

Kooperation stärken

Gemeindepsychiatrische Verbünde – ein Beitrag zur Inklusion im Gemeinwesen

VON NILS GREVE

nicht sehen will, sichtbar und sehenswert zu machen.

Das »Ich will Dich sehen!« als eine »bewusste« Handlung kann helfen, Distanzen im Umgang mit Menschen, besonders mit Menschen in problematischen Situationen, überbrücken zu können. Wie schwer ist es manchmal, sich selbst anzusehen? Gibt es ein Dich-Sehen ohne ein Mich-Sehen? Wir wissen, dass es unterschiedliche Gründe gibt, warum man einen Menschen oder eine Sache nicht sehen will. Aber was bedeutet es, gesehen zu werden? Und nicht gesehen zu werden? Gibt es einen Zusammenhang zwischen Sehenwollen und Gesehenwerden? Kann man sagen, wer sehen will, wird gesehen? Welchen Einfluss hat das Gesehenwerden und das Sehenwollen auf die seelische Gesundheit? Welche Risiken, Gefahren und negative Folgen für die seelische Gesundheit verbergen sich hinter dem »Nicht-sehen-Wollen«? Wie weit und wie tief sehen zu wollen und gesehen zu werden ist seelisch am gesündesten? Gibt es einen Zusammenhang zwischen der »Würde« des Menschen und dem Bedürfnis nach »Gesehenwerden«?

All diese Fragen sind es, die uns dazu veranlassen haben, ein eigenes Projekt – *Ich will Dich sehen!* – auf die Beine zu stellen.

Wir starten dieses Projekt mit einer Postkarten-Aktion: *Ich will Dich sehen!* Damit wollen wir nicht nur auf unser Netzwerk aufmerksam machen, sondern auch versuchen, das Thema Zukunftsgestaltung und seelische Gesundheit durch das Motto »Ich will Dich sehen!« in das Bewusstsein der Stadtgesellschaft zu tragen.

Die nächste Postkarte ist immer noch nicht fertig und nicht finanziert – ein Hinweis auf unser größtes Problem, das Sie nicht überraschen dürfte: Leider fehlt uns noch eine einigermaßen stabile Infrastruktur, die eine Vergrößerung durch Ansprache weiterer Gruppen und eine systematische Arbeit an Schwerpunkten – etwa am Diskussionsforum auf unserer Homepage oder wissenschaftliche Arbeit zum Thema Zukunftsgestaltung und seelische Gesundheit – ermöglichen würde. Eine Stiftung wäre eine Hilfe – kennt jemand einen möglichen Stifter? ■

Prof. Dr. Peter Kruckenberg war bis zu seiner Pensionierung 2004 Chefarzt am Zentralkrankenhaus Bremen-Ost. Bei dem Artikel handelt es sich um die überarbeitete Fassung seines Vortrags vom Mai 2004 auf der Tagung »Prävention bei psychischen Erkrankungen« der Aktion Psychisch Kranke. Der Text war Impulsbeitrag zum Workshop »Netzwerk Zukunftsgestaltung und Seelische Gesundheit Bremen« auf der Tagung »Community Living« vom 18. bis 20. Oktober 2006 in Hamburg.

Kontakt: Netzwerk Zukunftsgestaltung und Seelische Gesundheit Bremen e.V., Fahim Sobot, c/o Villa Ichon, Goetheplatz 4, 28203 Bremen; Tel.: (04 21) 3 61-49 55; E-Mail: info@netzwerk-bremen.de

Zunächst möchte ich einige allgemeine Bemerkungen über gemeindepsychiatrische Verbünde machen, insbesondere zu der Frage, ob die verbundförmige Organisation gemeindepsychiatrischer Hilfen für Hilfebedürftige einen Zugewinn an Inklusion darstellt – oder zumindest darstellen kann.

Inklusion: ein (noch) nicht eingelöstes Ziel der Psychiatriereform

Eikermann und Reker haben kürzlich im »Deutschen Ärzteblatt« kritisiert, dass die Psychiatriereform nicht zu einer tatsächlichen Integration psychisch Kranker, sondern eher zu einer Schaffung »gemeindenaher« Parallelwelten geführt habe. Einige Jahre zuvor kam von der »Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung« (1997) eine andere, ebenfalls gravierende Kritik am bis dahin erreichten Stand der Gemeindepsychia-

trie: Sie arbeite »institutionszentriert«, nicht »personenzentriert«.

Beide Kritiken haben aus meiner Sicht etwas Gemeinsames. Sie zeichnen ein Bild der Psychiatrie vor Ort, die aus kleinen, innerhalb ihrer Versorgungsregion gelegenen Institutionen besteht, sich aber nicht wirklich in das kommunale Alltagsleben integriert hat. Hilfesuchende werden in eine oder mehrere dieser Institutionen einbezogen und haben dort (!) ein Mehr an Teilhabe – aber nicht unbedingt bezüglich ihrer vorhandenen oder aufzubauenden privaten Umgebung und auch nicht notwendig hinsichtlich des Zusammenlebens in ihrer »Gemeinde«.

Etwas schärfer könnte man diese Kritik so formulieren: Die Psychiatriereform hat in Deutschland eine Vielzahl kleiner »Anstalten« hervorgebracht. Klienten werden an die Institutionen angepasst, gewöhnen sich an das Leben in der Psychiatrie vor Ort und haben fast nur dort ihre sozialen Kontakte.



Kommunikation

Aus: Wem gehört die Welt? Forbfeber e.V., Essen

Nun könnte man die Vorstellung einer »Gemeinde« mit regem Zusammenleben sicher als idealtypisch kritisieren und einwenden, tatsächlich bestünde jede Kommune oder jede Region aus vielen kleinen und größeren Subkulturen und dann dürfe die Psychiatrie eben auch eine solche, zusätzliche Subkultur darstellen – eine Nische für Menschen, die eine Inklusion in andere soziale Zusammenhänge nicht wollten oder nicht schaffen könnten.

Das Ideal der Psychiatriereform war und ist aber ein anderes: Psychisch kranke oder behinderte Menschen sollen Hilfe dazu erhalten, in ihrem Stadtteil oder Dorf zu leben wie alle übrigen Bürger auch. Ausgrenzung

als eine häufige Folge psychischer Störungen oder Krisen soll so weit wie möglich verhütet oder überwunden werden.

Das ist für die Arbeit psychiatrischer Dienste eine hohe Messlatte. Wir haben demnach unsere Hilfen so zu organisieren, dass sie dem Einzelnen mit seinem individuellen Bedarf möglichst gerecht werden. Wir sollen unsere Klienten dabei unterstützen, ihre eigenen Lebensentwürfe zu finden und zu verwirklichen, einschließlich ihrer eigenen Bedürfnisse nach Teilhabe am sozialen Leben ihrer nahen oder größeren Umgebung. Unsere Einrichtungen sollen eine möglichst geringe Sogwirkung erzeugen, sich ihren Spielregeln anzupassen und sich an ein Leben in ihnen zu gewöhnen.

hat die Aktion Psychisch Kranke die Bildung einer Bundesarbeitsgemeinschaft der gemeindepsychiatrischen Verbände angeregt. Dieser Zeugungsakt führte zu einer mehrjährigen Schwangerschaft mit erbitterten Diskussionen darüber, wie eng oder wie weit der Verbundbegriff gefasst sein sollte, um einerseits glaubwürdig von einer tatsächlichen neuen Qualität von »Verbänden« sprechen zu können und andererseits möglichst viele Regionen mit ihren strukturellen Eigenheiten einzubeziehen. Immerhin endete diese Tragezeit dann im März dieses Jahres doch noch mit einer Lebendgeburt, nämlich der Gründung der BAG GPV (Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände). Dreizehn Verbundregionen sind seit der Gründung in der BAG organisiert, weitere Regionen haben Interesse bekundet oder bereits die Aufnahme beantragt.

Bildung gemeindepsychiatrischer Verbände

Die Aktion Psychisch Kranke hat den »personenzentrierten« Impuls der Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung aufgegriffen und über Bundes- und Länder-Modellprogramme und IBRP-Schulungen vorangetrieben. Das hat in vielen Regionen zur Bildung von verbundförmigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer geführt, die sich zum Beispiel auf ein einheitliches Hilfeplanverfahren und gemeinsame Hilfeplankonferenzen verständigt haben. Zumindest formal ist das die Einlösung des Anspruchs auf personenzentrierte Hilfen – eine Planung ausgehend vom Bedarf des Klienten und eine Leistung der Hilfen im Verbund der Dienste. Die verbreitete »Planung« zur Deckung der Belegungslücken der Träger und die Hilfeleistung der vereinzelt arbeitenden Einrichtungen, die den Klienten zwischen Pontius und Pilatus hin und her schickt, können so überwunden werden.

»Zumindest formal« habe ich einschränkend gesagt, weil das Ganze natürlich mit Leben gefüllt werden muss. Solche gemeinsame Hilfeplanung und -leistung wächst in Verbänden erst im Laufe der Zeit, wenn die Träger miteinander vertrauter werden und sich als Kooperationspartner kennen und schätzen lernen. Je nach den Gegebenheiten in der Region ist das ja nicht von vornherein selbstverständlich, die einzelnen Institutionen können um die Klienten auch konkurrieren, insbesondere dann, wenn Belegungsdruck herrscht oder die Vergütungen seitens der Kostenträger knapper werden. Insofern ist die Bildung von Verbänden auch eine Gegenbewegung zur derzeitigen sozialpolitischen Großwetterlage, ein Versuch, korporatistische Strukturen zu erhalten und zu stärken.

Um diese Entwicklung bundesweit zu festigen und »nachhaltiger« werden zu lassen,

Qualitätsanforderungen

BAG-Mitglieder müssen in ihrer Region eine Reihe von Qualitätsanforderungen erfüllen, die ich hier vollständig wiedergebe, wegen der Länge der Originalpapiere aber nur zusammengefasst vortragen kann:

1. Der GPLV (Gemeindepsychiatrischer Leistungserbringerverbund) ist ein verbindlicher Zusammenschluss der wesentlichen Leistungserbringer einer definierten Versorgungsregion.
2. Die Kommune ist im Rahmen ihrer Pflichtaufgaben zur Daseinsvorsorge im GPLV vertreten.
3. Der GPLV dient (mindestens) folgenden Zwecken:
 - a) der Sicherstellung von bedarfsgerechter Behandlung und Hilfe für Menschen mit schweren akuten und lang dauernden psychischen Erkrankungen in dem und aus dem Versorgungsgebiet in den folgenden Leistungsbereichen:
 - sozialpsychiatrische Hilfe zur Selbstversorgung/Wohnen,
 - sozialpsychiatrische Hilfe zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung,
 - sozialpsychiatrische Hilfe im Bereich Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung,
 - sozialpsychiatrische Grundversorgung,
 - spezielle Therapieverfahren,
 - sozialpsychiatrische Leistungen zur Behandlungs- und Rehabilitationsplanung im Sinne einer regionalen Versorgungsverpflichtung;
 - b) der Sicherstellung der Koordination sozialpsychiatrischer und anderer erforderlicher Leistungen im Einzelfall und im Zusammenwirken der Institutionen, insbesondere Sicherstellung von personenzentrierten einrichtungsübergreifenden integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsprogrammen (Komplexleistungen);

Michael Konrad, Sabine Schock, Joachim Jaeger

Dezentrale Heimversorgung in der Sozialpsychiatrie



das Buch zum Heft-Thema

190 Seiten, 19,90 Euro, Bestellnr. 411

M. Konrad / Sabine Schock / J. Jäger

Dezentrale Heimversorgung in der Sozialpsychiatrie

»Anschaulich wird gezeigt, wie der personenzentrierte Ansatz umgesetzt wird, wie die Bedürfnisse und Wünsche der Klienten berücksichtigt werden und diese an Lebensqualität gewinnen. ... Auch die Sicht der Beschäftigten greifen sie auf, ein Thema, das bislang auf dem sozialpsychiatrischen Büchermarkt fehlt.« Heike Engelhardt, SWZ aktuell

Psychiatrie-Verlag Bonn

Bestellungen an:

DGSP • Zeltlinger Straße 9 • 50969 Köln
Tel.: 0221/51 10 02 • Fax: 52 99 03
e-mail: dgsp@psychiatrie.de

c) der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung durch Weiterentwicklung des Leistungsspektrums, Differenzierung der Hilfen in Anpassung an den Bedarf und Optimierung der Nutzung der Ressourcen;

d) der Beteiligung an der regionalen Steuerung psychiatrischer Hilfen durch verbindlichen und kontinuierlichen Austausch mit

- der kommunalen Gesundheits- und Sozialverwaltung,
- den Leistungsträgern,
- den organisierten Psychiatrie-Erfahrenen,
- den organisierten Angehörigen psychisch Kranker,
- weiteren Leistungserbringern, die nicht Mitglied des GPLV sind.

4. Ein Kooperationsvertrag oder eine beschlossene Grundsatzklärung regelt die Kooperation der Vertragspartner bei der Erbringung sozialpsychiatrischer Dienstleistungen. Davon unberührt bleibt die Rechtsträgerschaft der Dienste und Einrichtungen, die in den Verbund einbezogen sind. Verträge und Vereinbarungen mit Leistungsträgern werden von den jeweiligen Rechtsträgern gesondert allein oder in Gemeinschaft geschlossen. Dabei können spezielle Trägerverbände gebildet werden.

5. Die Mitglieder verpflichten sich, die im Einzelfall erforderlichen Leistungen im Bedarfsfall als Komplexleistung zu erbringen, d.h. als integrierte Leistung nach gemeinsamer Planung und Abstimmung der beteiligten Leistungserbringer im Verlauf. Voraussetzung hierzu ist die intensive fachliche Kooperation aller Leistungserbringer.

6. Die Mitglieder verpflichten sich zur gemeinsamen kontinuierlichen Überprüfung der regionalen Versorgungssituation in Hinblick auf Bedarf, Angebot und Leistung. Die Mitglieder verpflichten sich zur wechselseitigen Information und Beratungen über

- das eigene Leistungsangebot, insbesondere Änderungen des Leistungsangebots,
- Erkennen neuer Bedarfe oder Versorgungsmängel in der Region.

7. Die Mitglieder legen sich auf folgende gemeinsame Qualitätsstandards für die einzelfallbezogene Leistungserbringung fest:

- Beachtung des Rechts auf Selbstbestimmung der psychisch kranken Menschen;
- personenzentrierte Hilfen, die bedarfsgerecht, individuell, flexibel, zeitgerecht, abgestimmt und wirtschaftlich erbracht werden, und zwar grundsätzlich im Versorgungsgebiet;
- konsequente Orientierung am individuellen Bedarf;
- Vorrang nicht psychiatrischer Hilfen;
- Zusammenarbeit mit Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen;
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen;
- Fortbildung, Supervision und Qualifizierung;

- Beachtung des Datenschutzes und des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung.

8. Die Mitglieder verpflichten sich zur einzelfallbezogenen Kooperation (jeweils Mitwirkung oder Berücksichtigung der Hilfeplanung anderer) bei psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfebedarf (Bedarf an multiprofessionellen Hilfen, Leistungen unter Einbeziehung mehrerer Einrichtungen und Dienste, Hilfen zur Teilhabe):

- Es wird eine regionale Hilfeplankonferenz gegründet, die Teilnahme an der Hilfeplankonferenz wird geregelt.
- Es wird eine integrierte, zielorientierte, lebensfeldbezogene individuelle Hilfeplanung (z.B. mit dem IBRP) nach folgenden Prinzipien vereinbart: Einbeziehung des Klienten und seiner Bezugspersonen, zielorientierte, lebensweltorientierte, integrierte Hilfeplanung (einrichtungsübergreifend, leistungsbereichsübergreifend = ein Behandlungs- und Rehabilitationsplan pro Person), abgestimmt unter Einbeziehung der aktuellen Therapeuten (multiprofessionell, interdisziplinär).
- Nach erfolgter Hilfeplanung wird eine einvernehmliche Einigung über Hilfeleistungen in Bezug auf Art und Umfang der Hilfeleistungen sowie die jeweiligen Zuständigkeiten gefunden.
- Die Stellung und Anerkennung einer koordinierenden Bezugsperson mit einrichtungsübergreifender Zuständigkeit wird definiert.
- Die Bereitschaft zur Teilnahme an Personenkonferenzen (einzelfallbezogenen Besprechungen) bei Bedarf wird vereinbart.

9. Die Mitglieder beteiligen sich an einem regionalen Qualitätsmanagement (neben dem internen Qualitätsmanagement):

- Fortschreibung der Qualitätsstandards des GPLV;
- gemeinsames Beschwerdemanagement;
- gemeinsame Initiativen zur Optimierung der Qualität von Behandlung und Hilfe zur Teilhabe;
- Mitwirkung an regionaler Gesundheitsberichterstattung, möglichst auf der Grundlage einer einrichtungsübergreifenden Dokumentation;
- Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen psychisch erkrankter Menschen.

10. Das Recht auf Mitgliedschaft besteht für jeden Leistungserbringer, der die Ziele und die Satzung des GPLV anerkennt und in seinem Verantwortungsbereich angemessen berücksichtigt.

11. Der GPLV muss seine Vertretung in der Region und in der BAG GPV verbindlich geregelt haben. Es gibt ein Entscheidungsgremium und einen Vorsitzenden oder Sprecher.

12. Der GPLV pflegt kontinuierlichen Aus-

tausch mit Selbsthilfeorganisationen Psychiatrie-Erfahrener und Angehörigen psychisch Kranker. Vertreter dieser Selbsthilfegruppen können mit Rederecht an Versammlungen des GPLV teilnehmen.

13. Der GPLV verpflichtet sich zur Beteiligung am regionalen Steuerungsgremium (Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverband, GPSV).

Eine Chance für mehr Inklusion?

Die Vereinheitlichung der Hilfeplanung, die Bildung von Hilfeplankonferenzen, die Gründung einer Bundesarbeitsgemeinschaft mit der Formulierung einer Satzung und einer Liste von Qualitätsanforderungen – das alles könnte schnell zu einem typisch deutschen Bürokratiemonster werden. Vielleicht empfinden Sie es ja schon aufgrund meiner Darstellung so.

Und unverkennbar wird die Hilfeplanung nach neuem Ritus auch bereits so genutzt, nämlich in der Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern, vor allem bei der Eingliederungshilfe. Neben der Klärung – oder Festlegung? – von individuellem Hilfebedarf geht es da naturgemäß auch um sozialrechtliche und finanzielle Fragen.

Deformationen der ursprünglichen Intention sind möglich und finden auch statt, und die »Soltau Impulse« haben die Klage darüber auf den Punkt gebracht. Aber sind solche Fehlentwicklungen unvermeidlich, ist die Chance schon verspielt?

Diese Frage will ich jetzt, zu Beginn unseres Workshops, nicht bereits mit Ja oder Nein beantworten, auch nicht mit Jein. Sie könnte ein Schwerpunkt unserer Diskussion werden, nachdem die Kollegen aus dem Kreis Stormarn ihren Verbund vorgestellt haben.

Meine Meinung dazu möchte ich aber trotzdem abschließend als These formulieren: Es hängt von unserer praktischen Arbeit in solchen Verbundstrukturen ab, ob wir unseren Klienten tatsächlich zu mehr Teilhabe am sozialen, auch nicht psychiatrischen Leben verhelfen. Ein Verbund, eine Konferenz und ein Hilfeplanformular sind allenfalls nützliche Hilfsmittel dazu, aber bestimmt keine Erfolgsgarantie. ■

Nils Greve, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Diplom-Psychologe, ist leitender Arzt und Geschäftsführer des Psychosozialen Trägervereins Solingen e.V. Bei dem Artikel handelt es sich um einen Impulsbeitrag des Autors zum Workshop 21 des Fachkongresses »Community Living« vom 18. bis 20. Oktober 2006 in Hamburg. In diesem Workshop wurde auch der Gemeindepsychiatrische Verbund Stormarn exemplarisch vorgestellt als »ein Beitrag zur Inklusion im Gemeinwesen«.