

Was heißt Psychiatriekoordination im inklusiven Gemeinwesen?

Arbeitsgruppe 1 der Fortbildungsveranstaltung
der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf
am 05.03.2013 in Frankfurt am Main
(Moderation: Jessica Odenwald und Hermann Elgeti)

1. Thesen des Netzwerks
Sozialpsychiatrischer Dienste
2. Grundhaltung: Triologisches Arbeiten im
Bereich Psychiatriekoordination
3. Organisation der Hilfen: Beispiel Region
Hannover



1. Thesen des Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste (1)

Vorbemerkungen



Sozialpsychiatrische Dienste erfüllen Kernaufgaben auf dem Weg zu einer inklusiven und Sozialraum-bezogenen Psychiatrie!

Thesen des bundesweiten Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste im Anschluss an die 2. Fachtagung „Segel setzen!“ in Hannover (22.-23.03.2012)

Wir haben anlässlich der 1. Fachtagung „Segel setzen!“ 2010 in unseren Hannoveraner Thesen begründet, warum Sozialpsychiatrische Dienste **bei der kommunalen Daseinsfürsorge für psychisch erkrankte Menschen unverzichtbar** sind. Auf der Folgetagung 2012 mit erneut etwa 160 Teilnehmenden diskutierten wir die Kernaufgaben Sozialpsychiatrischer Dienste **vor dem Hintergrund der Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention nach Inklusion**. Als ein Ergebnis unserer Diskussionen haben wir fünf Kernaufgaben definiert:

1. Thesen des Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste (2)

4. These: Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund I



Ohne eine regionale Koordination und Planung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen lässt sich eine bedarfsgerechte wohnortnahe Versorgung nicht gewährleisten. Die Herausforderungen auf diesem Gebiet steigen nicht nur mit der **Vielfalt der individuellen Bedarfe**, sondern auch mit der **Zersplitterung der Kostenträger**, der **Spezialisierung der Hilfsangebote** und ihrer Konkurrenz untereinander. Hier sind Sozialpsychiatrische Dienste notwendig und gut geeignet, im Auftrag der Kommune für eine **Vernetzung** der verschiedenen Akteure und für eine **regionale Planung** der Angebotsentwicklung zu sorgen.

1. Thesen des Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste (3)

4. These: Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund II



(Hier sind Sozialpsychiatrische Dienste notwendig und gut geeignet, im Auftrag der Kommune für eine Vernetzung der verschiedenen Akteure und für eine regionale Planung der Angebotsentwicklung zu sorgen.) Dabei hilft ihnen die strikte **Orientierung auf den Sozialraum** der Kommune und auf die **gleichberechtigte Teilhabe** der betroffenen Menschen am Leben der Gemeinschaft, unabhängig von Art und Umfang ihrer Beeinträchtigungen. Zur Erfüllung dieser Aufgabe sind Sozialpsychiatrische Dienste auf eine enge Zusammenarbeit sowohl mit den Leistungserbringern und Kostenträgern als auch mit den kommunalen sozialen Diensten und nicht zuletzt auch mit den **Selbsthilfe-Initiativen der Betroffenen und ihrer Angehörigen** angewiesen.

1. Thesen des Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste (4)

Schlussbemerkungen I



Sozialpsychiatrische Dienste sollten sich darüber hinaus in ihrer Kommune an der **Gemeinwesenarbeit** zugunsten der seelischen Gesundheit in der Bevölkerung und an Aktivitäten zur **Prävention** psychischer Erkrankungen beteiligen. Häufig ist es auch sinnvoll, weitergehende Dienstleistungen im Rahmen verschiedener gesetzlicher Vorschriften zu übernehmen, z.B. für seelisch behinderte Menschen in der Eingliederungshilfe, für arbeitslose oder wohnungslose Menschen, für Flüchtlinge und Asylbewerber, für Kinder, Jugendliche und alte Menschen mit einem besonderen Hilfebedarf. In all diesen Fällen ist darauf zu achten, dass diese Aufgaben nur soweit und solange übernommen werden, wie keine ebenso gut geeigneten anderen Leistungserbringer zur Verfügung stehen. Außerdem benötigt der Sozialpsychiatrische Dienst dafür in ausreichendem Umfang **gesonderte Personalressourcen**.

1. Thesen des Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste (5)

Schlussbemerkungen II

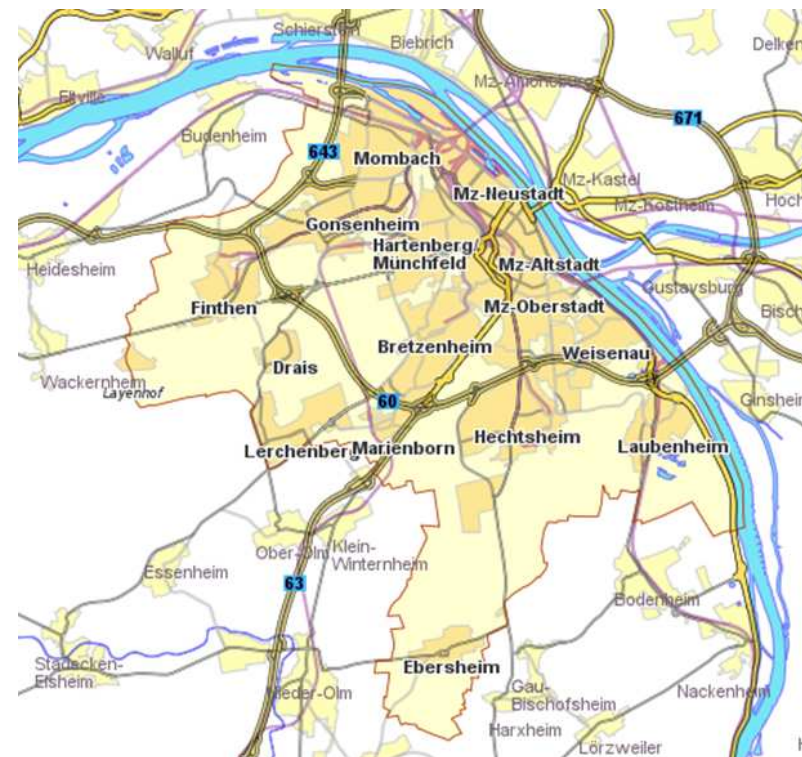


Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Sozialpsychiatrischer Dienste wollen psychisch erkrankten Menschen **Hilfe zur Selbsthilfe** leisten und treten für ihre **volle gesellschaftliche Teilhabe** ein. Sie wollen die betroffenen Menschen dabei unterstützen, ihre **Entscheidungsspielräume** zu erweitern und ein **selbstbestimmtes Leben** zu führen.

2. Grundhaltung: Triologisches Arbeiten im Bereich Psychiatriekoordination **Ausgangssituation in Mainz**



- Landeshauptstadt Rheinland-Pfalz
- Knapp 200.000 Einwohner
- PsychKG seit 1995 in Kraft
- Psychiatriebeirat
- Gemeindepsychiatrischer Verbund
- Sozialpsychiatrischer Dienst, Landkreis Mainz-Bingen
- 1 VZ Psychiatriekoordination, Stadt Mainz



2. Grundhaltung:

Triologisches Arbeiten im Bereich Psychiatriekoordination

Gemeindepsychiatrischer Verbund Mainz I



Mitglieder

- Abteilung für Gesundheitswesen / Sozialpsychiatrischer Dienst
- Caritasverband Mainz e.V.
- commit – Club Behinderter und Ihrer Freunde e.V.
- Deutsches Rotes Kreuz
- Gemeinnützige Gesellschaft für paritätische Sozialarbeit
- Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin
- Mission Leben – Evangelische Wohnungslosenhilfe
- **PE-Mainz – Initiative Mainzer Psychiatrie - Erfahrener**
- Sozialtherapeutische Beratungsstelle / Betreuungsverein
- Sozialdienst Metzger
- Stadtverwaltung Mainz / Amt für Soziale Leistungen
- **Territorio e.V. – Angehörige psychisch Kranker**



2. Grundhaltung: Triologisches Arbeiten im Bereich Psychiatriekoordination **Gemeindepsychiatrischer Verbund Mainz II**



Leistungsbereiche

- Beratung
- Selbstversorgung / Wohnen
- Arbeit und Ausbildung
- Freizeit- und Kontaktgestaltung
- Tagesstrukturierung
- Rehabilitation
- Behandlungs- und Therapieverfahren

Struktur

- GPV-Konferenz = Steuerungsgruppe (Geschäftsführung: Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie)
- Konferenz gemeindepsychiatrischer Leistungserbringer
- Teilhabe-Konferenz

Funktionen

- Verpflichtung aller Akteure zur gegenseitigen Information und zur Abstimmung ihrer Planung und deren Durchführung; sowie zur Weiterentwicklung des regionalen Hilfesystems und des Verbunds unter Wahrung der Trägerautonomie
- Leistungserbringung gemäß festgelegter Qualitätsstandards und Sicherstellung der Pflichtversorgung und Verbesserung der Versorgungsstruktur

Qualitätsstandards

- Sicherstellung und Optimierung regionaler Pflichtversorgungsaufgaben durch:
- die personenzentrierte Ausrichtung
 - die personenbezogene Kooperation
 - die Beteiligung an bedarfsgerechter und wirtschaftlicher regionaler Pflichtvers.
 - die Erbringung der Leistungen als Komplexleistung
 - Transparenz



2. Grundhaltung:

Dialogisches Arbeiten im Bereich Psychiatriekoordination

Netzwerke, Gremien & Kooperationen



- Mainzer Bündnis gegen Depression e.V.
 - Kontaktgespräch Suchthilfe und Gemeindepsychiatrie
 - Dialogtreffen mit der Altenhilfe
 - Netz für Seelische Gesundheit Mainz
 - Besuchskommission
 - Fachgruppe Psychosoziale Arbeit
 - Psychiatriebeirat
 - Mainzer Dialog
 - (Netzwerk Kinderpsychiatrie und Jugendhilfe)
-
- Der GPV Mainz ist Gründungsmitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV)



2. Grundhaltung:

Dialogisches Arbeiten im Bereich Psychiatriekoordination

Inklusion & Partizipation I



- Entsprechend der Qualitätsstandards der BAG GPV und den Vorgaben der UN-BRK konsequente Umsetzung der Forderung nach Einbezug der Psychiatrieerfahrenen und deren Angehörigen in Planung und Ausgestaltung des Versorgungssystems
- Gelebte Inklusion durch dialogische Partizipation an allen Gremien ermöglichen
- Nachbarschaft, Sozialraum und Ehrenamt berücksichtigen
- Beispiele:
 - dialogischer Workshop zur Angebotsentwicklung in Mainz
 - aktive Beteiligung in AG des GPV, wie AG Behandlungsvereinbarung
 - Zuarbeit zum kommunalen Aktionsplan zur UN-BRK in Kooperation mit dem Behindertenbeirat
 - dialogisch besetzte Vorbereitungsgruppe des Psychoseseminars
 - Plattform für Öffentlichkeitsarbeit bei Veranstaltungen bieten
 - Projekt „Inklusives Mainz“
 - gezielt Informationen an Selbsthilfegruppen weitergeben



2. Grundhaltung:

Triologisches Arbeiten im Bereich Psychiatriekoordination

Inklusion & Partizipation II



Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie sollte als Bindeglied zwischen den verschiedenen Akteuren...

- sicherstellen, dass Einladungen an alle Beteiligte ergehen (wenn nicht eigene Veranstaltung, dann nachfragen)
- im Moderationsprozess alle Blickpunkte berücksichtigen (ggf. Psychiatrieerfahrenen gesondertes Äußerungsrecht ermöglichen)
- bei Bedarf Vor- und Nachbereitung der Treffen für die Nicht-Profis (Zusammenhang, Hintergrundinformationen, Ziele etc.)
- das eigene Arbeitsfeld (z.B. kommunale Verwaltung) auf psychiatriespezifische Fragestellungen hin überprüfen.



2. Grundhaltung: Dialogisches Arbeiten im Bereich Psychiatriekoordination **Inklusion & Partizipation III**



- Schwierigkeiten:
 - ausreichend engagierte und geeignete Protagonisten zu finden (gilt für alle Personengruppen)
 - auf kritische Situationen ausreichend vorbereitet sein (vehemente Psychiatriekritiker)
 - genügend Offenheit für abweichende Meinungen
 - Hoffnungen wecken, die im schlechtesten Falle nicht erfüllt werden können
- Chancen:
 - Bereicherung von Prozessen durch Erweiterung des Blickwinkels „Experte durch Erfahrung“
 - Bedarfsorientierte Angebotsgestaltung
 - Entwicklung transparenter Arbeitsweisen
 - Psychiatrieerfahrene und Angehörige verschaffen sich Gehör

3. Organisation der Hilfen: Beispiel Region Hannover (1)

Sektorisierung des sozialpsychiatrischen Dienstes und der klinischen Versorgung



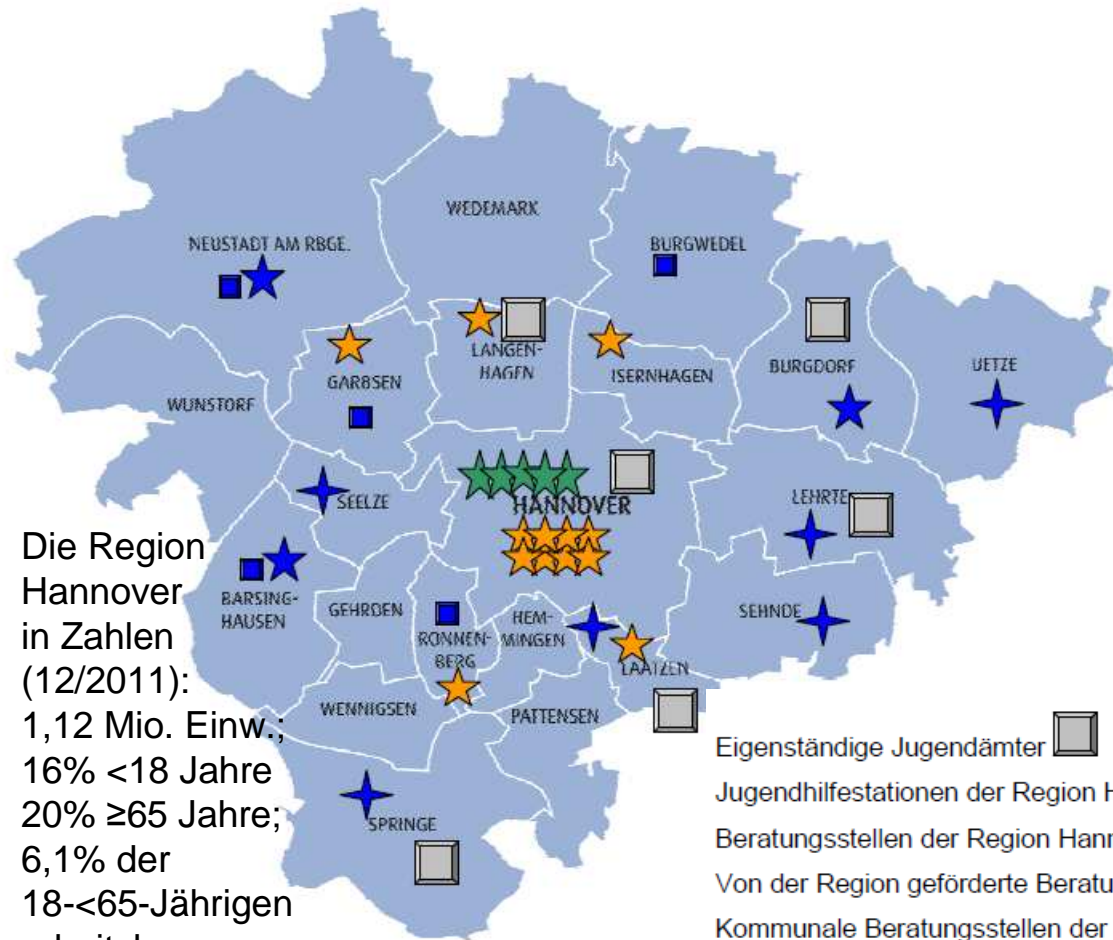
✘ E:\E Vorträge und Veröffentlichungen\Regionskart

Für die Bevölkerung der Region sind 4 Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie und 3 Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit definierten Einzugsgebieten zuständig.

Die Region ist in 11 psychiatrische Versorgungssektoren unterteilt, jeder Sektor hat eine Beratungsstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Die Grenzen der psychiatrischen Sektoren halten sich im Umland der Region an die Grenzen der 20 Städte und Gemeinden, in der Stadt Hannover aber nicht an die Grenzen der 13 Stadtbezirke.

3. Organisation der Hilfen: Beispiel Region Hannover (2) **Fachdienststrukturen: Beispiel Familien- und Erziehungsberatungsstellen (FEB)**



Die Region Hannover in Zahlen (12/2011):
 1,12 Mio. Einw.;
 16% <18 Jahre
 20% ≥65 Jahre;
 6,1% der 18-<65-Jährigen arbeitslos

- Die Region Hannover ...
- ... ist Sozialhilfeträger für alle 21 Kommunen
- ... hat 7 eigenständige Jugendämter
- ... ist Jugendamt für 15 Kommunen
- ... leistet Familien- und Erziehungsberatung (FEB) für 20 Kommunen

- Eigenständige Jugendämter
- Jugendhilfestationen der Region Hannover
- Beratungsstellen der Region Hannover (FEBs) mit Außenstellen/Sprechstunden
- Von der Region geförderte Beratungsstellen Freier Träger
- Kommunale Beratungsstellen der Stadt Hannover

3. Organisation der Hilfen: Beispiel Region Hannover (3)

Schwächen der Fachdienststrukturen (nicht nur) in der Region Hannover



Es gibt diverse unterschiedliche räumliche **Zuständigkeitsbereiche**.

Es gibt viele unterschiedliche **Standorte** mit Hauptstellen, Nebenstellen, Sprechstunden.

Es gibt mal mehr, mal weniger große **Netzwerke** und Kooperation mit anderen Fachdiensten, Städten / Gemeinden und externen Trägern.

Es existieren sowohl **Doppelstrukturen** als auch **Versorgungslücken**.

Es fehlt häufig ein objektiver Maßstab für ein bedarfsgerechtes Angebot. Sind **Unterschiede in der Nutzung** von Angeboten Folge

- der Sozialstruktur?
- des Angebot und der vorhandenen Infrastruktur?
- unterschiedlicher Standards und Arbeitsweisen?

3. Organisation der Hilfen: Beispiel Region Hannover (4)

Hindernisse für einen bedarfsgerechten Umbau der sozialen Infrastruktur



Es gibt schon alles – Fachdienste, Standorte, Strukturen und Netzwerke – aber versäult nebeneinander.

Veränderungen bergen Gefahren: Machtverlust, Ressourcenverlust, Einmischung von außen, Angst vor Transparenz, Überforderung und Scheitern. Es fehlt an

- Unterstützung durch Politik, Verwaltungsleitung und Beschäftigte.
- Bereitschaft zu interkommunaler Zusammenarbeit
- Bereitschaft zu fach- und professionsübergreifender Kooperation

Fazit: Wir brauchen eine attraktive Grundidee mit akzeptablen Schritten zu ihrer Umsetzung.

3. Organisation der Hilfen: Beispiel Region Hannover (5)
**Integriert und dezentral, wo möglich –
 spezialisiert und zentral, wo nötig**



Regionalmodell sozialer Infrastruktur für die Region Hannover

	Hilfsangebote	Netzwerkstrukturen
Region Hannover (1.144 Tsd. E.)	<p>zentral und spezialisiert</p> <p>dezentral und integriert</p>	
5 Teilregionen (181-267 Tsd. Einwohner)		
33 Kommunale Basiseinheiten (14-68 Tsd. E.)		

3. Organisation der Hilfen: Beispiel Region Hannover (6)

Fünf Schritte zur Umsetzung eines Regionalmodells sozialer Infrastruktur



1. Eine **mittlere räumliche Ebene (Teilregion) definieren** zwischen Gesamtregion und kommunalen Basiseinheiten!
2. **Fachdienste auf Teilregionen verteilen**; mindestens ein Fachteam in jeder Teilregion! Spezialdienste, die nicht in jeder Teilregion ein eigenes Team bilden können, müssen regelmäßige Sprechstunden in den Teilregionen abhalten und sich an der Netzwerkarbeit beteiligen.
3. Ein **Netzwerk für soziale Infrastruktur knüpfen**, in jeder Teilregion durch alle Fachteams!
4. Sozialraumorientierung stärken durch **persönliche Zuständigkeit für einzelne Räume einer Teilregion** in jedem Fachteam!
5. **Multiprofessionelle Sozialraumteams bilden** durch Zusammenfassung der räumlich Zuständigen in den Fachteams!

Psychiatriekoordination im inklusiven Gemeinwesen

Kontaktadressen der Moderatoren



Jessica Odenwald

Landeshauptstadt Mainz – Koordinierungsstelle für gemeindenahe
Psychiatrie
Postfach 36 20
55026 Mainz
jessica.odenwald@stadt.mainz.de

Hermann Elgeti

Region Hannover – Dezernat für Soziale Infrastruktur (II.3)
Hildesheimer Straße 20
30169 Hannover
hermann.elgeti@region-hannover.de