

## Protokoll Workshop 5: Der Sozialpsychiatrische Dienst als Fachdienst für Basishilfen im Sozialraum der Kommune

(Hermann Elgeti)

Der Workshop wurde von Hermann Elgeti, der auch das Protokoll erstellte, moderiert. Zu Beginn referierten Jörg Gapski (Sozialplaner der Region Hannover), Thomas Seyde (Psychiatriekoordinator in Leipzig) und Esther Rühl (Sozialarbeiterin im SpDi Wiesbaden) aus unterschiedlichen Perspektiven über Konzept und Umsetzung (Präsentation zur Einführung mit den Inputs der Referenten in extra Datei).

Nach diesen Inputs waren die rund 40 Teilnehmenden im Workshop aufgefordert, eigene Bedenken gegenüber dem Konzept und Vorschläge zu seiner Umsetzung auf Karten zu notieren und darauf ihre Zugehörigkeit zu einer der folgenden Gruppen zu markieren: das Team des SpDi (1), die Kommunalpolitik bzw. -verwaltung (2), das Netzwerk der Basishilfen (3). In der Pause wurden alle Karten an Stellwänden befestigt und dem Teilnehmerkreis zum Auftakt der anschließenden Diskussion präsentiert (siehe Anhang A und B).

Der Moderator hat die Ergebnisse der Diskussion für das World-Café am Folgetag zusammengefasst. Die daran Teilnehmenden waren aufgefordert, ihre daran anschließenden Kommentare auch auf der Tischdecke zu notieren (siehe Anhang C). Eine Abbildung (Tab. 11) diente der Veranschaulichung des Konzepts, die darauf bezogenen Bedenken der Teilnehmenden wurden in drei Gruppen untergliedert:

- Was ist das überhaupt – Basishilfen, Sozialraum, SpDi als Fachdienst?
- Was steckt hinter dem Konzept?
- Sollen – können – wollen wir das?

**Tab. 1 Konzept abgestuftes System von Basis- und psychiatrischen Hilfen\***

	Hilfsangebote	Netzwerke
Vollversorgungsregion (~500.000 Einwohner)	<b>Spezialisten</b> <i>so viel zentral und spezialisiert wie nötig</i>	
SpDi-Einzugsgebiet (~100.000 Einwohner)	Gemeindepsychiatrischer bzw. Sozialpsychiatrischer Verbund / Netzwerk wohnortnaher psychiatrischer Hilfen	
Sozialraum (~20.000 Einwohner)	„BASISHILFEN“ <i>so viel dezentral und integriert wie möglich</i> <b>Generalisten</b>	

\*) in Anlehnung an Steinhart I, Speck A (2011): Zugänge barrierefrei gestalten! – Ausgestaltung psychiatrischer Hilfen im ländlichen Raum am Beispiel Mecklenburg-Vorpommerns. In: Elgeti H, Ziegenbein M (Hrsg.) (2011): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2012. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 25-30

### Was ist das überhaupt – Basishilfen, Sozialraum, SpDi als Fachdienst?

Mit „Basishilfen“ sind z.B. der Allgemeine Sozialdienst / Bezirkssozialdienst und ambulante Pflegedienste / Pflegestützpunkte gemeint, solange sie auch aufsuchend tätig sind und es für alle Altersgruppen eines Quartiers / einer Gemeinde zuständige Dienste gibt. Mit dem Begriff „Sozialraum“ ist eine kommunale Basiseinheit (Ortsgemeinde, Stadtteil, Stadtbezirk, Quartier) gemeint bzw. ein Teil davon, etwa 10.000 bis 50.000 Einwohner umfassend. Unter einem „SpDi als Fachdienst“ wird hier eine Funktion des SpDi verstanden, die kollegiale Beratung der Teams von „Basishilfen“ im Sozialraum mit fallbezogenem Clearing bei dort nicht einschätzbaren Problemlagen verbindet, ggf. auch mit Fallübernahme – also ein multiprofessioneller sozialpsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst in Ergänzung der Kernaufgaben eines SpDi.

### **Was steckt hinter dem Konzept?**

Ist es ein Instrument zur Orchestrierung kommunaler Sparorgien? Bedeutet es eine Aufgabenverschiebung in den SpDi? Führt es zur Arbeitsvermehrung in den SpDi? Will es eine Einstellungsänderung beim Fachpersonal des SpDi bewirken?

### **Sollen – können – wollen wir das?**

Stimmt das Konzept überein mit dem gesetzlichen Auftrag der SpDi? Hat die Kommune ein Interesse daran? Reichen unsere Personalressourcen und Kompetenzen dafür aus? Wollen wir eine entsprechende Schwerpunktverlagerung unserer Arbeit? Wollen wir die Einbettung der SpDi in die soziale Infrastruktur der Kommune?

Die lebendige und offen geführte Diskussion legte einige Spannungsverhältnisse frei, die sich in sieben Stichpunkten zusammenfassen lassen:

- Trägermonopol (Kooperation einfacher) versus Trägervielfalt (Wettbewerb, Wahlfreiheit) in einem Einzugsgebiet
- Konkurrenz (erzwingen oder erwünscht) versus Kooperation (notwendig)
- persönliche Zuständigkeit (Verantwortung einzelner Fachkräfte für je einen Sozialraum) versus interdisziplinäre Teamarbeit (gemeinsame Zuständigkeit mit stärkerer Nutzung kollegialen Beratung in Teamkonferenzen)
- Vernetzung durch Gremienarbeit versus „Netzwerken“ in der Fallarbeit
- ländlicher Raum mit ihrem häufigen Mangel an (Basis-)Hilfen versus großstädtische Verdichtungsräume mit ihren oft zu vielen Trägern und der dadurch bedingten Unübersichtlichkeit / dem unkoordinierten Nebeneinander
- die schwierige Abgrenzung in der Arbeit des SpDi zwischen Allzuständigkeit für psychosoziale Problemlagen (soweit eine professionelle Intervention erforderlich ist, eine geeignete Hilfe aber noch nicht oder nicht mehr zur Verfügung steht) versus Subsidiaritätsprinzip (nachrangig gegenüber Selbst- und Laienhilfe sowie vorrangig zuständigen professionellen Hilfsangeboten)
- gewohntes versäultes Denken kommunaler Dienste und freier Träger (macht die Arbeit für die Fachkräfte übersichtlicher und einfacher) versus notwendiger Zusammenarbeit (macht die Arbeit komplexer und komplizierter)

Gegenüber der Auseinandersetzung mit dem Konzept und den dabei deutlich werdenden Herausforderungen und Bedenken trat die Herausarbeitung von Vorschlägen zur Umsetzung in den Hintergrund. Dennoch soll die an alle Workshops gerichtete Frage der Tagungsorganisatoren, welchen Beitrag das bearbeitete Thema für eine bessere Sozialraumorientierung geben könnte, versuchsweise beantwortet werden. Die zahlreich gesammelten Vorschläge und die in der Diskussion

entwickelte Meinungsbildung lassen sich vielleicht am besten in der Formulierung eines Ermöglichungs- und eines Gestaltungs-Faktors zusammenfassen:

- Struktureller Ermöglichungs-Faktor: **Schaffung übersichtlicher regionaler Zuständigkeiten** möglichst für alle Dienste der sozialen Infrastruktur (einschließlich ausreichender Ressourcen für die zu leistenden Aufgaben)
- Dynamischer Gestaltungs-Faktor: **Kultivierung von Nonkonformismus** (das bedeutet Querdenken, Konfliktbereitschaft, Infragestellung eigener und fremder Gewohnheiten und Gewissheiten)

## Anhang A: Sammlung von Bedenken im Teilnehmerkreis

Bedenken gegenüber dem Konzept SpDi als Fachdienst für Basishilfen, bezogen auf

### 1. das Team des SpDi

- Personalressourcen (N=3): geringe personelle wie auch finanzielle Ausstattung im ländlichen Raum; personelle Ausstattung; personell Ressourcen des SpDi;
- Qualität der Arbeit (N=9): Multiprofessionalität in kleineren Regionen nicht mehr gegeben; Flexibilität / personenbezogene Diversifizierung (Kompetenzen und Persönlichkeit); Kriege ich noch mehr sozialrechtliche Fragestellungen gebacken? Qualifikation der Mitarbeiter; Wird das Angebot unspezifisch und beliebig? Vereinzlung der SpDi-Mitarbeiter; „Verzetteln“ in Arbeitsgemeinschaften bzw. Arbeitskreisen; die Teamgröße darf nicht zu klein und nicht zu groß sein (optimal 6-10 Mitarbeiter); zu starke Bindung an einzelne Sektoren?
- Aufgabenverschiebung und Arbeitsvermehrung im SpDi (N=4): steigende Fallzahlen mit komplexem Hilfebedarf; mehr Nähe zum Netzwerk bedingt mehr Zeitaufwand, der zu Lasten der direkten Beratung geht; steigende Fallzahlen, weil niemand weggeschickt wird; Budget nach Einwohnerzahlen setzt keine Grenze nach oben bei Anfragen

### 2. die Politik der Kommune

- Sparkurs (N=3): Akzeptanz der Mitarbeiter-Anzahl (Personalkosten) im SpDi; Sektorisierung benötigt ausreichend Personal; Sparzwänge
- Desinteresse (N=3): im ländlichen Raum zu wenig Unterstützung und Interesse am SpDi seitens der Politik; am Beispiel Verbundarbeit und Personalentwicklung zeigt sich, dass das PsychKG für die Kommune nicht wirklich von Bedeutung ist; das Thema Psychiatrie muss erkannt werden;
- Planung und Steuerung (N=7): die Dezentralisierung ist in Hamburg wieder rückläufig; festgelegte Sozialräume verhindern eine dynamische Stadtentwicklung; unterschiedliche Zuständigkeiten zwischen Bezirk und Stadt; Beschränkung der Einflussnahme (z.B. SGB II); Darf ich Angebote steuern? schwierige / unmögliche Koordination der versäulten Hilfen; es gibt keine kommunale Planung, Absprachen trifft der SpDi mit Fachdiensten selber (sehr zeitintensiv);

### 3. die Basishilfen im Sozialraum

- Definition und Konzeption (N=9): Klärung bzw. Definierung: Was sind Basishilfen? (was gehört dazu, was nicht?); Basishilfe = Hilfe für Jedermann? Was ist Basishilfe? Definition „Basishilfen“! Was sind Basishilfen? Größe des Sozialraumes – Schnittstellen zwischen

ambulanter Psychiatrie, stationärer Psychiatrie und öffentlicher Verwaltung; Wie wird die nicht-fallbezogene Arbeit im Sozialraum finanziert? Vernetzung im Einzelfall sinnvoll, weniger generell; spezialisierte Dienste brauchen als Einzugsgebiete größere Sozialräume;

- Qualität der Arbeit (N=9): Spezialisierung (Sucht, Gerontopsychiatrie, KJP etc.) im Sozialraum praktikabel / zeitgemäß? Generalisten fehlt das *Knowhow* für alle Problemlagen; Niedrigschwelligkeit wird verstärkt – ist das entstigmatisierend? teilweise häufig wechselnde Ansprechpartner bei „Basishilfen im Sozialraum“; Verlust der Vielfalt und inhaltlichen Schwerpunkte der Träger von Eingliederungshilfen; Wer kümmert sich um die Schwierigsten? Notnagel für alle Versorgungslücken; betriebswirtschaftliche Interessen gehen vor Flexibilisierung und Bedarfsorientierung bzw. Ressourcenorientierung; große Personalfuktuation versus Kontinuität

## **Anhang B: Sammlung von Vorschlägen im Teilnehmerkreis**

Vorschläge zur Umsetzung des Konzepts, zielend auf

### 1. das Team des SpDi

- Personalanpassungen vornehmen (N=4): Anzahl der Mitarbeiter an Fallzahlen oder Einwohner koppeln; Personalaufstockung für fallunspezifische Arbeit; mehr Personal führt zu mehr Flexibilität und mehr Hilfe; ausreichende Personal- und Finanzausstattung;
- Multiprofessionalität ausbauen (N=6): Information, Beratung und Vermittlung reibungsloser; Allzuständigkeit des SpDi +++; Organisation des Notdienstes; ärztliche Behandlungsermächtigung; professionelle Diversifizierung / multiprofessionelles Team (Sozialarbeit, Pädagogik, Pflege, Arzt); Integration von Behandlungsaufgaben (Psychiatrische Institutsambulanz, Tagesklinik), um arbeitsfähige Teams zu bilden bei überschaubaren Einzugsgebieten (ca. 100.000 Einwohner);
- Netzwerke knüpfen (N=8): Teilnahme an regionalen Arbeitskreisen; Ressourcen und Erfahrungen der Träger nutzen; mehr Handlungsmöglichkeiten durch Verzicht auf Unterstellungsverhältnisse; intensivere Vernetzung mit Basishilfen / mehr Austausch; Regionen sind überschaubar, das führt zu kurzen Wegen und mehr Vertrautheit; SpDi als Netzwerk-Koordinator; Aufbau lokaler Arbeitsstruktur bringt gute Informationen; gute Erfahrungen in Leipzig

### 2. die Kommunalverwaltung

- soziale Dienste räumlich gliedern (N=3): einheitliche Regionen definieren für kommunale Hilfsangebote; feste Kooperationsstrukturen schaffen! ein kommunales Beratungs- bzw. Service-Zentrum „unter einem Dach“; Sektorisierung durchgehend gleich in den Fachdiensten
- Zusammenarbeit ermöglichen (N=3): übersichtliche Anbieterstruktur schaffen; gleichberechtigte Zusammenarbeit der Leistungsträger und Leistungserbringer; Kommunalpolitik in die Verbünde
- Steuerungsfunktion wahrnehmen: (N=3): Möglichkeit der Bildung von Sozialraumbudgets und Begrenzung / Steuerung des Haushalts; Anerkennung der Sozialpsychiatrie als Kernthema einer Kommune; einheitlich zu nutzende Planungsinstrumente, z.B. Integrierter Teilhabeplan (ITP), kommunale Psychiatrieplanung / Sozialpsychiatrischer Plan, möglichst EDV-gestützt;

### 3. das lokale Hilfenetzwerk

- Zuständigkeiten klären (N=4): klare Ansprechpartner; bessere Vernetzung / Überschaubarkeit; Klarheit bei Zuständigkeit der Sozialdienste; nur ein bis zwei Träger pro Sektor, die die Pflichtversorgung sicherstellen, evt. mit einem Budget und Verträgen für fünf bis sieben Jahre;
- Basishilfen aufbauen (N=2): Bürgertreff; Kapazitäten für definierte Regionen an Hilfen vorhalten
- Zusammenarbeit verbessern (N=5): regelmäßiger Austausch zwischen SpDi-Mitarbeitern und Basishelfern; Teilnahme an regionalen Arbeitskreisen; regionale Treffen zum Austausch mit Trägern; stärkere Vernetzung mit Gemeinde- und Kreisverwaltung; Netzwerkarbeit seitens des SpDi als Selbstverständlichkeit!
- Kompetenzen vermitteln (N=3): regelmäßige Schulungen durch den SpDi; gemeinsame Fortbildungen; mehr Kenntnis über Strukturen im Sozialraum – der SpDi hat höheren Bekanntheitsgrad und wird so frühzeitiger in Anspruch genommen

## Anhang C: Kommentare auf der Tischdecke des World-Cafés

### zum Themenkreis Basishilfen:

- Allgemeiner Sozialdienst (ASD) fehlt.
- Durch Wegfall des ASD ist eine große Lücke entstanden. Wer füllt diese Lücke? (Psychiatisierung des „Normalen“ als Hilfskonstruktion)
- Auswirkungen der Veränderungen im Betreuungsrecht auf den SpDi: Mehrbelastung durch Zuschreibung von Fällen, die von Betreuungsbehörde als „Nicht-Betreuungs-Fälle“ erachtet werden!
- Bewahren des „offenen Ohres“ für den Bürger, Vermeidung einer Psychiatisierung über Schaffung kommunaler Beratungsstelle analog zum früheren ASD.
- Organisation aller kommunalen Hilfen im Sozialraum
- Bremen-Tenever: Sichtweisen des Sozialraum-Managers und des SpDi
- nicht den Sozialraum psychiatrisieren
- Clearingstelle

### zur Frage von Sozialraumorientierung und Allzuständigkeit des SpDi:

- Der SpDi soll die eierlegende Wollmilchsau sein – kann er diesem Anspruch entsprechen?
- Allzuständigkeit als Selbstverständnis von Ansprechbarkeit und Vermittlung in Sozialraumressourcen. Einfordern der Aufgabe der Entwicklung, Koordination und Vernetzung der (sozialräumlichen) Versorgungsstrukturen. Fachlichkeit heißt auch Kenntnis und Vermittlung (nicht-psychiatrischer) Sozialraumressourcen
- „Alter Hut“
- Sozialraumorientierung: Haltung / Arbeit ≠ Allzuständigkeit; d.h. Unterstützung / Hilfe soll da stattfinden, wo sie „lebensweltlich“ – normaler ist: aus Stadtteil, Netzwerken, Selbsthilfe ...
- „Basishilfen“ ist ein positiver Begriff. Hilfe hängt immer auch mit Kontrolle zusammen: Ordnung im Sozialraum, Entscheidungen über Interventionen

- Allzuständigkeit ist o.k.! Fachlichkeit des SpDi bleibt auch bei „Sozialraumorientierung“ erhalten! Wille, in die Sozialraumorientierung als SpDi zu kommen, wird oft durch Spannungsverhältnisse in der Organisationsstruktur des SpDi „gehemmt“!
- „Reflexivität“ als fachliches Merkmal: das benötigt der Sozialraum am meisten, in der Einzelfallhilfe und in der gemeinsamen Fallbearbeitung.
- SpDi kann nicht Anbieter von „Basishilfen“ sein! Unterschiedliche Organisationsformen denkbar!

#### **zum Themenkreis Netzwerkarbeit und SpDi als Fachdienst:**

- Der SpDi nimmt mehr und mehr Schnittstellenfunktion(en) wahr!
- SpDi als Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Altenhilfe
- Bürger entscheidet über Inanspruchnahme des SpDi als Spezialdienst.
- Nutzung der Kernkompetenzen anderer Dienste, z.B. Betreuungsbehörden und –vereine
- Unterschiede in Bundesländern: Auswirkungen auf Organisation der SpDi (SpDi als Angebot der Verbände, nicht unter Gesundheitsamt gehörend: Bayern)
- SpDi bleibt Fachdienst für psychisch Kranke, aber:
  - in Tuchfühlung mit den Problemgruppen des sozialen Umfelds
  - in Kooperation mit anderen beratenden Diensten (unterschiedliche Aufgaben, vielfältige Perspektiven); Beispiele: Sozialberatung, Pflegeberatung und –intervention
- Allzuständigkeit – wer soll’s machen?
- Befürchtung: Sparzwang der Bezirksämter, deshalb Zusammenlegung von verschiedenen Dienststellen (Sozialarbeiter-Pool)
- Personelle Ressourcen sind wichtig und der Ausbau dieser Ressourcen unbedingt nötig! Vor allem im Hinblick auf ambulante, sozialpsychiatrische Basishilfen sollte ein SpDi-Team multiprofessionell (Sozialarbeiter, Psychologen, Krankenpfleger und ausreichende ärztliche Versorgung!) ausgestattet sein.
- Netzwerkarbeit: zeitlicher Faktor, Konkurrenz der Anbieter, Zielsetzung für Netzwerkarbeit muss klar sein

#### **Themenkreis politische Rahmensetzung**

- Neben der Frage an die „Zielgruppe“ (Klientel): Was willst Du? Sollten wir auch einmal die Politik (stellvertretend) fragen: Was wollt Ihr, ... was erwartet Ihr von uns?