

## **Empfehlung des Landespsychiatriebeirates Rheinland-Pfalz**

### **„Wege zur Inklusion von Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung in Rheinland-Pfalz“**

#### **- Aktueller Stand und Entwicklungsbedarf -**

**verabschiedet auf der 37. Sitzung des Landespsychiatriebeirates  
am 5. Mai 2015 in Mainz**

#### **Präambel**

Inklusion bedeutet, dass jeder Mensch vollständig und gleichberechtigt an allen gesellschaftlichen Prozessen teilhaben und sie mitgestalten kann - und zwar von Anfang an, unabhängig von seinen individuellen Fähigkeiten, ethnischer wie sozialer Herkunft, des Geschlechts oder Alters. Die Idee der Inklusion zielt somit auf die menschliche Gemeinschaft insgesamt und ist dem Grunde nach keine „Veranstaltung“ für einzelne Personengruppen. Allerdings ist die Lebenswirklichkeit jedes einzelnen Menschen ganz unterschiedlich - und teilweise extrem - weit von diesem Ideal entfernt.

Im Fokus der rheinland-pfälzischen Psychiatriepolitik steht die Verbesserung der Situation chronisch psychisch kranker Menschen. Erste große Fortschritte brachte die Psychiatriereform, die in Rheinland-Pfalz Mitte der 1990er Jahre ihren Anfang nahm. Heute ist Rheinland-Pfalz der UN-Behindertenrechtskonvention und der dort verankerten Zielsetzung der Inklusion verpflichtet. Was bedeutet aber tatsächlich die Idee der Inklusion für Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung und ihre Lebenswirklichkeit?

Mit den vorliegenden Empfehlungen möchte der Landespsychiatriebeirat den Stand der Inklusion chronisch psychisch kranker Menschen in Rheinland-Pfalz beleuchten und Wege aufzeigen, wie vorhandene Barrieren (weiter) abgebaut werden können.

#### **Zum Stand der Inklusion**

Inklusion ist ein hoch gestecktes Ziel und Ideal!

Vor Beginn der Psychiatriereform waren chronisch psychisch kranke Menschen von diesem Ideal sehr weit entfernt. Ihre Behandlung und Unterbringung erfolgte in überbelegten und abgelegenen Großkliniken, in denen zu wenig und nicht ausreichend ausgebildetes Personal sowie ein vorherrschendes biochemisches Krankheitsverständnis die Therapiemöglichkeiten auf ein Minimum beschränkte. Fernab ihrer Heimat, meist ohne sinnvolle Beschäftigung und soziale Kontakte zur Außenwelt blieben die meisten bis zu ihrem Lebensende in diesen Großeinrichtungen.

Diese Situation hat sich in den letzten Jahrzehnten grundlegend geändert. Heute gibt es in Rheinland-Pfalz ein flächendeckendes und damit wohnortnahes Netz an ambulanten und stationären Behandlungs- und Unterstützungsangeboten für chronisch psychisch kranke Menschen.

Die Landkreise und Städte nehmen ihre Verantwortung zur Planung und Koordinierung der psychiatrischen Hilfen ernst. In den Kommunen wurden

flächendeckend sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet, Psychiatriebeiräte und Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften ins Leben gerufen und Stellen für Psychiatriekoordinatoren geschaffen. Heute gibt es in Rheinland-Pfalz insgesamt 42 Tagesstätten mit integrierter Kontaktstelle für chronisch psychisch kranke Menschen.

Das Land fördert diese Strukturen und deren Weiterentwicklung mit der gesetzlichen Verpflichtung, den Kommunen jährlich 0,52 € pro Einwohner zum Aufbau gemeindepsychiatrischer Strukturen zur Verfügung zu stellen – insgesamt also rund 2 Mio. Euro im Jahr.

Einen großen Sprung nach vorn in Sachen Teilhabe, Gleichstellung und Selbstbestimmung hat das persönliche Budget für Menschen mit Behinderungen gebracht. Mittlerweile gibt es in Rheinland-Pfalz mehr als 5000 Menschen, die dieses persönliche Budget nutzen. Rund 40 Prozent von ihnen haben eine psychische Behinderung.

Die Landesverbände der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen psychisch Kranker haben sich zu starken Partnern im Dialog entwickelt. Die landesweite Kooperation und Kommunikation zwischen den Leistungserbringern, Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen ist stetig gewachsen, nicht zuletzt durch die Zusammenarbeit in den Landesgremien.

Insgesamt hat sich in Rheinland-Pfalz in den letzten zwei Jahrzehnten das Denken und Handeln in der Psychiatrie vom Institutionenbezug hin zum personenzentrierten Ansatz gewendet. Doch trotz dieser unübersehbaren Erfolge ist die Lebenssituation chronisch psychisch Kranker und ihrer Angehörigen noch längst nicht zufriedenstellend.

Inklusion wird manchmal missverstanden als Aufforderung, Normalität durch das Weglassen von Hilfsangeboten herzustellen. Eine solche Interpretation ist grundfalsch und wäre in ihren Auswirkungen fatal. Tatsächlich geht es darum, die Hilfen so zu gestalten, dass eine umfassende Teilhabe möglich wird. Inklusion erfordert demnach, dass die notwendigen Hilfen für alle Menschen mit Behinderungen in den Bereichen Behandlung, Wohnen, Arbeiten, Freizeit gewährleistet sind. Dabei muss sich die Ausgestaltung dieser Hilfen jedoch stärker als bisher am Normalisierungsprinzip orientieren. Sie muss weiterhin den Vorrang der Selbsthilfe gegenüber institutionellen Hilfen und der ambulanten gegenüber stationären Hilfen beherzigen. Inklusion erfordert darüber hinaus, den Fokus stärker als bisher auf „Empowerment und Recovery“ der Betroffenen und eine inklusionsorientierte Sozialraumentwicklung zu legen.

Im Bereich der Psychiatrie steht der Begriff des „Empowerment“ (Selbstbefähigung) für die Zurückgewinnung von Einflussmöglichkeiten Betroffener auf ihr eigenes Leben – sei dies nun durch die Bewältigung der psychischen Erkrankung, durch vermehrte Mitbestimmung bei der Behandlung und den Behandlungsstrukturen oder durch Einflussnahme auf politischer Ebene.

Recovery lässt sich mit Wiedergesundung übersetzen, bedeutet aber nicht einfach „die Krankheit loswerden“. Gemeint ist vielmehr eine ganz persönliche, individuelle Reise der Heilung und Veränderung, die einen Menschen mit psychischen Problemen dazu befähigt, ein sinnerfülltes Leben in einer Gemeinschaft seiner Wahl zu führen.

## **1. Ein Teil der Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung ist unzureichend versorgt**

Weitgehend unversorgt sind diejenigen Menschen, die im Hilfesystem nicht bekannt sind, weil sie von sich aus keine Hilfe suchen können. Dies betrifft vor allem alte und sozial isolierte psychisch Erkrankte. Zu denken ist weiterhin an diejenigen Patientinnen und Patienten, die, beispielsweise aufgrund fehlenden Krankheitsbewusstseins, Hilfe ablehnen. Auch wenn einige dieser Menschen in ihrem Alltag (gut) zurechtkommen, steigt bei einem anderen Teil die Gefahr, dass sich sowohl ihre gesundheitliche Situation wie auch ihre Lebenssituation insgesamt verschlechtern. Die Folgen können gravierend sein bis hin zur akuten Selbstgefährdung, Obdachlosigkeit oder - im Falle fremdgefährdenden Verhaltens - zur Begehung von Straftaten und anschließender Unterbringung im Maßregelvollzug.

Aber auch im Hilfesystem bekannte Menschen sind teilweise nur unzureichend versorgt. Dies trifft umso eher zu, je komplexer ihr Hilfe- und Unterstützungsbedarf ist, etwa bei Menschen mit sogenannten Doppeldiagnosen, Menschen mit Lernbehinderungen und psychiatrischer Erkrankung; psychisch erkrankten Migrantinnen und Migranten und traumatisierten Flüchtlingen. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Unterschiedliche fachliche und finanzielle Zuständigkeiten mit entsprechenden Schnittstellenproblemen und mangelndes Wissen um die besonderen Problemlagen spielen eine wichtige Rolle.

Außerdem laufen speziell Menschen mit (potenziell) fremdgefährdenden Verhaltensweisen Gefahr, unversorgt zu bleiben oder zumindest keine gemeindenahen Wohnangebote zu erhalten. Es kommt im Einzelfall sogar vor, dass ihnen während ihres Aufenthaltes in der Akutpsychiatrie der Heimplatz gekündigt wird. Solche Entwicklungen hängen damit zusammen, dass - anders als in der Krankenhausversorgung - die Versorgungsverpflichtung im komplementären Bereich noch nicht flächendeckend realisiert wurde.

## **2. Ein Teil der Menschen muss sich noch immer an bestehende Angebote anpassen – es fehlt an personen- und lebensfeldzentrierter Unterstützung**

Weniger aus der Versorgungsforschung (an der es mangelt), als vielmehr aus Gesprächen und anekdotischen Berichten wissen wir, welche Kriterien psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen an eine gute Behandlung und Unterstützung anlegen: Die Behandlung soll möglichst nahe am Lebensumfeld (wenn möglich ambulant oder zu Hause), unter Einbezug der Patientinnen und Patienten und ihrer Familien und anderer Bezugspersonen, zuverlässig und flexibel (vor allem in Krisensituationen) erfolgen. Sie soll – auch in scheinbar „aussichtslosen“ Fällen – Hoffnung vermitteln und die Ressourcen der Erkrankten und ihrer Angehörigen stärken.

Gewünscht wird eine subjektorientierte Psychiatrie, die die Selbstbefähigung (Empowerment) der Betroffenen stärkt und damit Selbstbestimmung (wieder) möglich macht. Eine solche subjektorientierte Psychiatrie erfordert es, dass Betroffene und Professionelle die Wünsche und Bedarfe der Betroffenen gemeinsam erkunden und Hilfsangebote entsprechend individuell gestalten. Dafür ist es notwendig, auch und

vor allem die Fähigkeiten (und nicht primär die Defizite) der betroffenen Menschen wahrzunehmen, zu würdigen und zu fördern.

Obwohl viele der in der psychiatrischen Versorgung beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter diese Kriterien verinnerlicht haben und umzusetzen suchen, sind die bestehenden Rahmenbedingungen hierfür nicht förderlich. Der Schwerpunkt der Versorgung und Unterstützung psychisch kranker Menschen liegt heute noch immer im stationären und nicht im ambulanten Sektor. Das gilt für die medizinisch-psychotherapeutische Versorgung ebenso wie für das Wohnen.

So gibt es im Bereich des SGB V in Rheinland-Pfalz derzeit nur einen IV-Vertrag (§ 140a SGB V ff.), der eine sektorenübergreifende und damit lebensfeldzentrierte Behandlung explizit vorsieht. Dieses alternative Versorgungs- und Finanzierungsmodell ist in seiner Wirkung eng begrenzt, da es ausschließlich von einer Krankenkasse getragen wird und nur für den Personenkreis der Psychosekranken ausgelegt ist.

Die ambulante psychiatrische Pflege und Soziotherapie sind nur rudimentär - und bei weitem nicht flächendeckend - realisiert. Dies liegt u.a. an verschiedenen administrativen Hürden, die Leistungserbringer davon abhalten, diese ambulanten Behandlungsformen anzubieten.

Gerade chronisch psychisch Kranke müssen oft lange Wartezeiten in der ambulanten Behandlung in Kauf nehmen. Nur wenige haben Zugang zu psychotherapeutischer Unterstützung, etwa auch zur Bewältigung und Vorbeugung von Krisen.

Ohnehin ist die niedrigschwellige Krisenversorgung oft unzureichend; Krise bedeutet deshalb zu oft Einweisung in das psychiatrische Krankenhaus.

Aus Sicht eines Teils der Betroffenen findet außerdem (medikamentöse) Zwangsbehandlung zu häufig statt und fehlt es an (personalintensiven) Alternativen zur Krankenhausbehandlung (z.B. Home-Treatment, Krisenpensionen).

Auch im Bereich der Eingliederungshilfe (SGB XII) gibt es Hemmnisse, die einer lebensfeldzentrierten Unterstützung entgegenstehen. Es fehlt an einer flächendeckenden Versorgungsverpflichtung im komplementären Bereich. Trotz einer landesweiten gemeinsamen Vereinbarung zum Teilhabeplan und Teilhabeverfahren wird beides in den einzelnen Kommunen ganz unterschiedlich gehandhabt mit teilweise unbefriedigenden Ergebnissen für die daran Beteiligten. Ein besonders schwieriges und kontroverses Thema ist hierbei die Zuständigkeit für die Teilhabeplanung. Gerade bei psychisch kranken Menschen ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit neben der fachlichen Kompetenz und tiefgehenden Kenntnis der gesamten Lebenssituation der Betroffenen erforderlich, um einen Teilhabeplan zu erstellen, der den Bedarfen der Betroffenen gerecht wird. Dies ist jedoch nicht immer gewährleistet.

Bisher ist es auch noch nicht gelungen, Wohnheimplätze abzubauen. Obwohl die Anzahl der Menschen in ambulanten Wohnformen in den letzten Jahren in RLP stark zugenommen hat, ist die Anzahl der Menschen, die in Heimen leben, nicht gesunken.

Für alle Bereiche (SGB V, SGB XII) gilt, dass sich die Betroffenen und ihre Angehörigen weitgehend an bestehende Angebote anpassen und die Übergänge zwischen den Institutionen teilweise mühevoll selbst organisieren müssen. Die Fragmentierung des Versorgungs- und Finanzierungssystems und die daraus resultierende Zerstückelung des therapeutischen, rehabilitativen und komplementären Leistungsgeschehens führt häufig dazu, dass kostbare Zeit in Abgrenzungsdisputen und „Verschiebebahnhöfen“ verloren geht.

### **3. Es fehlt an Arbeit und sinnstiftender Beschäftigung**

Das „Tätigsein für andere“ ist eine wichtige Quelle für Zufriedenheit und Lebensqualität. Dies bedeutet keineswegs allein „Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt“. Dennoch kommt der (unterstützten) Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt die wichtigste Rolle zu, da sie häufig mit einem auskömmlichen Einkommen, Tagesstruktur, sozialen Kontakten, Anerkennung und vielem mehr einhergeht. Eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt haben jedoch lediglich 10 Prozent der Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung. Dieser Mangel wird sowohl von den Psychiatrie-Erfahrenen wie auch ihren Familien als eines der größten Defizite bewertet.

Ein größerer Teil der chronisch Kranken geht entweder einer Beschäftigung auf dem sogenannten zweiten Arbeitsmarkt oder in einer WfbM nach oder besucht eine Tagesstätte. Allerdings ist für einige Menschen auch die Hürde der „Werkstattfähigkeit“ zu hoch mit dem Ergebnis, dass sie selbst von dieser Beschäftigungsform ausgeschlossen sind. Bisher gibt es erst sehr wenige Zuverdienstprojekte mit Arbeitszeiten- und -bedingungen, die sich den Fähigkeiten der Betroffenen individuell anpassen lassen.

Zwar können Rehabilitationsmaßnahmen und Maßnahmen zur Berufsbildung- und -förderung zu einem Sprungbrett in den allgemeinen Arbeitsmarkt werden, allzu oft gelingt dieser Schritt jedoch nicht. Der Besuch einer WfbM oder Tagesstätte ist für viele chronisch Kranken auch deshalb wichtig, weil sie dort neben der Beschäftigung auch Wärme, Schutz und eine Tagesstruktur finden. Viele chronisch Erkrankte empfinden das Leben in diesen Sonderwelten aber auch als stigmatisierend und unbefriedigend. Sie sehnen sich nach „normalen“ Kontakten, Freunden und Bekannten, sie sehnen sich vor allem nach einer sinnstiftenden Tätigkeit, z.B. auch in Form von ehrenamtlicher Arbeit. Auf der anderen Seite haben einige Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen zunehmend das Problem, überhaupt eine Beschäftigung zu finden.

### **4. Chronisch psychisch kranke Menschen sind in umfassender Weise von Exklusion bedroht**

„Ich gehe zur Arbeit und kann von meiner Arbeit leben“. In dieser Situation ist nur ein kleiner Teil der chronisch Kranken, die Mehrheit ist auf Transferzahlungen angewiesen und bewegt sich an der Armutsgrenze. Dies führt dazu, dass chronisch Kranke auch ein höheres Risiko tragen, erheblich verschuldet zu sein. Es führt auch dazu, dass sie es schwer haben, bezahlbaren Wohnraum in akzeptablen Wohnlagen zu finden. Aus diesem Grunde sind sie oft gezwungen, in der Peripherie von Städten oder in „sozialen Brennpunkten“ zu leben. Dies bedeutet wiederum, dass die ihnen

zugängliche kommunale Infrastruktur (Einkaufsmöglichkeiten, Treffpunkte, Bildungsangebote etc.) begrenzt ist. Oft haben chronisch Erkrankte auch Mietrückstände und laufen damit Gefahr, ihre Wohnung zu verlieren. Die Mehrheit der Wohnsitzlosen ist psychisch krank.

Schließlich begrenzt der finanzielle Mangel generell die Möglichkeiten der Teilhabe am kulturellen und sozialen Leben. Damit sind nicht nur die Einschränkungen in der eigenen Freizeitgestaltung (Theater-, Kino- oder Restaurantbesuche, Urlaub etc.) gemeint, sondern auch die Einschränkung von gemeinsamen Aktivitäten mit anderen.

Chronisch psychisch erkrankte Menschen sehen sich nach wie vor Vorurteilen und Vorbehalten ihrer Mitmenschen gegenüber. Trotz der Zunahme von Wissen über psychische Erkrankungen (nicht zuletzt durch die Aufklärungsarbeit der letzten Jahrzehnte) sind diskriminierende Einstellungen kaum zurückgegangen. Besonders stark sind die Vorbehalte immer noch gegenüber Menschen, die an schizophrenen Erkrankungen leiden. Die Auswirkungen dieser Vorurteile sind vielfältig und schwerwiegend, da sie nahezu alle Lebensbereiche berühren und die dort bereits bestehenden Barrieren weiter verstärken.

Viele chronisch psychisch kranke Menschen leben nach wie vor in stationären Wohnformen. Diese Lebensform bietet einerseits die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, birgt jedoch andererseits auch das Risiko einer erneuten Ausgrenzung und damit Stigmatisierung, zumal häufig auch alle anderen Lebensbereiche wie die Gestaltung des Tagesablaufs sich im System der Psychiatrie abspielen. Andererseits bedeutet auch das Leben in der eigenen Wohnung nicht automatisch Inklusion.

## **Empfehlungen**

### **Selbsthilfekräfte der Betroffenen und der Angehörigen stärken**

Inklusion setzt voraus, dass Betroffene die Selbstbefähigung (zurück)gewinnen, ihr Leben (wieder) selbst in die Hand nehmen und eigene Lebensentwürfe zu verfolgen. Der Förderung von Empowerment auf allen Ebenen kommt daher oberste Priorität zu. Zu unterscheiden sind (1) die individuelle, (2) die gruppenbezogene und (3) die strukturelle Ebene. Mit der ersten Ebene sind Prozesse gemeint, in denen Menschen beginnen, ihr Leben wieder selbst zu gestalten. Sie hierbei zu unterstützen muss das Ziel jeglicher Behandlung und Unterstützung sein. Daher soll sich alle Hilfe an den Ressourcen und Fähigkeiten der Betroffenen und nicht primär an ihren Defiziten orientieren. Die Konzepte zur Förderung von „Recovery“ und „Empowerment“ sollten von allen in der psychiatrischen Versorgung Tätigen verinnerlicht und nach Kräften umgesetzt werden. Psychiatrie-Erfahrene als Genesungsbegleiter in der Gemeinde und in den Kliniken können hier wertvolle Unterstützung leisten und sind viel stärker als bisher in die Versorgungspraxis einzubeziehen.

Gruppenbezogene Empowerment-Prozesse meinen die Selbstbefähigung auf der Ebene von Gemeinschaften Betroffener, in Selbsthilfegruppen sowie auf der Ebene von Beiräten, Werkstatträtern. Die dritte, strukturelle Ebene bezieht sich auf die Selbstbefähigung zur Gestaltung und Veränderung von Rahmenbedingungen, die

Einfluss auf das Leben der Betroffenen haben. Die gruppenbezogene und die strukturelle Ebene können zum einen durch die materielle und ideelle Unterstützung der Selbsthilfeorganisationen (Landesverbände, lokale Selbsthilfegruppen) der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen gestärkt werden. Um hierbei alle Generationen zu erreichen sollten auch neue Formen der Beteiligung unter Nutzung der neuen Medien erprobt und gefördert werden. Ebenso wichtig ist es, dass der Dialog landesweit und flächendeckend in allen psychiatrischen Gremien gepflegt wird, also u.a. in den kommunalen Psychiatriebeiräten, im Landespsychiatriebeirat, den Besuchskommissionen. Der Dialog ist die Voraussetzung dafür, dass Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene ihre Stimme und ihren Einfluss geltend machen, um auf bestehende Defizite hinzuweisen und an der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen mitzuwirken.

Vor dem Hintergrund des angestrebten Empowerments der Betroffenen ist die derzeitige Praxis der gesetzlichen Betreuung kritisch zu beleuchten. Das betrifft zunächst den starken Anstieg der Betreuungen (bundesweit: Verdreifachung in den letzten 20 Jahren). Erfahrungsberichte zeigen auch, wie schwer es ist, eine einmal eingerichtete Betreuung wieder abzuschaffen. Betroffene sehen es weiterhin als problematisch an, dass nicht alle gesetzlichen Betreuer ausreichend Zeit für die Betreuung ihrer Klienten aufwenden und dass Mindestanforderungen für die Ausbildung von gesetzlichen Betreuern fehlen. Die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung wie auch ihre Fortdauer muss daher in jedem Einzelfall einer strengen Prüfung unterzogen werden. Gesetzliche Betreuer müssen entsprechend qualifiziert sein und dürfen nur eine überschaubare Anzahl von Menschen betreuen, um ihrer verantwortungsvollen Aufgabe gerecht zu werden und das Empowerment ihrer Klienten zu fördern.

Wenn ein Familienmitglied schwer psychisch erkrankt trägt die Familie eine große Last und braucht daher dringend Unterstützung. Die Förderung der Selbsthilfekräfte der Angehörigen ist deshalb von großer Bedeutung. Hierzu gehören leicht zugängliche, übersichtliche Informationen über die Erkrankung und die Hilfsangebote vor Ort. Im Behandlungsprozess müssen Familien von den in der Psychiatrie Tätigen als gleichberechtigte Partner wahr- und ernstgenommen werden, was u.a. voraussetzt, dass ihr Wissen um ihre Angehörigen und ihre umfangreichen und vielfältigen - oft jahrzehntelang erbrachten - Leistungen Anerkennung finden. Familien benötigen außerdem ganz praktische Unterstützung und Entlastung im Alltag, in vielen Fällen auch finanzielle Unterstützung und - nicht zuletzt - ein verständnisvolles und hilfsbereites Umfeld.

### **Anwaltschaft für die Schwächsten übernehmen**

Obwohl das Wissen der Bevölkerung über psychische Erkrankungen, ihre Ursachen und Verbreitung in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat, bestehen nach wie vor Vorurteile, Vorbehalte und Berührungsängste gegenüber Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und zwar besonders gegenüber psychotisch erkrankten Menschen. Diese Vorbehalte werden durch eine tendenziöse Berichterstattung in den Medien verstärkt.

Die Aufklärung über psychische Erkrankungen, ihre Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten tun deshalb genauso Not wie die Förderung persönlicher

Begegnungen mit psychisch kranken Menschen. Es ist mittlerweile erwiesen, dass Antistigmatisierungskampagnen vor allem dann erfolgreich sind, wenn sie den direkten Kontakt zu psychisch erkrankten Menschen herstellen und einen interaktiven Austausch ermöglichen. Offenbar lassen sich Vor- und Fehlteile am ehesten durch persönliches Erleben korrigieren. Ein besonders gutes und erprobtes Beispiel sind Schulprojekte (Psychiatrie-Erfahrene erzählen ihre Geschichte und kommen ins Gespräch mit Schülerinnen und Schülern), Psychose Seminare und Veranstaltungen wie „Der Weg aus dem Heim – aber wie?“, die der LVPE in Rheinland-Pfalz realisiert hat.

Anwaltschaft für die Schwächsten zu übernehmen bedeutet aber vor allem auch, chronisch Kranke und ihre Familien in ihren berechtigten politischen, gesetzlichen und finanziellen Interessen zu unterstützen. Ein gutes Beispiel sind die derzeit noch drohenden negativen Auswirkungen auf Schwerstkranke die im neuen Psychiatrieentgeltsystem in Folge der geplanten degressiven Vergütung angelegt sind und die es zu verhindern gilt.

Notwendig ist auch die Förderung einer – von der Pharmaindustrie unabhängigen – Versorgungsforschung z. B. durch die öffentliche Hand (Bund, Länder, Universitäten, Stiftungen etc.), die vor allem auch sektorenübergreifende Versorgungs- und Finanzierungssysteme evaluiert und speziell die Lebenssituation chronisch psychisch kranker Menschen mit komplexem Hilfebedarf, wie etwa psychisch kranker Wohnungsloser, in den Blick nimmt.

Ebenso wird die Einrichtung unabhängiger Beschwerdestellen und/ oder der Einbezug Psychiatrie-Erfahrener in Ethikkommissionen angemahnt.

### **Lebensfeldzentrierte, integrierte Behandlung und Unterstützung**

Sektorübergreifende, lebensnahe Formen der Behandlung und Unterstützung müssen in viel größerem Ausmaß als bisher erprobt und umgesetzt werden. Ein Wechsel zwischen Zuhausebehandlung, ambulanter Behandlung, Tagesklinik und vollstationärer Behandlung muss ohne negative finanzielle Auswirkungen für die Leistungserbringer allein gemäß den Bedarfen der Patientinnen und Patienten erfolgen können. Das setzt voraus, dass die Leistungserbringer mit den Krankenkassen entsprechende Verträge über solche sektorübergreifenden Versorgungs- und Finanzierungsformen schließen. Noch besser wäre es, wenn nicht nur die Behandlung sektorübergreifend erfolgt, sondern auch die notwendigen Eingliederungshilfeleistungen nach dem SGB XII umfasst sind. Das würde ein sektorübergreifendes und alle Leistungen integrierendes Regionalbudget voraussetzen, in dem alle Anbieter verlässlich zum Wohl der Klienten zusammenarbeiten.

Notwendig ist außerdem eine Anpassung der Rechtsgrundlagen zur adäquaten Vergütung der Angehörigen(mit)betreuung und der Vergütung von Psychiatrie-Erfahrenen im stationären, ambulanten und komplementären Bereich.

Soziotherapie und Ambulante psychiatrische Pflege müssen endlich allen chronisch Erkrankten zugänglich gemacht werden. Hierzu wären eine Überprüfung der Vergütungssituation und eine möglichst weitgehende Entbürokratisierung des Soziotherapie-Antragsverfahren erforderlich. Die bestehenden aufsuchenden Dienste (Sozialpsychiatrische Dienste und aufsuchend tätige Psychiatrische Institutsambulanzen) sollten gestärkt werden. Es sollten außerdem niedrighschwellige



Krisendienste verstärkt ausgebaut werden und alle Tagesstätten für chronisch kranke Menschen sollen auch als Kontakt- und Informationsstellen fungieren. Eine Weiterentwicklung der Tagesstätten hin zu integrativen Begegnungsstätten ist prinzipiell wünschenswert, muss aber noch erprobt werden.

Im Bereich des Wohnens muss der Prozess der Dezentralisierung und Verkleinerung der Wohnheime weiter vorangehen. Auch hier gilt der Grundsatz ambulant vor stationär; insbesondere ist es wichtig, stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Hierzu gehört auch der Ausbau der sogenannten Familienpflege in und des integrativen Wohnens in Rheinland-Pfalz.

### **Gemeindepsychiatrische Verbände mit Versorgungsverpflichtung und definierten Qualitätsstandards**

Chronisch psychisch kranke Menschen benötigen in ihrem Alltag kooperative und verlässliche Strukturen, die die individuell bestmögliche und erforderliche Hilfeleistung bereitstellen und dabei zugleich darauf achten, dass keine Person wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung von den notwendigen Leistungen ausgeschlossen wird. Dies setzt voraus, dass die Gemeindepsychiatrischen Verbände im Sinne des § 7 Absatz 1 des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen (PsychKG) in den Landkreisen und kreisfreien Städten die Versorgungsverpflichtung für alle psychisch Kranken in ihrer Region übernehmen und sich zur Einhaltung definierter Qualitätsstandards verpflichten, orientiert an den Qualitätsstandards der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV).

Dafür ist es einerseits unabdingbar, dass die bewährten kommunalen Strukturen, vor allem die Sozialpsychiatrischen Dienste, Stellen für Psychiatriekoordinatoren, Psychiatriebeiräte, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, auch in Zukunft auf hohem Niveau erhalten bleiben bzw. nach Möglichkeit ausgebaut werden.

Andererseits müssen alle notwendigen Elemente eines GPV auch in ausreichender Qualität vorhanden sein.

Um diese Qualität sicher zu stellen, sollen in den regionalen Psychiatriebeiräten jährlich die Berichte der Besuchskommission, qualitative und quantitative Daten der Gemeindepsychiatrie vorgestellt und diskutiert werden.

### **Konsequente Personenzentrierung**

Maßstab müssen immer die Bedarfe der Klienten sein, die es – gemeinsam mit diesen - herauszuarbeiten gilt.

Die Hilfen zur Realisierung einer inklusiven Lebensweise müssen in ausreichender Quantität und Qualität zur Verfügung stehen.

Hilfsangebote müssen auf realistischen Schätzungen der individuellen Bedarfe beruhen, wozu auch der Bedarf nach Schutz in verschiedenen Formen und, für einige Menschen, der Bedarf nach einer beschützenden Gemeinschaft gehört.

Bedürfnis vieler ist es aber eben auch, außerhalb psychiatrischer Sonderwelten zu leben und zu arbeiten – in diese Richtung hin sind Angebote weiter zu entwickeln.

Konsequente Personenzentrierung äußert sich auch in der Teilhabeplanung. Diese soll nur gemeinsam mit den Klienten in einer verständlichen Sprache erarbeitet werden. Bei der Teilhabeplanung ist das Wunsch- und Wahlrecht zu berücksichtigen.

Beispielsweise können Klienten ihren Wunsch nach wirkungsvoller Steuerung und Qualität der Eingliederung anhand einer sogenannten „TeilhabeKiste“ umsetzen. Die „TeilhabeKiste“ bietet gute Möglichkeiten Teilhabeziele selbst zu definieren und zu bestimmen.

### **Fokus auf Arbeit**

Ziel ist es, dass jeder psychisch chronisch kranke Mensch einer sinnstiftenden Arbeit/Beschäftigung entsprechend seinem individuellen Bedarf, aber vor allem auch entsprechend seinen Fähigkeiten, möglichst wohnortnah nachgehen kann. Dabei kommt es darauf an, den Zugang zu vorhandenen Angeboten (WfbM, Integrationsbetriebe, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke, Berufliche Trainingszentren, Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke, Zuverdienstprojekte, ehrenamtliche Arbeit) für alle Betroffenen sicherzustellen und zwar in dem Sinne, dass ein jeweils individuell passendes Angebot genutzt werden kann. Hierzu müssen die einzelnen Maßnahmen und Angebote der Rehabilitation durch eine enge und verbindliche Kooperation der beteiligten Einrichtungen und Dienste einschließlich der niedergelassenen Ärzte auf regionaler Ebene sowie für jeden Einzelfall abgestimmt und sinnvoll koordiniert sein. Analog zum Aufbau gemeindepsychiatrischer Verbände sind auch Verbundsysteme für die Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Sinne des § 12 Absatz 2 SGB IX zu entwickeln. Diese haben die Aufgabe in der Region – in Zusammenarbeit mit dem GPV - die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben abzustimmen und zu koordinieren. Ziel dieser Zusammenarbeit und Abstimmung muss es sein, dass sowohl strukturell wie auch im Einzelfall die erforderliche Verknüpfung von psychiatrischen Hilfen, allgemeinen Leistungen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gewährleistet wird.

Besonders wünschenswert ist es, dass es für jeden Betroffenen eine Bezugsperson gibt, die die Koordination der Leistungen in die Hand nimmt.

Entsprechend dem Normalisierungsprinzip gilt der Vorrang für Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vor dem besonderen Arbeitsmarkt wie auch der Vorrang der Hilfe durch Nicht-Profis (z.B. Genesungshelfer, Kolleginnen und Kollegen) vor professionellen Helfern. Primäres Ziel ist der Erhalt des ursprünglichen Arbeitsplatzes. Daher sollte, neben den vorhandenen Plätzen in WfbM, die sogenannte unterstützte Beschäftigung stärker genutzt werden. Unterstützte Beschäftigung ist die individuelle betriebliche Qualifizierung und Berufsbegleitung behinderter Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf auf Arbeitsplätzen in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes. Ziel ist der Abschluss eines Arbeitsvertrages und damit die Integration des behinderten Menschen in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis. Wesentlich bei der unterstützten Beschäftigung ist der Grundsatz „Erst platzieren, dann qualifizieren“, d.h. die Qualifikation erfolgt direkt am Arbeitsplatz. Dies ist auch das Ziel der Integrationsfachdienste zu deren Aufgaben sowohl die Beratung, Unterstützung und Vermittlung schwerbehinderter Menschen wie auch die Information und Beratung von Arbeitgebern gehört und deren Erhalt und Ausbau zu fordern ist.

Eine weitere Möglichkeit Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu fördern ist das Budget für Arbeit. Das Budget für Arbeit wurde 2006 durch das Land Rheinland-Pfalz initiiert und ist eine Möglichkeit Menschen, die Anspruch auf eine Beschäftigung in

einer WfbM haben, den Wechsel in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erleichtern. Über das Budget für Arbeit können bis zu 70 % der Bruttolohnkosten übernommen werden. Die Geldleistung wird als „Budget für Arbeit“ statt an die Werkstatt, direkt an den Arbeitgeber als Ausgleich für die Minderleistung des Menschen mit Behinderung gezahlt. Es wird empfohlen, dass dieses Instrument landesweit angewendet wird.

Auch die Anzahl von Zuverdienstprojekten sollte erhöht werden. Gemeinsam ist allen Zuverdienstangeboten, dass sie die Möglichkeit zu bezahlter stundenweiser Beschäftigung eröffnen. Zuverdienstangebote bestehen im Bereich der Integrationsunternehmen, daneben aber auch teilweise in Einrichtungen der gemeindepsychiatrischen Versorgung (z. B. in Tagesstätten oder integrativen Begegnungsstätten). Eine weitere Forderung zielt auf die Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung in WfbM oder als ausgebildete Genesungshelfer.

Eine besonders unterstützenswerte berufliche Perspektive stellt der Beruf des Genesungsbegleiters dar. Im Rahmen sogenannter Ex-In-Projekte werden Psychiatrie-Erfarene zu Genesungsbegleitern ausgebildet mit dem Ziel, anderen Erkrankten – auf der Basis eigener Erfahrungen – zur Seite zu stehen. Die Erfahrung zeigt, dass diese Form der Unterstützung für akut erkrankte Menschen von besonderem Wert ist und die Genesungsbegleiter selbst eine große Befriedigung aus dieser Tätigkeit ziehen. Wünschenswert ist daher nicht nur die Förderung weiterer Ex-In-Projekte, sondern auch die Einrichtung von Arbeitsplätzen für Genesungsbegleiter in Kliniken und der Gemeindepsychiatrie.

### **Inklusionsfördernder Sozialraum**

Der Weg zu mehr Inklusion führt über den Abbau von Barrieren. Für chronisch psychisch kranke Menschen spielen besonders soziale Barrieren derzeit noch eine besondere Rolle. Krankheitsbedingt und häufig auch durch Stigmatisierung kommt es zum Rückzug, Einsamkeit und Ausgrenzung der Betroffenen.

Ein inklusionsfördernder Sozialraum zeichnet sich dadurch aus, dass sich alle Bewohnerinnen und Bewohner in ihrem Lebensumfeld willkommen und beheimatet fühlen können. Das setzt für chronisch psychisch kranke Menschen voraus, dass die o.g. Barrieren reduziert bzw. abgebaut werden. Hierzu braucht es eine größere Offenheit in der Bevölkerung gegenüber psychisch erkrankten Menschen und mehr Verständnis für ihre besondere Lebenssituation. Vor allem braucht es die Chance des gegenseitigen Kennenlernens, damit deutlich werden kann, dass die psychische Erkrankung und ihre Folgen nur eine Facette des ganzen Menschen und seiner Lebensgeschichte sind. Daher sind Initiativen und Projekte ungemein wichtig, die solche Begegnungen und im besten Fall ein gemeinsames Erleben ermöglichen.

Für die Entwicklung einer inklusiven Stadt(teil)kultur gibt es gute Vorbilder, zum Beispiel die heilpädagogische Wohnstätte für 30 mehrfachbehinderte Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Maikammer in der Pfalz. In Maikammer ist es in besonderer Weise gelungen, den Anspruch der Inklusion im Leben der Bewohnerinnen und Bewohnern spürbar zu machen. Das hängt mit der Lage der Wohnstätte – mitten im Ortskern – zusammen, vor allem aber mit dem Engagement von Familien, die Patenschaften übernehmen, engagierten örtlichen Vereinen und

der intensiven Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen der Einrichtung und dem Gemeinderat. Ein weiteres Beispiel ist die Idee des niederländischen „Kwartiermaken“. „Kwartiermaken“ bezeichnet die Arbeit an der Gastfreundschaft einer Gesellschaft und den Aufbau einer toleranten Infrastruktur. Zu der Idee des „Kwartiermaken“ gehört die (unterstützte) Bildung von Freundespaaren, bestehend aus Menschen mit und ohne psychische Beeinträchtigungen, die miteinander Zeit verbringen, sich besuchen und gemeinsam am lokalen Sozialleben teilnehmen. Weiterhin gehören organisierte Treffen und Veranstaltungen dazu, die alle das Ziel haben, Begegnung und Austausch zwischen Betroffenen und den anderen Bürgern des Stadtteils sowie Vertretern lokaler Institutionen (Polizei, Kirche, Wohnungsbaugesellschaften, Schulen, sozialen Diensten etc.) zu ermöglichen und den Beitrag Psychiatrie-Erfahrener zum Gemeinwesen z.B. über das Medium Kunst erlebbar zu machen.

Die Entwicklung eines inklusiven Sozialraums muss auch und vor allem (kommunal-) politisch gewollt sein und entsprechend gefördert werden. Hilfreiche Instrumente zur Umsetzung der Förderung inklusiver Projekte können dabei kommunale Aktionspläne, Sozial- und Psychiatrieplanung und kontinuierlich tagende Psychiatrie- und Behindertenbeiräte sein. Dabei müssen Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige von vornherein in kommunalpolitischen Prozesse und Gremien einbezogen werden, damit nicht über sie und ihre Belange sondern mit ihnen diskutiert und entschieden wird.

Ebenso wichtig ist es, örtliche Vereine, Sport- und Kultureinrichtungen für den Gedanken der Inklusion und den Abbau von Barrieren zu gewinnen.

Da bezahlbarer Wohnraum Mangelware ist, gilt es außerdem, Wohnungsbauunternehmer und private Vermieter zu gewinnen. Voraussetzungen hierfür könnten finanzielle Anreize und Sicherheiten von Seiten der Kommunalverwaltung sein. Im Idealfall sind Wohnungsbauunternehmen bereit, im Sinne des Gemeinwohls Wohnungen zur Verfügung zu stellen und/ oder ein entsprechendes Wohnprojekt mit zu realisieren.