



Projektabschlussbericht

„Weiterentwicklung der SPZ und SPKoM unter den veränderten gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen“

Erstellt am	04.06.2019
-------------	------------

Inhaltsverzeichnis

A Projektbericht

0. ABSTRACT.....	4
1. AUSGANGSLAGE UND AUFTRAG	6
2. ZIELE DES PROJEKTS	9
3. PROJEKTSTRUKTUR	10
3.1 PROJEKTTITEL.....	10
3.2 AUFTRAGGEBER.....	10
3.3 PROJEKTLLEITER.....	10
3.4 PROJEKTTEAM.....	10
3.5 LENKUNGS-AUSSCHUSS	11
4. PROJEKTUMSETZUNG (ABLÄUFE).....	11
4.1 VERANSTALTUNGEN UND KOMMUNIKATIONS-PROZESSE WÄHREND DES PROJEKTS	11
4.2 TERMINÜBERSICHT.....	14
4.3 BETEILIGUNGS-PROZESS	15

B Das strategische Versorgungskonzept SPZ 2030

5 GRUNDPRINZIPIEN GEMEINDEPSYCHIATRISCHER ARBEIT.....	16
5.1 RECOVERY	16
5.2 EMPOWERMENT	17
5.3 NIEDERSCHWELIGKEIT.....	18
5.4 SOZIALRAUMORIENTIERUNG	18
6. GEMEINDEPSYCHIATRISCHE VERSORGUNGSSTRUKTUR UND VERNETZUNG	20
6.1 AMBULANTE KOMPLEXLEISTUNG DURCH VERNETZUNG – EINE HERAUSFORDERUNG FÜR SPZs.....	20
6.2 DAS FUNKTIONALE BASISMODELL: STANDARD UND ORIENTIERUNG	24
6.3 UMSETZUNG UND STEUERUNG IN DER VERSORGUNGSREGION	24
6.4 SPKOM	25
7 SPZ ZUKUNFTSMODELL.....	26
7.1 AUFGABEN	28

7.2	KERNAUFGABEN	29
7.2.1	BERATUNG UND BEGLEITUNG.....	29
7.2.2	PEER-SUPPORT	31
7.2.3	KONTAKT/TREFF	31
7.2.4	NETZWERK- UND SOZIALRAUMARBEIT	32
8	<u>EINRICHTUNGSBEZOGENE LEISTUNGEN</u>	34
8.1	BESONDERE BEDARFE UND AUFGABEN.....	34
8.1.1	LOTSENFUNKTION.....	34
8.1.2	CARE-MANAGEMENT	34
8.1.3	NETZWERKMANAGEMENT	35
8.2	LEISTUNGEN ZUR ERREICHBARKEIT, BEWUSSTSEINSBILDUNG, ANTISTIGMAARBEIT	35
8.3	QUALITÄTSSICHERUNG.....	36
8.4	DIE ROLLE DER AGPR UND IHRE ANGEBOTE ZUR UNTERSTÜTZUNG DER SPZ	37
	LITERATUR.....	39

A. Projektbericht

0. Abstract

Ziele des vorliegenden, vom Landschaftsverband Rheinland, Dez. 8 in Auftrag gegebenen 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),
- die Ableitung notwendiger Maßnahmen zur Anpassung des Konzeptes, der Angebote und Leistungserbringung der Förderprogramme des Landschaftsverbands Rheinland in der gemeindepsychiatrischen Versorgung, insbesondere der SPZ und SPKoM sowie des Ehrenamtes (einschließlich Selbsthilfe) und
- die Modifizierung der Förderrichtlinien und des Katalogs der Qualitätsmerkmale der SPZ.

In einem mehrmonatigen partizipativen Prozess auf der Grundlage (neuer) gesetzlicher Vorgaben, wissenschaftlicher Untersuchungen und unter Einbeziehung von Expert*innen aus unterschiedlichsten Organisationen, Peers und Angehörigen wurden die zukünftige Kernaufgaben und die ihnen zugrundeliegenden Grundprinzipien gemeindepsychiatrischer Arbeit formuliert.

Grundprinzip der zukünftigen SPZ-Arbeit sind Ressourcen- und Stärkenorientierung und der Abbau von Teilhabebarrrieren auch für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen; basierend auf den Säulen „Recovery“, „Empowerment“, „Niederschwelligkeit“ und „Sozialraumorientierung“.

Kernaufgaben des SPZ-Zukunftsmodells sind

- Beratung und Begleitung,
- Peer Support,
- Kontakt/Treff und
- Netzwerk- und Sozialraumarbeit.

Darüber hinaus fungiert das SPZ als sozialsleistungsträgerübergreifendes Zentrum, das Hilfen „wie aus einer Hand“ vermittelt oder bereithält.

Den besonderen Bedarfen von Menschen mit psychischen Erkrankungen trägt das SPZ hier mit seiner Lotsenfunktion Rechnung. Diese schafft verlässliche, auch langfristige Beziehungen und die Bereitstellung tragfähiger, auf die individuellen Lebensumstände abgestimmte Netzwerke. Menschen, die aufgrund der Schwere ihrer chronischen psychischen Erkrankung durch die gängigen Hilfesysteme nicht erreicht werden, bedürfen eines aufsuchend tätigen Care-Managements, das in enger Abstimmung mit den örtlichen Gesundheitsdiensten tätig werden sollte.

Projektabschlussbericht: Weiterentwicklung der SPZ und SPKoM unter den veränderten gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen

Die Qualifizierung und Einbeziehung von Peers in möglichst alle Arbeitsfelder sollte für die SPZ's der Zukunft obligatorisch sein und in den Qualitätskatalog und die zugehörigen Schulungen und Visitationen aufgenommen werden.

Gleiches gilt für das Thema „Kultursensibilität“, dem sich alle SPZ's verpflichtet fühlen sollten.

1. Ausgangslage und Auftrag

Das vom Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) 1988 aufgelegte Programm zur Förderung von Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) bildet die Grundlage der entstandenen, wohnortnahen Struktur von 71 SPZ. Diese Struktur bildet eine tragende Säule bei der Versorgung psychisch kranker Menschen in den Regionen des Rheinlands.

Hauptaufgaben waren

- die Bereitstellung eines niedrigschwelligen Kontakt- und Beratungsangebots für psychisch erkrankte Menschen und Menschen mit einer psychischen Behinderung und
- die Bündelung unterschiedlicher Hilfen für psychisch kranke Menschen unter einem organisatorischen Dach.

Grundidee der SPZ war und ist immer schon die Funktion eines sozialleistungsträgerübergreifenden Zentrums der ambulanten gemeindepsychiatrischen Versorgung. Im Zuge der inhaltlichen Weiterentwicklung der SPZ hat die politische Vertretung des LVR dieses Entwicklungsziel immer wieder bestätigt.

Auch wenn mit Blick auf die unterschiedlichen Laufzeiten und Entwicklungsgeschwindigkeiten zwischen den einzelnen SPZ weiterhin Entwicklungsgefälle zu verzeichnen sind, so haben sich die SPZ in den letzten 30 Jahren, je nach finanziellen und lokalen Gegebenheiten, in Richtung sozialleistungsträgerübergreifender Zentren entwickelt. Ein Überblick über die Angebotsstruktur 2018 gibt einen Eindruck über den Stand der Zielerreichung.

Tabelle 1: Angebote SPZ 2018

Bereich	Angebote	2018*
Freiwillige Förderung	Kontakt- und Beratungsstelle	68
Rehabilitation und Teilhabe	Ambulant Betreutes Wohnen	66
	Tagesstätte für psychisch behinderte Menschen	48
	Zuverdienstarbeitsplätze, Arbeitsplätze für psychisch kranke Menschen, LT 24 Angebote	44
	Integrationsfachdienst	22
	Weitere Hilfen nach SGB II und III (Teilhabe am Arbeitsleben)	9
	Medizinische Rehabilitation (nach SGB V oder SGB IX)	0
Behandlung und Pflege	Behandlungsangebote nach SGB V (Soziotherapie, Ergotherapie u. a.)	15
	Ambulante psychiatrische Pflege	17
	Angebote aus dem Bereich der Gerontopsychiatrie (u. a. SGB XI)	13
Aufgaben nach ÖGDG/PsychKG	Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)	12
	Ambulant aufsuchender Dienst (AaD)	9

Kinder- und Jugendhilfe SGB VIII	Angebote aus dem Bereich der Jugendhilfe einschließlich Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern (8)	32
----------------------------------	--	----

* Anzahl der SPZ, welche das Angebot vorgehalten haben

Anzahl () der SPZ, die weitere Angebote vorgehalten haben, welche nicht in der Tabelle aufgeführt wurden:

Kategorie:

- Weitere Hilfeleistungen im Rahmen der kommunalen Daseinsfürsorge (2)
- Peer-Support (5)
- Spezielle Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund (8)
- Krisendienst/Krisenintervention (18)
- Selbsthilfe- und Angehörigengruppen (10)

In den zurückliegenden 15 Jahren haben sich in vielen Bereichen der Psychiatrie Veränderungen ergeben, die eine Prüfung ihrer Auswirkungen auf die zukünftige Entwicklung der SPZ nahelegen.

1. Es wurden neue, wissenschaftlich fundierte Versorgungsleitlinien erstellt, die sich auf weltweite Studien begründen. Hervorzuheben ist hier die **S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“**. Kern der systembezogenen Empfehlungen der S3-Leitlinie sind ambulante, multiprofessionelle, bei Bedarf mobile, aufsuchende gemeindepsychiatrische Teams. Die wissenschaftliche Evidenz bezieht sich vor allem auf Community Mental Health Teams (CMHT), das Assertive Community Treatment (ACT) und das Home Treatment.

2. Veränderungen in den **gesetzlichen Grundlagen der psychiatrischen Versorgung**, die neue Herausforderungen, aber auch neue Möglichkeiten der Gestaltung und Erprobung von Versorgungsmodellen eröffnet haben. Hervorzuheben sind hier das **Bundesteilhabegesetz (BTHG)** und Veränderungen im **SGB V**.

3. In Verbindung mit gesetzlichen Veränderungen im **SGB V** wurden und werden bundesweit Modellvorhaben eingerichtet, die insbesondere sektorenübergreifende Versorgung – ambulant -stationär-teilstationär – zum Gegenstand haben. Dies sind Modelle der Integrierten Versorgung (IV) (§ 140a SGB V) sowie Modellvorhaben nach § 64 SGB V. Mit der Einrichtung eines Innovationsfonds fördert der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) über §92 a SGB V u. a. neue sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen.

In den bisherigen Versorgungsmodellen der Integrierten Versorgung sind Gemeindepsychiatrische Anbieter als Modellträger oder Co-Akteure von ambulanten Komplexleistungen aktiv und haben an vielen Standorten Einblicke und Erfahrungen in die Umsetzungen und Wirkungen sektoren- und leistungsträgerübergreifender Versorgung gewonnen. 2018 nahmen 19 SPZ an Modellen der Integrierten Versorgung (§ 140 SGB V) im Rheinland teil.

4. Nicht zuletzt auf dem Hintergrund gemeinsamer Modellerfahrungen zeigen sich weitere innovative Kooperationen von gemeindepsychiatrischen Leistungsanbietern mit Krankenkassen zur Erprobung bzw. Erbringung von Leistungen im Bereich Behandlung und Pflege.

In Köln beteiligen sich z. Z. sechs SPZ an einem Modell „Ambulante psychiatrische pflegerische Versorgung (APPV)“ der AOK Rheinland/ Hamburg.

5. Die In-Kraft-Setzung der **UN-BRK** hat das gemeindepsychiatrische Paradigma neu bestimmt: wesentliche Grundsätze einer umfassenden gesellschaftlichen Teilhabe sind Autonomie und Selbstbestimmung mit dem Ziel einer unabhängigen Lebensführung in Verbindung mit der Verfügbarkeit von Wahlmöglichkeiten für den Zugang zu passgenauen gemeindenahen Unterstützungsdiensten.

Mit der sukzessiven Umsetzung des **Bundesteilhabegesetzes (BTHG)** wird eine neue leistungsrechtliche Grundlage für verbesserte Angebotsstrukturen und Leistungserbringung in allen Bereichen der Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderung geschaffen, unter anderem auch für den Bereich der Eingliederungshilfe (SGB IX). Die fachlichen Prinzipien der Sozialraumorientierung und der Personenzentrierung sind nunmehr im Leistungsrecht verankert. Vor dem Hintergrund eines veränderten Behinderungsverständnisses werden neue Leistungen nach SGB IX eingeführt (Soziale Teilhabe mit den Unterleistungen „Assistenz“, „Erwerb und Erhalt praktischer Fähigkeiten“). Zudem führt das BTHG zu Veränderungen in den regionalen Versorgungsstrukturen, so mit der Einrichtung der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) und der Verpflichtung des Kosten- und Leistungsträger der Eingliederungshilfe zur Beratung nach § 106 SGB IX.

Noch sind die Leistungsrahmenvereinbarungen NRW zur Umsetzung des BTHG nicht abgeschlossen, so dass die Entwicklungen und damit zukünftigen Herausforderungen im Projektzeitraum noch nicht absehbar waren.

6. Auch der **Landschaftsverband Rheinland** hat in Umsetzung seines LVR-Aktionsplans Inklusion die Durchführung von Modellprojekten beschlossen, so das „LVR-Anreizprogramm zur Konversion stationärer Wohnangebote und zur Förderung einer inklusiven Sozialraumentwicklung“ (17.12.2012). Unter den 12 Projekten wurden im Handlungsfeld „Inklusive Weiterentwicklung ambulanter Strukturen/Anlaufstellen zur Beratung und/oder Tagesstrukturierung“ drei geförderte Versorgungsmodelle an SPZ-Träger vergeben:

- „Projekt zur inklusiven Gestaltung des Sozialraums“ (SPZ Köln-Lindenthal)
- „Lotsenprojekt – Inklusives Teilhabemanagement für Menschen, die psychisch behindert oder von psychischer Behinderung bedroht sind“ (SPZ-Remscheid)
- „Inklusive Weiterentwicklung ambulanter Strukturen zur Beratung schwer erreichbarer psychisch erkrankter Menschen.“ (VPD-Mettmann)

Alle Projekte wurden evaluiert, Erfahrungen und Erkenntnisse aus den Umsetzungsprozessen bewertet und Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe abgeleitet.

Darüber hinaus wurde durch den LVR der Evaluationsbericht des **Projektes „Peer-Counseling im Rheinland“** (2014 - 2018) vorgelegt, an dem im Bereich Psychiatrie zwei Selbsthilfeorganisationen und zwei SPZ beteiligt waren.

7. Mit Bezug auf die bereits o. g. S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ wurde 2017 das **„Funktionale Basismodell psychiatrischer Versorgung in der**

Gemeinde“ (Steinhart / Wienberg, 2017) veröffentlicht, eine in der Fachöffentlichkeit beachtete und anerkannte Orientierung zur Entwicklung der Gemeindepsychiatrie. Im Förderbereich „Sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsmodelle“ des Gemeinsamen Bundesausschusses Innovationsausschuss (GBA) haben jüngst die Antragsteller um den Konsortialführer Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. den Zuschlag erhalten, **ein Modellprojekt „Gemeindepsychiatrische Basisversorgung“ – GBV**, welches ausdrücklich das Ziel verfolgt, das Basismodell auch an fünf Modellstandorten im Rheinland und mit Beteiligung der SPZ und LVR-Kliniken zu erproben.

Diese Entwicklungen werden die zukünftige gemeindepsychiatrische Versorgungslandschaft verändern und neue Möglichkeiten innovativer Versorgungsstrukturen und -prozesse eröffnen.

Auftrag des SPZ-Entwicklungsprojektes ist es nun,

- diese Veränderungen, gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen nachvollziehend aufzunehmen und
- vorausschauend die Herausforderungen und Veränderungsnotwendigkeiten sowie die Chancen innovativer Gestaltung der gemeindepsychiatrischen Versorgung mit den und durch die SPZ auszuloten,
- um ein neues, zukunftsorientiertes Versorgungskonzept „SPZ 2030“ zu entwerfen, aus dem Empfehlungen für eine Neufassung der LVR-Förderrichtlinien abgeleitet werden können.

2. Ziele des Projekts

Vertragsgegenstand des Projekts, mit dem der Landschaftsverband Rheinland die Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e. V. (AGpR) am 14.11.2017 beauftragt hat, ist:

- 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).
- Die Ableitung notwendiger Maßnahmen zur Anpassung des Konzeptes, der Angebote und Leistungserbringung der Förderprogramme des Landschaftsverbands Rheinland in der gemeindepsychiatrischen Versorgung, insbesondere der SPZ und SPKoM sowie des Ehrenamtes (einschließlich Selbsthilfe).
- Die Modifizierung der Förderrichtlinien und des Katalogs der Qualitätsmerkmale der SPZ.

Als Grundlage dienen, neben dem Projektauftrag, die geltenden LVR-Förderrichtlinien sowie die Beschlüsse der politischen Vertretung des LVR zur Umsetzung des BTHG.

Das Projekt wird im Rahmen eines Beteiligungsprozesses durchgeführt, d. h. SPZ-Träger*innen und Vertreter*innen des Peer-Counseling sind in den Prozess einzubeziehen.

Folgende Produkte sollen aus dem Projekt entstehen:

- Anfertigung eines Versorgungskonzeptes SPZ 2030 in Zusammenarbeit mit den SPKoM
- Empfehlungen zur Anpassung der Förderrichtlinien der SPZ sowie Empfehlungen zur Beschlussfassung in der politischen Vertretung des LVR
- Erarbeitung von SPZ-Qualitätsstandards

3. Projektstruktur

3.1 Projekttitle

Der Projekttitle lautet:

„Weiterentwicklung der SPZ und SPKoM unter den veränderten gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen“.

Zu Beginn des Projektes wurde ein werbender Slogan: „Die Zukunft gehört uns! - Weiterentwicklung der SPZ und SPKoM“ gewählt und im Laufe des Projektes weitergeführt. Dieser „Slogan“ sollte von Beginn an Mut machen und zeigen, dass innovativ und motiviert an der Weiterentwicklung der SPZ und SPKoM gearbeitet wird. Trotz aller sich ändernden gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen sind SPZ und SPKoM auch zukünftig Ort, Ansprechpartner*innen, Zuflucht für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung.

Es wurde außerdem eine Illustration mit bunten Streifen gewählt, die für die Vielfalt der Menschen und Vielfalt der Angebote in SPZ stehen soll. Das Bild wurde ebenfalls durch den Prozess hindurch beibehalten.

3.2 Auftraggeber

Landschaftsverband Rheinland – Dezernat 8

3.3 Projektleiter

Landschaftsverband Rheinland – Dezernat 8 – Susanne Stephan-Gellrich (Auftraggeber),

Guido Gierling (operativ)

Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e. V. – Claudia Seydholdt (für den Vorstand der AGpR),

Beate Pinkert (operativ)

3.4 Projektteam

Tabelle 2: Projektteam

Rolle / Rollen	Name	Telefon	E-Mail	Bemerkungen
Projekt-verantwortlicher	Friedhelm Kitzig	0221/8096645	friedhelm.kitzig@lvr.de	Auftraggeber
Vorstand der AGpR	Claudia Seydholdt	02202/2561265	c.seydholdt@die-kette.de	Auftragnehmerin, Stellvertretend für den Vorstand der AGpR

Projektleiterin	Beate Pinkert	0172/5876850	beate.pinkert@pink-social.de	Operative Projektleitung
Projektleiter	Guido Gierling	0221/8096941	guido.gierling@lvr.de	Operative Projektleitung

3.5 Lenkungsausschuss

Tabelle 3: Lenkungsausschuss

Firma / Abteilung	Name	Telefon	E-Mail	Bemerkungen
LVR Dezernat 8	Susanne Stephan Gellrich	0221/8096640	susanne.stephangellich@lvr.de	Auftraggeberin
LVR Dezernat 8	Friedhelm Kitzig	0221/8096645	friedhelm.kitzig@lvr.de	Auftraggeber
LVR Dezernat 7	Beate Kubny	0221/8096460	beate.kubny@lvr.de	Stabsstelle Steuerungsunterstützung Medizinisch- psychosozialer Fachdienst (MPD)
LVR Dezernat 8	Miriam Gundlach	0221/8093936	miriam.gundlach@lvr.de	Gesamtprojektleitung Umsetzung des BTHG
AGpR e. V.	Claudia Seydholdt	02202/2561265	c.seydholdt@die-kette.de	Auftragnehmerin Vorstandsvorsitzende AGpR e. V.
AGpR e. V.	Anne Sprenger	02173/89311061	anne.sprenger@vpd-mettmann.de	Stellv. Vorsitzende AGpR e. V.
AGpR e. V.	Dr. Thomas Hummelsheim	0212/2482131	thomas.hummelsheim@ptv-solingen.de	Vorstand AGpR e. V.
LVR Dezernat 8	Guido Gierling	0221/8096941	guido.gierling@lvr.de	Operative Projektleitung
AGpR e. V.	Beate Pinkert	0172/5876850	beate.pinkert@pink-social.de	Operative Projektleitung

4. Projektumsetzung (Abläufe)

4.1 Veranstaltungen und Kommunikationsprozesse während des Projekts

Im Rahmen des Projektes haben Veranstaltungen, Workshops, Fachbeiräte und ein Lenkungsausschuss – unter Beteiligung der SPZ, Menschen mit einer psychischen Erkrankung

oder Behinderung, Angehörigen, Mitarbeitenden des Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V., Mitarbeitenden der Wohlfahrtspflege und weiteren Interessierten – stattgefunden.

Es wurden innovative Methoden genutzt, um nutzerorientierte Konzepte zu entwickeln. Alle Beteiligten und am Projekt Interessierten wurden durch die Newsletter laufend informiert.

Grundidee der Auftaktveranstaltung mit ca. 150 Teilnehmenden war der intensive Beteiligungsprozess aller Mitwirkenden. So wurden die Schnittstellen, welche definiert wurden, in Workshops vorgestellt und miteinander diskutiert.

1. die Beratungsstrukturen
2. die interkulturelle Öffnung
3. die Etablierung von Peer-Counseling Angeboten
4. die sozialleistungsträgerübergreifende Versorgung
5. die Stärkung der sozialen Teilhabe

Aus den Workshops brachten die Moderatorinnen und Moderatoren dann die drei brennendsten Fragen oder Aufgaben der Teilnehmenden des Workshops mit und stellten sie im Plenum vor.

Diese „Leitfragen/Aufträge“ dienten dazu, sie im weiteren Projekt intensiv zu bearbeiten und Lösungen bzw. Vorschläge zu entwickeln.

Dies geschah unter anderem in weiteren Workshops und Arbeitsgremien.

Bei der Auftaktveranstaltung wurde ein dynamischer Prozess in Gang gesetzt.

Dem Innovationsgedanken folgend, der durch das gesamte Projekt hindurch fortgeführt wurde, wurden neue Formate für die Durchführung von Workshops gesucht und mit „Design-Thinking“ gefunden. Neben der Kreativität und der gestalterischen Offenheit ist diese Form von Workshops stark darauf fokussiert, nutzerorientierte Lösungen zu entwickeln.

Design-Thinking Workshops wurden für folgende Schnittstellenproblematiken durchgeführt: Beratungsstrukturen, interkulturelle Öffnung und Stärkung der sozialen Teilhabe. Teilnehmende waren: Geschäftsführende, Mitarbeitende und Vorstände. Um Ideen direkt rückzukoppeln und die Bedürfnisse der Betroffenen wirklich kennenzulernen, wurden intensive Interviews mit Peers durchgeführt und die Ergebnisse präsentiert.

Für die Themen „Etablierung von Peer-Counseling Angeboten“ und „Sozialleistungsträgerübergreifende Versorgung“ wurde eine Exkursion nach Groningen/Niederlande durchgeführt. Ziel war es, die dort präsentierten Arbeitsweisen und Modelle kennenzulernen und auf ihre Anwendbarkeit in Deutschland zu prüfen.

Immer wiederkehrende Bedürfnisse der Peers waren in nahezu allen Workshops:

- Wertschätzende Haltung der Mitarbeitenden und Geschäftsführenden in einem SPZ
- Lotsenfunktion - als wichtige Funktion in SPZ für die Zusammenarbeit/Bezugsperson/Begleitung
- Peer-Beratung - Aus- und Weiterbildung

- Transparente Kommunikationskanäle
- Online-Beratung
- Vernetztere Offline-Werbung
- Empowermentorientierte Grundhaltung
- Vernetzung - sozialleistungsträgerübergreifende Versorgung

Insbesondere durch das BTHG und die daraus resultierenden Änderungen ist offensichtlich, dass das SPZ sein Profil schärfen und zeigen muss, dass es durch den erfolgreichen Aufbau lokaler Netzwerkstrukturen über sozialleistungsübergreifende Angebote verfügt und nicht nur Berater*in, sondern auch Begleiter*in für Klient*innen ist.

Nach den Workshops und der Exkursion in die Niederlande wurde den SPZ- und SPKoM-Vertreter*innen, Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung, deren Angehörigen und anderen Interessierten ein Zwischenbericht präsentiert. Hierbei wurden vor allem die Ergebnisse aus den Workshops dargelegt.

Bereits zu diesem Zeitpunkt zeigte sich deutlich, dass integrierte Leistungen wie aus einer Hand der Kern dessen sind, was ein SPZ ausmachen sollte.

- Netzwerk- und Sozialraumarbeit,
- Peer-Support/Genesungsbegleitung,
- Niederschwelligkeit, Kontakt/Treff und
- Beratung und Begleitung

wurden als Kernaufgaben von SPZ in den Mittelpunkt gestellt. Diese Fokusaufgaben sind umgeben von den Leistungen der Sozialgesetzbücher als Rahmen dessen, was ein SPZ anbieten (oder vermitteln) kann und sollte.

Expertengespräche fanden auf vielen Ebenen und an unterschiedlichsten Orten statt. Die Geschäftsführerin des Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V., Frau Gundlach als Expertin des LVR und auch Vertreter*innen der Unterarbeitsgruppe der Spitzenverbände wurden für weitere Beratungen und Expertise hinzugezogen.

Der Fachbeirat, vertreten durch Mitarbeitende/Geschäftsführende von SPZ, dem Dachverband Gemeindepsychiatrie oder Wohlfahrtspflege, zeigte kritische Punkte auf und diskutierte mögliche Lösungswege.

Zum Thema „Interkulturelle Öffnung“ wurden zudem Referent*innen des Instituts Diversity Innovation Nachhaltiger Praxistransfer (DINX), Mitarbeitende des Atrium in Düsseldorf und Midia Majouno (Weiterbildung, Beratung & Interkulturelle/Diversity Kompetenzen) zu Rate gezogen.

Die Kolleg*innen – Psychiater*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen, Pädagog*innen in Groningen konnten viel Input zu den für SPZ relevanten Themen liefern. So wurden Vorträge zu Open Dialogue, FACT und RACT, E-Mental-Health, Krisenversorgung und zu Stadtteilteams, die sozialleistungsträger- und altersgruppenübergreifenden Hilfen in ihrem jeweiligen Stadtteil anbieten, gehalten. Die Niederschwelligkeit, welche sich durch dieses Konzept ergibt, ist beispielhaft.

Das Thema „Peers“ wird in den Niederlanden bereits seit Jahren vorangetrieben. So können Psychiatrieerfahrene an einem Studium für Peers teilnehmen und bringen ihr Wissen entgeltlich in alle Gremien und Arbeitskreise ein.

Der Lenkungsausschuss verhalf dazu, zu fokussieren und Ideen sowie die (gemeinsame) Zusammenarbeit zu diskutieren.

Nach Erstellung eines Versorgungsmodells, das aus allen bisherigen Erkenntnissen und der derzeitigen aktuellen Literatur entstanden ist, wurden die Ergebnisse in einer internen Abschlussveranstaltung der SPZ vorgelegt und erneut diskutiert.

Danach wurde der Text erneut geschärft, dem Lenkungsausschuss präsentiert und von ihm verabschiedet.

Die vorhandene Vielfalt der SPZ Landschaft, insbesondere aufgrund der unterschiedlichen kommunalen Finanzierungsmöglichkeiten, wurde in alle Überlegungen einbezogen und wird in der Strukturreform bedacht.

4.2 Terminübersicht

Tabelle 4: Terminübersicht

Art der Veranstaltung	Termin
Auftaktveranstaltung zum Projekt	13.04.2018
Fachbeiratssitzungen	05.09.2018 13.11.2018
Lenkungsausschusssitzungen	12.03.2018 27.08.2018 05.04.2019
Workshops	05.07.2018 (Soziale Teilhabe) 09.07.2018 (Beratung) 10.07.2018 (Peers und sozialleistungsträgerübergreifende Versorgung – Exkursion nach Groningen) 11.09.2018 (SPKoM) 21.02.2019 (SPKoM)
Klausurtagungen AGpR-Vorstand	29.01.2018 29.08.2018 29.01.2019
Projektgruppensitzungen	18.01.2018 20.02.2018 30.10.2018 14.02.2019 06.03.2019
Zwischenbericht	19.09.2018
Newsletter	24.04.2018 13.06.2018

	04.10.2018 16.01.2019
Abschlussveranstaltung der AGpR für SPZ	12.03.2019

4.3 Beteiligungsprozess

Das gesamte Projekt wurde partizipativ durchgeführt. Anregungen und Wünsche wurden jederzeit diskutiert und eingearbeitet.

Neben den Beteiligten zahlreicher Expertengespräche haben im Projekt folgende Akteure mitgewirkt:

- Peers (9) – in Form von Beteiligung an Veranstaltungen sowie in Interviews im Rahmen der Workshops, durch Mitwirkung im Fachbeirat und im AGpR Vorstand
- Angehörige (3) – durch Mitarbeit im Vorstand der AGpR und durch Einbezug bei den Veranstaltungen
- SPZ-Mitarbeiter*innen und Koordinator*innen (14) – durch aktive Teilnahme an den Workshops und Teilnahme an der Fahrt nach Groningen, durch Mitwirkung im Fachbeirat
- SPKoM-Mitarbeiter*innen und Koordinator*innen (9) – durch aktive Teilnahme an den Workshops und Teilnahme an der Fahrt nach Groningen
- Mitarbeiter*innen des LVR (Dezernate 7 und 8) (7) – durch aktive Teilnahme an den Workshops und Teilnahme an der Fahrt nach Groningen, durch Mitwirkung im Lenkungsausschuss, der Projektgruppe und im Fachbeirat
- Mitarbeiter*innen und Vorstandsmitglieder des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e. V. (3) – durch Einbringen von Expertise in den Fachbeirat und Teilnahme an der Fahrt nach Groningen
- Mitglieder des AGpR-Vorstandes (10) – durch aktive Teilnahme an den Workshops und Teilnahme an der Fahrt nach Groningen, durch Mitwirkung im Lenkungsausschuss, der Projektgruppe und im Fachbeirat
- Mitarbeiter*innen von Wohlfahrtsverbänden (2) – durch Einbringen von Expertise in den Fachbeirat, Teilnahme an Veranstaltungen und Teilnahme an der Fahrt nach Groningen
- Vertreter der Krankenkassen (1) – durch Teilnahme an Veranstaltungen und Feedback in Bezug auf den Zwischenbericht
- Referent*innen im In- und Ausland (8) – durch Mitwirkung in den Workshops und Unterstützung bei der Durchführung der Exkursion

Viele der beteiligten Personen haben teilweise mehrfach an Workshops, Sitzungen, Klausurtagen und Gesprächen teilgenommen. Des Weiteren waren einige von ihnen an der Verschriftlichung des Versorgungskonzeptes beteiligt.

B Das strategische Versorgungskonzept SPZ 2030

5 Grundprinzipien Gemeindepsychiatrischer Arbeit

Bereits in den derzeitigen Förderrichtlinien verpflichten sich SPZ dazu, ihre Arbeit nach den Bestimmungen der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und nach den Grund- und Organisationsprinzipien der Gemeindepsychiatrie zu leisten. Besonders hervorgehoben werden die Grundsätze der

- Gemeinwesen- und Sozialraumorientierung,
- bedarfsgerechten Weiterentwicklung und Differenzierung der regionalen Versorgung,
- besonderen Berücksichtigung chronisch psychisch kranker Menschen,
- Niederschwelligkeit, Flexibilität und Klientenorientierung,
- Gemeindeorientierung und Versorgungsauftrag,
- Vernetzung im regionalen Hilfesystem,
- individuellen Hilfeplanung,
- Unterstützung von Selbsthilfe- und Angehörigenkreisen, Aktivierung des Ehrenamtpotentials,
- Qualitätssicherung.

Das BTHG erweitert den Behinderungsbegriff (§ 2 SGB IX) und begreift eine funktionale Beeinträchtigung nicht mehr als Eigenschaft und Defizit einer Person, sondern betrachtet sie im Zusammenspiel mit gesellschaftlichen Kontextfaktoren. Die Wechselwirkung von einstellungsbedingten sowie umweltbedingten Barrieren und krankheitsbedingten Teilhabebeeinträchtigungen behindert die volle und wirksame Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die Aufgabe gemeindepsychiatrischer Arbeit besteht demzufolge in der Stärkung der individuellen Ressourcen sowie dem Abbau von Barrieren im sozialen Umfeld. Ressourcen- und Stärkenorientierung spiegelt sich auch in den Grundprinzipien der SPZ wider.

5.1 Recovery

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

Alle Unterstützungsangebote des SPZ orientieren sich an den Grundannahmen von Recovery. Im Mittelpunkt steht das Gesundheitspotential, das jeder Mensch in sich trägt.

Recovery bedeutet, frei übersetzt, Gesundheit, Genesung, Erholung oder Wiederherstellung.

Dabei sind

- Hoffnung,
- eine sichere Basis,
- fördernde zwischenmenschliche Beziehungen,
- Selbstbestimmung (Empowerment),
- soziale Integration und Problemlösungskompetenz wichtige Faktoren auf dem Weg in ein zufriedenes, selbstbestimmtes Leben.

Die Wirksamkeit von Hilfen wird weniger durch die Abwesenheit von Symptomen gemessen, als durch den Zugewinn von Lebensqualität.

Grundhaltungen der Förderung sind:

- Bestärkung des Mutes, soziale Beziehungen zu knüpfen und zu pflegen und sich sozialen Verbänden zugehörig zu fühlen.
- Bestärkung des Mutes zu Hoffnung und Optimismus für die Zukunft, zum Glauben an die Möglichkeit, sein Leben positiv verändern zu können. Fokussierung auf Ressourcen und Stärken.
- Bestärkung des Mutes, selbst für die eigenen Interessen einzustehen, eigene Lösungen zu entwickeln, die eigenen Belange selbst in die Hand zu nehmen.
(Wieder) persönliche Verantwortung und die Kontrolle über das eigene Leben zu übernehmen.

Dazu bedarf es einer von Empathie und Respekt getragenen Grundhaltung professionell Tätiger, die einen Dialog auf Augenhöhe ermöglicht.

Besondere Bedeutung hat in diesem Zusammenhang die Einbeziehung von Psychatrierfahrenen und der Selbsthilfe.

5.2 Empowerment

Der Begriff „Empowerment“ steht für Arbeitsansätze in der psychosozialen Praxis, die die Menschen zur Entdeckung der eigenen Stärken ermutigen und ihnen Hilfestellungen bei der Aneignung von Selbstbestimmung und Lebensautonomie vermitteln.

Ziel der Empowerment - Praxis ist es, vorhandene (wenn auch vielfach verschüttete) Fähigkeiten zu kräftigen und Ressourcen freizusetzen, mit deren Hilfe die eigenen Lebenswege und Lebensräume selbstbestimmt gestaltet werden können. Die Eigenaktivität und Motivation der Klient*innen wird durch die SPZ gefördert – dies heißt unter Umständen auch, aus professioneller oder persönlicher Sicht problematische Entscheidungen zu akzeptieren und mitzutragen.

Durch die Förderung von Empowerment initiiert und unterstützt das SPZ individuelle Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen. Gleichzeitig ist praktizierte Hilfe auf Augenhöhe ein wesentlicher Beitrag zum Empowerment.

In empowermentorientierten Gruppenangeboten, durch Überlassung von Verantwortung für Gruppen oder andere Aktivitäten (Selbstwirksamkeitserfahrung stärken) und individuelle Begleitung, unterstützt das SPZ Nutzer*innen in ihrem Mut und in ihren Fähigkeiten, Selbsthilfe zu organisieren.

Im SPZ werden Selbsthilfeangebote von Betroffenen und Angehörigen gefördert und ggf. fachlich begleitet. Das SPZ informiert über Selbsthilfeangebote Psychatrierfahrenen, Angehöriger und anderer Selbsthilfegruppen. Das SPZ stellt Räume, personelle und finanzielle Ressourcen für Selbsthilfeangebote von Betroffenen und Angehörigen bereit.

5.3 Niederschwelligkeit

Vielen Menschen mit psychischen Erkrankungen fällt es schwer, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Besondere Wege/Angebote müssen insbesondere für diese Zielgruppen geschaffen werden.

Barrierefrei erreichbare Angebote sind Qualitätsmerkmale von SPZ, die noch weiter ausgebaut werden sollen. Barrierefreiheit bedeutet für Menschen mit psychischer Erkrankung/Behinderung, dass die Angebote leicht erreichbar sind (zentral in der Gemeinde und gut angebunden an den ÖPNV) und dass ein bedingungsloser, zugewandter sozialer Empfangsraum (insbesondere Kontakt/Treff) zur Verfügung steht.

Neben den vorhandenen offenen Gruppenangeboten, Kontakt/Treffs und der niederschweligen Beratung bedarf es daher weiterer Aktivitäten, die den Zugang für Menschen mit psychischen Erkrankungen in das Hilfesystem erleichtern, insbesondere für besonders schwer erkrankte Menschen.

Die Einbindung vor allem schwer erreichbarer Zielgruppen gelingt oftmals nur durch aufsuchende Hilfen.

5.4 Sozialraumorientierung

Durch die Sozialraumorientierung können personenzentrierte, professionelle und/oder nicht professionelle Hilfen erschlossen und verknüpft werden.

Aufgabe von SPZ ist es auch, nicht-professionelle Hilfen aus dem Sozialraum von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu akquirieren und sie im sozialen Umfeld zu unterstützen. Sie fördern so die soziale Beteiligung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung im Sozialraum.

Einer 2013 veröffentlichten Studie der Universität Greifswald zufolge, nimmt die Stigmatisierung von Menschen mit seelischen Behinderungen in der Gesellschaft eher zu als ab. Die Spirale der Selbstabwertung psychisch erkrankter oder behinderter Menschen wird hierdurch weiter verstärkt.

SPZ leisten Antistigma-Arbeit z. B. durch Teilnahme an öffentlichen Events, wie z.B. an Stadtfesten, Familienmessen, Veranstaltungen in Kooperation mit der VHS etc.

SPZ haben institutionellen Einfluss auf die Entwicklung des Sozialraums, in dem die Räumlichkeiten eines SPZ angesiedelt sind.

Sie unterstützen Bürger*innen (mit und ohne Psychiatrieerfahrung) des Sozialraums dabei, in eigenen Foren ihre Probleme und Fragen artikulieren zu können, z. B. in Runden Tischen, Stadtteilcafés, Veranstaltungen, Gruppen usw.

Projektabschlussbericht: Weiterentwicklung der SPZ und SPKoM unter den veränderten gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen

SPZ sollten sich in den Organisationen der Bürger*innen vor Ort beteiligen und Handlungsstrategien und Lösungsansätze gemeinsam mit Bewohner*innen der Region (z. B. in Vereinen, Initiativen, Kirchengemeinden etc.) erarbeiten.

Wichtig sind auch die Gremienarbeit und die Beteiligung an kommunalpolitischen Aktivitäten.

6. Gemeindepsychiatrische Versorgungsstruktur und Vernetzung

6.1 Ambulante Komplexleistung durch Vernetzung – eine Herausforderung für SPZs

Die gemeindepsychiatrische Versorgungsstruktur ist weiterhin, den unterschiedlichen Leistungsgesetzen folgend, zersplittert. (Die Aufteilung in drei Bereiche der psychosozialen Versorgung ist in Schaubild 1¹ dargestellt.) Dies erschwert nach wie vor das Ziel einer integrierten, personenzentrierten Leistungserbringung durch die Leistungsanbieter, zumal die dafür erforderlichen Koordinierungs- und Vernetzungsarbeiten keine abrechenbare Leistungsart darstellen.

Die drei Bereiche der psychosozialen Versorgung

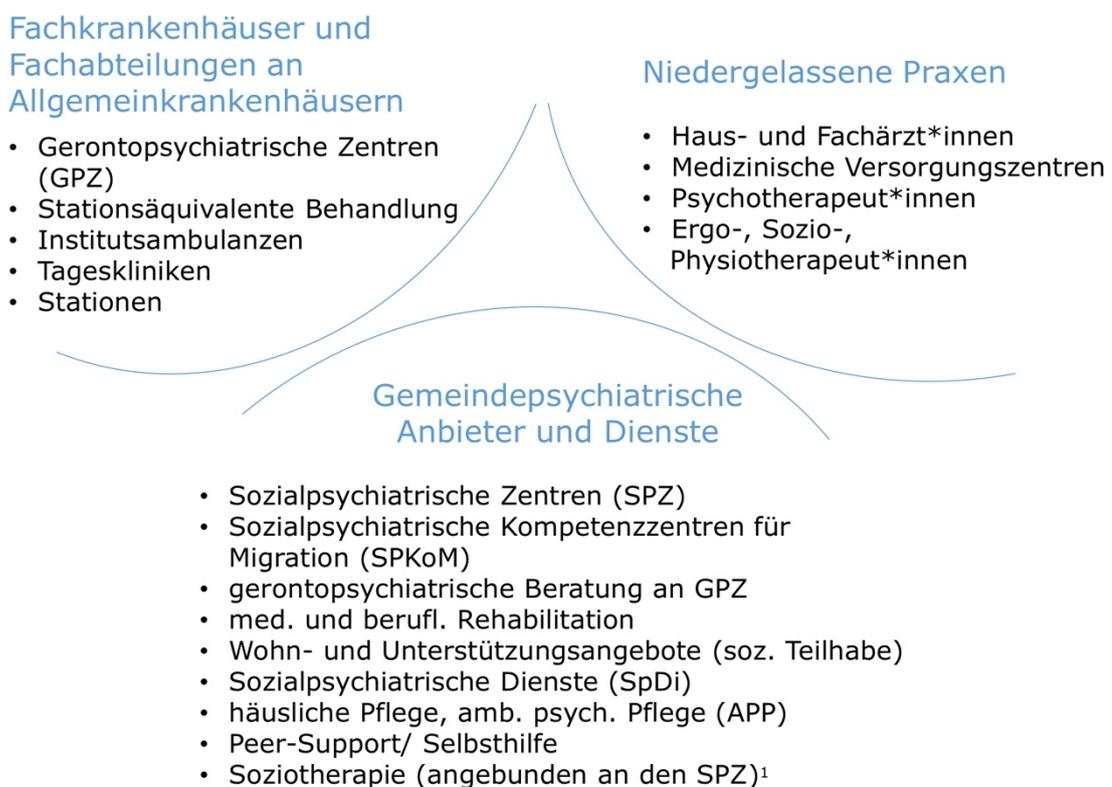


Schaubild 1

¹ in laufender Beratung

Die **gemeindepsychiatrische Grundversorgung** in einer SPZ-Versorgungsregion wird zunächst getragen durch den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi), das für die Region zuständige psychiatrische Krankenhaus mit seinen ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten und die SPZ im Rahmen ihrer regionalen Versorgungsverpflichtung mit ihren niedrighwelligen Kontakt- und Beratungsangeboten.

Legt man den Blick auf eine vorrangig ambulante Versorgung, so sind für die Gestaltung einer **ambulanten Komplexleistung** SpDi, Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) und SPZ die in fast

¹ Vgl. Home Treatment – Gemeinsam Handeln, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., Berlin, 2018

jeder Versorgungsregion zur Verfügung stehenden Bausteine, wenngleich die Ausstattung der SPZ je nach Versorgungsregion sehr unterschiedlich ist.

Gemeinsam obliegt es ihnen, Menschen mit schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen mit einem komplexen Hilfebedarf, der den Einsatz unterschiedlicher Hilfen erfordert, eine angemessene Versorgung bereitzustellen.

Zur Überwindung sektoraler Brüche zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sind hier, soweit sie nicht bereits verbindlich und verlässlich bestehen, Vernetzungslösungen zu entwickeln, so z. B. über eine strukturelle bzw. fallbezogene Einbindung der SPZ in das **Entlassmanagement (§ 39 Abs. 1a SGB V)** der Krankenhäuser.

In gleicher Weise sind deutliche Verbesserungsmöglichkeiten im Zusammenwirken der SPZ mit den PIA an den Krankenhäusern auszuloten, um die häufig entlang der Sozialleistungsträger gezogene getrennte Leistungserbringung der ambulanten Behandlung, weiterer vor- und nachsorgender Hilfen und der Hilfen im Bereich Teilhabe und Rehabilitation zu verzahnen.

Hier gilt es, die in den Regionen vorhandenen, aber häufig getrennt agierenden Personalressourcen zu bündeln. Die Wahrnehmung einer gemeinsamen Aufgabe in differenzierten Rollen kann z. B. durch gemeinsame Angebote, vereinbarte Versorgungspfade oder gar durch die Herausbildung gemeinsamer Teamstrukturen erfolgen.

Wichtige Akteure sind auch die Behandlungspraxen der niedergelassenen Ärzteschaft, deren strukturelle Einbindung sich allerdings oftmals schwierig gestaltet und bislang nur in vereinzelten Modellversuchen partiell gelingt. In den Regionen, in denen SPZ Angebote aus dem Bereich Behandlung und Pflege - psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP), Pflege, Soziotherapie - anbieten bzw. gestalten, werden hier zukünftig verstärkte Lösungen von fallbezogenen und nach Möglichkeit auch von fallübergreifenden Angebots- und Leistungsvernetzungen erforderlich sein.

Ein Teil der Aufgaben des SPZ sind zu den örtlich zu finanzierenden Aufgaben zu rechnen, für die es eine gemeinsame Aufgabenzuschreibung gibt. Dies bezieht sich zum einen auf Aufgaben der vorsorgenden und nachgehenden Hilfen gemäß dem Gesetz über Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (**PsychKG**), insbesondere für psychisch erkrankte Menschen, für die die Schwellen zu Leistungen des Hilfesystems zu hoch sind und die aus einem eingeschränkten Hilfesuchvermögen nicht die erforderlichen Hilfen von sich aus in Anspruch nehmen können. Die Erkenntnisse aus dem Projekt des LVR-Anreizprogramms „Inklusive Weiterentwicklung ambulanter Strukturen/Anlaufstellen ...“ (s. Kp. 1) legen nahe, dass verbindlich vereinbarte vernetzte Lösungen zu einem verbesserten Einsatz der personellen Ressourcen und zu einer kontinuierlichen, umfassenden Leistungserbringung führen können.

Die Aufgaben der Koordination nach dem „Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (**ÖGDG NRW**)“² bieten ebenfalls Ansätze einer verstärkten Kooperation vor Ort, da auch das SPZ koordinierend tätig ist.

Insofern ist die Funktionsfähigkeit eines SPZ, so die geltenden LVR-Förderrichtlinien SPZ, weiterhin nur in Zusammenhang mit einer kommunalen Beteiligung abzusichern und die

² Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland: Fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste, Albers, Elgeti, 2018

Aufgabenwahrnehmung eng mit den kommunalen Gesundheitsbehörden und den regionalen Planungs- und Koordinationsgremien abzustimmen.

Mit Stand 2018 erhalten 88% aller SPZ (n=60) kommunale Zuschüsse in einer Gesamtsumme von knapp 7,5 Millionen €, in einigen, aber nicht allen Versorgungsregionen sind diese mit Leistungsvereinbarungen zwischen SPZ und kommunaler Gesundheitsbehörde hinterlegt. In den Regionen, wo es sie gibt, sind sie zum Teil sehr differenziert, zum Teil eher allgemein. Ein vorrangiger Handlungsbedarf wird gesehen in der Gestaltung und Sicherstellung von Hilfen für die oben bereits genannten Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die schwer erreichbar sind und die die erforderlichen Hilfen von sich aus nicht in Anspruch nehmen können.

Im Bereich von **Teilhabe und Rehabilitation** wird mit Umsetzung des BTHG vorrangig das Zusammenwirken der regionalen Beratungsangebote für die Menschen mit einer psychischen Erkrankung bzw. Behinderung gestaltet werden müssen, hier insbesondere die Beratung durch die SPZ, den SpDi, die **Beratung des Leistungsträgers der Eingliederungshilfe nach § 106 SGB IX** in den Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen (**KoKoBe**)³ sowie den Beratungsstellen der **Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB)**.

Grundsätzlich gilt, dass Menschen mit Behinderung nun einen Rechtsanspruch auf abgestimmte Teilhabeplanung haben. Auch für die Anbieter von Leistungen zur Sozialen Teilhabe ergeben sich daraus Anforderungen, sich aktiv an der Koordinierung von Hilfen zu beteiligen. Es bleibt an dieser Stelle zu hoffen, dass Leistungen der „Koordination und Behandlungsplanung“ Eingang in die Leistungsbeschreibungen der Landesrahmenvereinbarungen zum BTHG finden und damit vergütet werden, so wie es seit 2004 in Berlin bereits der Fall ist.⁴

Eine wesentliche Aufgabe der SPZ, die Bündelung unterschiedlicher Hilfen für psychisch kranke Menschen, schließt grundsätzlich alle Hilfen aus den Bereichen „Behandlung und Pflege“ und „Rehabilitation und Teilhabe“ (siehe Kapitel 7) ein; idealerweise unter einem organisatorischen Dach.

Der mit der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ gelegte Versorgungsstandard des multiprofessionellen mobilen gemeindepsychiatrischen Teams setzt nunmehr eine Zielmarke für die Entwicklung gemeindepsychiatrischer Versorgungssysteme. Die Bündelungsfunktion der SPZ erhält hier eine visionäre Entwicklungsperspektive und eine Herausforderung, nämlich die Bildung gemeindepsychiatrischer Teams anzustreben, sei es in der Ausrichtung der Leistungserbringung in der eigenen Organisation, sei es in der Bündelung von Angeboten und Leistungen mit anderen Leistungsanbietern oder durch die Ausgestaltung gemeinsamer Teamstrukturen.

Beispiel: Das in der Fachöffentlichkeit vielfach diskutierte Format „Home Treatment“ ist eine Versorgungsform, die auf einer sektoren- und sozialleistungsträgerübergreifenden Leistungserbringung durch gemeindepsychiatrische Teams beruht. D. h., Home Treatment beschreibt eine koordinierte Form von Leistungserbringung in allen Bereichen von Behandlung und Pflege, Rehabilitation und Teilhabe.

³ Bericht zum Abschluss des LVR-Anreizprogramms zur Konversion stationärer Wohnangebote und zur Förderung einer inklusiven Sozialraumentwicklung, LVR-Vorlage-Nr. 14/2745, LVR, 24 August 2018

⁴ Home Treatment – Gemeinsam Handeln, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., Berlin, 2018

Bestandteile einer ambulanten Komplexleistung im Sinne von Home Treatment können u. a. sein:

- Leistungen zur Unterstützung der sozialen und kulturellen Teilhabe,
- fachärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
- häusliche Pflege und psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP),
- Soziotherapie,
- Ergotherapie und andere therapeutische Angebote,
- stationsäquivalente Krankenhausbehandlung,
- Leistungen in Notsituationen durch Krisendienste,
- Unterstützungsleistungen für Kinder bei einer elterlichen psychischen Erkrankung,
- Beratungsleistungen,
- Unterstützung zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Koordinationsleistungen, die als eigenständige Leistungen bisher nicht abgesichert sind.⁵

Sicherlich, diese Versorgungsformen brauchen geeignete Rahmenbedingungen für Innovation, die in den vorhandenen Hilfesystemen so nicht gegeben sind. Lediglich in den Versorgungsmodellen der Integrierten Versorgung (§ 140a SGB V) – hier z. B. NWpG – oder der Förderung durch den Innovationsfonds (§§ 92a,b) – hier: das GBV-Projekt –, werden Rahmenbedingungen entsprechend ausgerichtet.

Dennoch gilt es, die Möglichkeiten der Gestaltung auch unter den gegebenen Bedingungen auszuloten. Eine Entwicklungsperspektive und Strategie bietet das Funktionale Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde.

⁵ Home Treatment – Gemeinsam Handeln, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., Berlin, 2018

6.2 Das funktionale Basismodell: Standard und Orientierung

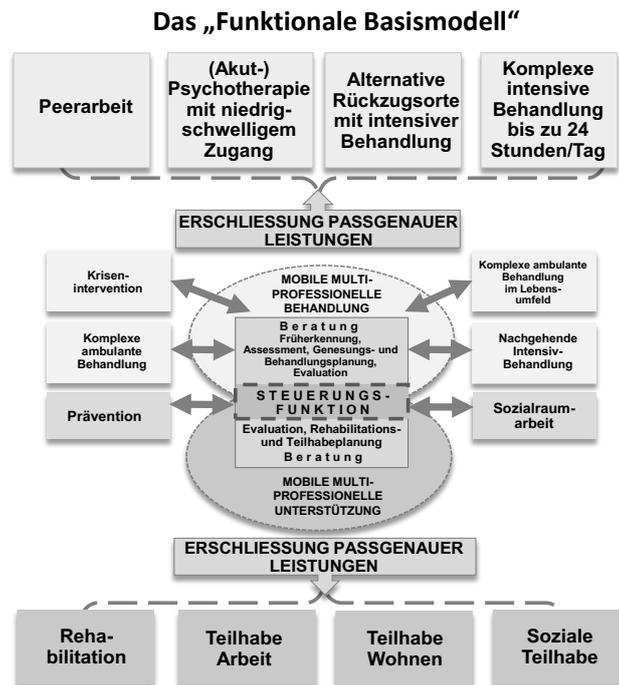


Schaubild 2

Das „Funktionale Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde“ (Schaubild 2) wurde entwickelt auf Basis der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“. Es beschreibt die für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendigen Unterstützungsfunktionen in den Bereichen Behandlung und Pflege sowie Rehabilitation und Teilhabe, ist damit also sektor- und sozialgesetzbuchübergreifend angelegt.

Es beschreibt einen Standard und eine Orientierung für die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in der Gemeindepsychiatrie. Zugleich bietet es eine Folie zur Analyse und Weiterentwicklung von regionalen Versorgungskonzepten und versteht sich als ein offenes Entwicklungsmodell für eine regionale institutionelle Umsetzung.⁶

Es soll deshalb als Entwicklungsziel, Standard und Kompass für die Weiterentwicklung der SPZ im Rheinland in den LVR-Förderrichtlinien verankert werden.

6.3 Umsetzung und Steuerung in der Versorgungsregion

Die personenbezogene Integration des Leistungsgeschehens macht auch eine organisatorische und rechtliche Integration erforderlich.

⁶ Rundum ambulant, Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde, Ingar Stinhart (Hg.), Günther Wlenberg (Hg), Köln 2017 und Das Funktionale Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde, Präsentation Fachtagung Ambulante Komplexbehandlung, Ingar Steinhart, Hannover, 2017

Zwar können die SPZ, je nach Breite ihres Angebotsspektrums, unter ihrem Organisationsdach eigenverantwortlich ihre Leistungserbringung mit Leistungsträgern vereinbaren und steuern, sie bleiben aber dennoch in weiten Teilen von verbindlicher und gelingender Kooperation mit anderen regionalen Anbietern abhängig.

Daher sollten regionale Kooperationsgremien mit Entscheidungskompetenzen und Ressourcen zur Umsetzung der jeweiligen regionalen Konzepte ausgestattet werden.

Zwar sind die in einigen Regionen gebildeten „Gemeindepsychiatrischen Verbände“ eine unbedingte und gute Ausgangsbasis, in denen die beteiligten Institutionen verbindliche Kooperationen in Form von Leitlinien oder Verträgen vereinbaren. Ob sie allerdings alleine die Kraft haben, Neustrukturierung und Leistungsintegration zu bewirken, darf bezweifelt werden. Den kommunalen Gebietskörperschaften kommt bei der Schaffung entsprechender Strukturen und Organisationsformen eine wesentliche Rolle zu.⁷

In den geltenden LVR-Richtlinien heißt es bereits:

„Das SPZ unterstützt regionale Bestrebungen zur Gründung und Anerkennung gemeindepsychiatrischer Verbände und wirkt in diesen aktiv mit.“

Inwieweit die SPZ eine anregende oder treibende oder gar führende Rolle einnehmen können, hängt sehr von den regionalen Gegebenheiten ab und lässt sich nicht allgemeinverbindlich festlegen. Sie werden aber ihre Unterstützung, in Kooperation mit der kommunalen Behörde, an regionalen Umsetzungsprozessen einer regionalen gemeindepsychiatrischen Basisversorgung wahrnehmen.

6.4 SPKoM

Um SPZ zu kultursensiblen Organisationen zu entwickeln bzw. sie darin zu stärken, werden künftig für Mitarbeitende in SPZ Trainings zur Sensibilisierung interkultureller Kompetenzen angeboten. Möglichst alle Mitarbeitenden und Geschäftsführenden von SPZ sollen daran teilnehmen.

SPKoM beraten und unterstützen SPZ durch eine von ihnen regelmäßig durchgeführte organisationsübergreifende Fallbesprechung.

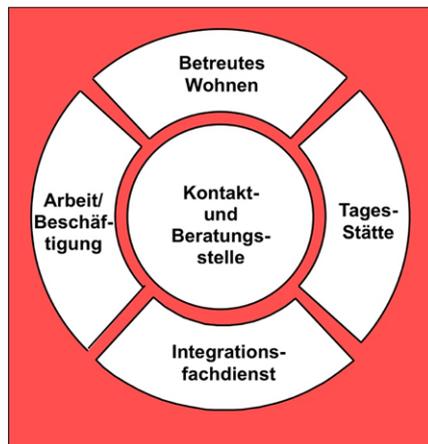
SPKoM führen im dreijährigem Turnus ein geschlossenes Analyse- und Entwicklungsprogramm in SPZ durch. Jedes SPZ durchläuft dieses Programm im Abstand von 3 Jahren erneut, um neues Personal einzuführen, in der Entwicklung entstandene Probleme und Fragen zu reflektieren und durch weitere Schulungen als lernende Organisation unterstützt zu werden.

Überprüft werden die im Analyse- und Entwicklungsprogramm miteinander vereinbarten Ziele in den alle drei Jahre stattfindenden Visitationen der SPZ. In den Qualitätsstandards gibt es für das Thema Migration einen eigenen Fragenkatalog.

⁷ Bourbé, Steinhart, Wienberg: Von den Modellen zur Regelversorgung: Strategien zur regionalen Umsetzung des Funktionalen Basismodells, in: Steinhart, Wienberg (Hg.)

7 SPZ Zukunftsmodell

Seit 2007 wurde im Rahmen des LVR-Förderprogramms das folgende Schaubild zur Darlegung der Organisationsform der SPZ gemäß Förderrichtlinien verwendet:



(Schaubild 3)

Als Ergebnis der Beratungen und Bearbeitungsprozesse dieses Projektes wurde ein neues Schaubild entworfen, welches nun das weiter entwickelte Grundkonzept der SPZ, das sozialleistungsträgerübergreifenden Zentrum, veranschaulicht.

SPZ Zukunftsmodell

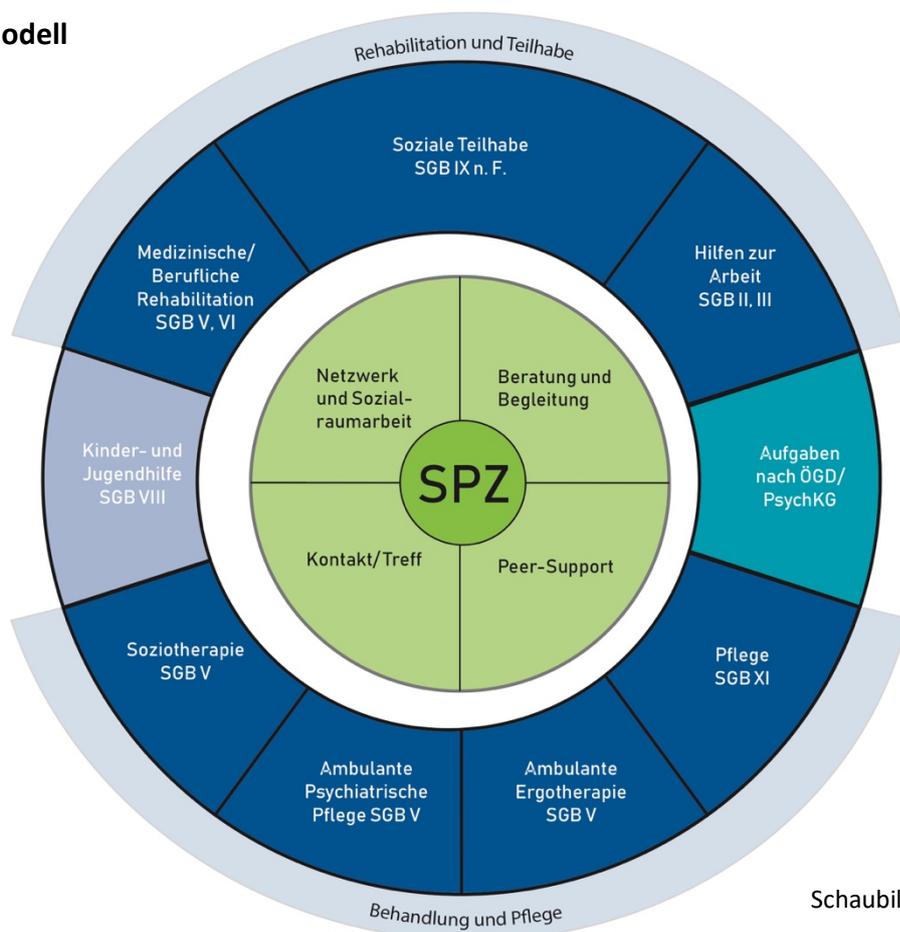


Schaubild 4

Die SPZ sind angelegt als **sozialleistungsträgerübergreifende Zentren**, die Hilfeleistungen aus den verschiedenen Hilfearten organisatorisch unter einem Dach bündeln, um so die Voraussetzungen für eine integrierte, personenzentrierte Leistungserbringung zu schaffen.

Zugleich sind sie eine niedrigschwellige Anlaufstelle (**Kontakt, Treff**) die eine auf die speziellen Bedürfnisse und Bedarfe insbesondere von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und psychischen Behinderungen ausgerichtete **Beratung und Begleitung** anbietet, in der eine „Lotsenfunktion“ wahrgenommen wird. Dabei sind Angebote des **Peer-Supports** (Peer-Unterstützung: Genesungsbegleitung, Peer-Counseling) vorzuhalten und einzubinden.

Zielorientierung für die Weiterentwicklung der SPZ bildet das „Funktionale Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde“.

Demzufolge verfolgen die SPZ eine Strategie, so weit wie möglich Angebote und Leistungen aus den Bereichen „Behandlung und Pflege“ sowie „Rehabilitation und Teilhabe“ unter einem organisatorischen Dach zu verbinden. Dies geschieht entweder dadurch, dass sie entsprechende Angebote in ihr Angebotsspektrum aufnehmen und/oder indem sie durch fallübergreifende **Netzwerkarbeit** Leistungen durch andere Anbieter mit ihren Angeboten verknüpfen. Angestrebt werden teambasierte Netzwerklösungen, orientiert an den gemeindepsychiatrischen Versorgungsmodellen (ACT, CMHT, Home Treatment) der S3-Leitlinien.

Zugleich ist es ihre Aufgabe, durch **Sozialraumarbeit** Ressourcen in der Gemeinde zu erschließen und einzubinden.⁸

Das SPZ-Zukunftsmodell (Schaubild 4) zeigt das Verständnis eines sozialleistungsträgerübergreifenden Zentrums durch die Gruppierung von 2 Leistungshauptgruppen. Diese werden in Anlehnung an des Funktionale Basismodell unterteilt in

- Leistungen im Bereich Behandlung und Pflege
- Leistungen im Bereich Rehabilitation und Teilhabe

Unter Bezug auf die besondere Verbindung mit den kommunalen Gebietskörperschaften wurden

- Aufgaben nach ÖDGD / PsychKG NW

in das Schaubild aufgenommen.

Mit Blick auf die zahlreichen kommunalen Kooperationen im Bereich Kinder und Jugendhilfe (u. a. Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern) wurden ergänzend auch

- Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe

integriert.

⁸ Weitere Quellen:

Gute Praxis: Anregungen durch das GPZ-Modell Krefeld Ralf Ihl: Regionale Vernetzung und Bündelung der vorhandenen Ressourcen durch GPZ

Präsentation; Fachtag zum LVR-Förderprogramm „Perspektiven Gerontopsychiatrischer Zentren im Rheinland“, 18. September 2018

Diederich-Cujai, Nadine: Voneinander lernen: Praxisbeispiel aus dem GPZ Region Krefeld

Präsentation; Fachtag zum LVR-Förderprogramm „Perspektiven Gerontopsychiatrischer Zentren im Rheinland“, 18. September 2018

Im Bereich **Rehabilitation und Teilhabe** umfasst „Soziale Teilhabe“, SGB IX n.F., alle Leistungen, wie sie in den §§ 76 – 84 SGB IX – in Verbindung mit den Ausführungen zum Eingliederungshilferecht, SGB IX, Teil 2, §§ 90 ff – dargelegt sind. Hervorzuheben sind hier insbesondere die „Assistenzleistungen“ (§ 78) und die „Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten“ (§ 81), die im Wesentlichen die bisherigen unter dem SPZ-Dach angebotenen Hilfen der Wohnbetreuung und der Tagesstrukturierung umfassen. Konkretisierungen zur Art und Umsetzung der gesetzlichen Leistungen „Soziale Teilhabe“ werden erst nach Abschluss des Landesrahmenvertrags NRW zur Umsetzung des BTHG erwartet.

Im Bereich **Behandlung und Pflege** sind die Leistungen Soziotherapie und Ambulante psychiatrische Pflege (APP), **neu:** Psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP) aus Sicht der Gemeindepsychiatrie in ihrer jetzigen Form noch nicht optimal gestaltet, auch wenn die jüngsten Modifikationen der Richtlinien in beiden Fällen in eine begrüßenswerte Richtung weisen.

Soziotherapie ist seit 2000 eine gesetzliche Leistung nach SGB V, die aber aufgrund restriktiver Rahmenbedingungen bisher kaum angeboten werden kann.

Seit 2015 gibt es eine neue Richtlinie des GBA. Von 16 Bundesländern haben bisher sechs einen Landesrahmenvertrag; in NRW wird aktuell über einen Landesrahmenvertrag verhandelt.

Soziotherapie ist eine „Kernleistung der Gemeindepsychiatrie“⁹, eine Schlüsselleistung für die SPZ. Sollte der Landesrahmenvertrag NRW zu adäquaten Bedingungen für die Erbringung von Soziotherapieleistungen führen, so sollten die SPZ sich aktiv den Krankenkassen als Zentrum für eine integrierte Leistungserbringung der Soziotherapie anbieten.

Psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP) wird – Stand 2018 – in 17 von 71 SPZ angeboten. Der eklatante Fachkräftemangel in der Pflege verhindert z. Z. einen schnellen Ausbau, obwohl viele SPZ Interesse an der Einrichtung eines Pflegedienstes äußern. Besondere Aufmerksamkeit verdient hier die Modellförderung der AOK in ihrem Kölner **APPV-Projekt**, an dem sechs SPZ als Leistungserbringer teilnehmen. Für die weitere Entwicklung wären hier Erfahrungen und Erkenntnisse zur Umsetzung („gute Praxis“) und zur wirtschaftlichen Führung der pHKP von hohem Interesse.

Das Modell illustriert eine Systematik und konzentriert sich auf die hauptsächlichen Leistungsgruppen. Es können damit nicht alle Angebote und Leistungen berücksichtigt werden, die Stand 2018 in den SPZ erbracht werden. Hier gibt es zahlreiche sehr spezielle Angebote, die sich der hier vorgestellten Systematik entziehen, dennoch aber einen hohen Wert in Bezug auf die kreative Vielfalt in Angeboten und regionenspezifischen Ausgestaltungen haben.

7.1 Aufgaben

Die Funktionsfähigkeit eines SPZ ist weiterhin nur in Zusammenhang mit einer kommunalen Beteiligung abzusichern; die Aufgabenwahrnehmung ist eng mit den kommunalen Gesundheitsbehörden und den regionalen Planungs- und Koordinationsgremien abzustimmen. Im Rahmen der abgestimmten Wahrnehmung von Aufgaben im Rahmen der **„kommunalen Daseinsvorsorge“ im Gesundheitswesen (ÖGD, PsychKG)** von SPZ und SpDi gilt es zu prüfen,

⁹ Nils Greve, Soziotherapie – eine gemeindepsychiatrische Kernleistung, Vortrag anlässlich der Fachtagung „Die Soziotherapie ist auf dem Weg zur bundesweiten Etablierung“, 2018

ob und inwieweit eine Versorgungslücke besteht für die Menschen, die krankheitsbedingt nicht die erforderlichen Hilfen von sich aus in Anspruch nehmen können und durch die „Maschen“ des gesetzlich geregelten Hilfesystems fallen.

Im Falle einer definierten Unterversorgung in der Versorgungsregion sind ein Versorgungskonzept sowie Bereitstellung und Einsatz personeller Ressourcen z. B. über eine Leistungsvereinbarung festzulegen.

Die Erkenntnisse aus dem LVR-Anreizprogramm (LVR-Vorlage 14_2745) sind dabei zu berücksichtigen.

Nach Abschluss des LVR-Anreizprogramms wurden die in Kapitel 1 aufgeführten Maßnahmen nicht in den Katalog von Regelleistungen des Kosten- und Leistungsträgers der Eingliederungshilfe übernommen. Dieser hat seine Nicht-Zuständigkeit erklärt und auf die weitere Zuständigkeit im Rahmen der „Kommunalen Daseinsvorsorge“ verwiesen.

7.2 Kernaufgaben

Kernaufgaben sind von allen SPZ zu erfüllen. Sie beschreiben die wesentlichen Funktionen, die zur Erfüllung der wesentlichen Ziele und Aufgaben der SPZ (Kap. 1) mindestens notwendig sind und die sich außerhalb jeglicher Regelfinanzierung durch die Sozialleistungsträger befinden.

7.2.1 Beratung und Begleitung

Auf der Basis einer individuellen Bedarfsklärung (psychosoziale Diagnose) wird ein 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.

Die Beratung in SPZ erfolgt ohne Voraussetzung und mit offenem Ende. Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung wird dadurch erleichtert, sich auf ihr Gegenüber einlassen. Psychisch erkrankte oder behinderte Menschen wissen dies besonders zu schätzen, da sie oftmals von vielen Seiten Druck verspüren. Den Druck, Erwartungen nicht erfüllen zu können, zu enttäuschen, Aufgaben nicht zu schaffen, ihren Ängsten zu erliegen und dadurch noch mehr ihre Handlungsfähigkeit zu verlieren.

Ihnen hilft ein nicht vordefinierter Weg, auf dem sie begleitet werden, auf dem sie aber ihre eigenen Entscheidungen treffen können. Auch Umwege führen nicht dazu, dass sie von ihren Begleitern „verlassen“ werden.

SPZ bauen auf diese Weise verlässliche, langfristige Beziehungen zu Menschen mit psychischen Erkrankungen/Behinderungen auf, niederschwellig und individuell.

SPZ verfügen über sozialpsychiatrische Beratungskompetenz, d. h. über fachliche Expertise über die besonderen Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Erfahrung im Umgang mit ihrer individuellen, subjektiven Realität.

Diese Bedürfnisse können vielfältig sein. Sie erwachsen vor allem aus behinderungsbedingt extrem schwankender und zeitweise sehr begrenzter Reiz- und Informationsverarbeitungskompetenz, aus großen, auch lange anhaltenden Affekteinbrüchen, Antriebsmangel und ausgeprägten Bindungsstörungen.

SPZ koordinieren zwischen Lebens- und Rechtslage und bieten eine intensive integrierte Lebensberatung.

SPZ sind eine niederschwellige Anlaufstation für Menschen, die sich (noch) nicht auf eine Hilfebedarfserfassung nach §§ 19 und 117 SGB IX einlassen können/wollen, aber dennoch Unterstützung benötigen.

SPZ eröffnen Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung die Möglichkeit einer individuellen Beratung, in der eigene Ressourcen identifiziert und individuelle Möglichkeiten zur Sozialraumerweiterung (Vereine, Kirchengemeinden, Parteien, Initiativen, Nachbarschaft usw.) aufgezeigt werden.

SPZ bieten Unterstützung bei der Organisation individuell notwendiger weiterführender Hilfen und ggf. Begleitung.

Wichtige Voraussetzungen der Berater*innen sind deshalb

- Kenntnis von und Vernetzung mit psychosozialen Gremien und Angeboten,
- Kenntnis von und Vernetzung mit bürgerschaftlichen Angeboten und Gremien im Sozialraum.

Perspektivisch:

Durch die Leistungsträgerberatung nach §106 SGB IX und die EUTB (Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung) bestehen nun weitere Beratungsangebote für Menschen mit Behinderungen. Sie haben die Aufgabe, Menschen mit jeder Art von Behinderung zu beraten.

Ihr Auftrag ist es zu vermitteln, bei der Antragsstellung zu unterstützen und Kontakte und Begleitung durch andere Leistungserbringer vorzubereiten.

SPZ kooperieren mit der EUTB vor Ort. Eine wechselseitige Vermittlung ist jederzeit möglich. SPZ geben ihr Know-how in Bezug auf psychisch erkrankte Menschen an die EUTB weiter und schulen die Mitarbeitenden auf Wunsch. Hierzu bedarf es konkreter Gespräche mit Verantwortlichen der EUTB.

SPZ können als Lotse in die neu zu installierende Beratung des Leistungsträgers nach §106 SGB IX dienen. Sie vermitteln die ankommenden Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung, begleiten sie auf Wunsch als Vertrauensperson zu den Mitarbeitenden der Leistungsträgerberatung zur Erstberatung. SPZ stehen mit ihren niederschweligen Angeboten und als Leistungsanbieter dauerhaft zur Verfügung. Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung können von der Beratung des Leistungsträgers dorthin vermittelt werden. Hierzu bedarf es konkreter Gespräche mit Dezernat 7 LVR.

Die Zusammenarbeit zwischen SPZ, der Leistungsträgerberatung nach § 106 SGB IX und EUTB ist ergänzend und ineinandergreifend.

SPZ können der Ort sein, an dem die Beratung des Leistungsträgers und Beratung der EUTB zu vereinbarten Zeiten stattfindet. Durch die Bekanntheit und Verortung der SPZ in der Gemeinde, werden sie auch weiterhin für viele Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung die erste Anlaufstelle sein, wenn sie Hilfen in Anspruch nehmen wollen.

7.2.2 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. Sie nehmen z. B. an Leitungssitzungen teil, bauen Fortbildungsprogramme oder Gruppen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung auf, beraten und begleiten akut Betroffene. Sie sind Ansprechpartner*innen und Expert*innen in eigener Sache. Ihre Expertise wird deshalb sehr geschätzt.

Die Unterstützung von Selbsthilfeangeboten Psychiatrieerfahrener, Angehöriger und anderer Selbsthilfegruppen erfolgt seitens des SPZ u. a. durch die Bereitstellung von Räumen oder von personellen und finanziellen Ressourcen.

Perspektivisch:

Die Ausbildung der Peers sollte so erfolgen, dass ihre Arbeit adäquat entlohnt werden kann. Hierzu ist eine Ausbildung erforderlich, die in einen anerkannten Berufsabschluss mündet. Dem niederländischen Peer-Modell folgend, sind ausgebildete Peers in allen Gremien (Strategie, Finanzen, Zusammenarbeit mit Kliniken etc.) aktiv zu beteiligen und werden in relevante Fragestellungen einbezogen.

Erweiterungen des Arbeitsfeldes von Peers könnten sein:

- Förderung von Online-Angeboten und Chats, an denen sich auch Selbsthilfegruppen beteiligen können, um dort ihr Know-how weiterzugeben.
- Intensivierung der Zusammenarbeit mit Kliniken durch regelmäßigen Austausch der Peer-Berater in LVR-Kliniken und SPZ und durch den Einsatz von Peers in möglichst vielen psychiatrischen Kliniken und Abteilungen.

7.2.3 Kontakt/Treff

Kontaktstellen, deren Arbeit nach Möglichkeit durch kommunale Mittel unterstützt werden sollte, halten in der Regel zahlreiche voraussetzungslose, inklusive Angebote vor.

Sie stellen zumeist mitten in der Gemeinde Räumlichkeiten zur Begegnung für Menschen mit und ohne psychische Erkrankungen zur Verfügung und eröffnen hierdurch die Möglichkeit, niederschwellig miteinander ins Gespräch zu kommen.

Manche Besucher*innen möchten einfach nur dort sein, in einem geschützten Raum, in dem sie nicht alleine sind und dennoch nicht sprechen oder sich irgendwie verhalten müssen.

Andere Besucher*innen möchten an Gruppen teilnehmen, in Interaktion treten. Kontaktstellen bieten daher zahlreiche freizeitorientierte Aktivitäten an, an denen zumeist unverbindlich jeder Interessierte teilnehmen kann.

Darüber hinaus ist die Kontaktstelle oftmals ein Ort der Selbstwirksamkeitserfahrung, z. B. beteiligen sich Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung am Cafébetrieb oder leiten/organisieren Gruppenangebote.

Es finden fachlich begleitete Gruppen (Psychoedukation, Recovery, Trialog, Psychoseseminar, DBT-Gruppen, soziales Kompetenztraining), Sportangebote, Musik und Wandern in Kooperation mit örtlichen Anbietern und Vereinen statt.

Perspektivisch:

Nicht alle Zielgruppen sind gleich gut zu erreichen. Aus diesem Grund sind zielgruppenspezifische Angebote in der Kontaktstelle zu schaffen oder auszubauen, z. B. für

- jüngere und ältere Menschen,
- Menschen mit Migrationshintergrund,
- Menschen mit bestimmten Krankheitsbildern,
- Angehörige,
- Kinder psychisch erkrankter Eltern,
- Eltern psychisch erkrankter Kinder.

Ein wichtiges Qualitätsmerkmal von SPZ ist eine kultursensible Ausrichtung. Diese schließt auch die Unterstützung durch Sprach- und Integrationsmittler*innen (SIM) ein. Diese Leistung steht jedem Aufgabenbereich des SPZ zur Verfügung.

Ehrenamtliche Arbeit sollte in jedem SPZ gefördert werden. Insbesondere im Kontakt/Treff kann sie unterstützend wirken und dazu verhelfen, dass z. B. Selbsthilfeangebote durchgeführt werden können. Um Ehrenamtliche für eine weitere Mitarbeit zu motivieren, benötigen sie einen professionellen Ansprechpartner im SPZ.

7.2.4 Netzwerk- und Sozialraumarbeit¹⁰

„Die Projekterfahrungen bestätigen, dass eine sozialräumliche und fallunspezifische, d. h. über den Einzelfall hinausgehende Arbeitsweise dazu beiträgt, dass sich Teilhabeoptionen für Klientinnen und Klienten eröffnen.“

Diese Schlussfolgerung aus dem LVR-Anreizprogramm „Inklusive Weiterentwicklung ambulanter Strukturen/Anlaufstellen zur Beratung und/oder Tagesstrukturierung“ (LVR-Vorlage 14_2745)

¹⁰ Weitere Quellen:

Ralf Ihl: Regionale Vernetzung und Bündelung der vorhandenen Ressourcen durch GPZ

Präsentation; Fachtag zum LVR-Förderprogramm „Perspektiven Gerontopsychiatrischer Zentren im Rheinland“, 18. September 2018

Diederich-Cujai, Nadine: Voneinander lernen: Praxisbeispiel aus dem GPZ Region Krefeld

Präsentation; Fachtag zum LVR-Förderprogramm „Perspektiven Gerontopsychiatrischer Zentren im Rheinland“, 18. September 2018

bestätigt einmal mehr die Notwendigkeit, Netzwerk- und Sozialraumarbeit als eine eigenständige Funktion und Leistung in den Kernaufgaben der SPZ zu verankern.

Schon die Erfahrungen aus den bundesweit laufenden oder abgeschlossenen Versorgungsmodellen (Integrierte Versorgung) zeigen, dass Koordination und Netzwerkarbeit nur als eigenständige und durch die Modellförderung vergütete Leistung bewältigt werden kann. In der Praxis außerhalb von Fördermodellen ist diese Arbeit zwar erwünscht, aber nicht finanziert. Dabei stellt sich heraus, dass fallübergreifende Netzwerk- und Sozialraumarbeit nicht von in ihren Hauptfunktionen tätigen Mitarbeiter*innen wirkungsvoll „mal nebenher“ geleistet werden kann. Diese Leistung bedarf einer klaren personellen Zuordnung und Kompetenz mit einem entsprechend zeitlichen und finanziellen Budget.

In den Kernaufgaben ist also vorrangig gemeint die **fallübergreifende Netzwerk- und Sozialraumarbeit**, die Voraussetzungen dafür schafft, dass eine fallbezogene Netzwerkarbeit und die dafür notwendige Vernetzung von Leistungen überhaupt erst gelingen kann.

Was sind die Tätigkeiten von fallübergreifender Netzwerk- und Sozialraumarbeit?

Die folgende Aufzählung ist nicht vollständig und dient der Illustration des in dieser Kernaufgabe Gemeinten:

- Die Erschließung von nicht-psychiatrischen, z. B. sozialen, kulturellen, (wohnungs)wirtschaftlichen u. a. Ressourcen im Sozialraum; Aufklärung und Information, Vereinbarung zu Zugänglichkeiten, wechselseitigen Nutzungsbedingungen, Klärung von Unterstützungsleistungen (Ansprechpartner bei Schwierigkeiten, Beschwerden etc.)
- Information und Aufklärung über Auftrag, Angebote und Leistungen der SPZ für psychiatrische Versorgungsanbieter*innen für potentielle Partnerschaften, zielgruppengerecht, persönlich und medial erbracht, regelmäßig und kontinuierlich im Sinne der Kontaktpflege („Kundenbetreuung“)
- Entwicklung, Bewerbung, Verhandlung und Vereinbarung von Kooperationsformen und Formen der Leistungsvernetzung – Angebots- und Leistungsabstimmung, Versorgungsvereinbarungen über die Bereitstellung von Leistungen, gemeinsame und transparente Verfahren bei der Leistungsvermittlung, Abstimmung von einrichtungsübergreifenden Versorgungspfaden, Verknüpfung von Leistungen zu gemeinsamen Angeboten bzw. gemeinsamer Leistungserbringung (z. B. Krisendienst), verbindliche Leistungsvereinbarungen, Schaffung von rechtsfähigen Organisationsformen für integrierte Leistungserbringung durch gemeinsame Teams etc.
- Koordination verknüpfter, integrierter Versorgungsleistungen durch mehrere beteiligte Leistungsanbieter, Netzwerkgespräche, Bedarfsklärung von Qualifizierungsbedarfen im Netzwerk etc.
- Beratung zu Fragen der Organisierung, der Finanzierung und der wirtschaftlichen Führung zur integrierten Erbringung von Leistungen aus unterschiedlichen Sozialleistungsträgern.

8 Einrichtungsbezogene Leistungen

8.1 Besondere Bedarfe und Aufgaben

8.1.1 Lotsenfunktion

SPZ übernehmen eine Lotsenfunktion für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen.

Sie arbeiten mit ihnen an einer verlässlichen, langfristigen Beziehung, die nicht mit der Beratung endet, sondern durch den Angebotsdschungel hindurch hilft und Wegbegleiter ist.

Die Lotsenfunktion ist der Kern dessen, was ein SPZ definiert.

Durch die spezifischen, auf die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgerichteten Netzwerke, sind SPZ in der Lage, die gewünschten Leistungen wie aus einer Hand bereitzustellen.

Die Netzwerke ermöglichen intensive, sozialleistungsträgerübergreifend tragende Strukturen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung.

8.1.2 Care-Management

Es gibt Menschen, die aufgrund der Schwere ihrer chronischen psychischen Erkrankung vom Hilfesystem nicht erreicht werden.

In gemeindepsychiatrischen Institutionen, Diensten und Einrichtungen sind Mitarbeitende mit unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten an ihre Aufträge gebunden. Ziel dabei ist es immer, eine volle und wirksame Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

Psychisch erkrankte Menschen mit herausforderndem Verhalten widersetzen sich diesem Auftrag. Sie konterkarieren jede Bemühung um soziale Integration durch Rückzug oder extrem unangepasstes Verhalten.

Prozesse sozialer Desintegration, Zwangsmaßnahmen und Zwangsunterbringungen verstärken in der Folge die Problematik.

Es ist eine wesentliche Aufgabe der kommunalen Gesundheitsbörden, in Kooperation mit gemeindepsychiatrischen Diensten und Einrichtungen, für diese Menschen tragende regionale Versorgungsstrukturen aufzubauen. Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang den Sozialpsychiatrischen Diensten zu. Die gemeindepsychiatrischen Verbände sollten unter Einbeziehung der psychiatrischen Fachkliniken vor Ort klare Aussagen zur Versorgungsverpflichtung gegenüber dieser Klientel treffen und ein regelmäßig tagendes Gremium installieren, das sich mit den spezifischen Bedarfen dieser Zielgruppe sowohl im Einzelfall als auch strukturell auseinandersetzt.

Modellprojekte zur Inklusion wie in Mettmann haben gezeigt, dass viele Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erst durch „Unterstützungsangebote in Form von kontinuierlichen Beziehungsangeboten“¹¹ in der Lage sind, Hilfen in Anspruch zu nehmen.

In diesem Projekt wurde „die psychische Erkrankung als Teilhabebarrriere betrachtet, die die Antragstellung und Inanspruchnahme notwendiger Leistung verhindert. Entsprechend war das

¹¹ Bericht zum Abschluss des LVR-Anreizprogramms zur Konversion stationärer Wohnangebote und zur Förderung einer inklusiven Sozialraumentwicklung

Unterstützungsangebot frei von den üblichen Formalitäten und Anforderungen des Hilfesystems und konnte vor einer potentiellen Antragstellung zur Verfügung gestellt werden.“¹²

Drehtüreffekte konnten bei 19 von 21 besonders schwer zugänglichen Klient*innen in Mettmann verhindert werden.

Dieses Ergebnis korrespondiert mit der Annahme, dass der Anspruch der Eingliederungshilfe, der immer auf die Erlangung von Selbständigkeit und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zielt, für einen Teil der betroffenen Menschen eine Überforderung darstellt. Hilfeplangespräche und die damit verbundene Formulierung eigener Lebensziele und Wünsche erfordern: Kommunikationsfähigkeit, ein Mindestmaß an Mitwirkung und Fähigkeiten, die eigene Lebenssituation zu betrachten und planerisch in die Zukunft zu blicken.

Die Installation eines „Care-Managements“, das aufsuchend tätig wird und in enger Kooperation mit den Sozialpsychiatrischen Diensten die Lebenslagen dieser Zielgruppen verbessert, bedarf zuverlässiger Leistungsvereinbarungen zwischen Kommunen und Sozialpsychiatrischen Zentren. Das Angebot soll sich an jene Menschen mit psychischen Erkrankungen wenden, die so stark eingeschränkt sind, dass sie notwendige Unterstützungsangebote nicht ohne Hilfe aufsuchen und wahrnehmen können.

Das Auffinden dieser Menschen kann auf unterschiedlichste Art erfolgen. Durch einen Anruf bzw. Kontaktaufnahme von Passanten und Passantinnen, Angehörigen, Kliniken, Ärzten und Ärztinnen, Fachärzten und Fachärztinnen, Polizisten und Polizistinnen oder durch andere Menschen, die sich im Sozialraum der/des Betroffenen befinden.

8.1.3 Netzwerkmanagement

Im Gegensatz zum „Care-Management“, welches nach außen und mit den Klienten und Klientinnen arbeitet, soll es in jedem SPZ ein Netzwerkmanagement geben, welches für Achtsamkeit in Bezug auf Gruppen mit ganz besonderen Bedürfnissen sorgt. Netzwerker*innen haben die Aufgabe zu prüfen, ob es speziell auf die Bedürfnisse dieser ganz besonderen Gruppen zugeschnittene Angebote gibt. Sie arbeiten somit nach „innen“, in das SPZ hinein.

Idealerweise sind Personen, die diese Funktion übernehmen, Sozialraumexperten bzw. Sozialraumexpertinnen. Sie haben Kenntnisse über infrastrukturelle Gegebenheiten in der Gemeinde, wissen, welche Randgruppen existieren und können dementsprechend Einfluss darauf nehmen, welche Angebote für diese Zielgruppen wirksam sein können. Sie sind gut vernetzt und kooperieren mit anderen Organisationen.

8.2 Leistungen zur Erreichbarkeit, Bewusstseinsbildung, Antistigmaarbeit

Öffentlichkeitsarbeit schließt Plakate, Flyer, Ankündigungen und Presseberichte in Wochenblättern, Tageszeitungen und anderen Medien ein, kann aber auch online oder in kombinierter Form erfolgen, z. B. durch Aufdruck von Barcodes auf Flyern oder Plakaten.

¹² Bericht zum Abschluss des LVR-Anreizprogramms zur Konversion stationärer Wohnangebote und zur Förderung einer inklusiven Sozialraumentwicklung

Wir empfehlen allen SPZ einen Webauftritt und den Einsatz von Social Media. SPZ sollten digitale Angebote zu Beratung, Empowerment, Teilhabe und sozialer Beteiligung kennen, berücksichtigen und unterstützen oder sie betreiben selbst solche Angebote.

Beispiele sind:

- SPZ bieten Netzzugang / WLAN,
- SPZ beraten und unterstützen in Fragen digitaler Teilhabe, kennen psychiatriespezifische digitale Unterstützungs-, Selbsthilfe- und Antistigma-Programme,
- SPZ sind digital sicht- und nutzbar, nehmen aktiv an Social-Media teil,
- SPZ arbeiten an der mehrsprachigen Präsentation ihrer Angebote im Internet,
- SPZ bieten selbst digitale Zugänge (z. B. Online-Beratung, Forum o.ä.).

Die eigene Website der SPZ sollte Ansprechpartner*innen aufzeigen, am besten mit Bild, und aktuell über Angebote, Termine und Events informieren.

Diese Anregungen werden in das Projekt des LVR „Portal Integrierte Beratung“ eingebracht.

Perspektivisch:

Online ist eine Website für alle SPZ im Rheinland sinnvoll.

Diese Website sollte einen ersten Überblick über Krankheitsbilder, Selbsttests, Entspannungsübungen - aber auch Adressen, Angebote und Ansprechpartner*innen in der näheren Umgebung (durch Link auf die Landingpages der einzelnen SPZ) aufzeigen.

Darüber hinaus sollte die Möglichkeit eines Chats angeboten werden, in dem allgemeine Fragen durch Chatmitarbeitende beantwortet werden können und eine Weiterleitung an SPZ erfolgt. Die Chatmitarbeitenden werden aus den SPZ rekrutiert. Da es sich hierbei um ein zentrales Medium handelt, könnte der personelle Einsatz auf alle SPZ verteilt werden (bei 52 Kalenderwochen und 71 SPZ weniger als 1 Woche pro Jahr.)

Ein gemeinsames Logo, welches alle SPZ nutzen, kann als Qualitätsmerkmal dienen.

8.3 Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung in SPZ erfolgt auf der Grundlage eines zwischen LVR, AGpR und Trägern konsentierten Qualitätskatalogs und über ein strukturiertes Visitationsverfahren unter Beteiligung von Nutzer*innen, Angehörigen, Mitarbeitenden und Geschäftsführungen. Teil des Settings sind regelmäßige Befragungen der Nutzer*innen und die Förderung ihrer Interessenvertretungen.

Die Visitationen werden alle drei Jahre im Auftrag des LVR durchgeführt und durch die AGpR koordiniert. Sie sind für die SPZ verpflichtend.

Neben den bisher üblichen Fragen, die Teil der Visitationen sind, sollte es zukünftig eine Rubrik geben, die sich dem Thema „Erfüllung der Netzwerkarbeit“ widmet. Insbesondere soll hierbei ein Blick auf die gesicherte Versorgung von Menschen mit besonderen Bedürfnissen geworfen werden.

Die Rechte und Pflichten der Nutzer*innen sollten in einer „Geschäftsordnung“ verbindlich geregelt werden. Sie sollten verständlich und transparent formuliert sein, so dass sie für Mitarbeitende und Besucher*innen gleichermaßen nachvollziehbar sind.

Projektabschlussbericht: Weiterentwicklung der SPZ und SPKoM unter den veränderten gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen

Die Nutzer*innen sollten regelhaft an der Weiterentwicklung, Qualitätsentwicklung und -sicherung von Angeboten und Strukturen in SPZ und SPKoM beteiligt sein.

Ein wichtiges Qualitätsmerkmal ist auch eine klare und allseits bekannte Struktur im Falle von Beschwerden oder Vorschlägen.

Die SPZ werten Vorschläge und Beschwerden regelmäßig quantitativ und qualitativ aus und sorgen dafür, dass die Auswertung allen Beteiligten bekannt ist und diskutiert wird.

Externe Beschwerdemöglichkeiten wie z. B. unabhängige Beschwerdestelle, PSAG, LVR, Behindertenbeauftragte usw. werden in dem Verfahren aufgezeigt und ggf. beteiligt.

Die Qualitätsstandards für SPZ beinhalten Fragenkataloge zu den Themen:

- Beratung und Begleitung
- Kontakt/Treff
- Peer-Support
- Netzwerk- und Sozialraumarbeit
- kultursensible Organisation
- gemeindepsychiatrische Grundhaltung
- personenzentrierte, sozialraumorientierte inklusive Versorgungsstrukturen

Die regional unterschiedlichen Ausgangsbedingungen und Entwicklungsstände werden bei der Bewertung der Qualitätsstandards berücksichtigt, da sie Auswirkungen auf die Geschwindigkeit der Weiterentwicklung haben. Auch künftig soll die Vielfalt der SPZ erhalten bleiben, um so den unterschiedlichen Gegebenheiten vor Ort Rechnung zu tragen.

Zur Unterstützung der SPZ werden Coachings, Schulungen, Supervision oder Fortbildungen angeboten.

Die Überarbeitung der Qualitätskriterien und des gesamten Qualitätssicherungsverfahrens erfolgt in einem weiteren Schritt der Zusammenarbeit zwischen LVR und AGpR.

8.4 Die Rolle der AGpR und ihre Angebote zur Unterstützung der SPZ

Als Fachverband der Gemeindepsychiatrie im Rheinland wird die AGpR in Zusammenhang mit den SPZ wie bisher die Organisation der Visitationen und Schulungen der Visitatoren übernehmen.

Die AGpR stellt sich als Coach und Trainer zur Verfügung und bietet künftig

z. B. folgende Fort- und Weiterbildungen bzw. Tools an:

- Gründungs- und Kooperationsberatung (z.B. zum Thema „Pflegedienste“)
- Managementfortbildung (Wie steuere ich sozialleistungsträgerübergreifende Angebote?)
- Führungsseminare (Wie führe ich gemischte Teams?)

Die AGpR veröffentlicht auf ihrer Website Best-Practice-Modelle zu Angeboten oder Leistungen, die von Trägern eingereicht werden.

Eine Zertifizierung für SPZ-Mitarbeitende für den Erwerb interkultureller Kompetenzen als Angebot im Fortbildungsprogramm der AGpR wird angestrebt.

Die Trainings werden von Trainer*innen Interkultureller Kompetenzen durchgeführt. Nach der Beendigung eines Trainingslaufs in allen SPZ wird ein erneuter Durchlauf für neue Mitarbeitende und zur Auffrischung realisiert. Die Organisation und Durchführung der Trainings wird von der AGpR koordiniert.

Die AGpR wird im Rahmen ihres Fortbildungsangebots außerdem daran mitwirken, eine Ausbildung für Peers zu entwickeln, die eine anerkannte Berufsbezeichnung bekommt. Die Qualifizierung soll ermöglichen, dass Peers adäquat für ihre Arbeit entlohnt werden können. Hierzu werden Kooperationsgespräche mit Anbietern von EX IN – und Peerschulungen aufgenommen und ein Curriculum entwickelt.

Die AGpR vertritt die politischen Interessen der SPZ. Der Vorstand der AGpR initiiert Gespräche und tauscht sich auf politischer Ebene aus.

Die AGpR bietet durch ihre Website ihren Mitgliedern die Möglichkeit, Stellenausschreibungen zu veröffentlichen und dadurch eine größere Zielgruppe zu erreichen.

Die AGpR leistet Antistigma - Arbeit, z. B. durch die regelmäßige Verleihung ihres Förderpreises.

Literatur

Bericht zum Abschluss des LVR-Anreizprogramms zur Konversion stationärer Wohnangebote und zur Förderung einer inklusiven Sozialraumentwicklung, LVR-Vorlage-Nr. 14/2745, LVR, 24 August 2018

Bourbé, Steinhart, Wienberg: Von den Modellen zur Regelversorgung: Strategien zur regionalen Umsetzung des Funktionalen Basismodells, in: Steinhart, Wienberg (Hg.), 2018

Evaluation von Peer Counseling im Rheinland, Endbericht; Universität Kassel / prognos – Auftraggeber: Landschaftsverband Rheinland (LVR), Dezernat 7 – Soziales, Dezernat 5 – Schulen; Berlin, Düsseldorf, Kassel, 12.07.2017

Home Treatment – Gemeinsam Handeln, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., Berlin, 2018

Ingmar Steinhart: Das Funktionale Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde, Präsentation Fachtagung Ambulante Komplexbehandlung, Hannover, 2017

Ingmar Steinhart, Günther Wienberg (Hg), Rundum ambulant, Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde, Köln 2017

LVR-Anreizprogramm „Inklusive Weiterentwicklung ambulanter Strukturen/Anlaufstellen zur Beratung und/oder Tagesstrukturierung“, LVR-Vorlage 14_2745

Matthias Albers, Hermann Elgeti, Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland: Fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste, 2018

Nadine Diederich-Cujai: Voneinander lernen: Praxisbeispiel aus dem GPZ Region Krefeld Präsentation; Fachtag zum LVR-Förderprogramm „Perspektiven Gerontopsychiatrischer Zentren im Rheinland“, 18. September 2018

Nils Greve: Soziotherapie – eine gemeindepsychiatrische Kernleistung, Präsentation; Fachtagung „Die Soziotherapie ist auf dem Weg zur bundesweiten Etablierung“, 5. Dezember 2018

Ralf Ihl: Regionale Vernetzung und Bündelung der vorhandenen Ressourcen durch GPZ Präsentation; Fachtag zum LVR-Förderprogramm „Perspektiven Gerontopsychiatrischer Zentren im Rheinland“, 18. September 2018

Umsetzung des BTHG beim LVR - hier: Aufbau von Beratung und Unterstützung nach § 106 SGB IX n.F. sowie Weiterentwicklung der Kontakt-, Koordinierungs- und Beratungsstellen (KoKoBe) unter Berücksichtigung von Peer Counseling, LVR-Vorlage 14_2893, 21.08.2018