

»Die Zukunft gehört uns...«

Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrischen Zentren unter veränderten gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen

BEATE PINKERT

Projektleitung bei der Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e.V.

<http://www.agpr-rheinland.de>

WILLI VÖGELI

Stellvertretender Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e.V. und Geschäftsführer des Sozialpsychiatrischen Zentrums Remscheid.

<http://www.spz-remscheid.de>

§1 SGB IX (neu) fordert bei der Gestaltung und Erbringung von Leistungen, dass: »... den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit seelischen Behinderungen oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen« wird. Das Zukunftsmodell der Sozialpsychiatrischen Zentren zeigt, wie dies gelingen kann.

Sozialpsychiatrische Zentren (SPZ) sind aus der Beratungslandschaft für Menschen mit einer psychischen Erkrankung im Rheinland nicht mehr wegzudenken. Sie sind heute oftmals Modellträger und Co-Akteure von ambulanten Komplexleistungen, innovative Kooperationspartner für Krankenkassen und Kliniken, entwickeln den Einsatz von Peer- Counselor*innen weiter und unterstützen deren Ausbildung.

Seit 1988 sind SPZ fester Bestandteil des Versorgungssystems, haben sich jedoch je nach kommunalen und finanziellen Gegebenheiten heterogen entwickelt. Strukturelle und gesetzliche Rahmenbedingungen haben im Laufe der Jahre dazu geführt, dass SPZ ihre Arbeitsweise weiterentwickelt haben.

Um den IST-Stand zu erheben, die Auswirkungen der neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen (vor allem S3-Leitlinie, gesetzliche Veränderungen im Rahmen des SGB V, UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) und Bundesteilhabegesetz (BTHG) zu prüfen und die jüngsten Entwicklungen und Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Peer-Support zu berücksichtigen, wurde die Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e. V. durch den Landschaftsverband Rheinland (LVR) mit einem Beteiligungsprozess beauftragt.

In diesem Prozess entstand im Zeitraum 12/2017–6/2019 das SPZ-Zukunftsmodell, welches Netzwerk- und Sozialraumarbeit, Beratung und Begleitung, Kontakt/Treff und Peer-Support als Kernaufgaben von SPZ identifiziert hat – unter Einbezug aller relevanten Leistungen aus den

Gesetzbüchern aus den Bereichen Rehabilitation und Teilhabe sowie Behandlung und Pflege; in vielen SPZ darüber hinaus auch aus den Leistungsbereichen der Kinder- und Jugendhilfe und Aufgaben nach Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)/ Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG).

SPZ arbeiten nach dem Recovery- und Empowermentansatz, sind subjektorientiert und arbeiten sozialraumorientiert. Sie halten besondere Angebote für spezielle Zielgruppen vor und unterstützen Selbsthilfe und Angehörige.

Das Implementieren, Anbieten und Vernetzen von Leistungen aus unterschiedlichen Gesetzbüchern zu »Leistungen wie aus einer Hand« macht SPZ zu Lotsen durch das Hilfesystem für Menschen mit einer psychischen Erkrankung und zu wichtigen Partnern von Kliniken und Leistungsträgern.

Die Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e.V. wurde 1988 als Zusammenschluss und gemeinsame Interessenvertretung der Anbieter gemeindepsychiatrischer Dienste im Rheinland gegründet. Ging es damals vorwiegend um den Abbau von Langzeitbereichen in den psychiatrischen Kliniken und die Integration und Wiederbeheimatung psychisch kranker Menschen, so sind die Themen heute: Inklusion, passgenaue und individuelle Hilfeplanung, Beteiligung von Psychiatererfahrenen und Nutzer*innen, Sozialraumorientierung, sozialleistungsträgerübergreifende Versorgung. Die stets wachsende Anzahl an Mitgliedsorganisationen zeigt die Wichtigkeit und Relevanz der Arbeit der AGPR.

Die über 90 Mitgliedsorganisationen decken das komplette Feld der Gemeindepesychiatrie ab, zu dem u. a. folgende Bereiche gehören: Kontakt- und Beratungsstellen, Tagesstätten, ambulante – und stationäre Wohnbetreuung, Integrationsfachdienste, Werkstätten, Integrationsfirmen, Rehabilitationsmaßnahmen

Sozialpsychiatrische Zentren im Rheinland

Das vom LVR im Jahr 1988 aufgelegte Programm zur Förderung von SPZ bildet die Grundlage einer bundesweit einmaligen wohnortnahen gemeindepesychiatrischen Versorgungsstruktur von gegenwärtig 71 geförderten SPZ.

Die Grundidee: Um eine Kontakt- und Beratungsstelle herum schaffen die SPZ durch eigene Angebote oder Vernetzung ein niederschwellig zugängliches, differenziertes Versorgungsangebot für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Der Zugang über die Kontakt- und Beratungsstelle ist dabei voraussetzungslos, weil leistungsträgerunabhängig. Mit dieser Ausstattung sollen sie Motor der gemeindepesychiatrischen Vernetzung für definierte Versorgungsregionen sein.

Die Förderung der SPZ beläuft sich auf 80.000€ jährlich je Vollzeitstelle. Das Gesamtvolumen der Förderung beträgt 5.360.000€.

Aufgrund finanzieller und lokaler Gegebenheiten haben die SPZ sich heterogen, in der Mehrzahl aber zu sozialleistungsträgerübergreifend tätigen, niederschwellig zugänglichen Zentren entwickelt.

Entwicklungen von SPZ

Sozialpsychiatrische Zentren sind in ihren Regionen, je nach finanzieller Ausstattung, bereits auf dem Weg hin zu einer sektorübergreifenden Psychiatrie.

Einige Beispiele hierfür sind:

An Modellen der integrierten Versorgung nach §140 SGB V beteiligen sich 18 Regionen.

Das SPZ Viersen wirkt an Stationsäquivalenter Behandlung (StäB) mit.

Sechs SPZ aus Köln nehmen an einem Modell der AOK Rheinland/Hamburg teil, wobei dort innerhalb des Projektes Leistungen im Bereich Behandlung und Pflege erprobt werden.

Im Rahmen des LVR-Aktionsplans Inklusion wurden drei geförderte Versorgungsmodelle an SPZ-Träger vergeben (Handlungsfeld »inklusive Weiterentwicklung ambulanter Strukturen/Anlaufstellen zur Beratung und/oder Tagesstrukturierung«).

Beim Modellprojekt »Peer Counseling im Rheinland«, welches von 2014 bis 2018 durch den LVR durchgeführt wurde, waren zwei SPZ beteiligt.

Ziele des vom LVR in Auftrag gegebenen Projektes

Ziele des Projektes waren die Prüfung und Analyse der Auswirkungen gesetzlicher Änderungen insbesondere durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) und durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) auf die Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) und Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration (SPKoM).

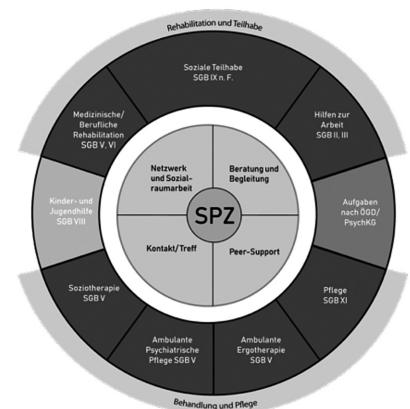
Dabei unterstützten die sieben SPKoM im Rheinland die Arbeit der SPZ u.a. im Hinblick auf den Zugang von Migrant*innen zum Versorgungssystem und die Schaffung und Weiterentwicklung migrantenspezifischer Angebote und kultursensibler Arbeitsansätze.

Im Projekt sollte die wachsende Bedeutung von Peer-Support-Ansätzen berücksichtigt und insbesondere die Ergebnisse des Modellprojektes zum Peer-Counseling des Landschaftsverbandes Rheinland einbezogen werden.

Schlussendlich sollten notwendige Maßnahmen zur Anpassung des Konzeptes, der Angebote und Leistungserbringung der Förderprogramme des Landschaftsverbandes Rheinland in der gemeindepesychiatrischen Versorgung insbesondere der Sozialpsychiatrischen Zentren und Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration (SPKoM), des Ehrenamts (einschließlich Selbsthilfe) abgeleitet und die Förderrichtlinien modifiziert werden. Hieraus sollten Empfehlungen für die Politik folgen.

An dem Beteiligungsprozess waren Peers, Angehörige, SPZ-Träger und Vertreter*innen der freien Wohlfahrtspflege, insgesamt 66 Personen (manche von ihnen mehrfach) im Rahmen von Workshops, Exkursionen und Fachgesprächen aktiv beteiligt.

Das SPZ Zukunftsmodell



Wichtigstes Ergebnis des Prozesses ist die Erarbeitung des sog. SPZ-Zukunftsmodells. Das Zukunftsmodell beschreibt einerseits auf neue Weise die schon etablierte Arbeitsweise von SPZ und setzt gleichzeitig einen Entwicklungsimpuls für die Weiterentwicklung der SPZ.

Entsprechend des personenzentrierten Ansatzes werden nicht mehr Angebote, sondern Kernfunktionen und Kernaufgaben beschrieben.

Kernfunktionen sind: Lotsenfunktion, mobile, multiprofessionelle Unterstützung/Behandlung und die Erschließung passgenauer Hilfen.

Kernaufgaben sind:

■ Beratung und Begleitung

Auf der Basis einer individuellen Bedarfsklärung (psychosoziale Diagnose) wird eine auf die jeweils individuellen Besonderheiten und Bedürfnisse des Einzelfalls abgestimmte Behandlungs- und Teilhabeplanung mit dem/der Klient*in erstellt. Dabei wird darauf geachtet, dass die Beratungsleistungen selbst wie auch die Vermittlung geeigneter Hilfen die innere und äußere Lebenswelt der Klient*innen so weit wie möglich verstehend aufnehmen (Subjektorientierung) und die Selbstbestimmung u. a. durch die Schaffung von Wahlmöglichkeiten achten. Die Einbeziehung von Peer-Unterstützung zur individuellen Selbstklärung und Stärkung – Recovery, Empowerment – ist in diesem Beratungsprozess anzubieten. Die Beratung umfasst auch die Begleitung; die Beratungsbeziehung wird durch die begleitende Person erst dann beendet, wenn eine personenzentrierte Integration der Hilfen (Komplexleistung) bereitgestellt werden kann und der/die Klient*in dort »angekommen« ist.

■ Peer-Support

»Wissen aus Erfahrung« durch den Einsatz von Peers – das ist ein elementarer Bestandteil der SPZ-Arbeit. Durch ihre recovery- und empowermentorientierte Arbeit wissen SPZ, welche Vorteile eine Zusammenarbeit für die akut Betroffenen, für die Peers selbst und die SPZ hat. Genesungsbegleiter*innen und Peer-Berater*innen werden aus diesem Grund vielfältig in die Arbeit der SPZ eingebunden.

■ Netzwerk- und Sozialraumarbeit

Die Projekterfahrungen bestätigen, dass eine sozialräumliche und fallunspezifische, d. h. über den Einzelfall hinausgehende Arbeitsweise dazu beiträgt, dass sich neue Teilhabeoptionen für Klient*innen eröffnen.

■ Kontakt/Treff

Wesentliche behinderungsspezifische Barrieren zur Inanspruchnahme von notwendigen Hilfen zur Entwicklung von individuellen gesundheitsstabilisierenden Strukturen und Hilfen der sozialen Teilhabe sind:

1. Ausgeprägte behinderungsspezifische Beeinträchtigungen in den Aktivitäten, vor allem aus behinderungsbedingt extrem schwankender und zeitweise sehr begrenzter Reiz- und Informationsverarbeitungskompetenz, großen auch lang anhaltenden Affekteinbrüchen, pathologischem Antriebsmangel und ausgeprägten Bindungsstörungen.
2. Angst vor Stigmatisierung, eine laut der Greifswaldstudie von 2013 weiterhin wirkmächtige gesellschaftliche Barriere, die dazu führt, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen oft erst nach Jahren des Leidens und der Ausgrenzung die Hilfen suchen, die sie bei der Gestaltung eines weitgehend autonomen Lebens und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und an Arbeit erfolgreich unterstützen können.

Um diese Barrieren so niedrig wie möglich zu halten und noch weiter abzubauen, ist es notwendig:

1. bürokratische Hürden zu vermeiden
 - keine Anträge,
 - keine Kosten,
 - keine Verpflichtung zur Offenlegung
 - der wirtschaftlichen Verhältnisse,
 - der Krankheitsgeschichte,
 - sonstiger persönlicher Daten.

2. Ein Mindestmaß an sozialer Teilhabe zu sichern
 - Durch das Vorhalten von Räumen und freizeitorientierten Angeboten wird ein Ort grundlegender sozialer Erfahrung angeboten
 - Die Kontaktstelle selbst bietet sich auch als Ort der Selbstwirksamkeitserfahrung an (Cafébetrieb, Gruppenangebote u.a. durch Betroffene).
 - Mit ihrem Betrieb ist die Kontaktstelle selbst ein niederschwelliges Gesprächs-/Beratungsangebot, durch dessen Nutzung man leicht ins Gespräch kommen kann.

3. Inklusive Strukturen im sozialen Umfeld zu identifizieren, zu fördern und den Zugang ermöglichen (Ergänzung der Beratung durch Lotsenfunktion)
 - Fallunspezifische Arbeit im Sozialraum (Wegfinder und Wegbereiter)
 - Fallspezifische Arbeit im Sozialraum (Wegbegleiter)

Das Entscheidende dabei ist, dass diese Kernaufgaben im Gegensatz zu allen anderen Angeboten nicht an irgendwelche sozialrechtlichen Zugangsvoraussetzungen gebunden sind. Die SPZ übernehmen voraussetzungslos eine Lotsenfunktion und begleiten Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung und unterstützen deren soziales Umfeld/Angehörige.

Das im Projekt entwickelte Modell zeigt das Verständnis eines sozialleistungsträgerübergreifenden Zentrums durch die Gruppierung von zwei Leistungs-Hauptgruppen: 1.) Leistungen im Bereich Behandlung und Pflege und 2.) Leistungen im Bereich Rehabilitation und Teilhabe.

Je nach den örtlichen Gegebenheiten und Finanzierungsbedingungen, haben die SPZ selber eine Vielzahl von eigenen Angeboten aufgebaut, die durch die kurzen Wege innerhalb der SPZ möglichst integriert zusammenwirken. Wurden die SPZ in der Vergangenheit stark als Leistungserbringer im Bereich Eingliederungshilfe gesehen, wurden durch die Teilnahme einer Reihe von SPZ an Verträgen der Integrierten Versorgung sowie durch das BTHG und die Pflegestärkungsgesetze in den letzten Jahren starke Impulse in Richtung des Aufbaus von Leistungen der Behandlung und Pflege gesetzt.

Im Fall eines positiven Abschlusses der derzeitigen Verhandlungen zu einem Landesrahmenvertrag, wird sich dieses Spektrum noch um das Angebot der Soziotherapie erweitern und weiter ausdifferenzieren.

SPZ haben aber nicht den Anspruch alles alleine zu können, dazu sind die örtlichen Gegebenheiten und die Ressourcen der einzelnen SPZ zu heterogen. Vielmehr gilt es, zu allen Akteuren auf dem Gebiet der Gemeindepsychiatrie

»SPZ fungieren als sozialleistungsträgerübergreifende Zentren, die Hilfen möglichst »wie aus einer Hand« vermitteln oder bereithalten.«

Darüber hinaus soll den SPZ aber auch – und darauf bezieht sich der äußere Kreis – die Integration von Hilfen des SGB IX und des SGB V sowie weiterer SGBs ermöglicht werden – sei es durch eigene Angebotsbestandteile, sei es durch möglichst verbindliche Vernetzung. SPZ fungieren dadurch als sozialleistungsträgerübergreifende Zentren, die Hilfen möglichst »wie aus einer Hand« vermitteln oder bereithalten.

Kooperationsbeziehungen auszubauen, die nicht nur allgemein vertrauensvolle Zusammenarbeit, sondern möglichst verbindliche fallbezogene Kooperationen ermöglichen, Unterstützungssysteme und Bindungsstrukturen im Sozialraum zu aktivieren und soziale Netzwerke zu mobilisieren. Das ist eine wichtige Aufgabe, die sich aber nicht »von alleine« erledigt, sondern eigene Ressourcen und Kompetenzen benötigt.

Grundprinzipien der SPZ-Arbeit

Im Rahmen des Projekts wurde intensiv darum gerungen, Grundprinzipien und -haltungen der SPZ zu identifizieren und zu schärfen. Besonders wichtig ist das Prinzip Recovery, weil sich hier der Kreis zum Peer-Support als Kernaufgabe der SPZ schließt.

Unter dem Begriff »Recovery« hat sich ein neues Behandlungskonzept durchgesetzt, das Gesundheit für möglich hält und die Perspektive eines zufriedenen Lebens mit der eigenen Vulnerabilität auch bei sogenannten »chronischen Patient*innen« nicht aus den Augen verliert.

SPZ wollen ihre Klient*innen unterstützen, mit Hoffnung und Optimismus nach vorne zu schauen, für die eigenen Interessen einzustehen, eigene Lösungen zu entwickeln, ihre Belange selbst in die Hand zu nehmen und für ihr Tun (wieder) persönliche Verantwortung und die Kontrolle über das eigene Leben zu

übernehmen. Für die Umsetzung dieses Grundprinzips ist der Einsatz von Experten aus eigener Erfahrung – d.h. Peer-Support – unverzichtbar, weil Peers über das eigene Beispiel in einzigartiger Weise Impulse für Genesungsprozesse geben können. Dabei wirken SPZ darauf hin, sogenannte Peer-Counselor*innen zu qualifizieren.

Einrichtungsbezogene Instrumente

Im Prozess wurde die Bedeutung der SPZ für den Abbau von Teilhabebarrieren gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und/oder besonders problematischen Lebenslagen herausgearbeitet.

Hierfür wurden folgende Instrumente entwickelt bzw. weiterentwickelt:

Lotsenfunktion: Verlässliche, langfristige Beziehungen, die nicht mit der Beratung enden, sondern durch den Angebotsdschungel hindurch helfen und Wegbegleiter sein wollen.

Care-Management: Aufsuchender Kontakt für spezielle Zielgruppen (insbesondere schwer psychisch erkrankte oder behinderte Menschen, aber auch andere Zielgruppen, z.B. Menschen mit Migrationshintergrund und Flüchtlinge).

Netzwerkmanagement: Kümmer sich SPZ- intern und durch Pflege der Netzwerkbeziehungen darum, dass die Bedürfnisse und Bedarfe von speziellen Zielgruppen erfüllt werden. Idealerweise Sozialraumexpert*innen.

Umsetzung

Die neuen SPZ und SPKoM Richtlinien wird der LVR im Laufe des Jahres 2020 veröffentlichen. Peer-Berater*innen in SPZ können ab 2020 auch durch eine neue Finanzierung des LVR Dezernats 8 entlohnt werden. Des Weiteren wird die AGpR gemeinsam mit dem LVR Qualitätskriterien für SPZ entwickeln und diese durch Visitationen umsetzen. ■

Fachkräfte der Sozialen Arbeit in der Suchtberatung



Thomas Arnold

Zwischen Fachlichkeit und Fremdbestimmung

Eine rekonstruktive Annäherung an Soziale Arbeit in Suchtberatungsstellen

(Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum Verlag: Soziale Arbeit, Bd. 5)

2020, 306 S., brosch.

Print 58,00 € • E-Book 58,00 €

ISBN 978-3-8288-4453-7

ePDF 978-3-8288-7470-1

In Deutschland sind 1,5 bis 2 Mio. Menschen alkoholabhängig, und zwischen 1,4 und 1,9 Mio. Menschen weisen einen missbräuchlichen Konsum alkoholischer Getränke vor. Die damit verbundenen volkswirtschaftlichen Kosten werden auf 40 Mrd. Euro pro Jahr beziffert. Das Hilfesystem für die Rehabilitation von der Krankheit ist inzwischen sehr ausdifferenziert. Suchtberatungsstellen nehmen zwischen den Teilsystemen eines Rehabilitationsprozesses eine wichtige Brückenfunktion ein. Welche Aufgaben nehmen Fachkräfte der Sozialen Arbeit in diesem Rahmenwerk und im Kontext des Aufgabenspektrums von Suchtberatungsstellen wahr? Gegenstand der Analyse sind die subjektiven Repräsentationen von Fachkräften im Spiegel der Gegebenheiten dieses Handlungsfeldes.

Bestellen Sie jetzt im Buchhandel oder versandkostenfrei unter www.tectum-shop.de, telefonisch (+49)7221/2104-310 oder per E-Mail email@tectum-verlag.de

**Tectum
Verlag**