu ermöglichen – z. B. über Veränderungen in den Finanzierungsregelungen: Splitten der personenbezogenen Ressourcenallokation in einen Anteil für am Individuum zu erbringender und einen Anteil im Umfeld zu erbringender Hilfen.“²⁹

Es wird eine der wichtigsten Aufgaben der für den GPV verantwortlichen Akteure sein, den personenzentrierten Ansatz und die Sozialraumorientierung als Strukturelemente des GPV in ein schlüssiges aktuelles Konzept zu führen, das der Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie im Versorgungsbereich der Stadt und des Kreises dient. Diese Weiterentwicklung ist möglich und nötig. Dabei lässt sich an die Feststellung Peuckerts (2008) anknüpfen, dass „im psychiatrischen Diskurs die Sozialraumorientierung längst wirksam ist.“ Peuckert meint damit

- „den Sozialraum als Orientierungsgröße – die ‚Aktivierung nicht-psychiatrischer Hilfen‘ im Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)
- das Sozialraumbudget – Regionales Psychiatrie-Budget
- die Trägerexklusivität – Diskussion zu Gemeindepsychiatrischen Verbänden (GPVs)
- das Steuerungsgremium – Hilfeplankonferenz und Steuerungsverbund.“³⁰

Peuckert greift diese Elemente für eine Weiterentwicklung auf und benennt entsprechend „drei Paradigmen, die für die Gemeindepsychiatrie die Orientierung am Sozialraum nicht nur empfehlen, sondern geradezu erzwingen“ – den „Sozialraum als Handlungsparadigma: die Lebenswelt“, den „Sozialraum als Territorium: der Steuerungsraum“ und den „Sozialraum als Finanzierungsparadigma: das Sozialraumbudget.“³¹

Die Abschlusskonferenz und die Ausführungen des Vortrags von Prof. Peuckert machten deutlich, wie viel Stoff diese Paradigmen für die kommenden Diskussionen im GPV bieten. Peuckert belässt es allerdings

²⁷ Hinte, W., ebenda, S. 3

²⁸ Peuckert, R., Was ist Sozialraumorientierte Gemeindepsychiatrie?, in: Tagungsbericht „Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie“, Hrsg. Aktion Psychisch Kranke, Kassel 2008, S. 114, unter: http://www.apk-ev.de/publikationen/Band_35.pdf (23.6.2012)

²⁹ Peuckert, R., ebenda, S. 125

³⁰ Peuckert, ebenda, S. 116

³¹ Peuckert, R., ebenda, S. 123

nicht bei konzeptionellen Entwürfen für eine Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie. Er nennt Beispiele für eine veränderte Praxis:

„Dazu gehört die Aufwandsentschädigungen für bürgerschaftliches Engagement und die Entfaltung der ‚anderen bürgerschaftlichen Hilfe‘ im Sinne der Sorge für andere. Psychiatrie-Erfahrene werden als Haushaltshilfen in kinderreichen Familien tätig und halten nicht länger die Tagesstätten- und PSKB-Küchen in Ordnung; sie betätigen sich als einfühlsame Gesprächspartner für Senioren und andere Menschen, wie z. B. im Projekt der Lebenshilfe, bei dem geistig behinderte Menschen als Altenpflegehelfer arbeiten; oder im Rahmen der Ex-In-Projekte in denen Psychiatrie-Erfahrene als Begleiter und erfahrene Ausbilder qualifiziert werden.“³²

³² Peukert, ebenda S. 126

4.4 Neue Wege der Inklusion durch Arbeit oder Beschäftigungsebenen

Die Teilnehmer/innen aller Arbeitsgruppen waren sich einig darin, dass Arbeit und Beschäftigung eine besondere Integrationsfunktion zukommt. Das Wissen um deren Bedeutung ist breit und es ist nicht neu. Arbeit bietet neben der Existenzsicherung Kommunikation, Qualifikation, Status, Kollegialität, Perspektiven und Normalität. Dieser „Königsweg für Integration und Inklusion“ muss gegen den Trend geringer Beschäftigungsmöglichkeiten im GPV sukzessive ausgebaut werden. Dazu sind Innovationen erforderlich, die im GPV diskutiert und umgesetzt werden müssen.

Fachdiskussion und Ausblick

Die Landesregierung formuliert im 4. Bericht zur „Lage behinderter Menschen und Umsetzung des Landesgesetzes zur Herstellung gleichwertiger Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderungen in den Jahren 2009 und 2010“ als Ziel den Ausbau von Integrationsfirmen, Sie macht deutlich, dass dazu Integrationsfirmen eine ausreichende Finanzierungsbasis benötigen und rechnet dazu mit Unterstützung der Bundesagentur für Arbeit bzw. der Job Center, die sie hier „besonders gefordert“ sieht.³³

Eine Reihe rheinland-pfälzischer Kommunen haben dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz zufolge „den Ansatz, mit Integrationsfirmen Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu schaffen, aufgegriffen. Häufig wird auf CAP-Märkte hingewiesen.“³⁴ Diese Lebensmittelmärkte verbinden mit gemeindeintegrierten Einzelhandelsangeboten für Lebensmittel die Beschäftigung behinderter Menschen (Beispiele in den Landkreisen Kusel und Mainz-Bingen, der Stadt Zweibrücken und der Verbandsgemeinde Thaleischweiler-Fröschen).

Bemerkenswert ist die Stellungnahme des Landesbehindertenbeirates. Er konstatiert, dass „in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von Maßnahmen und Ideen umgesetzt worden sind, die die Inklusion am Arbeitsmarkt fördern“ und nennt als Beispiele „die ‚Unterstützte Beschäftigung‘, die ‚Diagnose der Arbeitsmarktfähigkeit‘, das ‚Budget für Arbeit‘ und die deutliche Erhöhung der Zahl von Integrationsbetrieben.“ Er sieht allerdings auch einige hemmende Faktoren, „die die Inklusion massiv schwächen“. Zu ihnen zählt beispielsweise, dass die „Eingliederungszuschüsse der Bundesagentur für Arbeit an Arbeitgeber, die behinderten Menschen beschäftigen wollen, sind, bezogen auf Höhe und Dauer, stark rückläufig sind. Aber auch die aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen der Integrationsfachdienste Vermittlung (IFD-V) sind problematisch. Sie „sorgen dafür, dass das Angebot nicht mehr niedrighschwellig ist. Schwerbehinderte Menschen werden nur noch 12 Monate durch die IFD-V unterstützt und sind dann auf sich alleine gestellt.“³⁵

³³ Inklusives und barrierefreies Rheinland-Pfalz, 4. Bericht, Hrsg. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, Mainz 2011, S. 60

³⁴ Inklusives und barrierefreies Rheinland-Pfalz, 4. Bericht, ebenda, S. 64

³⁵ Inklusives und barrierefreies Rheinland-Pfalz, 4. Bericht, ebenda S. 66

Eine Empfehlung des Landesbehindertenbeirates lautet, die vorhandenen Angebote und Strukturen der Arbeitsmarktintegration konsequent zu vernetzen. „Noch immer laufen zu viele vergleichbare Angebote parallel. Das führt in der Praxis dazu, dass arbeitslose Menschen ähnliche Maßnahmen mehrmals durchlaufen.“³⁶

Eine deutlich Verbesserung der Arbeitsintegration wird in der Fachdiskussion von der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe erwartet, mit der die personenzentrierte Organisation der Teilhabeleistungen auch zur Integration in Arbeit gestärkt werden soll.³⁷ Der Sozialrechtler Schütte macht darauf aufmerksam, dass die ‚Personenzentrierung‘ als programmatische Ausrichtung der Eingliederungshilfe durch den Blick auf die „soziale Dimension des Behindertenrechts“ ergänzt werden muss. „In einer auf Inklusion ausgerichteten Reformgesetzgebung ... müssen die Person und die Gesellschaft zugleich im Zielhorizont erscheinen. Davon ist bei einer ‚Personenzentrierung‘ einstweilen nicht die Rede.“³⁸ Insofern decken nach Ansicht Schüttes die Reformvorschläge der Arbeits- und Sozialministerkonferenz „nur Teilaspekte einer modernen ‚inkluisiven‘ Rechtsauffassung ab.“³⁹

Fink empfiehlt zur Organisation der Teilhabe am Arbeitsleben im Sozialraum einige im GPV diskussionswürdige Alternativen zum klassischen Instrumentarium der Arbeitsmarktintegration. Dazu zählen beispielsweise die Einrichtung einer „Regionalen Teilhabeplanung Arbeitsleben“, die als gemeinsamer Regionalentwicklungsprozess organisiert wird und die zuständige Agentur für Arbeit, den Träger der Eingliederungshilfe, das Integrationsamt, die Kammern und Arbeitgebervertreter, die Anbieter von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zusammenführt. Nicht zuletzt zählen behinderte Menschen selbst, ihre Angehörigen und Vertreter/innen in den Kreis der regionalen Teilhabeplanung, die nicht in erster Linie eine „Versorgungsplanung“ mit Plätzen der Werkstätten für behinderte Menschen oder Plätzen in Integrationsfirmen ist. Es geht nicht darum, vorhandene regionale Gesprächsrunden bzw. Arbeitsgruppen zur Integration in Arbeit zu vermehren. Die „Regionale Teilhabeplanung Arbeitsleben“ leitet einen systematischen und langfristig angelegten Analyse-, Planungs- und Steuerungsprozess ein bzw. knüpft an bereits vorhandene Prozesse im GPV an. Dessen zentrale Intention ist es, „sich an den Vorstellungen der Menschen mit Behinderung zu orientieren, die am Erwerbsleben teilnehmen wollen ... Aus dieser Sicht sollte der Bedarf an Praktikumsplätzen, Plätzen für eine unterstützte Beschäftigung, Möglichkeiten der beruflichen Qualifizierung und schließlich an Arbeitsplätzen für behinderte Menschen ... benannt werden und Grundlage für eine Vereinbarung bilden, wie die Ressourcen bedarfsgerecht organisiert werden“.⁴⁰

In der Arbeitsgruppe „Arbeit und Beschäftigung“ (AG 2) kam angesichts der geringen Integrationserfolge Behinderter, insbesondere psychiatrieerfahrener Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt, die Frage auf, ob die ausschließliche Orientierung am „Königsweg“ der Integration, der dauerhaften Beschäftigung im sogenannten ersten Arbeitsmarkt, nicht den Blick auf Alternativen verstelle. Diese Frage wird in der

³⁶ Inklusives und barrierefreies Rheinland-Pfalz, , 4. Bericht, ebenda, S. 67

³⁷ Vgl. Fink, F., Hinz, Th., Inklusion in Behindertenhilfe und Psychiatrie, Freiburg 2011, S. 82

³⁸ Schütte, W., Abschied von der ‚Eingliederungshilfe‘, Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Berlin 2012, Heft 12/2012, S. 584

³⁹ Schütte, W., ebenda, S. 584

⁴⁰ Fink, F., Hinz, Th., Inklusion in Behindertenhilfe und Psychiatrie, Freiburg 2011, S. 100

Fachdiskussion als zentrale Herausforderung thematisiert. So stellt Keupp beispielsweise fest: „Das sozialpsychiatrische Projekt hatte auf die normalitätsspendende Kraft der ‚Erwerbsarbeit‘ gesetzt. Nicht die Integration über Arbeit ist das Prüfkriterium der Sozialpsychiatrie, sondern die Chance, sich im eigenen Handeln als selbstwirksam zu erleben. Die Arbeitswelt bedarf einer kritischen Durchleuchtung.“⁴¹ Es genügt nicht, „den Fokus allein auf den ‚ersten‘, ‚zweiten‘ oder ‚dritten‘ Arbeitsmarkt zu beschränken. Es geht letztlich darum, gemeinsam mit den psychisch kranken Menschen individuelle Formen sinnvoller Tätigkeit aufzuspüren ...“⁴²

⁴¹ Keupp, H., Wie zukunftsfähig ist die Sozialpsychiatrie im globalen Netzwerkkapitalismus?, S.5, unter: <http://www.soziale-hilfe-marburg.de/uploads/1302688565-898948.pdf> (15.11.12)

⁴² Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, Hilfe und Unterstützung für psychisch kranke Menschen in Rheinland-Pfalz – Stand und Perspektiven, Mainz 2009, S. 11

4.5 Den Dialog fördern

Eine der konkreten Herausforderungen in den Arbeitsgruppen bestand darin, die Diskussion der komplexen Versorgungsstrukturen in Stadt und Kreis dialogisch zu führen. Das setzte die Präsenz der Dialogpartner in jeder Arbeitsgruppe voraus. In diesem Punkt ist die Bilanz des Dialogs nur mäßig gut. Die geringe Teilnahme an den Arbeitsgruppen durch Betroffene selbst und durch Angehörige hat die Chance zu dialogisch erarbeiteten Optionen einer Verbesserung der Strukturen, Prozesse und Angebote im GPV deutlich gesenkt. Der Dialog als grundlegende Kommunikations- und Handlungskultur im GPV ist entwicklungsfähig.

Ziel der Moderation der Arbeitsgruppen war es, die Vorteile des Dialogs in den einzelnen Treffen konkret erfahrbar zu machen. Psychiatrieerfahrene, Angehörige psychisch kranker Menschen und Fachkräfte der psychiatrischen Handlungsfelder sollten in einen Austausch treten, der ihnen die Chance eröffnete, sich unter den Bedingungen einer moderierten Gruppendiskussion zu begegnen und voneinander zu lernen. Es ging darum, im Dialog einen Perspektivwechsel vorzunehmen und einen offenen Diskurs führen zu können.

In einem ersten Schritt waren die strukturellen Bedingungen der Versorgung in ihrer Wirkung auf die Lebenswelt psychisch kranker Menschen zu erarbeiten und zu diskutieren. Diese dienten in einem nächsten Schritt als Ausgangspunkt einer gemeinsamen Rückbesinnung auf die Strukturen. Schließlich war gefragt, wie sich aus der je eigenen Sicht der Dialogpartner die Strukturen der Versorgung optimieren ließen. Diese fortschreitende Erörterung schlug sich im Praxisbezug vieler Empfehlungen positiv nieder. Der Dialog geschah auf Augenhöhe – jede Seite fand eine Diskussionsebene, auf der sie „Experte in eigener Sache“ sein konnte.

Fachdiskussion und Ausblick

Die dialogisch ausgerichtete Analyse des GPV zielt über den respektvollen Umgang der Psychiatriepartner miteinander hinaus. Erinnert sei in diesem Zusammenhang an die „Magdeburger Thesen zur Dialogischen Psychiatrie“ von 2003. Die fünfte These macht deutlich, welche Herausforderung ein konsequent verfolgter Dialog darstellt:

„In allen Fragen

- der Planung und strukturellen Weiterentwicklung gemeindepsychiatrischer Angebote
- von Gesetzesnovellierungen für den gesamten psychiatrischen Bereich
- der Aus-, Fort und Weiterbildung psychiatrisch Tätiger in allen Arbeitsfeldern
- der psychiatrischen Forschung
- der Entwicklung und Weiterentwicklung von Qualitätsstandards für eine dialogische Praxis
- der Weiterentwicklung des gesetzlich festgelegten Grundsatzes: "ambulant vor stationär" und der Forderung Selbsthilfe vor Fremdhilfe

sind grundsätzlich Vertreterinnen und Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene demokratisch zu beteiligen.“⁴³

Peukert verweist auf den „Bielefelder PAP-Trialog“ (Psychiatrie-Erfahrene – Angehörige – Professionelle) - ein offenes „Forum, in dem sich die drei Gruppen als psychiatriepolitische Interessenvertreterinnen begegnen. Es geht also nicht um individuelle (Krankheits-)Geschichten, sondern um die Erörterung aktueller Probleme der Psychiatrie vor Ort, um Interessenkonflikte und Beziehungspflege, um gemeinsame Aktivitäten und Initiativen. Der PAP-Trialog tagt viermal jährlich und wird jeweils von einer Gruppe mit Tagesordnung vorbereitet, moderiert und protokolliert ... Der PAP-Trialog hat sich in Bielefeld zum Kristallisationspunkt für unterschiedliche Initiativen auf dem Weg vom Objekt zum Subjekt entwickelt.“⁴⁴

Mit der Abschlusstagung im August 2012 und dem vorläufigen Ende des systematischen Trialogs in Arbeitsgruppen verbindet sich der Gedanke, diese Form des Trialogs weiter zu entwickeln. Es sind längst nicht alle psychiatrischen Bereiche im GPV am Trialog beteiligt oder von dieser Idee durchdrungen. Die PSAG sollte den Impuls für einen systematischen Trialog aufnehmen. Sie könnte beispielsweise den institutionellen Rahmen für einen PAP-Trialog bieten.

Einen abschließenden Hinweis auf die Bedeutung des Trialogs gibt die Einladung zur 5. Fachtagung „Psychiatrie Regionale psychiatrische Hilfesysteme und Ökonomie“, 2013 in Berlin. Das Thema der Tagung „Partizipation von Patienten an der regionalen psychiatrischen Versorgung - Konsequenzen für Qualität, Ökonomie, Arbeit und Sozialraum“ wird mit einer Reihe von Fragen eingeführt, die auch für den GPV Relevanz haben und beantwortet werden müssen:

„Wie kann insbesondere bei der Ausgestaltung der regionalen psychiatrischen Versorgung die Beteiligung psychiatriebetroffener Menschen sichergestellt werden? Wie kann gewährleistet werden, dass Bedürfnisse und Interessen der betroffenen Menschen direkter in die Entscheidungsfindung in Institutionen und Gremien einfließen? Kann durch die Beteiligung die Profitabilität verbessert werden? Ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes fordert eine stärkere Einbeziehung von Patienten in die Ausgestaltung von Behandlungs- und Versorgungsprozessen, auf die das Management reagieren muss. Nur: Wie kann die verstärkte Partizipation von Patienten konkret und rechtlich abgesichert realisiert werden? Wie kann die Erfahrung und Kompetenz von Betroffenen genutzt werden?“⁴⁵

⁴³ Magdeburger Thesen zur Trialogischen Psychiatrie, unter: <http://www.bpe-online.de/infopool/trialog/pb/magdeburg.htm> (5.11.2012)

⁴⁴ Wienberg, G., Vom Objekt zum Subjekt, in: Individuelle Behandlungs- und Rehaplanung, Gemeindepsychiatrie, S. 4, unter: <http://www.ibrp-online.de/> (10.9.12)

⁴⁵ 5. Fachtagung „Psychiatrie Regionale psychiatrische Hilfesysteme und Ökonomie“, Einladung, unter: <http://www.fachtagung-psychiatrie.org/index.php/tagung-2013-test-sis.html> (27.12.2012)

Trialog – Motor und Signal für Entwicklung

Im Rahmen der Psychiatriereform wurden u.a. Selbstbestimmung und Teilhabe psychisch Kranker und Behinderter in gesetzlich normierte Vorgaben transformiert und auch in der Versorgungsregion mit Erfolg zur Umsetzung gebracht, wie beispielsweise die gemeinsame Koordinierungsstelle, die Versorgungsvereinbarung zum Aufbau des GPV, die Teilhabeplanung und die Teilhabekonferenz, die Eröffnung von zwei Tagesstätten, die deutliche Steigerung der Plätze im ambulant betreuten Wohnen.⁴⁶

Diese Erfolge sind nicht zuletzt Ergebnis regelmäßiger Gespräche, die auf der Systemebene, d.h. zunächst im Gemeinsamen Psychiatriebeirat und in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft seit vielen Jahren stattfinden. Parallel dazu hat sich im GPV eine Gesprächskultur entwickelt, die systematisch zu Gesprächen zwischen Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Psychiatriefachkräften führt. An diesem Diskurs setzt die Fortschreibung der Psychiatrieplanung an, um ihn zur Analyse der Schwächen, Stärken und Perspektiven des GPV zu nutzen.

Trialog meint in diesem Zusammenhang nicht eine therapeutische Methode, sondern eine „Form der Beteiligungskultur“. Im Trialog gehen Psychiatrieerfahrene, Angehörige und in der Psychiatrie Tätige als „Experten in eigener Sache“ aufeinander zu, um voneinander zu lernen. Dieser dem Prinzip nach offene Diskurs sollte als Maxime für jede weitere Gruppenarbeit gelten.⁴⁷

⁴⁶ Kreisverwaltung Landkreis Mayen-Koblenz, Psychiatriekoordination, unter <http://www.kvmyk.de/B%C3%BCrgerservice/Gesundheit/Psychiatriekoordination/> (29.07.2011)

⁴⁷ Vgl.: Der Trialog, AWO TRIALOG gGmbH Sozialpsychiatrie, unter <http://www.awo-trialog.de/> (20.07.2011)

5. EMPFEHLUNGEN ZUR ENTWICKLUNG DES GPV

Die in diesem Kapitel dargestellten Empfehlungen sind Vorschläge. Sie resultieren im Wesentlichen aus den Diskussionen in den Arbeitsgruppen (siehe Ausführungen unter Ziffer 6) und hierbei insbesondere aus den ausgewählten Empfehlungen der Arbeitsgruppen.

Beide Kommunen können sich nun in den zuständigen Gremien über die konkrete Umsetzung der Empfehlungen beraten.

Bei der Erstellung eines kommunalen Aktionsplans sollen die folgenden Empfehlungen beraten und berücksichtigt werden.

Weiterhin muss berücksichtigt werden, dass sich alle Kommunen derzeit in einer schwierigen finanziellen Lage befinden. So hat beispielsweise der Stadtrat der Stadt Koblenz in seiner Sitzung am 31.10.2013 für die Aufstellung des Haushaltsplanes 2014 und für die mittelfristigen Finanzplanungen einen Eckwertbeschluss verabschiedet. Hierin enthalten ist unter anderem die Etatisierung des Zuschussbetrags im Bereich der freiwilligen Leistungen maximal in Höhe der Haushaltsansätze 2013.

Grundsätzlich gilt auch für die Umsetzung von Planungsprozessen der allgemeine haushaltsrechtliche Grundsatz von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit.

(1) Das gemeindepsychiatrische Paradigma vital halten

Der Bericht zur gemeinsamen Psychiatrieplanung im Dezember 2000 formulierte als „grundsätzliche Ziele“, dass „psychisch kranken Menschen, gerade auch den chronisch kranken, ... ein selbstständiges, selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben weitestgehend zu ermöglichen“ sei und deren „Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ... soweit und solange wie möglich zu gewährleisten“ sei. Der Bericht benennt ferner „Infrastrukturziele“ und „Qualitative Ziele“. Zu letzteren gehört die „Normalisierung“, d.h. „eine möglichst geringe Abweichung von ‚normalen‘, nicht-therapeutischen und nicht-institutionalisierten Lebensverhältnissen ...“ Als wichtigstes Infrastrukturziel gilt „die Entwicklung einer Gemeindepsychiatrie, in dem der Landkreis Mayen-Koblenz und die Stadt Koblenz die Verantwortung für ihre psychisch kranken Menschen übernehmen und die psychiatrischen Hilfen in einer gemeinsamen Versorgungsregion zu einem Verbundsystem (Gemeindepsychiatrischer Verbund) zusammengefasst werden“.⁴⁸ Dieses zentrale Planungsziel wurde innerhalb weniger Jahre umgesetzt. Die Umstrukturierung der psychiatrischen Landschaft in Stadt und Kreis geschah ganz im Sinne der Psychiatriereform, die mit dem „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ 1973 ihren Anfang nahm und mit der 1975 veröffentlichten „Psychiatrie-Enquête“, sowie dem „Bericht der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psycho-somatischen Be-

⁴⁸ Psychiatriebericht Versorgungsregion Landkreis Mayen-Koblenz und Stadt Koblenz, Teil 2, Bedarfe, Ziele, Maßnahmen, Koblenz, 2000, S. 21f.

reich“ 1988 fortgesetzt wurde. Diese Reform bedeutete einen „Quantensprung für die Qualität psychiatrischer Behandlung und Versorgung. Die Lebensqualität, besonders der so genannten chronisch Kranken verbesserte sich erheblich.“⁴⁹ Dies gilt sicher auch für den GPV des Landkreises Mayen-Koblenz und der Stadt Koblenz.

Die vor mehr als einem Jahrzehnt grundlegende Basis des GPV, seine in den Folgejahren um wichtige Elemente ergänzte Struktur und immer wieder vorgenommene Anpassungen an gesetzliche Vorgaben oder neue Bedarfe haben dafür gesorgt, dass der GPV funktionsfähig und vital ist. Dem Erhalt seiner Flexibilität und Reformfähigkeit gelten folgende Empfehlungen. Sie gehen zurück auf die Ergebnisse des Dialogs, ergänzt durch Hinweise aus der aktuellen Fachdiskussion zur ambulanten und komplementären psychiatrischen Versorgung.

(2) Inklusion als Denk- und Handlungsleitlinie verankern

Zur Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie in Stadt und Kreis sollte „Inklusion“ als Leitbegriff künftige Versorgungskonzepte bestimmen. Als Denk- und Handlungsleitlinie ist sie in besonderem Maße geeignet, die künftige Entwicklung des GPV zu planen und zu gestalten. Als gesetzliche Vorgabe zählt sie zum begrifflichen Rahmen, in dem Modifizierungen des GPV stattfinden werden. „Inklusion“ stellt einen verbindlichen Auftrag zur gesellschaftlichen Umgestaltung dar, dem sich der GPV im Dialog, in Fachdiskussionen der PSAG, im Psychiatriebeirat und in der Steuerungsgruppe stellen muss. Dörner konstatiert im Zusammenhang mit der Inklusionsdebatte einen „zivilgesellschaftlichen Aufbruch in Richtung auf mehr Integrationsgesellschaft“, zu dessen wichtigsten Vorzügen die „Wiederentdeckung der kulturellen Bedeutung des Stadtteils, des Viertels, der Dorfgemeinschaft“ zählt.⁵⁰

(3) Kooperation in der Verbundregion stärken

Eine verbesserte Kooperation von Krankenkassen, Rentenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Fachärzten ist unverzichtbar, wenn der GPV seiner Aufgabe zur Vernetzung von Leistungsträgern und Leistungserbringern im Sinne Betroffener nachkommen will.

Empfohlen werden etwa regelmäßige und verbindliche Gespräche zur Schnittstellenoptimierung zwischen den Berater/innen in der Rehabilitation, der Arbeitsverwaltung, des Rententrägers, der Krankenkassen und den Sozialverwaltungen. Notwendig ist zudem eine bessere Verbindung zu anderen Netzwerken/Kreisen, beispielsweise zur Suchtberatung, der Schwangerenberatung, der Schuldnerberatung o.ä.

⁴⁹ „Denkanstöße“, Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), unter <http://denkanstoesse.dgsp-ev.de> (25.10.2013)

⁵⁰ Dörner, K., „Exklusionsstrategien der gemeindepsychiatrischen Träger oder Paradigmenwechsel in der Gemeindepsychiatrie“ in: Inklusion fördern, Exklusion verhindern! Paradigmenwechsel in der Gemeindepsychiatrie, Dokumentation zur Impulstagung am 13.-14. Mai 2009 in Kassel S. 5. Unter: http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/Doku_Impulstagung_2009/Impulstagung_Dachverband_2009_Klaus_Doerner.pdf

Die Steuerungsgruppe des GPV wäre das geeignete Gremium zur Realisierung und Ausgestaltung solcher Kooperation.

(4) Die Diskussion um innovative Versorgungsformen weiterführen

Die Praxis des GPV zeichnet sich durch eine pragmatische Mischung aus ambulanter und stationärer Versorgung aus. Das versorgungspolitische Ziel, die Schnittstellenproblematik zwischen den Leistungssektoren „ambulant“ und „stationär“ zu überwinden, ist aber durch die fallbezogene Zusammenarbeit der Dienste und der Fachkräfte alleine nicht grundsätzlich einzulösen.

Es wird empfohlen, im kritischen Blick auf die Vielfalt von Modellen der Integrierten Versorgung (IV) nach § 140a - d SGB V zu prüfen, unter welchen Bedingungen Krankenkassen zu einer für den GPV modellhaften IV und entsprechenden Verträgen bereit wären und ob IV-Verträge im GPV einen Ausweg aus der Zergliederung des Versorgungsgeschehens bieten können.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. (BAG GPV), deren Mitglied der GPV ist, hat sich mit dem Thema „Integrierte Versorgung“ intensiv auseinander gesetzt und gilt auch in dieser Frage als kompetenter Partner. Im Ergebnisprotokoll zur Visitation des GPV im März 2013 empfehlen die Vertreter/innen der BAG GPV ausdrücklich, das Thema „Integrierte Versorgung“ im GPV zu beraten und zur besseren Vernetzung zu nutzen.⁵¹

(5) Die Praxis der Teilhabekonferenz optimieren

Teilhabepanung und Teilhabekonferenz im regionalen Verbund müssen daraufhin geprüft werden, ob sie der Umsetzung des Inklusionsansatzes der UN-Behindertenrechtskonvention Genüge tun. Zwei konkrete Empfehlungen entstammen der Diskussion in den Arbeitsgruppen:

- Die Teilhabekonferenz sollte eine Größe haben, die dem Austausch mit Betroffenen verträglich ist und ihn nicht belastet.
- Im Vorfeld einer Teilhabekonferenz ist die Sachlage genau abzuklären. Betroffene, deren individueller Teilhabepan in der Konferenz zur Diskussion steht, sind grundsätzlich schriftlich einzuladen.

(6) Die Rolle der PSAG im Kontext des GPV weiterentwickeln

Die gemeinsame Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft PSAG der beiden Gebietskörperschaften sollte ihr Selbstverständnis überprüfen. Die PSAG „... zeigt Bedarfslücken auf, regt in politischer und gesellschaftlicher Auseinandersetzung Veränderungsnotwendigkeiten an und beteiligt sich am Gestaltungsprozess“⁵². Gilt die selbstgewählte Aufgabe weiterhin, die Interessen psychisch kranker Menschen gegenüber der Öffentlichkeit, der Politik und der Fachwelt zu artikulieren? Ein praktischer Zugang zur Reformulierung ihrer Rolle kann darin bestehen, aktuelle Themen der psychiatrischen Versorgung aufzugreifen

⁵¹ Unveröffentlichtes „Ergebnisprotokoll zum Besuch des GPV Koblenz, Mayen-Koblenz am 13. Und 14. März 2013“, S. 10

⁵² Geschäftsordnung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, Punkt 1.2

und zu diskutieren. Die PSAG kann Mängel in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung aufdecken und diskutieren. Die Frage, ob Integrierte Versorgungsmodelle die Umsetzung der Versorgungsziele im GPV optimieren würden, könnte ebenso zum Gegenstand einer Diskussion werden wie eine stärkere Gewichtung der Prävention gegenüber kurativen und rehabilitativen Behandlungsweisen.

Aufgrund ihrer Zusammensetzung bietet die PSAG eine gute Möglichkeit, Vernetzungen über den eigentlichen Bereich des GPV hinaus herzustellen und zu pflegen. Dies entspricht auch dem in der Geschäftsordnung formulierten Anspruch: „Die PSAG strebt die Optimierung der Kooperation zwischen den Leistungsanbietern an mit dem Ziel, die Kommunen bei der effektiven regionalen Vernetzung der Angebote fachlich zu unterstützen.“⁵³

Eine Belebung der Aktivitäten der PSAG könnte in jedem Fall zur strukturellen Weiterentwicklung der Leistungsangebote im GPV beitragen.

(7) Den Dialog stärken

Der Dialog, die konsequente und gleichberechtigte Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen in die Beratungs- und Entscheidungsstrukturen im GPV istentwicklungsfähig. Längst nicht alle potentiellen Teilnehmer/innen sind beteiligt. Die PSAG sollte die Impulse zur Stärkung und Entwicklung des Dialogs aus den Arbeitsgruppen aufnehmen. Ihr Ziel sollte es sein, eine nachhaltige Kommunikationskultur dialogischen Denkens und Handelns auf allen Ebenen des GPV zu entwickeln. Die PSAG könnte dazu beispielsweise die Bedingungen für einen Dialog nach dem Muster des Bielefelder PAP Dialogs prüfen, in dem es nicht um individuelle Krankheitsgeschichten, sondern um die aktuelle Situation des GPV, um dialogische Initiativen, aber auch um Interessenskonflikte geht.

(8) Die Entwicklung inklusiver Sozialräume in Stadtteilen und Dörfern fördern

Der GPV sollte es sich zur Aufgabe machen, die Bedeutung des Sozialraums für die soziale Einbindung und Lebenszufriedenheit psychisch Kranker zu diskutieren, mögliche Unterstützungsfunktionen der sozialen Nahräume im Versorgungsbereich des GPV zu prüfen und in Ideen für Modellprojekte zu konkretisieren. Von kommunaler Seite wäre in diesem Zusammenhang auch ein zielgruppenübergreifendes Sozialraumbudget zu prüfen, wie es Professor Peuckert in seinem Fachvortrag zur sozialraumorientierten Gemeindepsychiatrie für den GPV ins Gespräch am 30.8.2012 brachte.

(9) Die Wohnraumversorgung deutlich forcieren

Ein zentrales Anliegen der Gemeindepsychiatrie muss die Versorgung mit Wohnraum für Betroffene sein. Eine eigene Wohnung und ein normales Wohnumfeld sind entscheidende Bedingungen für deren gesellschaftliche Inklusion. Der Appell der AG „Wohnen und Leben im Sozialraum“, die Wohnraumversorgung zu einer vorrangigen Aufgabe der beiden Kommunen zu machen, verdient jede Unterstützung. Stadt und

⁵³ Geschäftsordnung, ebenda, Punkt 1.2

Kreis müssen sich der dabei der Unterstützung der Wohnungsunternehmen und privaten Wohnraumbieter vergewissern. Das gilt bei allen Schwierigkeiten insbesondere für die soziale Integration von wohnungslosen Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen.

(10) Optimierte Versorgung in Modellen erproben

Für die komplementäre und ambulante Versorgung gilt das Prinzip, Hilfen möglichst gemeindenah und bedarfsdeckend anzubieten um der Ausgrenzung psychisch kranker, abhängigkeitserkrankter und behinderter Menschen entgegenzuwirken. Die Umsetzbarkeit des Prinzips und sein praktischer Nutzen sollten an guten Beispielen einer wohnortnahen Versorgung demonstriert werden.

Denkbar sind beispielsweise

- ein Modell gemeinschaftlichen Wohnens, das generationenübergreifend oder integrativ im Sinne gleichaltriger behinderter und nicht behinderter Menschen konzipiert werden kann.
- Ein Dorfladen als Modell für den ländlichen Bereich der Versorgungsregion, in dem einerseits Güter des täglichen Bedarfs zu erhalten sind, der andererseits auch ein Ort der Information und des Austauschs, der Kommunikation ist.
- Die Etablierung des Modells „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“ als Ergänzung zu den bestehenden Wohn- und Betreuungsangeboten im GPV.⁵⁴

Zur fachlichen Diskussion und Umsetzung eines Modells sollte im GPV eine Arbeitsgruppe eingerichtet werden.

(11) Einem veränderten Versorgungsbedarf und neuen Zielgruppen Rechnung tragen

Das psychiatrische und psychosoziale Hilfesystem des GPV steht neuen Zielgruppen gegenüber – Menschen in Lebenskrisen, mit Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen unterschiedlicher Art. Auf vier Zielgruppen sei besonders hingewiesen. Ihrem Hilfebedarf muss verstärkt Rechnung getragen werden.

- Anzustreben ist eine verbesserte frühe Erkennung, Behandlung und Betreuung junger Klienten, insbesondere mit Doppeldiagnosen (Psychose/Abhängigkeitserkrankungen).
- Der GPV sollte sich mit besonderer Intensität den neuen Herausforderungen der demografischen Entwicklung widmen. Hier muss es gelingen, älter werdenden Menschen mit psychischen Störungen ebenfalls adäquate sozialräumliche Angebote zu machen.
- Die Begleitung von psychisch kranken Eltern mit Kindern und die Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern müssen stärker ins Blickfeld rücken.

⁵⁴ Vgl. Konrad, M., Becker, J., Eisenhuth, R., Inklusion leben: Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung, Lambertus 2012

- Die Versorgung einer zunehmenden Zahl wohnungsloser Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ist unter ethischen Aspekten und Präventionsgesichtspunkten unabdingbar und besonders dringend geboten.

Um den Aufenthalt in einer Klinik, einem Heim oder einer anderen psychiatrischen Einrichtung zu vermeiden, sollte psychisch kranken Menschen eine Betreuung durch dazu geeignete Familien angeboten werden. Betreutes Wohnen in Familien bietet die Chance, im Kontext einer familiären Gemeinschaft zu leben und Normalität (zurück) zu gewinnen.

(12) Die Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Kinder- und Jugendhilfe vernetzen

Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen Störungen benötigen eine rechtzeitige und umfassende Unterstützung. Entscheidend für die Qualität der Hilfe ist, dass die Hilfsangebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe aufeinander abgestimmt sind, um frühzeitig eine wirksame Behandlung zu gewährleisten. Zeitliche Verzögerungen durch administrative Hindernisse und mangelnde Abstimmung lassen sich vermeiden, wenn die Kooperation systematischer als bisher erfolgt.

(13) Neue Wege der Inklusion durch Arbeit und Beschäftigung ebnen

Das Lebensfeld „Arbeit, Beschäftigung und Ausbildung“ bedarf neuer Akzente. Die bisherigen Ansätze, Arbeitgeber und deren Verbände für die Belange psychisch beeinträchtigter Menschen zu sensibilisieren und Vorurteile abzubauen, haben trotz gezielter und kontinuierlicher Maßnahmen im GPV nicht zu einer deutlich erhöhten Anzahl an Einstellungen geführt.

Empfohlen wird zum einen, die leistungsträgerübergreifende und regionale Vernetzung der Akteure aus Bundesagentur für Arbeit, Job Centern, Sozialämtern, Rentenversicherung, Unfallversicherung, Leistungserbringern und Berufsverbänden mit dem Ziel einer verbesserten personenzentrierten Fallsteuerung auszubauen. Zum anderen müssen auch die vorhandenen Angebote und Strukturen der Arbeitsmarktintegration konsequenter als bisher vernetzt werden. Schließlich sollten Alternativen zum klassischen Instrumentarium der Arbeitsmarktintegration, beispielsweise Beschäftigungsprojekte (Integrationsfirmen), gefördert werden. Dies gilt für Stadtquartiere und für Dörfer. Die Beschäftigung psychisch behinderter Menschen in Lebensbereichen, in denen ein steigender Bedarf besteht, beispielsweise in der ambulanten Versorgung alter Menschen, sollte modellhaft erprobt werden.

Der Bedarf an wohnortnahen Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen steht außer Frage. Er lässt sich im Blick auf zwei Zielgruppen konkretisieren. (1) Eine nicht geringe Zahl psychisch behinderter Menschen ist gewillt, einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachzugehen, sie ist aber (noch) nicht in der Lage, Arbeitsleistungen zu erbringen, die über drei Stunden pro Tag hinausgehen. (2) Anderen Betroffenen ist es (noch) nicht möglich, in einer Werkstatt für Behinderte Menschen Vollzeit zu arbeiten.

Die Beschäftigungschancen dieser Zielgruppen lassen sich deutlich anheben, wenn Schnittstellen und Ressourcen besser genutzt und Informationsbedarfe besser gedeckt werden. Diesem Ziel würde eine Beratungsstelle dienen, die Betroffenen, Angehörigen, aber auch Institutionen über die Grenzen der einzelnen Sozialgesetzbücher hinweg Beratung, Vermittlung und Begleitung anbietet.

(14) ÖPNV als wichtiges Instrument der Daseinsvorsorge sichern

Der Alltagsvollzug der meisten Menschen ist ohne Mobilität nicht vorstellbar. Mobilität hat eine dienende Funktion. Aus diesem Grund ist es wichtig, Mobilität für alle Bevölkerungsgruppen gewährleisten zu können. Zu ihrer Sicherung nimmt der ÖPNV eine zentrale Rolle im Mobilitätssystem ein. Das bestehende Angebot des ÖPNV muss den Mobilitätsanforderungen, die sich aus dem Grundsatz der Inklusion ergeben, gerecht werden und ist entsprechend anzupassen. Psychisch kranke Menschen müssen Beratungs- und Servicestellen, ambulante und teilstationäre Angebote, Kliniken und Ärzte mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichen können.

(15) Ein GPV Monitoring einführen

Zu den systemischen Aufgaben des GPV zählen die kontinuierliche Anpassung des Leistungsspektrums an den aktuellen und absehbaren Hilfebedarf psychisch kranker Bürger/innen, die Gewährleistung der Versorgungsqualität (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Die dazu notwendigen Informations-, Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse bedürfen einer Steuerung, die ihrerseits angewiesen ist auf ein Monitoring, das dem komplexen Leistungsspektrum gerecht wird.

Empfohlen wird die Einführung eines Monitorings, das empirisch hinreichende Aussagen über die Ist-Situation im GPV, über die Bedarfsgerechtigkeit und Effizienz des Leistungsgeschehens in der Versorgungsregion möglich macht. Trotz der Möglichkeiten vernetzter elektronischer Datenverarbeitung geschieht das für die GPV Ebene derzeit nicht. Die Akteure des GPV – sofern sie Leistungserbringer und Leistungsträger sind – arbeiten jeweils mit Einzellösungen, aus denen sich kein Gesamtbild für die Stadt und den Kreis oder für die Verbundregion insgesamt erstellen lässt. Dies kann ein praktikables Monitoring leisten, das in regelmäßigen Abständen empirisch gestützte Aussagen zu einer Überversorgung oder zu Versorgungsdefiziten ermöglicht.

(16) Empfehlungen an den GPV durch Vertreter/innen der „Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.“

Die Empfehlungen der Vertreter/innen des „Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.“, die im März 2013 den GPV Koblenz/Mayen-Koblenz besuchten, entsprechen inhaltlich weitgehend den Ergebnissen des Trialogs. Sie richten den Blick darüber hinaus auf Reformansätze, die wegen ihrer Bedeutung an dieser Stelle skizziert werden sollen.

Der Bericht empfiehlt u.a.

- eine „trialogisch besetzte Umsetzungsbegleitgruppe für den Psychiatrieplan“
- ein deutlich verbessertes Angebot an kassenfinanzierten Leistungen, insbesondere der Ergotherapie und der Soziotherapie
- eine bessere Abstimmung mit Suchthilfe und Wohnungslosenhilfe
- die „Analyse des Bedarfs für ein Krisenangebot, z.B.(telefonischer) Krisendienst, Rückzugsraum, Krisenbetten“
- die Analyse und Weiterentwicklung der Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund und nicht zuletzt
- die „Überprüfung des Angebots von geschlossenen Heimplätzen“.⁵⁵
- Der Bericht hebt die Bedeutung niederschwelliger Angebote hervor und warnt: „Kürzungen in den offenen Angeboten stellen eine erhebliche Belastung für alle anderen Angebote dar und sind geeignet, Krisen von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die keine Betreuung erhalten, zu verschärfen.“⁵⁶

Der Versorgung mit Wohnraum misst die Besuchergruppe in ihrem Bericht besonderes Gewicht bei. Sie hält „Aktivitäten des GPV erforderlich, um den Entscheidungsträgern im Kreis und in der Stadt die Tragweite des Problems und seine Auswirkungen auch auf die Finanzierung von Sozialleistungen deutlich zu machen“.⁵⁷

Der Bericht stellt fest, dass „viele Klientinnen und Klienten an der Isolation in der Wohnsituation leiden, der ÖPNV nicht ausreichend ausgebaut ist oder nicht genutzt werden kann, und somit die Erreichbarkeit verschiedener Angebote sehr stark eingeschränkt oder gar unmöglich ist“.⁵⁸

Die Expert/innen der BAG GPV regen an, „gemeinsam in den kommenden Jahren zu prüfen, welche Projekte und Aktivitäten entwickelt werden können, um den Inklusionsgedanken zu stärken. Zwar werden für viele chronisch psychisch kranke Menschen Angebote benötigt, die sie offen, zwanglos und angstfrei aufsuchen können. Gleichzeitig wäre es schön, wenn in den Gemeinden und Dörfern Lebensräume entstünden, in denen sie sich auch aufgehoben fühlen könnten. Wir haben dazu an manchen Angeboten gute Ansätze dazu gesehen, die einer systematischeren Untersetzung oder einer gemeinsamen Strategie bedürften, um langfristig wirksam zu werden“.⁵⁹

⁵⁵ Unveröffentlichtes „Ergebnisprotokoll zum Besuch des GPV Koblenz, Mayen-Koblenz am 13. Und 14. März 2013“, S. 10 f.

⁵⁶ a.a.O. S. 8

⁵⁷ a.a.O., S. 11

⁵⁸ a.a.O., S. 11

⁵⁹ a.a.O., S. 11

6. PROTOKOLLE DER ARBEITSGRUPPEN - ZUSAMMENFASSUNG

Arbeitsgruppe „Vernetzung und Teilhabe/Schnittstellen“ (AG 1)

Die Qualität der gemeindepsychiatrischen Versorgung ist in besonderer Weise von der Güte der Vernetzung aller im GPV tätigen Institutionen und Personen abhängig. Nach Einschätzung der AG 1 haben sich die institutionellen und personellen Strukturen der Kooperation im GPV als tragfähig, praktikabel und effektiv erwiesen. Die Teilnehmer/innen der AG sehen die Vernetzung in der Praxis der Teilhabekonferenzen insgesamt gewährleistet. Optimierungsbedarf im Sinne einer Weiterentwicklung des GPV besteht allerdings.

ZENTRALE THEMEN

Teilhabeplanung – Möglichkeiten

Die Teilhabekonferenz für psychisch behinderte Menschen als gemeinsames Arbeitsgremium zur Ermittlung und Koordinierung sowie zur Einschaltung der Leistungserbringer hat sich nach Ansicht der Teilnehmer/innen bewährt. Die AG 1 beschäftigte sich mit den Möglichkeiten, die Transparenz und Überschaubarkeit des Verfahrens v. a. aus dem Blickwinkel Betroffener zu verbessern.

Vernetzung und Schnittstellenoptimierung

Die psychiatrische Versorgung ist geprägt durch Systemhürden und Zugangsschwellen. Die Fragmentierung der sozialrechtlichen, finanziellen und administrativen Rahmenbedingungen lässt sich auf der Ebene des GPV nicht aufheben. Den damit verbundenen Problemen begegnen die Akteure im GPV nach Einschätzung der AG 1 durch eine Kultur kollegialer Unterstützung der Fachkräfte – unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe. Die professionelle gegenseitige Hilfe, mit denen sich die Fachkräfte aus unterschiedlichen Institutionen (Klinik, Rententräger, Sozialhilfeträger, Arbeitsagentur) bei der Fallbearbeitung gegenseitig und im Interesse ihrer Klientel unterstützen, kann allerdings nur begrenzt über Strukturprobleme hinweghelfen. Eine Weiterentwicklung des GPV muss dazu beitragen, Strukturprobleme zu lösen.

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) – der Zusammenschluss von Einrichtungen, Diensten, Beratungsstellen und Einzelpersonen – versteht sich als Forum zum gegenseitigen Austausch von Informationen über die regionalen Hilfsangebote. Die schon früher bestehenden Arbeitsgemeinschaften für den Landkreis Mayen-Koblenz und für die Stadt Koblenz bilden seit 2003 eine einzige Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft. Ihr Ziel, das „Aufzeigen und Benennen von Bedarfslücken“ und das „Hineinwirken in die Politik“ zur Verbesserung der Versorgungssituation, nimmt die PSAG derzeit aus verschiedenen Gründen nicht ausreichend wahr. Sie beschränkt sich auf den Austausch von Informationen, während sie sich früher durch psychiatriepolitische Diskussionen und eine hohe Kontinuität auszeichnete. Die Optimierung der Kooperation zwischen den Leistungsanbietern, um die Kommunen bei der effektiven regionalen

Vernetzung der Angebote fachlich zu unterstützen, erreicht die PSAG derzeit nicht. Die Vernetzung besteht in punktueller und nicht in nachhaltiger Kooperation.

AUSGEWÄHLTE EMPFEHLUNGEN

- Teilhabepanung und Teilhabekonferenz im regionalen Verbund müssen daraufhin geprüft werden, ob sie der Umsetzung des Inklusionsansatzes der UN-Behindertenrechtskonvention Genüge tun.
- Im Vorfeld einer Teilhabekonferenz ist die Sachlage abzuklären, Betroffene, deren individueller Teilhabepan in der Konferenz zur Diskussion steht, sind grundsätzlich schriftlich einzuladen.
- Die Teilhabekonferenz sollte eine Größe haben, die dem Austausch mit Betroffenen verträglich ist und nicht belastet.
- Die PSAG sollte ihr Selbstverständnis überprüfen. Ein praktischer Weg kann darin bestehen, aktuelle Themen der psychiatrischen Versorgung aufzugreifen und zu diskutieren.

Arbeitsgruppe „Arbeit und Beschäftigung“ (AG 2)

Die AG 2 sieht in einer Beschäftigung im allgemeinen Arbeitsmarkt den entscheidenden Weg zur Teilhabe. Erwerbsarbeit schafft ein geregeltes Einkommen und trägt zu sozialer Wertschätzung bei. Sie ist sinnstiftend und wirkt insgesamt gesundheits- und teilhabefördernd. Psychiatrieerfahrene berichten allerdings, wie schwierig und langwierig der Weg in die Normalität der Arbeitswelt sein kann.

ZENTRALE THEMEN

Verfestigte Integrationsprobleme

Das komplexe und teure System der beruflichen Erst- und Wiedereingliederung Psychiatrieerfahrener greift nur schwer auf einem Arbeitsmarkt, der hohe Qualifikationen, Belastbarkeit und Flexibilität verlangt. Diese Feststellung gilt seit Jahren trotz großer Bemühungen der Arbeitsagentur, der Jobcenter, betreuender Einrichtungen und der Integrationsfachdienste.

Kernprobleme der Vermittlung

Es stellen sich zwei Kernprobleme in der Sicherung professioneller Qualität der Hilfeprozesse heraus:

Das „**Zeitproblem**“: Der administrative Aufwand für Integrationsschritte ist groß und zieht sich oft sehr lange hin. Das trägt nicht zur psychischen Stabilität der Betroffenen bei.

Das „**Geldproblem**“: Durch beschränkte Budgets wird die Hilfe im Einzelfall zu einer Frage der kostengünstigsten Allokation von finanziellen Leistungen und erst in zweiter Linie zu einer Frage der bestmöglichen umfassenden Rehabilitation betroffener Personen.

Komplexität als Ursache für Kooperationsprobleme

Die Vernetzung der Institutionen und Fachkräfte ist nach Einschätzung der Teilnehmer/innen komplex. Ihre Intransparenz schwächt die Bemühungen um die Integration Psychiatrieerfahrener in den Arbeitsmarkt. Zu den am häufigsten genannten Problemen zählen die Klärung von Zuständigkeiten im Einzelfall – und damit zusammenhängend – ungelöste Probleme der Kostenträgerschaft sowie eine mangelnde Koordination, etwa zwischen Renten- und Krankenkassen und dem Jobcenter.

Servicestellen – geringer Bekanntheitsgrad

Die Teilnehmer/innen der Arbeitsgruppe unterstreichen einerseits die Bedeutung der Funktionen der gemeinsamen Servicestellen für die Zielgruppe psychisch behinderter Menschen, andererseits sehen sie ein deutliches Defizit in der öffentlichen Wahrnehmung. Die Servicestellen sind zu wenig bekannt und finden zu wenig Resonanz bei Betroffenen. Welche konkreten Hilfsangebote bieten die in Koblenz angesiedelten Servicestellen für psychisch kranke Menschen?

AUSGEWÄHLTE EMPFEHLUNGEN

- Empfohlen werden zielführende Gespräche zur Schnittstellenoptimierung zwischen den Berater/innen in der Rehabilitation, der Arbeitsverwaltung, des Rententrägers, der Krankenkassen und den Sozialverwaltungen.

- Die Alternativen zum allgemeinen Arbeitsmarkt müssen ausgebaut werden. Eine bewährte Alternative stellen Integrationsbetriebe dar.
- In Stadtquartieren und Dörfern sollten Möglichkeiten niedrighschwelliger Beschäftigung für Betroffene geschaffen werden. Zu prüfen ist die Beschäftigung psychisch behinderter Menschen in Lebensbereichen, in denen ein steigender Bedarf besteht, beispielsweise in der ambulanten Versorgung alter Menschen.

Arbeitsgruppe „Leben und Wohnen im Sozialraum“ (AG 3)

Die AG unterstreicht den Grundsatz, dass die Lebens- und Wohnbedingungen psychisch behinderter Menschen im Spektrum gesellschaftlicher Normalität liegen sollten und nicht außerhalb. Normalität ist dann vorhanden, wenn psychisch beeinträchtigte Menschen gleichberechtigt am Alltag einer Gemeinde – Stadtteil oder Dorf – teilhaben und ihre Lebenswelt individuell gestalten können. In diesem Zusammenhang bearbeitet die AG folgende Themen.

ZENTRALE THEMEN

Der soziale Nahraum – Ort hilfreicher Netzwerke

Ziel der Beratung ist das Leben und Wohnen psychisch kranker Menschen in gemeindenahen Strukturen. Maßnahmen zur Inklusion richten sich sowohl auf den Verbleib im sozialen Nahraum wie auch auf die Reintegration nach einem Klinikaufenthalt. Die AG ist sich darin einig, dass die sozialen Netzwerke (Familie, Schule, Peergroup, Vereine, Kirchengemeinde), die den Sozialraum prägen, zu gesundheitsförderndem Verhalten wirksam beitragen.

Wohnungsmangel und soziale Vorbehalte

Generell liegt ein Problem in der Tatsache, dass bezahlbare und angemessene Wohnungen in Stadt und Kreis rar sind. Die Wohnungssuche psychisch kranker Menschen gestaltet sich oft zusätzlich schwierig, weil es an Akzeptanz mangelt. Mietwohnungen sind häufig nur dann zu erhalten, wenn für den Betroffenen eine Institution als Mieter eintritt. Normalität würde aber darin bestehen, dass Betroffene selbst als Mieter mit allen Rechten und Pflichten auftreten.

Pflege- und Behinderteneinrichtungen - notwendige Ergänzung ambulanter Wohnformen

Ein wesentlicher Aspekt der Versorgung psychisch erkrankter Menschen liegt in der Tatsache, dass die eingeforderte Normalität nicht oder nur schwer ohne einen zeitweisen und möglichst kurzfristigen Aufenthalt in einer versorgenden Institution zu realisieren ist. Diese Feststellung relativiert nicht den Grundsatz „ambulant vor stationär“. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe sind sich darin einig, dass ambulante oder teilstationäre Hilfen Vorrang haben, wenn sie ausreichend und erreichbar sind. Pflege- und Behinderteneinrichtungen als Lebens- und Wohnorte bleiben aber als wichtiger Teil der Versorgung unverzichtbar.

Mangelnde Mobilität

Aus Sicht der Teilnehmer/innen zählt zu den Qualitätsmerkmalen guter psychiatrischer Versorgung, dass die Angebote zur Versorgung psychisch kranker Menschen möglichst wohnortnah liegen und mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar sind. Das begrenzte Angebot des öffentlichen Nahverkehrs macht vor allem jenen Bürger/innen zu schaffen, die aus unterschiedlichen Gründen auf individuelle Mobilität verzichten. Dazu gehört auch ein Teil der psychiatriee erfahrenen Menschen.

Ausgewählte Empfehlungen

- An guten Beispielen sollten die Machbarkeit und der praktische Nutzen einer wohnortnahen Versorgung demonstriert werden. Denkbar wären beispielsweise
 - o Ein Modell gemeinschaftlichen Wohnens, das generationenübergreifend oder integrativ im Sinne gleichaltriger behinderter und nicht behinderter Menschen konzipiert werden kann.
 - o Ein Dorfladen als Modell für den ländlichen Bereich der Versorgungsregion, in dem einerseits Güter des täglichen Bedarfs zu erhalten sind, der andererseits auch ein Ort der Information und des Austauschs, der Kommunikation ist. Zur Umsetzung eines Modells sollte im GPV eine Arbeitsgruppe eingerichtet werden.
- Die Angebote zur Versorgung psychisch kranker Menschen sollten mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar sein. Das bestehende Angebot sollte den Mobilitätsanforderungen, die sich aus dem Grundsatz der Inklusion ergeben, gerecht werden.

PROJEKTVORSCHLAG

Nachbarschaftsladen als Beitrag zur Inklusion

Um den Grundsatz des Lebens und Wohnens im Sozialraum zu konkretisieren, entwickeln die Teilnehmer/innen die Idee eines Dorfladens/ Nachbarschaftsladens, der zur Rückführung Betroffener in das Alltagsleben bzw. zu ihrem Verbleib im bisherigen Umfeld beitragen soll.

Arbeitsgruppe "Prävention, frühe Intervention, Information" (AG 4)

Die Grundstrukturen der Versorgung im GPV sind nach Ansicht der AG 4 effektiv und belastbar. Das ist nicht zuletzt den funktionierenden und von persönlichem Engagement getragenen Netzwerken im GPV zu verdanken.

ZENTRALE THEMEN

Zentrale Themen der AG sind:

Ortsgemeinde – Raum für Begegnung

Das Ziel der Inklusion seelisch erkrankter Menschen in gemeindenahen Strukturen ist Grundkonsens. Die AG ist sich darin einig, dass sich über die sozialen Netzwerke (Familie, Schule, Peergroup, Vereine, Kirchengemeinde) Information und Sensibilisierung zu gesundheitsförderndem Verhalten wirksam (face to face) umsetzen lassen.

Zunahme psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

Die Diskussion der AG ist geprägt von der Feststellung, dass sowohl die Diagnose wie die Häufigkeit der Komorbidität von Abhängigkeitserkrankungen und psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter markant zunehmen. Es ist dringend angezeigt, verbesserte Formen der frühen Erkennung, Behandlung und Betreuung junger Klienten mit Doppeldiagnosen (Psychose/Abhängigkeitserkrankung) zu entwickeln.

Optimierung der Netzwerkarbeit

Einig sind sich die Teilnehmer/innen darin, dass die Netzwerkarbeit optimiert werden muss. Die in den letzten Jahren gewachsenen Schnittstellen von Jugendhilfe, Suchtkrankenhilfe und Psychiatrie bilden neue und große Herausforderungen.

Ausgewählte Empfehlungen

- Die häufig geforderte Kooperation von Krankenkassen, Rentenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Fachärzten müsste unter Präventionsaspekten eingelöst werden.
- Notwendig ist eine bessere Verbindung in andere Netzwerke/Kreise, beispielsweise zur Suchtberatung – Glücksspielberatung, die Prävention und Intervention bei schädlichem und abhängigem Suchtmittelkonsum und/oder pathologischem Glücksspiel (Spielsucht) anbietet.
- Die Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern muss stärker ins Blickfeld rücken.
- Anzustreben ist eine verbesserte frühe Erkennung, Behandlung und Betreuung junger Klienten mit Doppeldiagnosen (Psychose/Abhängigkeitserkrankung).
- Suchtprävention sollte stärker als bisher Gegenstand von Stadtteilarbeit sein. Im sozialen Nahraum eines Stadtteils lassen sich Information und Sensibilisierung zu gesundheitsförderndem Verhalten besser (face to face) umsetzen als durch groß angelegte Kampagnen.

PROJEKTVORSCHLÄGE

Projekt 1 „Früherkennungsambulanz“

Die Arbeitsgruppe spricht sich dafür aus, als wichtigen Schritt der Psychiatrieentwicklung die Einrichtung einer Früherkennungsambulanz für den GPV und das nördliche Rheinland-Pfalz zu empfehlen, um den individuellen und gesundheitspolitischen Belastungen durch Psychosen frühzeitig zu begegnen.

Projekt 2 „Früherkennungs- und Therapiezentrum „Psychose und Sucht“

Mit der Früherkennungsambulanz sollte die Einrichtung eines Früherkennungs- und Therapiezentrums „Psychose und Sucht“, verbunden sein. Es knüpft an die Ziele der Früherkennungsambulanz an und ist dort angesiedelt.

Projekt 3 „Virtueller Runder Tisch“

Die Etablierung eines virtuellen Runden Tisches dient der schnellen, allen Interessierten zugänglichen Information zu Hilfsangeboten im GPV über das „Web 2.0“. Der Virtuelle Runde Tisch soll dazu beitragen, die spezifischen Angebote für junge Menschen unter 27 Jahren schneller zu verbreiten und allen Akteuren des GPV zugänglich zu machen. Die Jugendhilfe fragt verstärkt um Therapien und Hilfen nach, weil die Zahl psychotischer Erkrankungen zunimmt und spezifische Hilfen notwendiger werden. Schnittstellenprobleme könnten durch ein virtuelles Informations- und Austauschangebot behoben werden.

VERWENDETE LITERATUR

Armbruster, J., Ratzke, K., Integrierte Versorgung nach den §§ 14off.SGB V, Chancen und Risiken neuer Versorgungskonzepte im Gesundheitswesen aus Sicht der Diakonie, in: *Ambulant statt stationär*, Hrsg. Faulbaum-Decke, W./Zechert, Ch., Bonn 2010

Becker, Th., Hoffmann, H., Puschner, B. Weinmann, St., Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie, Stuttgart 2008

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., Eckpunkte des Deutschen Vereins für einen inklusiven Sozialraum, unter: http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2011/DV%2035-11.pdf

Dörner, K., Plog, U., Teller, Ch., Wendt, F., Irren ist menschlich, Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie, Neuauflage 2002, 4. korrigierte Auflage 2009, Bonn 2009

Fink, F., Hinz, Th., Inklusion in Behindertenhilfe und Psychiatrie, Freiburg 2011

Greve, N., in: Faulbaum-Decke, W., Zechert, Ch., Hrsg., *Ambulant statt stationär*, Bonn 2010

Hinte, W., Das Fachkonzept Sozialraumorientierung, in: *Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik*, Sondernummer 1/2012

Ickler, G., Schwerbehinderte Menschen 2011, in: *Statistische Monatshefte Rheinland-Pfalz*, Heft 11, 2012, unter: <http://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/monatshefte/2012/11-2012-1003.pdf>

Keupp, H., Wie zukunftsfähig ist die Sozialpsychiatrie im globalen Netzwerkkapitalismus?, unter: <http://www.soziale-hilfe-marburg.de/uploads/1302688565-898948.pdf>

Magdeburger Thesen zur Triadologischen Psychiatrie, unter: <http://www.bpe-online.de/infopool/triadolog/pb/magdeburg.htm>

Melzer, L., Rostocker Modell, unter http://www.sozialpsychiatrie-mv.de/PDF/Dr.Liane_Melzer_Rostocker_Modell.pps

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, Hrsg., *Hilfe und Unterstützung für psychisch kranke Menschen in Rheinland-Pfalz – Stand und Perspektiven*, Mainz 2009

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, Hrsg., *Inklusives und barrierefreies Rheinland-Pfalz*, 4. Bericht, Mainz 2011

Montag Stiftung Jugend und Gesellschaft, Hrsg., *Inklusion vor Ort. Der kommunale Index für Inklusion*. Frankfurt 2012

Peukert, R., Geborgen in der Einrichtung – verloren in der Gemeinde?, in: *Individuelle Behandlungs- und Rehaplanung, Gemeindepsychiatrie*, unter: <http://www.ibrp-online.de/>

Peukert, R., „Was ist Sozialraumorientierte Gemeindepsychiatrie?“, Vortrag anlässlich der Abschlussveranstaltung „Gemeindepsychiatrie auf dem Prüfstand“ am 20.8.2012 in Koblenz, PowerPoint Folie 9

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Hrsg., Zweiter sächsischer Landespsychiatrieplan 2011, unter http://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/Zweiter_Saechsischer_Landespsychiatrieplan.pdf

Schneider/Kappenstein, Gemeinsame Psychiatrieplanung des Landkreises Mayen-Koblenz und der kreisfreien Stadt Koblenz, Teil II Bedarfe, Ziele, Maßnahmen, Koblenz 2000

Schütte, W., Abschied von der ‚Eingliederungshilfe‘, Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Berlin 2012, Heft 12/2012

Statistisches Bundesamt, Hrsg., Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 2011, Wiesbaden, S. 263, unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuchKomplett.pdf?__blob=publicationFile

Steinhart, I., Leitorientierung Inklusion, in: Blätter der Wohlfahrtspflege, Heft 1/2012, Jg. 159

Krüger, U., Pörksen, N., Der Zusammenhang zwischen personenzentrierten Hilfen für den Einzelnen und der Steuerung von Prozessen und Ressourcen in der Region, in Tagungsbericht „Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie“, Hrsg. Aktion Psychisch Kranke, Kassel 2008, unter: http://www.apk-ev.de/publikationen/Band_35.pdf

Wienberg, G., Vom Objekt zum Subjekt, in: Individuelle Behandlungs- und Rehaplanung, Gemeindepsychiatrie, S. 4, unter: <http://www.ibrp-online.de/>