

Tagung: „Wir(r) in NRW!? – Perspektiven der Gemeindepsychiatrie“  
am 11./12.10.2007 an der Universität Siegen  
[www.zpe.uni-siegen.de](http://www.zpe.uni-siegen.de)

---

Plenumsvortrag am Freitag, 12.10.2007

**Matthias Rosemann**  
Träger gGmbH, Berlin

**Plenumsvortrag**  
**„Perspektiven des Gemeindepsychiatrischen Verbundes“**

Siegen, 12.10.2007

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

herzlichen Dank für diese warme Begrüßung und für die Einladung zu diesem Vortrag. Sie hat mir die Gelegenheit verschafft, in meiner gerade genannten Doppelrolle Sinn und Ziele Gemeindepsychiatrischer Verbände vor dem Hintergrund einiger aktueller Herausforderungen zu reflektieren. Danke auch, dass ich als Berliner Ihnen in NRW einige Gedanken zur Perspektive von Gemeindepsychiatrie beisteuern darf.

Das Ziel dieser Tagung ist, eine Standortbestimmung für die Gemeindepsychiatrie in NRW zu entwickeln und dabei haben Sie für den heutigen Vormittag der Idee des Gemeindepsychiatrischen Verbunds einen prominenten Raum gegeben. Nun sind Gemeindepsychiatrische Verbände ja kein Selbstzweck und Kooperation und Vernetzung sind weder neu noch besonders originell. Im Gegenteil, sie werden in fast jedem Mund geführt. Also gilt es, genauer hinzusehen und zu fragen, welche Aufgabe besser gelöst und welche Herausforderung im Gemeindepsychiatrischen Verbund besser gemeistert und gelöst werden können, als ohne ihn.

Zuerst will ich einen Blick auf einige für die Psychiatrie bedeutsame Veränderungen in den Rahmenbedingungen unsere Systems der Sozialen Sicherung werfen, dann möchte ich gern auf einige Spannungsverhältnisse innerhalb des psychiatrischen Diskurs hinweisen, um daraus Folgerungen für die zu lösenden Aufgaben zu ziehen.

**Marktgedanke im Sozialhilferecht – wer übernimmt die Versorgungsverpflichtung?**

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe hat in ihrem Eckpunktpapier vom Februar 2007 unter der Überschrift „Marktorientierung und Preiswettbewerb“ ausgeführt, dass sie einen Markt von Anbietern wünscht, der eine Grundvoraussetzung für einen „dringend notwendigen Preis- und Leistungswettbewerb“ darstelle.

In der Akzentuierung anders, in der Tendenz ähnlich formuliert der Deutsche Verein in seinen Empfehlungen zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen in der Eingliederungshilfe vom Juni 2007 Prüffragen für Ansätze von Weiterentwicklung. Darin wird u.a. gefragt:

**Tagung: „Wir(r) in NRW!? – Perspektiven der Gemeindepsychiatrie“  
am 11./12.10.2007 an der Universität Siegen  
[www.zpe.uni-siegen.de](http://www.zpe.uni-siegen.de)**

---

Plenumsvortrag am Freitag, 12.10.2007

- Kann die individuelle Bedarfsdeckung erreicht werden?
- Inwieweit wird das Wunsch- und Wahlrecht und das Selbstbestimmungsrecht des leistungsberechtigten Menschen geachtet?
- Ist der Handlungsansatz geeignet, die Kosten der Eingliederungshilfe einzudämmen?
- Ist der Handlungsansatz wettbewerbstauglich (Leistungswettbewerb, Preiswettbewerb)?

Das ist also die Tendenz der Sozialhilfeträger: Zum einen die Orientierung am individuellen Bedarf fördern zu wollen und auf der anderen Seite einen Markt der Anbieter zu wünschen, auf dem sich der Leistungsträger oder der Kunde, der hier begrifflich ins Geschäft kommt, das geeignetste und günstigste Angebot aussucht.

Blickt man in die Literatur zum Sozialmanagement und zum Qualitätsmanagement findet man dort die gleiche Denkstruktur: Der Marktbegriff findet sich nicht nur im Marketing, aber dort auch. Nur ein Beispiel: Viele von Ihnen kennen die Seminare der Bank für Sozialwirtschaft und anderer Fortbildungsträger

*Strategische Unternehmensführung – Schaffen sie eine nachhaltige Verbesserung der Wettbewerbssituation*

*Den Kern jeder Strategie bildet das „Wertangebot“, das dem Kunden zur Verfügung gestellt wird. Dieses Wertangebot besteht aus dem einzigartigen Mix an Produkten, Preisen, Dienstleistungen, Beziehungen und dem Image, das ein Unternehmen seinen Kunden anbietet.*

Aus: BFS Service GmbH Kompetenztransfer 2007/2008

*Marketing in der Eingliederungshilfe – Mit dem Persönlichen Budget Kunden gewinnen und binden*

*Neu entwickelte individuelle Serviceleistungen bieten Wettbewerbsvorteile, Imagegewinne und garantieren die Auslastung der eigenen Kapazitäten.*

Aus: BFS Service GmbH Kompetenztransfer 2007/2008

Nun stellt sich die Frage, ob die Idee des auf Preis- und Leistungsebene konkurrierenden Anbietermarkts wirklich geeignet ist, auch unseren schwierigsten Klienten ein Angebot zu erhalten, oder ob das auf einem solchen Markt nur dann funktionieren wird, wenn Überkapazitäten in hohem Umfang vorhanden sind. In der psychiatrischen Versorgung sind die schwierigsten Menschen nicht zwingend die mit dem hohen Unterstützungsbedarf, sondern die, die die Leistung vielleicht gerade nicht wollen oder mit denen sich die Unterstützung Gebenden häufig sehr konfliktuell auseinandersetzen müssen oder deren Unterstützungsbedarf vielfältig und stark schwankend ist. Ich fürchte, für diese Menschen ist der Markt keine Lösung, und im Preiswettbewerb der Anbieter wird für diese Menschen kein Angebot mehr entstehen. Der Markt ist gut für Menschen, die in der Lage sind, Angebote zu prüfen und auszuwählen.

Ich will daraus eine Aufgabe für die Gemeindepsychiatrie formulieren:

**Tagung: „Wir(r) in NRW!? – Perspektiven der Gemeindepsychiatrie“**  
am 11./12.10.2007 an der Universität Siegen  
[www.zpe.uni-siegen.de](http://www.zpe.uni-siegen.de)

---

Plenumsvortrag am Freitag, 12.10.2007

Es muss uns gelingen, den Markt zu begrenzen auf die Leistungsstarken. Für die Schwachen brauchen wir ein Hilfesystem. Damit meine ich ein System und nicht, dass zufällig ein Angebot vorhanden ist. Wir benötigen eine Struktur der Hilfeleistung und nicht ein eher zufälliges Angebot guter Leistung für gut informierte Kunden. Nur dann werden wir auch den Schwächsten weiterhin nicht vergessen.

### **Steuerung durch Leistungsträger - wie viele Fallmanager braucht der Mensch?**

In einigen Bundesländern wird das Fallmanagement in der Sozialhilfe eingeführt. Der Grundgedanke des FM entspricht dem Marktgedanken: der – aus eigener Schulung fachlich kompetente und durch sozialpädagogisch und medizinische Fachdienste gestärkte – Fallmanager klärt mit dem Hilfesuchenden den Unterstützungsbedarf und sucht auf dem Anbietermarkt den geeigneten Leistungserbringer. Eine wesentliche Triebfeder, und die muss man sehr ernst nehmen und sie ist auch richtig, ist das Anliegen, fachliche und finanzielle Steuerung zusammenzuführen. Wer die Leistung bezahlt, soll auch in der Lage sein, Ziele und Maßnahmen beurteilen und bestimmen zu können. Hier tritt die Marktidee erneut ganz deutlich in den Vordergrund und es wird die Ideologie produziert, der Hilfesuchende sei der Kunde, an dessen Seite der Fallmanager hilft, die geeignete Leistung günstig einzukaufen. Tatsächlich wird eher der Sozialhilfeträger zum Kunden, denn er schließt die Verträge (Kostenübernahme genannt) und stellt den Hilfeplan auf.

Diese Idee des Fallmanagements ist nicht neu, an ihr ist nichts Revolutionäres. Wir kennen das Fallmanagement aus vielen anderen Leistungsbereichen, zum Beispiel auch aus der Arbeitsgemeinschaft nach SGB II, den Job-Centern, es tritt uns bei manchen Krankenkassen entgegen. Man darf gespannt sein, was die neue Entwicklung in der Pflegeversicherung bringen wird. Zweifelsfrei ist die zunehmende Institutionalisierung des Fallmanagements auch eine Reaktion von Kosten- und Leistungsträgern auf die fachliche Dominanz der professionellen Helfer.

Das ist aber etwas ganz anderes als die Grundidee des Case-Managements. Im Case-Management werden verschiedene Leistungen durch eine Person koordiniert und diese Person stellt eine persönliche Kontinuität über unterschiedliche Phasen der Hilfestellung sicher. Das aber bildet sich durch die Zunahme von Fallmanagern bei Leistungsträgern nicht mehr ab. Manchmal drängt sich mir das Bild einer Helferkonferenz auf, in der sich drei Fallmanager treffen, um mittels drei verschiedener Hilfeplanverfahren und in Zusammenarbeit mit drei verschiedenen Fachdiensten für drei verschiedene Leistungsträger einen „Fall“ zu klären.

Also, die Herausforderung lautet, die Zusammenführung von fachlicher und finanzieller Steuerung müssen wir gewährleisten, wir müssen den Kostendruck anerkennen. Das bedeutet aber, das Hilfesystem optimal nutzen: Denn Über-, Unter- und Fehlversorgung kann kein Fallmanager allein vermeiden, schon gar nicht, wenn er nur einen Leistungsträger im Blick hat. Das kann eigentlich nur ein Hilfesystem in seiner Gesamtheit. Das ganz große Ziel: Nur die leistungsträgerübergreifende und leistungsanbieterübergreifende Zusammenführung von fachlicher

**Tagung: „Wir(r) in NRW!? – Perspektiven der Gemeindepsychiatrie“**  
am 11./12.10.2007 an der Universität Siegen  
[www.zpe.uni-siegen.de](http://www.zpe.uni-siegen.de)

---

Plenumsvortrag am Freitag, 12.10.2007

und finanzieller Steuerung wird letztlich eine vernünftige Nutzung der im gesamten System zur Verfügung stehenden Ressourcen ermöglichen.

### **Differenzierung des Leistungssystems in der GKV – jeder für sich und die Krankenkassen wählen aus?**

Der Gesetzgeber und der Gemeinsame Bundesausschuss haben uns in den letzten Jahren eine Reihe von Instrumentarien zur Verfügung gestellt, mittels derer neue oder bessere Leistungen für psychisch kranke Menschen gestaltet werden können: Soziotherapie und häusliche psychiatrische Krankenpflege sind als Leistungsangebote neu kodifiziert. Die Medizinischen Versorgungszentren und die Integrierte Versorgung stellen neue Leistungsarten dar, die in ihrem Integrationsgedanken viele Impulse aus der gemeindepsychiatrischen Denkstruktur aufnehmen.

Aber die Praxis ist eine ganz andere. In vielen Regionen verhandeln die Leistungserbringer einzeln mit jeder Krankenkasse einen Vertrag über die Soziotherapie oder über die psychiatrische häusliche Krankenpflege und hier ist der Wettbewerb im heftigsten Gange. Am deutlichsten ist dieses Phänomen in der Integrierten Versorgung zu beobachten. Wenn irgendwo ein guter integrierter Versorgungsvertrag in einer Region mit einer Kasse entstanden ist, ist es wahrscheinlich unmöglich, den gleichen Vertrag irgendwo anders hin zu übertragen, denn die Krankenkassen wollen und sollen ja auch in solchen Verträgen miteinander konkurrieren. Manchmal habe ich die Sorge, dass die Vielfalt der Angebote in einigen Jahren die Unübersichtlichkeit der Handytarife erreicht haben wird und wir am Ende die Verbraucherzentralen benötigen, die die Übersichten liefern können, für welche Erkrankung welche Krankenkasse in welcher Region das beste Angebot bereit hält.

Auch daraus soll eine Aufgabe für die Gemeindepsychiatrie formuliert sein:

Wir müssen die neuen Möglichkeiten des Gesetzgebers nutzen: aber wir müssen die neuen Angebote integrieren und versuchen, diese Leistungen miteinander zu verknüpfen und tatsächlich zu verbinden um daraus ein Hilfesystem zu gestalten und sie nicht dem Markt und den Kunden zu überlassen.

Zum letzte Punkt der Rahmenbedingungen, die ich betrachten will:

### **Qualitätsmanagement und Kundenorientierung: Wer ist Kunde?**

Jeder, der sich mit Qualitätsmanagement oder sagen wir mal, dem systematischen Qualitätsmanagement beschäftigt, weiß, dass das seltsam bürokratische Auswüchse annehmen kann, wenn man das innerbetrieblich tut. Die Krankenhäuser stehen da meistens unter besonderem Druck, ein solches Qualitätsmanagement zu betreiben. Bei den Leistungsträgern sieht man ein Zertifikat gerne und manchmal braucht man es auch zu Marketingzwecken.

**Tagung: „Wir(r) in NRW!? – Perspektiven der Gemeindepsychiatrie“**  
am 11./12.10.2007 an der Universität Siegen  
[www.zpe.uni-siegen.de](http://www.zpe.uni-siegen.de)

---

Plenumsvortrag am Freitag, 12.10.2007

Am deutlichsten tritt uns die Schwierigkeit des institutionszentrierten Qualitätsmanagements im Kundenbegriff entgegen, der ja deutlich von allen Seiten propagiert wird. Aber wer ist unser Kunde:

- Der Mensch, der die Hilfeleistung erhält? Ist jemand ein Kunde, der möglicherweise die Leistung gar nicht will, denken Sie nur mal an die Betreuung chronisch suchtkranker Menschen oder an Menschen, die aus der Forensik kommen und die nicht selten von einer Hilfestellung erst mal überzeugt werden müssen?
- Die Familie, in der ein psychisch kranker Mensch lebt und die möglicherweise ganz andere Vorstellungen von Leben und von Hilfe hat, als der psychisch kranke Mensch selbst?
- Der Leistungsträger, der die Leistung bezahlt? Kann jemand Kunde sein, der zwar bezahlt, aber die Gegenleistung nicht erhält? Oder ist die Leistung die, dass weniger Bezahlung erforderlich wird?
- Die Nachbarn, die endlich mal in Ruhe leben wollen? Die Kolleginnen und Kollegen, die in ihren Arbeitsabläufen nicht mehr beeinträchtigt werden wollen oder sollen? Die Polizei, die nicht mehr jede Woche anrücken will? Oder die Bürger in ihrer Gesamtheit? Die Community? Der Staat – erteilt nicht er uns nicht einen Ordnungsauftrag in der psychiatrischen Versorgung?

Sie sehen, der Kundenbegriff in der Psychiatrie ist äußerst schillernd. Er taugt auch nicht und es zeigt sich an ihm, dass in der Psychiatrie das rein institutionszentrierte Qualitätsmanagement nicht mehr weiter trägt. Es ist daher durchaus interessant, den neuen Ansätzen im Qualitätsmanagement durchaus zu folgen, die den Kundenbegriff durch den Begriff von der „interessierten Partei“ ersetzen. Der Begriff der ‚interessierten Partei‘ kann uns nämlich weiterhelfen in einem Hilfesystem, das voller Widersprüche steckt, in dem der gesellschaftliche Auftrag der individuellen Hilfe manchmal geradezu entgegen gesetzt sein kann.

Das heißt, wenn wir über Qualitätsmanagement reden, dann sollten wir aus meiner Sicht mit Blick auf die Gemeindepsychiatrie darauf achten, dass wir das Qualitätsmanagement in einem Hilfesystem entwickeln. Denn Psychiatrie ist eigentlich nur gut, wenn die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Bausteinen oder Anbietern tatsächlich gut funktionieren und insofern braucht Qualitätsmanagement nicht nur die institutionszentrierte Sicht, sondern vorrangig auch in der Gemeindepsychiatrie eine Sicht auf das gesamte Hilfesystem. Und aus dem Grund ist ein Gemeindepsychiatrischer Verbund - wenn er sich ernsthaft an die Arbeit begibt - immer ein Verbund, der das Ziel der Qualitätsentwicklung hat.

Lassen Sie mich nun kurz auf vier Aspekte innerhalb der gemeindepsychiatrischen Diskussion einen Blick werfen:

**Autonomie und Selbstbestimmung können im Widerspruch zu Integration und Inclusion stehen – wer verantwortet die verwahrloste Wohnung?**

**Tagung: „Wir(r) in NRW!? – Perspektiven der Gemeindepsychiatrie“**  
am 11./12.10.2007 an der Universität Siegen  
[www.zpe.uni-siegen.de](http://www.zpe.uni-siegen.de)

---

Plenumsvortrag am Freitag, 12.10.2007

Mir fällt auf, dass zunehmend wieder mehr die Diskussion zum Tragen kommt, wie weit sich eigentlich das individuelle Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung mit dem Anspruch auf Integration und Inklusion beißen kann. Vor allem interessiert mich daran die Fragestellung, wann denn das Recht auf Selbstbestimmung endet und wer das entscheidet. Und zwar nicht in den großen Fragen, wenn es um Fremd- oder Selbstgefährdung geht, sondern im Alltag. Wir haben ja alle einige Klienten, bei denen die Betreuung bei Weitem nicht reibungsfrei läuft. Deswegen habe ich das Beispiel der verwahrlosten Wohnung genommen. Wer in der praktischen Arbeit steht, wird oft wissen, dass man Menschen kennt, die in Verhältnissen leben, über die Außenstehende die Hände über dem Kopf zusammen schlagen. Ich benutze bewusst dieses einfache Beispiel, weil es im Alltag sich ereignet. Und die spannende Frage ist die, wie weit eigentlich der Grundgedanke, dass jeder sein Leben so selbst und frei gestalten können soll wie er will, sich verträgt mit dem grundsätzlichen Anspruch, dass wir Menschen helfen wollen sich zu integrieren. Ich stelle mir diese Frage nachdrücklich, nachdem unser Träger von einer Hausverwaltung in Berlin zu hören bekommen, dass sie grundsätzlich nicht mehr an Menschen vermietet, die betreut werden. Daher die Frage: ‚Wie weit darf denn eine Wohnung verwahrlost sein?‘ Damit meine ich nicht einfach nur verschmutzt oder vermüllt, sondern mit zerbrochenen Fensterscheiben, mit aus der Wand gerissenen Steckdosen und ähnlichem mehr. Darf ein solcher Mensch eine Wohnung haben? Müssen wir uns um ihn kümmern? Auch wenn er das nicht möchte: Müssen wir ihn dabei unterstützen, ihm das Mietverhältnis erhalten? Selbst gegen seinen Widerstand? Oder muss so jemand ins Heim und es gibt keine Alternative dazu?‘ Das sind schwierige Fragen. Ich stelle sie deswegen, um deutlich zu machen, dass Mitarbeiter in gemeindepsychiatrischen Diensten Antworten auf solche Fragen brauchen. Ich halte es für falsch, wenn jeder Mitarbeiter selbst die Antwort gibt oder jede Institution allein diese Antwort entscheidet, weil das in der Nähe von Willkür ist oder von zufälligen Haltungen, die sich an irgendeiner Leitungsspitze gebildet haben.

Wenn wir den Klienten, um die es geht, und den Mitarbeitern unserer Dienste helfen wollen, den richtigen Weg zu finden, dann müssen wir uns bewusst sein, dass es sich um eine Gradwanderung handelt und dass es auch für diese Gradwanderung unabdingbar ist, dass man darüber von Außen mitbetrachtete und kontrollierte Haltungen entwickeln muss. Auch aus dem Grunde halte ich Gemeindepsychiatrische Verbände für notwendig, die uns dabei helfen, Öffentlichkeit herzustellen, gemeinsame Haltungen auf solche Fragen zu entwickeln und im schwierigen Einzelfall - das ist ja nicht jeder Alltagsfall - tatsächlich helfen, diesen Abwägungsprozess, der da drin steckt, sorgfältig durchzuführen.

**Ausbau und Entwicklung neuer Angebote und neuer Dienstleistungen: Wer Beziehungskontinuität will, muss in der Einrichtung bleiben?**

Vor nicht 14 Tage formulierte auf einer Tagung des größten Berliner Krankenhauskonzerns eine Angehörige, sie wünsche sich für alle Menschen, die zum ersten Mal mit einer Erkrankung eines Familienmitglieds konfrontiert seien, dass sie nur einmal einem Menschen die Probleme, die Geschichte und die aktuelle Lage erklären wollen

**Tagung: „Wir(r) in NRW!? – Perspektiven der Gemeindepsychiatrie“**  
am 11./12.10.2007 an der Universität Siegen  
[www.zpe.uni-siegen.de](http://www.zpe.uni-siegen.de)

---

Plenumsvortrag am Freitag, 12.10.2007

und dieser dann ihnen hilft, das richtige Angebot zu finden. Stattdessen würden sie in der Realität damit konfrontiert, verschiedenen Ärzten, dem Krankenhaus, dem Richter, dem gesetzlichen Betreuer, etc. immer wieder die Situation schildern zu müssen. Es muss uns also gelingen, Behandlungs- und Betreuungskontinuität über Institutionsgrenzen hinweg zu gewährleisten. Das ist mehr als ein Bezugsbetreuungssystem innerhalb von Institutionen. Wird es uns gelingen, auch die häusliche psychiatrische Krankenpflege, die Soziotherapie, das MVZ, die medizinische und berufliche Rehabilitation und die Projekte der Integrierten Versorgung so gestalten, dass die Zahl der einen Menschen betreuenden Personen überschaubar bleibt? Oder schaffen wir wieder zusätzliche Schnittstellen mit all ihren Beziehungsabbrüchen und den Zwängen zur Selbsterklärung für die Klienten und ihre Familien. Insofern ist auch das eine Aufgabe, von der ich glaube, dass sie nur in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund zu lösen ist

### **Findet Therapie nur noch in der Forensik statt?**

Ich fass mich hier sehr knapp. Ich glaube, dass Sie in NRW die Kritik kennen, die die in der forensischen Psychiatrie tätigen Kolleginnen und Kollegen am gemeindepsychiatrischen Hilfesystem formulieren, zuletzt prononciert vorgetragen von Schmidt-Quernheim in der ‚Psychiatrischen Praxis‘. Kurz gefasst lautet sie, die Gemeindepsychiatrie werde ihrer Aufgabe nicht gerecht, weil sie nicht bereit sei, Menschen zu betreuen, denen man Regeln und Grenzen setzen muss. Aus dem Grund wachse die Forensik und die Gemeindepsychiatrie entlastet sich zu ihren Gunsten. Auch Gunter Kruse hat mal die Frage aufgeworfen, ob sich denn unter dem Druck der immer kürzer werdenden Verweildauern in psychiatrischen Kliniken, den Wartezeiten bei niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten die Kliniken des Maßregelvollzugs zu den letzten therapeutischen Orten entwickeln würden, in denen die Menschen so lange bleiben können, wie sie das tatsächlich benötigen.

Ich denke, wir müssen den Vorwurf ernst nehmen, auch wenn man ihn nicht in jedem Detail teilen muss. Gemeindepsychiatrie muss sich den schwierigsten Klienten stellen. Aber - und das erkennt man über die Kritik - Versorgungsverpflichtung kann nicht die Aufgabe eines einzelnen Leistungsanbieters sein. Versorgungsverpflichtung auch für die schwierigsten Klienten zu übernehmen oder für die, die aus der Forensik kommen, kann nur Aufgabe eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes sein.

### **Was ist Sozialpsychiatrie? Brauchen Menschen mit bipolare Störungen, Angst- und Zwangserkrankungen nicht die Gemeindepsychiatrie?**

Mit dieser Frage will ich auf das Spannungsverhältnis zwischen aktuellem medizinischem Diskurs und Gemeindepsychiatrie eingehen. Ich würde dies wirklich als Spannungsverhältnis und nicht als Widerspruch bezeichnen wollen. Mich beschäftigt gelegentlich die Frage, ob wir auf eine Zweiteilung unseres Hilfesystems hinsteuern. Ich beobachte ein medizinisches Hilfesystem, in dem immer mehr von Evidenzen die Rede ist, von Leitlinien gestützten Behandlungspfaden und in dem es einen wissen-

**Tagung: „Wir(r) in NRW!? – Perspektiven der Gemeindepsychiatrie“**  
**am 11./12.10.2007 an der Universität Siegen**  
**[www.zpe.uni-siegen.de](http://www.zpe.uni-siegen.de)**

---

Plenumsvortrag am Freitag, 12.10.2007

schaftlichen Diskurs gibt, der sich auf doppelt blinde randomisierte Studien stützt. Und daneben besteht ein gemeindepsychiatrisches Hilfesystem, das scheinbar anderen Regel folgt und – möglicherweise – andere Klientengruppen im Blick hat. Ist die Sozialpsychiatrie für die Menschen mit Psychosen zuständig, während sich das Augenmerk im medizinisch-wissenschaftlichen klinischen Diskurs auf Menschen mit Depressionen und bipolaren Störungen richtet? Haben wir in den vergangenen Jahren mit Blick auf Strategien der Enthospitalisierung unser Augenmerk sehr auf bestimmte Zielgruppen gelegt und müssen ihn wieder weiten, denn Gemeindepsychiatrie muss zweifelsfrei für alle da sein? Möglicherweise sind wir auch in unserem Handeln in den gemeindepsychiatrischen Verbänden etwas zu sozialhilfelastig geworden. Ich denke, wir müssen Hilfesysteme für alle Klienten entwickeln und müssen alle Klienten tatsächlich im Blick behalten. Ich mache mir da beispielsweise Sorgen um einige Menschen, die schwer zwangskrank sind und denen das gegenwärtige Hilfesystem - jedenfalls bei uns - nicht gerecht wird.

Also:

1. Wir müssen die neuen Möglichkeiten des Gesetzgebers nutzen: die neuen Leistungen nicht additiv hinzufügen, sondern sie tatsächlich im Sinne eines Verbundes miteinander und mit den anderen Leistungen verknüpfen.
2. Wir müssen fachliche und finanzielle Steuerung zusammenführen. Hilfeplan-konferenzen und Koordinierende Bezugsperson sind dazu Instrumente, die allerdings einen verbindliche Verbundstrukturen voraussetzen
3. Wir müssen die Qualität im Hilfesystem gemeinsam entwickeln, gerade auch an den Schnittstellen zwischen den Angeboten, Einrichtungen und Diensten.
4. Wir brauchen einen partnerschaftlichen prüfenden Blick von verschiedenen Seiten auf das Handeln der einzelnen Akteure und eine gemeinsame Grundhaltung für schwierige Betreuungsverhältnisse im Alltag.
5. Wir müssen Beziehungskonstanz über Institutionsgrenzen hinweg gewährleisten - dafür gibt es den Begriff der ‚koordinierenden Bezugsperson‘, den ich für eines der anspruchsvollsten Konzepte der gemeindepsychiatrischen Verbundideen halte, weil am schwierigsten durchzusetzen.
6. Wir müssen die Versorgungsverpflichtung umfassen gewährleisten.
  - Den Markt begrenzen auf die Leistungsstarken.
  - Den Vorwurf der Forensik ernst nehmen: Gemeindepsychiatrie muss sich allen Klienten stellen.
  - Alle Klientengruppen erreichen.

Zweifelsfrei kann man über diese Aufgabenskizze diskutieren. Den ganzen Bereich ‚Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung habe ich hier weg gelassen - den müsste man unbedingt ergänzen. Es ging mir vorrangig um diejenigen Aufgaben, die eigentlich nur im gemeindepsychiatrische Verbund wirklich lösbar sind. Wenn man sich ihnen und manch anderen weiteren aber tatsächlich stellen will, stellt man rasch fest: Viele Herausforderungen und Aufgaben sind erkennbar am besten oder ausschließlich im Rahmen eines GPV zu lösen oder wenigstens zu bearbeiten. Gemeindepsychiatrische Verbände können für sich auch ganz andere Aufgaben und Zielsetzungen defi-

**Tagung: „Wir(r) in NRW!? – Perspektiven der Gemeindepsychiatrie“  
am 11./12.10.2007 an der Universität Siegen  
[www.zpe.uni-siegen.de](http://www.zpe.uni-siegen.de)**

---

Plenumsvortrag am Freitag, 12.10.2007

nieren. Aber ist eine Lösung der genannten Aufgaben ohne Verbundstrukturen denkbar?

Und jetzt ist die Frage zu klären, was denn mit einem Verbund gemeint ist. Da kommt es mir auf einige entscheidende Schritte an:

Ich habe das folgendermaßen so im Vorgespräch vorhin beim Stehkaffee noch mal ausgetauscht: Der Gemeindepsychiatrische Verbund in diesem Sinne ist etwas anderes als ein loses Zusammentreffen von Menschen, die sich gut miteinander verstehen und sich zu diversen Arbeitsgruppen treffen. Der wesentliche Aspekt dieser Idee des Gemeindepsychiatrischen Verbundes - nur dann wird es auch gelingen an diesen Aufgaben tatsächlich zu arbeiten - ist die konkrete Verbindlichkeit. Die Verbindlichkeit, die darüber hinausgeht, dass Fachleute sich gegenseitig die gute Zusammenarbeit versichern. Für fast alle Verbünde, die bei uns in der BAG organisiert sind, war es ein wesentlicher Schritt diese Zusammenarbeit verbindlich, z.B. vertraglich zu gestalten. In vielen Organisationen - denken Sie mal an psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern oder an größere Komplexträger - bedeutet die Mitarbeit im Gemeindepsychiatrischen Verbund für die Fachkollegen, innerhalb der Organisation bis an ihre Spitze zu gehen und durchzusetzen, dass eine entsprechende Vereinbarung oder eine Satzung unterschrieben wird. Diese Verbindlichkeit genau ist es, auf die es unserer Erfahrung nach ankommt. Weil sie die Verbundidee und die Absicht, an der Problemlösung zu arbeiten, vom Wille des einzelnen, gerade vorhandenen Mitarbeiters löst und sie auf ein organisatorisches Fundament stellt. Konkret kann ich Ihnen das am Beispiel unserer Gegend wieder schildern - ich greife darauf gerne zurück. In der in unserem Bezirk gelegenen Klinik wurde die gesamte Leitungsspitze für Psychiatrie und Sucht neu ausgeschrieben. Wir haben mit dem zuständigen Regionaldirektor des Konzerns darüber verhandelt, dass die Klinik dem Verbund beitrifft, bevor ein neuer Chef eingestellt wird. Das hat er zwar nicht getan, aber er hat die Idee des Verbunds gut gefunden, wenngleich auch nur unter Marketinggesichtspunkten. Aber es hat gereicht: Die Klinik unter der neuen Leitung ist Mitglied in unserem Gemeindepsychiatrischen Verbund und sie arbeitet daran auch tatsächlich aktiv mit.

Zweitens ist erforderlich, dass sich wenigstens die wesentlichen Leistungserbringer, also diejenigen Akteure, die in der konkreten Arbeit stehen, zur Zusammenarbeit verpflichten. Es ist zwar schön, wenn eine Kontaktstelle und eine Initiative vom Betreuten Wohnen miteinander gut zusammen arbeiten, aber als Verbund können sie die Probleme, um die es geht nicht lösen („Lösen“ - ein großes Wort.) Insofern kommt es darauf an, dass sich in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund die wesentlichen Leistungsempfänger tatsächlich miteinander vereinbaren. Manchmal braucht man dazu eine kleine Kernzelle, die damit beginnt, die anderen mit auf den Weg zu nehmen. Aber es kommt darauf an, dass sich möglichst viele derjenigen zusammen finden, die an einer Problemlösung auch offensiv arbeiten wollen.

Und einen dritten Aspekt will ich herausgreifen: Es kommt darauf an, dass man die Aufgaben formuliert, an denen man arbeiten will. Regelmäßige Zusammentreffen allein sind da nicht hinreichend. Sondern hilfreich kann nur sein, wenn man sich Ziele setzt, die man als Gemeindepsychiatrischer Verbund tatsächlich lösen will und Ver-

**Tagung: „Wir(r) in NRW!? – Perspektiven der Gemeindepsychiatrie“**  
**am 11./12.10.2007 an der Universität Siegen**  
**[www.zpe.uni-siegen.de](http://www.zpe.uni-siegen.de)**

---

Plenumsvortrag am Freitag, 12.10.2007

abredungen trifft, wie man diese gemeinsam definierten Aufgaben denn auch tatsächlich konkret angeht. Insofern müssten Sie im Grunde genommen von jedem Gemeindepsychiatrischen Verbund abfragen können, welchem Problem er sich gerade widmet, an welchen Problemlösungen er gerade arbeitet.

Dies sind drei Elemente, von denen ich denke, dass sie wichtig sind für die Konstitution eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes. Ich will nicht alle Qualitätsstandards der BAG GPV zitieren. Die können Sie im Internet nachlesen, sie sind auch vielfach bekannt.

Aber es wird Ihnen vielleicht in dem Zusammenhang einleuchten, dass die BAG der Gemeindepsychiatrischen Verbünde, um diesen Verbund- und Qualitätsgedanken zu stützen, beschlossen hat, die Mitgliedschaft nicht ein für allemal erklären zu lassen, sondern die Mitgliedschaft zeitlich zu begrenzen. Jeder Verbund, der Mitglied ist, muss sich alle paar Jahre neu überlegen muss, ob er der BAG wieder neu beitreten will. Das ist ein Versuch oder ein Element, mit dem wir als BAG GPV e.V. versuchen, uns gemeinsam immer wieder auf dem Weg zu halten, an unseren Qualitätsstandards konkret im Alltag zu arbeiten.

Wir haben allen Grund zu Bescheidenheit: Es gibt keinen Verbund in unseren Reihen, der sich irgendwie auf die Fahne schreiben könnte, er habe diese Probleme auch nur annähernd gelöst. Aber wir haben uns vorgenommen, an der Lösung dieser Probleme arbeiten zu wollen und wir haben entdeckt, dass es hilft, wenn man sich darüber austauscht. Insofern strebt die BAG an, eine Arbeitsgemeinschaft zu werden, in dem man miteinander über die Schwierigkeiten kommuniziert, die man hat. Insofern sind GPVs in diesem Sinne Verbünde zur Sicherung und Verbesserung der regionalen Qualität. Sie benutzen bestimmte Elemente und Instrumente um das zu gewährleisten. Sie sind nicht Organisationen - so wird das gelegentlich missverstanden - die allein Sozialhilfemittel verwalten. Sondern Gemeindepsychiatrische Verbünde sind dazu da, sich gemeinsam in der Qualität der gesamten Breite des Gemeindepsychiatrischen Hilfesystems fortzuentwickeln. Damit haben sie eine große Aufgabe vor sich.

Vor diesem Hintergrund wird es Sie jetzt einfach nicht mehr überraschen können, wenn ich Ihnen meine Überzeugung kundtue, dass Sozial- und Gemeindepsychiatrie im wesentlichen in der Verbundstruktur münden müssen, wenn sie sich den Herausforderungen stellen und damit die Grundidee der sozialen Psychiatrie, oder eine Perspektive für die Gemeindepsychiatrie, erhalten wollen. Gerade die Verbundstruktur hilft, die Chancen zu nutzen und die Risiken zu beherrschen. Ich wünsche Ihnen in NRW dabei viel Tatkraft und Erfolg!