

LICHTENBERGER PSYCHIATRIEPLANUNG 2013 - 2016



Bezirksamt Lichtenberg von Berlin
Abteilung Jugend und Gesundheit
OE Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen
Gesundheitsdienstes

Impressum

Herausgeber:

Bezirksamt Lichtenberg von Berlin
Abteilung Jugend und Gesundheit
Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen
Gesundheitsdienstes
Alfred-Kowalke-Straße 24, 10315 Berlin

Tel.: (030) 90296 4561

Fax: (030) 90296 4561

E-Mail: Roland.Scheil@lichtenberg.berlin.de

Redaktionsschluss: Mai 2013

Bild auf der Umschlagseite: Beilage Lichtenberger Rathausnachrichten „Besser Leben in Lichtenberg“, Nr. 02/2006

Lichtenberger Psychiatrieplanung 2013 - 2016

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitende Bemerkungen.....	4
2. Aktuelle Probleme und Entwicklungstrends in der Psychiatrie.....	5
3. Fachliche Grundlagen und Ziele der Psychiatrieplanung.....	7
4. Ausgestaltung der Hauptfunktionsbereiche	
4.1 Ambulante psychiatrische Behandlung und Versorgung.....	9
4.2 Stationäre und teilstationäre psychiatrische Behandlung.....	10
4.3 Beratung und Kontakte.....	12
4.4 Betreutes Wohnen.....	14
4.5 Arbeit, Qualifizierung und Beschäftigung.....	17
5. Steuerung und Qualitätssicherung	
5.1 Gemeindepsychiatrischer Verbund Lichtenberg - GPV.....	19
5.2 Steuerung des entgeltfinanzierten Bereiches nach SGB XII.....	21
5.3 Ausgestaltung des bezirklichen Steuerungsgremiums (STG).....	22
5.4 Perspektive des zuwendungsfinanzierten Bereiches	23
5.5 Nutzung von statistischen Daten zur Bedarfsanalyse und Planung.....	25
6. Ausgewählte Aspekte von grundsätzlicher Bedeutung	
6.1 Prävention und Entstigmatisierung.....	26
6.2 Selbsthilfe und Angehörigenarbeit.....	27
6.3 Bezirkliches Beschwerdemanagement.....	28
6.4 Vernetzung von Psychiatrie und Stadtteilarbeit.....	28
6.5 Gender Mainstreaming in der psychiatrischen Versorgung.....	29
6.6 Migration und Psychiatrie.....	30
6.7 Integrative Versorgungsmodelle.....	31
6.8 Das trägerübergreifende Persönliche Budget.....	32
7. Grundaussagen und Ausblick	33
8. Anhang	
Wichtige Adressen und Ansprechpartner.....	35
Platzübersicht Betreutes Wohnen.....	38
Geschäftsordnung GPV Lichtenberg.....	39
Leitbild GPV Lichtenberg.....	42
Geschäftsordnung Lichtenberger Psychiatriebeirat.....	44
Geschäftsordnung Steuerungsgremium Lichtenberg.....	46

1. Einleitende Bemerkungen

Ein Lichtenberger Psychiatrieplan in systematischer Form wurde erstmals 1995 vom Psychiatriekoordinator erstellt und im gleichen Jahr durch den bezirklichen Psychiatriebeirat verabschiedet.

Die konkrete Umsetzung der Planungsvorgaben erfolgte seither kontinuierlich unter Einbeziehung des bezirklichen Psychiatriebeirates und der bezirklichen Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG).

Mit dem 2005 gegründeten Gemeindepsychiatrischen Verbund Lichtenberg (GPV) entstand eine völlig neue Form der Zusammenarbeit zwischen den Anbietern psychiatrischer Leistungen im Bezirk, welche sich an den neuesten Erkenntnissen der Sozialpsychiatrie orientierte. Das von allen Partnern gemeinsam entwickelte Leitbild sowie die Geschäftsordnung des GPV bedeuteten eine neue Qualität in der psychiatrischen Versorgung insgesamt und wurden zur Grundlage für die weitere bedarfsgerechte Ausgestaltung und Optimierung des Hilfesystems. Zwischenzeitlich entstanden so auf der Basis von Bedarfsanalysen und gemeinsamer Planungen eine Reihe von neuen Hilfsangeboten in den Bereichen Wohnen, Tagesstrukturierung sowie Kontakte und Beratung.

Mit dem Lichtenberger Psychiatrieplan 2013 – 2016 wird konzeptionell an die Arbeit des Lichtenberger Psychiatriebeirates und die Leitlinien des GPV Lichtenberg angeknüpft. Der Plan hat vorrangig zum Ziel, für einen überschaubaren Zeitraum von vier Jahren einerseits Grundpositionen und – soweit dies möglich ist – auch konkrete Planungsvorgaben im Bereich der psychiatrischen Versorgung zu formulieren. Nach Ablauf des Planungszeitraumes wird Bilanz gezogen und eine Fortschreibung erfolgen.

Ausgehend von den positiven Erfahrungen der vergangenen Jahre sind in die Erstellung des vorliegenden Planes alle wichtigen Partner und Akteure der Gemeindepsychiatrie des Bezirkes einbezogen worden. Aufgrund der mittlerweile vorhandenen Komplexität und Vielschichtigkeit des psychiatrischen Versorgungssektors wäre eine andere Vorgehensweise auch nicht denkbar. So basieren wesentliche fachliche Aussagen der vorliegenden Psychiatrieplanung auf konkreten Arbeitsergebnissen der Lichtenberger Fachgremien des GPV. Die vorliegende Psychiatrieplanung berücksichtigt ebenso zahlreiche Hinweise des Lichtenberger Psychiatriebeirates. Diese Tatsachen berücksichtigend, versteht sich die nachfolgende Darstellung auch als Handlungs- und Diskussionsgrundlage für die zukünftige Arbeit der Lichtenberger Fachgremien.

Bestandteil des Planes ist auch eine konzentrierte Bestandsaufnahme des bisher erreichten Entwicklungsstandes der kommunalen Psychiatrie in Lichtenberg. Darauf basierend werden konkrete Vorschläge zur Weiterentwicklung des kommunalen Hilfesystems sowie essenzielle Gesundheitsziele formuliert.

Intention des Psychiatrieplanes ist es nicht, ein vollständiges Bild aller psychiatrischen Versorgungssektoren in Lichtenberg zu zeichnen bzw. deren Perspektive aufzuzeigen. Nicht alle Handlungs- und Problemfelder konnten und sollten aus den verschiedensten Gründen in der gleichen Tiefenschärfe behandelt

werden. Dies betrifft z.B. psychiatrische Behandlungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB V, einzelne Teilbereiche der Sucht- und Drogenhilfe, den Bereich der Gerontopsychiatrie/der psychiatrischen Pflege. So konzentriert sich der Plan auf die Kernbereiche im ambulant-komplementären Sektor, für die eine primäre bezirkliche Zuständigkeit vorliegt. Der Teilbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde bewusst ausgespart. Weil jedoch mit der allgemein zu verzeichnenden Zunahme von diagnostizierten psychiatrischen Störungsbildern bei Kindern und Jugendlichen dieses Teilgebiet der Psychiatrie zunehmend an Relevanz gewinnt, soll zu einem späteren Zeitpunkt für diesen Bereich ein eigenständiger Plan erstellt werden.

Zuletzt sei an dieser Stelle der Hinweis gestattet, dass für den *eiligen Leser* die Kernaussagen und Planungsschwerpunkte unter Punkt 7 in komprimierter Form zu finden sind.

2. Aktuelle Probleme und Entwicklungstrends in der Psychiatrie

Psychische Gesundheit ist in den Ländern der Europäischen Union und so auch in Deutschland aktuell zu einem bedeutenden gesundheitspolitischen Thema geworden und stellt eine große Herausforderung für den Bereich der öffentlichen Gesundheit dar. Im sogenannten Grünbuch der EU zur psychischen Gesundheit von 2005 wird hierzu festgestellt, dass

- mindestens 27 % der EU-Bevölkerung einmal im Leben an einer psychischen Krankheit leiden,
- die Behandlungskosten 3 – 4 % des Bruttonutzenproduktes der EU betragen,
- psychische Störungen heute zu den Hauptursachen für Frühverrentung zählen,
- bis zum Jahre 2020 in den Industriestaaten Depressionen zur zweithäufigsten Ursache von Erkrankungen werden,
- 2007 in der EU 58.000 Menschen durch Selbsttötung starben.

(vgl.: Grünbuch – Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union, Brüssel, 2005, S. 3 – 5)

Die verstärkte Thematisierung der Psychiatrie im öffentlichen Bewusstsein ist auch ein Resultat der erfolgreichen Psychiatriereform seit 1975 und breit angelegter Entstigmatisierungskampagnen. Andererseits zeigte sich in den letzten 10 Jahren eine signifikante Zunahme diagnostizierter psychischer Erkrankungen in den Statistiken der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung. Die Arbeitsgruppe der Obersten Landesgesundheitsbehörden stellt in ihrem Bericht 2012 fest, dass sich das Gesundheitssystem in Deutschland zumindest bei einzelnen Störungsbildern auf deutlich steigende Diagnoseraten einstellen muss. (vgl.: Bericht der AOLG vom 28. Juni 2012, veröffentlicht von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, S. 6)

Auch wenn sich keine direkten Rückschlüsse auf eine steigende Prävalenz psychischer Krankheiten allgemein ziehen lassen, verdeutlichen die Zahlen der Krankenkassen, dass ein wachsender Bedarf an Behandlung, ambulanter Hilfe und Rehabilitation das psychiatrische Hilfesystem insgesamt zukünftig vor neue Herausforderungen stellen wird.

Seit Erstellung der ersten Lichtenberger Psychiatrieplanung 1995 unterlag die Psychiatrie insgesamt vielfältigen Veränderungen positiver aber auch widersprüchlicher Natur. Die Wichtigsten dieser Aspekte seien nachfolgend genannt:

- Ab etwa Mitte der 90er Jahre wurde der sogenannte *Personenzentrierte Ansatz* als der Paradigmenwechsel in der Psychiatrie postuliert und fand mit dem *Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan* einen praxisorientierten Ansatz. De facto findet jedoch bis heute die seinerzeit mit dieser Idee verbundene Zusammenführung von Hilfen über Trägergrenzen hinaus nur bedingt statt, so dass heute eine Bewertung des Umsetzungsstandes dieses Konzeptes notwendig erscheint.
- Mit der Implementierung der *Ambulanten Soziotherapie* gemäß § 37a, SGB V im Jahre 2002, der *Integrierten Versorgung* nach § 140a, SGB V in 2004 sowie der Einführung des *Trägerübergreifenden persönlichen Budgets* gemäß § 17, SGB IX in 2001 wurden neue Hilfemöglichkeiten in der Versorgungslandschaft geschaffen. Vom Gesetzgeber wurde es jedoch versäumt, die Einführung dieser Instrumente mit den Entwicklungen im ambulant-komplementären Sektor in den Versorgungsregionen abzustimmen. Aus diesem Grund ging und geht deren Umsetzung mit erheblichen Reibungsverlusten, Irritation und Unzufriedenheit einher.
- Von den Fachleuten mehrheitlich als Fortschritt gesehen, führte die Umstellung entgeltfinanzierter Wohn- und Tagesstättenplätze (SGB XII) auf sogenannte Trägerbudgets in Berlin ab 2004 zu mehr Flexibilität der Leistungsanbieter im Sinne der Umsetzung personenbezogener Hilfen. Mit der Abschaffung der Budgets im Jahre 2011 wurde diese positive Entwicklung jedoch zunächst gestoppt.
- Mit dem Berliner Psychiatrieentwicklungsprogramm (PEP) existiert seit Mitte der 90er Jahre eine verbindliche Planungsgrundlage für die regionalisierte psychiatrische Versorgung in den Berliner Bezirken. Das PEP bedeutete seinerzeit einen großen Fortschritt hin zu einer modernen Sozialpsychiatrie und war bundesweit beispielgebend. Dieses dem Grunde nach sehr sinnvolle Konstrukt bildete über eine lange Zeit den fachlichen Rahmen für die regionale Ausgestaltung der Berliner Psychiatrie. Mittlerweile gibt es jedoch eine ganze Reihe neuer fachlicher und politischer Faktoren, welche sich auf die Steuerung der bezirklichen Hilfesysteme auswirken. Das betrifft z.B. die wachsende Dynamik in der Versorgungslandschaft nach Abschaffung der Trägerbudgets, Kostensteigerungen bei zuzahlungsfinitzierten Projekten, steigende Klientenzahlen im Hilfesystem insgesamt, komplexere Krankheitsbilder, eine sich offensichtlich verjüngende Klientel usw.

- Mit Sorge ist insbesondere zu sehen, dass die Rolle des Marktes und des Wettbewerbs unter den Leistungsanbietern zunehmend dominanter wird und die mühsam errungene Philosophie der gemeinsamen Verantwortung unter dem Dach kommunaler Steuerung mehr und mehr zu verdrängen scheint. Unbestritten brachten die vor allem quantitativ geprägten Erweiterungen in der psychiatrischen Helfelandschaft seit Mitte der 90er Jahre positive Effekte für die Klienten hervor. Offensichtlich ist jedoch auch, dass es derzeit generell vor allem daran mangelt, die mittlerweile sehr vielfältigen und ausdifferenzierten Hilfen im Sinne einer ganzheitlichen und personenzentrierten Versorgung miteinander zu verknüpfen.
- Ein grundsätzliches Problem, auf das sich die Psychiatriekoordination zunehmend einstellen muss, stellt die voranschreitende Fragmentierung der Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen dar. Neben den bereits in sich separierten SGB V Leistungen der Krankenkassen im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich kommen noch die steuer- und beitragsfinanzierten Leistungen auf der Grundlage anderer Sozialgesetzbücher hinzu. Finanzierung und Steuerung dieser Systeme sind meist vollständig voneinander getrennt und selbst für Fachleute oft nicht mehr transparent. Gerade für Menschen mit erheblichen psychischen Beeinträchtigungen wird der Hilfezugang deshalb oft erschwert und Brüche in der Versorgung sind vorprogrammiert.

Im Zuge der genannten Veränderungen wird sich der Stellenwert von Koordination, Planung und Qualitätssicherung in der psychiatrischen Versorgung generell zukünftig weiter erhöhen müssen. Die kommunale Psychiatrieplanung hat auf diese Entwicklung zu reagieren, um das Erreichte zu erhalten und sie muss zugleich neue Akzente bei der Gestaltung der zukünftigen Organisations- und Angebotsstruktur des Hilfesystems setzen.

3. Fachliche Grundlagen und Ziele der Psychiatrieplanung

Der Lichtenberger Psychiatrieplan von 1995 knüpfte psychiatriepolitisch an die Forderungen der Psychiatrie-Enquête der Bundesregierung von 1975 und die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung von 1988 an. Konkrete fachliche Rahmenvorgaben für die regionale Planung in Lichtenberg wurden mit dem Berliner Psychiatrieentwicklungsprogramm (PEP) im Jahre 1995 und dessen partielle Fortschreibungen gesetzt. Mit dem auf wissenschaftlicher Basis stehenden PEP brachte sich Berlin seinerzeit bundesweit in eine Vorreiterrolle bei der Umsetzung der Psychiatriereform.

Die Fortschreibung der Lichtenberger Psychiatrieplanung 2013 orientiert sich wesentlich an den im Jahre 2005 im GPV beschlossenen Versorgungszielen, nämlich der „Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen in deren unmittelbarem Wohnumfeld. Dies umfasst die Sicherstellung von bedarfsgerechten, dem fachlichen Standard entsprechenden Behandlungs- und Versorgungsbedingungen für psychisch kranke und abhängigkeitskranke Menschen...“ (Leitlinien Gemeindepsychiatrischer Verbund Lichtenberg 2005)

Diese Ziele sollen durch den Einsatz von personen- und einrichtungsübergreifenden Hilfen in Form von sozialpsychiatrischen Komplexleistungen umgesetzt werden. Primär orientiert sich die Hilfe an den persönlichen Ressourcen und am persönlichen Bedarf des Klienten. Vorrang haben dabei nichtpsychiatrische Hilfen unter Berücksichtigung des Rechtes auf informelle Selbstbestimmung. Erforderlich sind integrative und effiziente Versorgungs- und Hilfestrukturen, die Prävention, Behandlung, Sozialtherapie, Rehabilitation, Pflege und Integration in Arbeit einschließen. Avisiert ist ein Hilfesystem, welches kooperative und verlässliche Strukturen herausbildet, das die individuell bestmögliche Hilfeleistung bereitstellt und zugleich darauf achtet, dass kein Bürger wegen der Art und Schwere seiner Erkrankung von den notwendigen Leistungen ausgeschlossen wird. Dies erfordert eine bedarfsgerechte und effiziente regionale Verbundstruktur auf der Seite der Leistungserbringer und andererseits auch eine effiziente Steuerungsstruktur mit besonderer Verantwortung der Kommune.

Wichtige gesetzliche und fachliche Planungsgrundlagen:

- *Forderungen der Enquête der Bundesregierung von 1975*
- *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung von 1988*
- *Berliner Gesetz für psychisch Kranke von 1985 (Psych KG)]*
- *Berliner Psychiatrieentwicklungsprogramm (PEP) von 1996*
- *Berliner Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG) von 1995, letzte Fassung 2006*
- *Empfehlungen der Kommission 93 zur Umsetzung der personenbezogenen Hilfen von 1996*
- *Leitlinien der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände von 2003*
- *WHO Deklaration von Helsinki 2005*
- *Leitbild des GPV Lichtenberg von 2005*
- *Grünbuch der EU Kommission zur psychischen Gesundheit von 2005*
- *Psychiatrie in Deutschland, Strukturen – Leistungen – Perspektiven, Bericht der Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden von 2007*
- *UN – Behindertenkonvention 2009*
- *Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven, Bericht der Arbeitsgruppe Psychiatrie der AOLG vom 28. 5.2012)*

4. Ausgestaltung der Hauptfunktionsbereiche

4.1 Ambulante psychiatrische Behandlung und Versorgung

Zur ambulanten allgemeipsychiatrischen Versorgung im Erwachsenenbereich zählen folgende Kernbausteine:

- niedergelassene Fachärzt/innen und Psychotherapeut/innen
- Psychiatrische Institutsambulanzen
- Sozialpsychiatrische Dienst
- Suchtberatungsstellen
- Ambulanter Krisendienst
- Psychiatrische Hauskrankenpflege

Verbindliche Vorgaben des Gesetzgebers zur Zusammenarbeit zwischen diesen Strukturen existieren nicht. Jedoch bestehen praktische Kooperationen und Übergänge im Bezirk durchaus in bestimmtem Maße. Eine wichtige Grundlage hierfür bilden die im GPV im Jahre 2005 festgelegten Leitlinien.

Niedergelassene Fachärzt/innen und Psychotherapeut/innen

Mit Stand Mai 2013 sind in Lichtenberg derzeit 28 niedergelassene Ärzt/innen der Fachrichtungen Psychiatrie, Neurologie und Nervenheilkunde, von denen 5 auch als Psychotherapeuten tätig sind sowie 59 psychologische Psychotherapeut/innen tätig. Dies entspricht weitestgehend der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen, die Berlin als eine Planungsregion betrachten. Dennoch sind erfahrungsgemäß bei der ambulanten Versorgung in den Praxen aktuell erhebliche Wartezeiten zu verzeichnen. Auf die Zulassung der niedergelassenen Ärzt/innen und Therapeut/innen hat das Bezirksamt jedoch keinen direkten Einfluss. Dies erfolgt in Berlin über den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen.

Eine Kooperation/Vernetzung zwischen den Trägern komplementärer Angebote (GPV) und den niedergelassenen Fachärzt/innen ist nur ungenügend entwickelt. Es ist davon auszugehen, dass bei den meisten der niedergelassenen Ärzt/innen die Strukturen und Angebote der Gemeindepsychiatrie nicht hinreichend bekannt sind.

Gute Erfahrungen hingegen existieren mittlerweile in der Zusammenarbeit und Kommunikation des GPV/des Bereiches Psychiatriekoordination mit dem Ärztehaus für psychische Gesundheit und Epileptologie am KEH (MVZ).

Die Lichtenberger Psychiatrieplanung orientiert deshalb mittelfristig auf:

- die Gewinnung von niedergelassenen Ärzt/innen für die Mitgliedschaft und Mitarbeit im GPV,
- die Berufung eines niedergelassenen Arztes/Ärztin in den Lichtenberger Psychiatriebeirat,
- eine spezielle Informationskampagne des GPV zur Intensivierung der Zusammenarbeit
- und die Vertiefung der Zusammenarbeit des Psychiatriekoordinators bzw. von Vertretern des GPV mit regionalen Ärztenetzwerken.

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpD)

Der SpD nimmt aufgrund seiner multifunktionalen Aufgabenstellung und multiprofessionellen Besetzung eine Schlüsselstellung innerhalb des gesamten Hilfesystems ein. Neben der Wahrnehmung seines konkreten vom Gesetzgeber vorgegebenen Auftrages war und ist der SpD Lichtenberg aufgrund seiner exponierten und „neutralen“ Position nachhaltig an der Entwicklung gemeindepsychiatrischer Strukturen in Lichtenberg beteiligt. Als Fachdienst des Gesundheitsamtes ist der Lichtenberger SpD Schnittstelle zu allen wichtigen Versorgungsbereichen, kooperiert auf der Einzelfallebene mit allen Anbietern psychiatrischer Leistungen sowie anderen Fachdiensten. Mitarbeiter/innen des SpD sind in allen wichtigen bezirklichen Fachgremien vertreten.

Mit der Entwicklung vielfältiger ambulanter und komplementärer Versorgungsstrukturen im Zuge der Enthospitalisierung von Langzeitpatienten aus der Klinik seit Beginn der 90er Jahre veränderte sich zwangsläufig auch das Aufgabenspektrum des SpD. Neben der aktiv begleitenden Hilfe rückten vor allem die fachliche Koordination von Hilfen, gutachterliche Tätigkeiten und Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung bei Leistungserbringern in den Fokus der Arbeit.

Dem SpD obliegt eine zentrale fachliche Funktion im bezirklichen Steuerungsgremium für Hilfen nach dem SGB XII (Betreutes Wohnen, Beschäftigungstagesstätten und Einzelfallhilfe).

Zwischen SpD und dem Bereich Psychiatriekoordination finden in Fragen der strukturellen Entwicklung fachliche Abstimmungen statt.

4.2 Stationäre und teilstationäre psychiatrische Behandlung

Die stationäre und teilstationäre psychiatrische Versorgung von Erwachsenen sowie von Kindern und Jugendlichen in der Versorgungsregion Lichtenberg wird entsprechend dem Versorgungsauftrag des Berliner Senats vom Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH wahrgenommen.

Die Pflichtversorgung für den Erwachsenenbereich obliegt der Fachabteilung Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Das vollstationäre psychiatrische

Behandlungsangebot der Klinik ist in 4 große Bereiche gegliedert:

- Zentrum für Allgemeinpsychiatrie und Suchtmedizin mit Tagesklinik Lichtenberg (ZAS)
- Funktionsbereich Gerontopsychiatrie und Psychotherapie
- Funktionsbereich Psychosomatik und Psychotherapie mit 2 Tageskliniken
- Psychiatrische Institutsambulanz mit Sprechstunden für russisch- und vietnamesischsprachige Patient/innen

Zur psychiatrischen Fachabteilung mit insgesamt 195 Betten und tagesklinischen Plätzen gehören aktuell 3 Tageskliniken (65 Plätze) und eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA).

Einen herausragenden fachlichen Schwerpunkt stellt des Weiteren das *Behandlungszentrum für akut psychisch kranke Erwachsene mit geistiger Behinderung* dar (41 Betten/Plätze). Das Behandlungszentrum besitzt einen überregionalen Versorgungsauftrag für das Land Berlin. Auch hier wird eine Psychiatrische Institutsambulanz vorgehalten.

Im aktuellen Berliner Landeskrankenhausplan wird von einer generellen Erhöhung des Bedarfs an klinischen Kapazitäten in der regionalen Pflichtversorgung bis 2015 ausgegangen. Dabei wird ein Berechnungsmodell favorisiert, dass auf eine Erhöhung der Leistungskapazitäten im tagesklinischen Bereich abzielt und zugleich auf eine weiter verbesserte regionale Kooperation der Kliniken mit regionalen Anbietern sowie auf eine ausreichende örtliche Ausstattung mit niedergelassenen Therapeut/innen und Fachärzt/innen setzt.

Basierend auf einer Empfehlung des Landespsychiatriebeirates orientiert die Krankenhausplanung für den Bereich der regionalen Pflichtversorgung auf eine Bettenmessziffer von 0,75 Betten/Plätzen je 1.000 Einwohner, davon 0,56 Betten je 1.000 Einwohner für den stationären Bereich und 0,19 Plätze je 1000 Einwohner für den teilstationären Bereich (vgl. Krankenhausplan für das Land Berlin 2010).

Die Rückführung von Langzeitpatienten des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge in gemeindenahe Strukturen war bereits Anfang der 90er Jahre abgeschlossen. Seit dieser Zeit entwickelte sich ein sehr gut funktionierendes Überleitungsmanagement für die auf den Akutstationen behandelten Patienten. Die Überleitung in komplementäre gemeindenahe Angebote (Betreutes Wohnen, Beschäftigungstagesstätten) erfolgt seit Mitte der 90er Jahre generell über das *Bezirkliche Steuerungsgremium* (vgl. dazu Abschnitt 5.3).

Die Klinik hat sich so zu einem wichtigen und festen Bestandteil des GPV Lichtenberg entwickelt und ist mittlerweile eng mit dem ambulant-komplementären Sektor verzahnt. Ausdruck dafür sind verschiedene Kooperationsprojekte mit bezirklichen Psychiatrieträgern im ambulant-komplementären Bereich, so etwa die Einrichtung eines gemeinsamen Arbeitsplatzes in der Klinik mit dem Suchthilfeträger Stiftung SPI zur Überleitung von Suchtpatienten in komplementäre Hilfsangebote nach der Krankenhausbehandlung. Eine intensive Zusammenarbeit der Klinik mit niedergelassenen Nervenärzt/innen und Hausärzt/innen des Bezirks rundet das Angebot ab.

4.3 Beratung und Kontakte

In Lichtenberg existiert ein Netz von niedrighschwelligem Kontakt – und Beratungsangeboten für psychisch Kranke und suchtkranke Menschen sowie für deren Angehörige. Hierzu gehören folgende Kernangebote:

- **2 psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke und deren Angehörige**
- **2 Suchtberatungsstellen**
- **1 niedrighschwelliger Kontaktladen für Suchtkranke**
- **1 Begegnungsstätte für Suchtkranke**
- **Kontaktangebote im Selbsthilfebereich für Betroffene und Angehörige**

Die Beratung von Betroffenen und Angehörigen gehört ebenso zu den Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen

Eine Schlüsselfunktion im gesamten Beratungsspektrum nehmen dabei die *Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen* (KBS) ein, deren wichtigste Aufgabe die Psychiatrievor- und nachsorge ist. Im Bereich Allgemeinpsychiatrie kommt den psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen zudem eine wichtige Screening- und Steuerungsfunktion im Bezirk zu. Die KBS sind multifunktional ausgerichtet und stellen auch eine Art Seismograph für die bezirkliche Psychohygiene dar. Neben der Betreuung von chronisch psychisch kranken Menschen bieten die KBS auch Beratungsangebote für Menschen in psychosozialen Krisen und Belastungssituationen sowie offene Treffpunkte, Gruppenangebote und bilden ein Dach für Selbsthilfegruppen.

Die grundsätzlichen Standards für Personal- und Sachausstattung der KBS legte das Berliner Psychiatrieentwicklungsprogramm bereits 1995 auf der Grundlage soziodemographischer Kriterien fest.

Die KBS werden aus Zuwendungsmitteln im Rahmen des PEP finanziert. Aufgrund Ihrer o.g. Bedeutung als ein Kernbaustein der Versorgung ist es vordringliche Aufgabe des Senats und des Bezirkes, deren Finanzierung entsprechend den vorgegebenen Standards auch zukünftig abzusichern.

(Zu Zielen und Aufgabenbeschreibung der KBS siehe Standards für psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen unter www.berlin.de/lb/psychiatrie/Veroeffentlichungen.)

Suchtberatung und Suchthilfe

Die Einbeziehung der Suchthilfe in die Psychiatrieplanung ist fachlich unstrittig. Jedoch erweist sich dies insofern als kompliziert, weil sich in Berlin, strukturbedingt, Suchthilfe und psychiatrisches Versorgungssystem bis heute organisatorisch und administrativ weitgehend separat voneinander entwickelt haben. Ebenso ist die rigorose Teilung innerhalb des Suchthilfebereiches in legale und illegale Drogen fachlich in der Stadt immer noch nicht überwunden.

Auf der Grundlage bezirklicher Bedarfsanalysen nahm in den ehemaligen Bezirken Lichtenberg und Hohenschönhausen die Suchthilfe frühzeitig einen besonderen Platz im Rahmen der Psychiatrieplanung ein. So wurde frühzeitig auf den Aufbau niedrigschwelliger sowie vernetzter und integrativer Strukturen orientiert. Auch die klassische institutionelle Trennung im Hilfesystem zwischen legalen und illegalen Drogen ist frühzeitig aufgegeben worden.

Die *Integrierte Suchtberatung Lichtenberg* (Träger Stiftung SPI Berlin) gilt seit Mitte der 90er Jahre als ein erfolgreiches Modellprojekt in der Stadt und arbeitet mit einem modernen ganzheitlichen Versorgungsansatz.

Die ehemals kommunale *Suchtberatungsstelle Hohenschönhausen* war und ist ein wichtiger Versorgungsbaustein im Ortsteil Hohenschönhausen. Die Beratungsstelle sollte nach Willen des Senats im Rahmen der Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Jahre 2007 aufgegeben werden. In gemeinsamer Anstrengung von Bezirk und freien Trägern gelang es schließlich, die Beratungsstelle als Kooperationsprojekt zwischen Gesundheitsamt und der Stiftung SPI für die Bürger/innen zu erhalten.

Beide bezirkliche Beratungsstellen werden durch zuwendungsfinanzierte niedrigschwellige Kontakt- und Beratungsangebote sowie Selbsthilfeangebote ergänzt.

Aus Sicht der Psychiatrieplanung kommt es perspektivisch insbesondere darauf an, die vorhandenen Kontakt- und Beratungsangebote finanziell abzusichern und qualitativ weiter zu stärken. Ebenfalls müssen die Schnittstellen zu anderen Bereichen weiter bearbeitet werden. Dies betrifft insbesondere den Übergang zum Sektor der Wohnungslosenhilfe. Der Zusammenhang von Alkoholabhängigkeit, psychischer Problematik und einhergehender Obdachlosigkeit muss stärker in den Focus der Betrachtung rücken und sich bei der Ausgestaltung des Hilfesystems noch deutlicher niederschlagen.

Aufgrund der Spezifik des Suchthilfesystems, welche sich besonders im Behandlungs- und Beratungsbereich zeigt, ist eine gesonderte Betrachtung zu Stand und Perspektiven der Lichtenberger Suchthilfe insgesamt angezeigt. Im Resultat der Diskussion dieses Planungspapiers sollte daher von den Fachgremien dezidiert diskutiert werden, welche Schwerpunkte zukünftig in der Suchthilfe gesetzt werden müssen.

4.4 Betreutes Wohnen

Wohnen als Grundbedürfnis

Wohnen ist ein soziales Grundbedürfnis des Menschen. Die eigene Wohnung bzw. die selbstgewählte Lebensform ist eine wichtige Bedingung für soziale Verwurzelung, persönliche Identität und psychische Stabilität. Dies gilt für gesunde und für chronisch kranke und behinderte Menschen gleichermaßen. Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung sollten also wenn möglich im unmittelbaren Lebensumfeld stattfinden. Die Verwirklichung des menschlichen Bedürfnisses nach einer eigenen Wohnung ist ein entscheidender Faktor für den Erfolg des Rehabilitationsprozesses. Grundsätzlich haben dabei selbstgewählte Wohnformen den Vorrang. Jedoch kann aufgrund der Schwere des psychischen Handicaps eine Reihe von psychisch Kranken nicht mehr in ihrer persönlichen Umgebung leben. Diese Menschen benötigen stationäre Wohnformen mit einer höheren Betreuungsintensität.

Vor diesem fachlichen Hintergrund haben sich in Deutschland in den letzten Jahrzehnten differenzierte betreute Wohnangebote mit unterschiedlicher Betreuungsintensität entwickelt. In Berlin bildete sich seit den 90er Jahren ein umfassendes Hilfesystem im Bereich Wohnen heraus, das es psychisch kranken Menschen ermöglicht, sich weitestgehend im Alltag zurechtzufinden. Der Bereich Betreutes Wohnen hat sich so zu einer zentralen Säule im Versorgungssystem insgesamt etabliert.

Entwicklung des Wohnsektors in Lichtenberg seit 1996

Die bezirklichen Platzkontingente im Betreuten Wohnen wurden im Jahre 1996 mit dem PEP zunächst für eine unbegrenzte Zeit festgelegt. Für die ehemaligen Bezirke Lichtenberg und Hohenschönhausen wurden seinerzeit laut PEP insgesamt 229 Wohnplätze errechnet (Berechnungsbasis: 0,5 Plätze auf 1.000 Einwohner, 60 % über Bevölkerungsgröße und 40 % über Sozialstrukturindex). Auf dieser Basis konnte bis 2010 trotz steigender Klientenzahlen und damit verbundenen Wartelisten keine nennenswerte quantitative Platzerweiterung erfolgen.

Im Jahre 2004 wurden in Berlin auf Grundlage der bezirklichen Platzzahlen prospektive Trägerbudgets im Bereich der Eingliederungshilfe eingeführt. Diese ließen erstmals mehr Flexibilität und (im Betreutem Einzelwohnen) auch mehr Betreuungskapazität in den Bezirken zu. Erst mit dem Beschluss Nr. 10/2009 der sogenannten KOMMISSION 75 waren ab 2010 bedarfsorientierte Budgeterweiterungen für diejenigen Bezirke möglich, die im vierten Quartal 2009 mit ihrer Budgetauslastung unter dem Berliner Median lagen. Lichtenberg gehörte zu insgesamt 6 Bezirken, welche auf dieser Grundlage ihre Leistungsangebote seitdem erheblich erweitern konnten. Zudem bot sich mit diesem Beschluss auch die Möglichkeit, für wohnungslose Menschen mit seelischer Behinderung entsprechende Zuschläge mit den Versorgungsträgern zu vereinbaren.

Seit der Zuweisung der PEP – Platzkontingente 1996 bot sich in Lichtenberg im Jahre 2010 also erstmals die Möglichkeit für eine substanzielle Bedarfsanpassung im Bereich Betreutes Wohnen. Ausgehend von vorgelegten Bedarfszahlen seitens der Klinik, des Sozialpsychiatrischen Dienstes und des bezirklichen Steuerungsgremiums

wurden in den Arbeitsgruppen des GPV entsprechende Anträge der Träger auf Platzweiterungen beraten. Von einem eigens zur Prüfung aller vorliegenden Erweiterungsanträge eingesetzten „neutralen Fachgremium“ – bestehend aus Psychiatriekoordinator, SpD, Sozialamt, Klinik und je einem Betroffenen- und Anhängigenvertreter – wurden die Konzepte/Anträge fachlich bewertet. Im Resultat konnten von 11 Trägern Platzweiterungen mit einer Kapazität von insgesamt 98 Plätzen vorgenommen werden.

Die Platzaufstockung betraf verschiedene Wohnformen für unterschiedliche Zielgruppen. Insbesondere der TWG-Bereich für psychisch Kranke und Suchtkranke wurde erweitert. Neu geschaffen wurden auch Therapeutische Wohngemeinschaften für Suchtkranke mit der Möglichkeit einer dauerhaften Betreuung. Besonderes Augenmerk lag ebenso auf dem Ausbau von verschiedenen Angeboten für junge Menschen mit Doppeldiagnose (Sucht/Psychose).

In Lichtenberg konnten im Zuge der Umsetzung des Psychiatrieentwicklungsprogramms seit Mitte der 90er Jahre bis 2013 über 300 komplementäre Wohnplätze geschaffen werden. Im Bezirk findet sich heute ein abgestuftes System von verschiedenen Wohnprojekten mit unterschiedlichster therapeutischer bzw. zielgruppenspezifischer Ausrichtung. Die Wohnformen variieren zwischen Betreutem Einzelwohnen in der eigenen Wohnung, Apartmentwohnen (zur Untermiete) mit Gemeinschaftsbereich und Therapeutischen Wohngemeinschaften. Dabei sollen auch in Zukunft selbstbestimmte Wohnformen den Vorrang haben, bei denen die Betreuung in der eigenen Wohnung erfolgt.

Die bedarfsgerechte und personenbezogene Steuerung der Hilfen im Betreuten Wohnen nach SGB XII erfolgt über das bezirkliche Steuerungsgremium, welches zugleich einen wichtigen Teil der Qualitätssicherung darstellt.

Überblick Wohnformen in Lichtenberg 2013:

- Betreutes Einzelwohnen für psychisch Kranke, Suchtkranke und Menschen mit Doppeldiagnose (eigene Wohnung und Trägerwohnung)
- Betreutes Einzelwohnen für psychisch kranke junge Mütter mit Kindern
- Therapeutische Wohngemeinschaften für psychisch Kranke, Suchtkranke und Menschen mit Doppeldiagnose (auch auf Dauer)
- Apartmentwohnen für psychisch Kranke
- Therapeutische Wohngemeinschaft und Betreutes Einzelwohnen für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung
- Therapeutische Wohngemeinschaften und Betreutes Einzelwohnen für psychisch kranke junge Erwachsene

(Die einzelnen Angebote werden auch kombiniert im Leistungstyp „Verbund“ angeboten.)

Weitere Gestaltung des Bereiches Betreutes Wohnen

Grundlagen für die laufende Planung sind die Bedarfsanalysen der Fachgruppen des GPV sowie die Auswertung der Klientenbewegungen, wie sie die Dokumentation des monatlichen Steuerungsgremiums abbildet. Beim weiteren Ausbau des Bereiches Betreutes Wohnen stehen aus heutiger Sicht neben einigen notwendigen quantitativen Erweiterungen primär qualitative Aspekte im Vordergrund:

- Mit dem Projekt „Leben in Lichtenberg – Wohnverbund mit 24h Betreuung“ soll eine jahrelang vorhandene Betreuungslücke für Klient/innen mit hohem und/oder flexiblen Betreuungsbedarf geschlossen werden. Das Konzept wurde vom Bezirk und Senatsverwaltung bereits bestätigt. Die Umsetzung des Projektes ist allerdings an eine geeignete Immobilie gebunden.
- Aufgrund der allgemein komplizierter werdenden Wohnraumsituation ist die Anmietung einer größeren Anzahl von Trägerwohnungen erforderlich, welche im Rahmen des Betreuten Einzelwohnens (BEW) für die Klienten zeitlich befristet zur Untermiete zur Verfügung gestellt werden können.
- Der Bedarf an Betreuung im Bereich Therapeutische Wohngemeinschaften (Allgemeinpsychiatrie und Doppeldiagnose) kann mit dem derzeit vorhandenen Wohnungsbestand nicht vollständig gedeckt werden. Eine „vorsichtige“ Platzerweiterung ist erforderlich.
- Nach intensiver fachlicher Diskussion wird derzeit im GPV in Kooperation mit der Fachambulanz am Krankenhaus KEH die Schaffung von Plätzen im Betreuten Einzelwohnen für psychisch kranke Bürger/innen in der eigenen Wohnung mit vietnamesischem Migrationshintergrund vorbereitet. Die Bezugsbetreuung soll in jedem Fall über muttersprachliches Fachpersonal erfolgen (vgl. auch Punkt 6.6).

Bereitstellung von bezahlbarem Wohnraum

Die Umsetzung der bezirklichen Psychiatrieplanung im Bereich Wohnen wird aktuell von der immer komplizierter werdenden allgemeinen Wohnraumsituation in Berlin überschattet. Gerade die Anmietung von bezahlbarem und geeignetem Wohnraum für psychisch beeinträchtigte und psychosozial benachteiligte Menschen gestaltet sich immer komplizierter. Viele wohnungssuchende Klienten sind zudem überschuldet oder beziehen nur ein niedriges Einkommen und sind nicht mehr in der Lage, selbst auf dem Wohnungsmarkt eine angemessene Wohnung zu finden.

Auch die professionellen Anbieter von Betreuungsleistungen nach SGB XII, §§ 53 und 67 stehen vor der kaum lösbaren Aufgabe, entsprechenden Wohnraum für ihre Klienten zu akquirieren bzw. als Trägerwohnung anzumieten. Zudem übersteigen mittlerweile die realen Mieten die im SGB II und SGB XII akzeptierten Richtwerte. Die entsprechenden Ausführungsvorschriften lassen Ermessensspielräume kaum mehr zu.

Aus diesem Grunde wurde das Problem von den bezirklichen Fachgremien und der kommunalen Gesundheitspolitik nun verstärkt aufgenommen. Unter dem Dach der

Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG), in Federführung des GPV Lichtenberg, wurde in 2012 eine entsprechende Problemanalyse gefertigt und das Thema in einer gesonderten Fachveranstaltung mit der Bezirkspolitik diskutiert. Ebenso fanden in 2012 und 2013 auf Initiative der Gesundheitsdezernentin eine Reihe konstruktiver Gespräche mit Vertretern Lichtenberger Wohnungsunternehmen statt.

Im März 2013 etablierte sich der bezirkliche *Runde Tisch Wohnen*. Vertreter des GPV Lichtenberg, aus der Verwaltung, Wohnungswirtschaft und der im Auftrag der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung tätigen *Stattbau Stadtentwicklungsgesellschaft mbH* beraten gemeinsam in diesem Rahmen mit dem Ziel, nachhaltige Lösungen zur Verbesserung der Situation zu finden.

Die Akquise von bezahlbarem Wohnraum wird auch in absehbarer Zukunft das gemeinsame Handeln von Kommune und Gemeindepsychiatrie erfordern und somit Teil einer nachhaltigen Psychiatrieplanung bleiben.

4.5 Arbeit, Qualifizierung und Beschäftigung

Der Bereich Arbeit, Qualifizierung und Beschäftigung bildet einen Schwerpunkt bei der Fortschreibung der Lichtenberger Psychiatrieplanung. Zwischen Arbeit, Beschäftigung und psychischer Gesundheit bestehen komplexe Zusammenhänge. Der Arbeitsplatz bleibt für psychisch Kranke oft einer der wenigen Orte, welche Erfolgserlebnisse oder soziale Kontakte ermöglichen. Arbeit und Beschäftigung besitzen auch eine wichtige Funktion in der Rückfallprophylaxe. Zur breiten Palette der notwendigen Maßnahmen gehören Zuverdienst, Arbeitserprobung, Berufsvorbereitung, Aus- und Fortbildung, Beratung und Hilfen nach der Arbeitsaufnahme auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, auf geschützten Arbeitsplätzen oder in einer Werkstatt für Behinderte.

Fachlich ist der Zusammenhang von sinnstiftender Beschäftigung und psychischer Gesundheit seit Jahren unumstritten und dennoch mangelt es gerade in diesem Bereich an der praktischen Umsetzung aufgrund fehlender oder zersplitterter Finanzierungsmodelle. So erschweren oft unüberschaubare gesetzliche Regelungen und zu hochschwellige Angebote den Zugang zum 1. Arbeitsmarkt. Insbesondere fehlt es dort an geschützten Arbeits- und Qualifizierungsmöglichkeiten für junge Erwachsene. An ein flächendeckendes und effizientes System, das psychisch Kranken dauerhafte Unterstützung bei Arbeit und Beschäftigung sichert, ist derzeit bundesweit nicht zu denken.

Trotz - oder besser aufgrund - dieser schlechten Ausgangslage entwickelte sich in Lichtenberg mit politischer Unterstützung im Rahmen der AG Arbeit des GPV ein institutionsübergreifendes Verantwortungsbündnis mit dem Ziel, diese Situation zu verbessern. Die Bildung dieses Netzwerkes, unter Einbeziehung des Jobcenters, war für sich ein Erfolg, weil es erstmals gelang, wichtige Akteure für eine gemeinsame Problemlösung auf diesem Gebiet zu gewinnen.

Der Diskussionsprozess machte deutlich, dass die über das PEP finanzierten Angebote im Zuverdienstbereich, die Kapazitäten der entgeltfinanzierten Beschäftigungstagestätten sowie die Plätze in den Werkstätten für behinderte

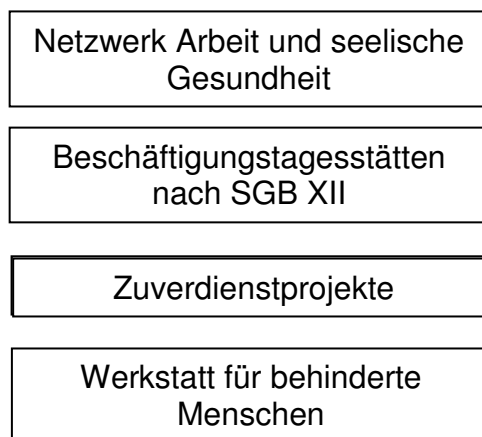
Menschen den Bedarf nicht ausreichend decken konnten. Der Bereich Arbeit, Qualifizierung und Beschäftigung musste und muss generell und nachhaltig gestärkt werden.

Auf Initiative der AG Arbeit entstand 2010 das EU-Projekt „Netzwerk Arbeit und seelische Gesundheit“. Das Projekt setzt mit einem ganzheitlichem Ansatz von Beratung, Vermittlung, Begleitung und Netzwerkarbeit an den Schwachstellen des Systems an und arbeitete bisher überaus erfolgreich.

Ziel ist es, diese Initiative seitens der Kommune und des GPV fachlich-wissenschaftlich zu begleiten, politisch zu stärken und die Nachhaltigkeit nach Auslaufen der EU-Förderung im November 2013 in Form selbsttragender Strukturen bzw. mit alternativen Fördermitteln abzusichern. Der Gesamterfolg des Projektes wird insbesondere auch daran gemessen werden, in welchem Maße es gelingt, die regionale Wirtschaft und öffentliche Institutionen in das Bemühen um die Wiedereingliederung psychisch Kranker einzubeziehen.

Der hohe Bedarf an Tagesstruktur und Beschäftigung führte die bezirklichen Beschäftigungstagesstätten (SGB XII) im Bereich Allgemeinpsychiatrie in den letzten Jahren an deren Kapazitätsgrenzen, so dass wesentliche Platzerweiterungen notwendig wurden und bis Mai 2013 auch umgesetzt werden konnten. Die entsprechenden Konzepte sind in den Fachgremien beraten worden. Schwerpunktmäßig wurden dabei Beschäftigungsangebote für junge Menschen konzipiert, um deren perspektivische Möglichkeiten für Ausbildung und Arbeit zu verbessern.

Arbeit Beschäftigung u. Qualifizierung für psychisch Kranke und Suchtkranke



Ergänzend zu den genannten laufenden Projekten und Initiativen wird Folgendes vorgeschlagen:

- Die zusätzliche Einrichtung von Zuverdienstplätzen auf entgeltfinanzierter Basis (SGB XII) – wie dies in einigen Bezirken praktiziert wird - soll weiter geprüft werden. Hierzu sind entsprechende Konzepte durch die Fachgruppe

und von Trägerseite zu erstellen und sowohl mit dem Sozialamt als auch mit der zuständigen Senatsverwaltung abzustimmen.

- Nach § 40 SGB V besteht seit 2006 die Möglichkeit der Einrichtung von sogenannten Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK). Ein fachlicher Bedarf wurde wiederholt von Berliner Psychiatrieträgern und den Bezirken gegenüber dem Senat und den Kassen- sowie Rentenversicherungsvertretern signalisiert. Dem Senat und dem Bezirk liegt seit 2008 ein gemeinsames Konzept der Albatros gGmbH in Kooperation mit dem Krankenhaus KEH für eine RPK vor. Es mangelte zwischenzeitlich lange am Umsetzungswillen seitens der Kostenträger. Mit Stand Mai 2013 wurde dem Konzept seitens der Kostenträger nunmehr der Zuschlag erteilt.

5. Steuerung und Qualitätssicherung

5.1 Gemeindepsychiatrischer Verbund Lichtenberg - GPV

Die Forderung nach effizienten und verbindlichen Verbundstrukturen in der psychiatrischen Versorgung ist in der Fachwelt mittlerweile unumstritten. Trotzdem stellt sich das Erscheinungsbild der Psychiatrie hinsichtlich ihrer Organisationsstrukturen in den verschiedenen Bundesländern bis heute jedoch höchst differenziert dar.

Bereits im Bericht der Expertenkommission der Bundesregierung von 1988 findet sich die Forderung nach der Schaffung von sogenannten Gemeindepsychiatrischen Verbänden. Ziel war seinerzeit die Sicherstellung der Versorgung aller Patientengruppen in einer kommunalen Gebietskörperschaft. Entgegen dieser Forderung sind jedoch bis heute in den meisten Bundesländern bzw. Versorgungsregionen die Anbieter von psychiatrischen Versorgungsleistungen in den per Landesgesetzen vorgegebenen Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) nur relativ „lose“ organisiert.

Erst die „Aktion Psychisch Kranke - Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V.“ griff das Thema im Jahre 2002 ernsthaft wieder auf und startete eine länderübergreifende Initiative zur Gründung einer „Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände BAG-GPV“. Deren Ziel war die bundesweite Bildung von Verbänden zur Förderung bedarfsgerechter und personenzentrierter Hilfen mit gemeinsamen und verbindlichen Qualitätsstandards.

Im ehemaligen (alten) Bezirk Lichtenberg wurde bereits seit Mitte der 90er Jahre in der PSAG darüber diskutiert, ob die Bildung eines solchen Verbundes sinnvoll ist oder nicht. Seinerzeit kam man noch zu dem Schluss, dass die bestehenden Strukturen genügend Grundlage der Zusammenarbeit darstellten. Neben neuen fachlichen Argumenten bildete dann schließlich die Initiative der „Aktion psychisch Kranke“ den Anstoß für die Gründung des GPV Lichtenberg als eine Interessensgemeinschaft im Jahre 2005.

Der GPV Lichtenberg war vor allem die bezirkliche Antwort auf die notwendig gewordene generelle Umstellung des psychiatrischen Hilfesystems weg von den

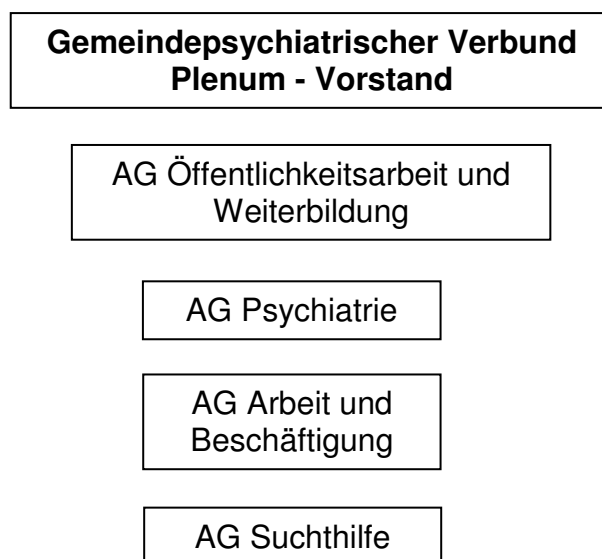
institutionell orientierten Angeboten hin zu den sogenannten Personenzentrierten Hilfen, wie sie sich ab Mitte der 90er Jahre abzeichnete.

Die Gründung des GPV Lichtenberg brachte für die psychiatrische Versorgung im Bezirk einen spürbaren Qualitätsschub. Lichtenberg verfügte und verfügt mit dem GPV bis heute als einer der wenigen Bezirke der Stadt über ein effektives, verbindliches und klar strukturiertes Verbundsystem. Im GPV sind mittlerweile über 20 Anbieter psychiatrischer Leistungen, kommunale Stellen sowie Betroffenen- und Angehörigenvertreter organisiert.

Vorteile des GPV auf einen Blick:

- ein gemeinsam entwickeltes und getragenes Leitbild
- eine verbindliche Geschäftsordnung
- mehr gegenseitige Information und Transparenz
- mehr Verbindlichkeit
- institutionsübergreifendes Handeln und Verantwortung
- gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit
- mehr Effizienz und Synergie

Der GPV Lichtenberg ist kein Selbstzweck, sondern ein Instrument, um den Herausforderungen der Zeit zu begegnen. Kernpunkt ist hierbei die Verpflichtung der Partner zur Übernahme von Versorgungsverantwortung für alle psychisch Kranken in der Region. Dabei ist die Mitwirkung der Kommune im GPV ein wichtiges Qualitätsmerkmal. Diese trägt insbesondere Verantwortung bei der Planung, Steuerung und Qualitätssicherung des Hilfesystems und hält zugleich eigene niedrigschwellige Kernangebote vor. Der Psychiatriekoordinator ist ebenso Teil des GPV und versteht sich als ein wichtiger Ideengeber für dessen Arbeit. Umgekehrt ist der GPV mit seinen Fachgremien ebenso Gestalter und Instrument bei der Psychiatrieplanung.



Angesichts der immer komplexer werdenden Versorgungszusammenhänge und dem Hinzukommen von marktwirtschaftlichen Komponenten und neuen Anbietern wird

sich die Rolle des GPV als Steuerungs- und Qualitätssicherungselement zukünftig weiter erhöhen. Hauptanliegen des GPV ist es, die in ihm eingebundenen Leistungen und Angebote klientenorientiert und sozialraumorientiert anzubieten. Der GPV bietet den Rahmen für eine gemeinschaftliche Planung und Umsetzung qualitätssichernder Strukturen.

Der GPV ist mit den anderen psychosozialen Strukturen im Bezirk vernetzt. Das betrifft insbesondere die PSAG mit deren Arbeitsbereichen *Kinder und Jugendliche*, dem Bereich *Geistig behinderte Menschen* und dem *Geriatrisch Gerontopsychiatrischen Verbund* (vgl.: GPV Lichtenberg – Positionspapier vom November 2008).

Die Überführung des GPV in eine juristische Struktur (e.V.) bleibt eine Option, um auf kommende Entwicklungen zu reagieren. Derzeit jedoch entspricht die Organisationsstruktur des Netzwerkes als eine Interessensgemeinschaft den aktuellen Erfordernissen.

Ebenso ist zu überdenken, inwiefern die Mitgliedschaft in der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAGGPV) neue Impulse für den GPV setzen kann. Unabhängig davon soll der fachliche Austausch mit anderen Gemeindepsychiatrischen Verbänden intensiviert werden.

Einen Schwerpunkt in der Arbeit des GPV ist die Fortführung und Weiterentwicklung einer breiten Öffentlichkeitsarbeit zur weiteren Entstigmatisierung und Prävention von psychischen Erkrankungen (vgl. dazu Punkt 6.1).

5.2 Steuerung des entgeltfinanzierten Bereiches nach SGB XII

Mit der Umstellung von zuvor bezirklichen Platzkontingenten im Bereich Betreutes Wohnen und Tagesstätten nach §53, SGB XII auf ein prospektives Budget entstand ab 2004 in Berlin ein beispielgebendes flexibles und bedarfsgerechtes Vergütungssystem auf Grundlage von vereinbarten Qualitätsstandards in Form von Leistungstypen und verbindlich ausgehandelten Preisen (Maßnahmepauschalen). Dieses System ermöglichte es, bei Deckelung des Budgets steigende Fallzahlen von bis zu 5% finanziell zu kompensieren und bedeutete zugleich Planbarkeit und Sicherheit für Leistungsanbieter und Kommune. Die Budgets orientierten sich an den bisherigen Platzkontingenten und damit am realen Bedarf. Die bezirklichen Steuerungsgremien (STG) garantierten dabei Transparenz und die erforderliche Systemsteuerung.

Mit Austritt aus dem Programm von zwei Berliner Bezirken im Jahre 2009 bzw. 2010 und nach gerichtlichen Auseinandersetzungen zu vom Land verweigerten Vertragsabschlüssen zwischen dem Land Berlin und einem Freien Träger wurden die Budgets ab 2011 wieder abgeschafft. Diese Situation und die nun offensichtlich veränderte Rechtslage führten seitdem in der Stadt im entgeltfinanzierten Bereich zu einer weitgehend unkontrollierten Öffnung des Anbietermarktes und damit zur Aufweichung fachlicher und finanzieller Steuerung in diesem Bereich. Die Folge war der Abschluss einer Vielzahl von neuen Entgeltvereinbarungen im Betreuten Wohnen ohne Einbeziehung der Bezirke mit der Tendenz der Aufweichung

gemeindepsychiatrischer Strukturen. In Lichtenberg hat diese Entwicklung flächen-deckend (noch) nicht Fuß gefasst.

Derzeit wird in der Stadt wieder über Möglichkeiten einer Budgetfinanzierung diskutiert. Das Bezirksamt Lichtenberg unterstützt entsprechende Initiativen des Senats und des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes. Sollte dies erreicht werden, müssen allerdings für ein entsprechendes Controlling auch die notwendigen technisch-organisatorischen Voraussetzungen geschaffen werden. Eine Reanimierung des alten *Budgetkontrollprogramms* in Anbindung an die Psychiatriekoordinatoren der Bezirke ist abzulehnen. Als Lösung bietet sich eher eine Anpassung der entsprechenden Software des Sozialhilfeträgers an.

5.3 Ausgestaltung des bezirklichen Steuerungsgremiums (STG)

Für den Bereich der Eingliederungshilfe nach § 53, SGB XII wurde in den Bereichen Betreutes Wohnen und Tagesstätten in Berlin Ende der 90er Jahre institutionsübergreifend ein effizientes Steuerungssystem geschaffen, das den vom Gesetzgeber vorgegebenen Aufgaben aller Partner in der Versorgung gerecht wird.

In Lichtenberg regelt zudem ein gemeinsam entwickelter *Leitfaden* verbindlich die Zusammenarbeit zwischen Fallmanagement (Leistungsträger), Gesundheitsamt (begutachtende Stelle) und freien Trägern (Leistungsanbieter). Der Leitfaden und der in diesem Kontext entwickelte *Erstkontaktbogen* für das Steuerungsgremium waren beispielgebend auch für andere Bezirke.

Das Steuerungsgremium ist in diesem Gefüge zur zentralen fachlichen Schaltstelle bei der Vergabe von SGB XII-Leistungen an psychisch kranke Menschen geworden. Die weitere Qualifizierung der Arbeit des Steuerungsgremiums soll in folgender Weise geschehen:

- Der Leitfaden Fallmanagement hat sich nach mehrjähriger Praxis prinzipiell bewährt. Einzelne Verfahrensabläufe in der Hilfeplanung sind dennoch zu verbessern. In Auswertung der unterschiedlichen Erfahrungen der Partner mit dem Leitfaden und der Arbeit des STG sollte nun eine generelle Bestandsaufnahme stattfinden und der Leitfaden bzw. die Geschäftsordnung des STG entsprechend angepasst werden.
- Der Klientendurchlauf im STG hat sich seit dem Jahre 2006 nahezu verdoppelt. Zu überprüfen ist deshalb, ob bei weiter steigenden Klientenzahlen das STG zukünftig noch in der Lage sein wird, die Angebote insbesondere für Menschen mit sehr komplexem Hilfebedarf effizient und fachgerecht zu steuern oder ob für diese Klienten ein eigenes Gremium bzw. eine Schnittstellenabstimmung eingeführt werden sollte.
- Im Zuge der weiteren Gestaltung der Arbeit des STG bleibt es eine Option, ob dieses zukünftig auch die Steuerung der Angebote des Bereiches *Zuverdienst* übernehmen kann oder ob dieses eventuell durch ein neu zu schaffendes Steuerungsinstrument geschehen soll. Die Erfahrungen anderer Berliner Bezirke sind dabei zu nutzen.

- Das STG erwies sich in der Vergangenheit auch als ein wirksames Instrument zur Aufdeckung von Versorgungslücken und Fehlsteuerungen im Bezirk. Diese Funktion sollte durch konsequentere Nutzung/Auswertung der monatlichen Dokumentation (Protokolle bzw. Datenerhebung für den Senat) gestärkt werden. Es ist zu prüfen, inwieweit die gesammelten Daten für die Entwicklung zielgruppenspezifischer Angebote im Betreuten Wohnen und in der Tagesstättenbetreuung noch besser nutzbar gemacht werden können.

5.4 Perspektive des zuwendungsfinanzierten Bereiches

Mit dem Berliner Psychiatrieentwicklungsprogramm PEP wurde in den 90er Jahren erstmals ein verbindlicher fachlicher und finanzieller Rahmen für die Angebote der Grundversorgung in den Bereichen Kontakte, Beratung, Zuverdienst und Krisenversorgung geschaffen. Für die einzelnen Bezirke wurden auf der Basis soziodemografischer Kennzahlen und fachlicher Mindeststandards (Personal- und Sachkosten) Transfersummen errechnet, die auf dieser Basis über Zuwendungen an Freie Träger bis heute ausgereicht werden.

Mit Einführung der Kosten- und Leistungsrechnung (KLR) kamen für die Berechnung der jährlichen bezirklichen Zuwendungssummen weitere neue Indikatoren hinzu, welche in ihrer Differenzierung noch stärker bezirkliche Besonderheiten berücksichtigten (z.B. Zahl der Erstkontakte der SpD). Das sogenannte Kennzahlengestützte Planmengenverfahren mit vollständigem Wertausgleich sichert bis heute die Grundausstattung der Bezirke. Dieses Verfahren garantiert eine jährliche Anpassung (Erhöhung) der bezirklichen Transfersummen um 1,5 %, um steigende Klientenzahlen abzufangen bzw. allgemeinen Kostensteigerungen entgegenzuwirken zu können.

Dennoch ergeben sich mittlerweile eine Reihe von Problemen für die Bezirke:

Zu gering bemessene Transfersummen

Eine adäquate fachgerechte Versorgung der Projekte im zuwendungsfinanzierten Bereich ist schon seit Jahren kaum mehr möglich – und wenn ja – dann auf Kosten einer nicht tarifgerechten Vergütung der Mitarbeiter in den Projekten. Das Problem verschärft sich mit den nachweislich steigenden Klientenzahlen in den Projekten. Festzustellen ist auch, dass immer mehr Menschen aufgrund eines komplexen Hilfebedarfs einer qualifizierten fachlichen Beratung und Betreuung bedürfen. Die Bereitstellung von qualifiziertem Fachpersonal ist deshalb unabdingbar. Für die Sicherstellung der gemeindepsychiatrischen Versorgung ist daher eine Angleichung des PEP-Budgets, orientiert an die aktuellen Tarifanpassungen im Öffentlichen Dienst, einzufordern. Es ist davonauszugehen, dass mit einer Anpassung der Ressourcen im zuwendungsfinanzierten Bereich sich die Versorgung dort verbessern würde und sich dies auch kostendämpfend auf den entgeltfinanzierten Bereich auswirkt.

Generelle Überprüfung des bestehenden Finanzierungssystems

Angesichts der geschilderten Probleme, ist prinzipiell zu prüfen, ob etwa die Form der Zuwendungsfinanzierung bei Angeboten der gesetzlichen Pflichtversorgung noch zeitgemäß ist und nicht durch effizientere Finanzierungssysteme ersetzt werden sollte. Die bestehende Fragmentierung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen insgesamt erschwert die Zusammenführung und Koordination der notwendigen Leistungen auf der Personen- und Trägerebene enorm und führt so letztlich auch zu erhöhten Ausgabekosten. Ausgehend von den positiven Erfahrungen mit Trägerbudgets im entgeltfinanzierten Bereich sollten daher neue Finanzierungsmodelle konzipiert und erprobt werden.

Die Erprobung *regionaler Budgets*, welche die finanziellen Ressourcen verschiedener Leistungsbereiche zusammenfassen würden, wäre eine denkbare Variante. Die Zusammenführung von Mitteln der Eingliederungshilfe, dem Zuwendungsbereich und KV- finanzierten Leistungen hätte mit großer Wahrscheinlichkeit ein Zuwachs an Flexibilität und Effizienz zur Folge.

Umstellung der Zuwendungsvergabe auf Leistungsverträge

Seit geraumer Zeit stehen einige wesentliche Nachteile bei der Anwendung des Zuwendungsrechts im Bereich der psychiatrischen Pflichtversorgung in Berlin immer mehr in der Kritik. Inhaltlich steht die Frage, ob für gesetzlich vorzuhaltende Pflichtversorgungsaufgaben das Prinzip der Zuwendungsvergabe weiterhin die richtige Finanzierungsform darstellt. Mit der Vergabe von Zuwendungen ist ein hoher Verwaltungsaufwand für Zuwendungsgeber und Zuwendungsempfänger verbunden. In Zeiten knapper werdender Kassen stellt sich deshalb die Frage des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen. Weitere Nachteile sind eine einseitige latente Abhängigkeit und Planungsunsicherheit für die Zuwendungsempfänger, welche dem Trend und der Notwendigkeit der Übernahme von gemeinsamer und gleichberechtigter Versorgungsverantwortung aller Partner in der Kommune entgegensteht. Demgegenüber stehen jedoch auch Vorteile des Zuwendungsrechtes gegenüber Leistungsverträgen, insbesondere im Bereich des Finanzcontrollings.

Aus den oben genannten Gründen ist in Lichtenberg ab dem Jahre 2014 die Umstellung der bisher über Zuwendungsbescheide finanzierten Projekte auf Leistungsverträge avisiert und rechtlich zu prüfen. Fachlich wird dies federführend durch die OE Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes (OE QPK) vorbereitet.

Grundlage für die avisierten Leistungsverträge werden erstens die im Rahmen des PEP entwickelten und festgelegten Standards sowie die darin enthaltenen Aufgabenbeschreibungen der Versorgungsbausteine sein.

Zweitens sollen die im Rahmen der Kosten- und Leistungsrechnung (Produktblätter KLR) bereits zum jetzigen Zeitpunkt für die Zuwendungsempfänger gültigen Nachweispflichten entsprechende Anwendung finden bzw. den Verträgen angepasst werden.

Die avisierte Umstellung der Zuwendungsfinanzierung im Psychriatriebereich auf Leistungsverträge betrifft ab 2014 in Lichtenberg die auch bislang geförderten 10 Projekte:

1. Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle, Albatros gGmbH
2. Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle, Pinel gGmbH
3. Suchtberatung Hohenschönhausen, Teil Stiftung SPI
4. Integrative Suchtberatung Lichtenberg, Stiftung SPI
5. Zuverdienstbereich für psychisch Kranke, Albatros gGmbH
6. Kontaktladen für Suchtkranke, Stiftung SPI
7. Begegnungsstätte für Suchtkranke, Christliches Sozialwerk e.V.
8. Vertrauens- und Beschwerdestelle Psychiatrie
9. Selbsthilfegruppe für psychisch Kranke „Der Anker e.V.“
10. Selbsthilfegruppe für Suchtkranke „Strandgut“

Bei diesen Projekten handelt es sich um Kernbausteine im Rahmen der Pflichtversorgung (Nr.1 bis 5), um weitere Kontakt- und Beratungsangebote sowie die Unterstützung von Selbsthilfe im Rahmen des PEP. Die Finanzierung dieser Projekte/Träger basiert auf den Vorgaben des Psychiatrieentwicklungsprogramms PEP, den Empfehlungen der bezirklichen Fachgremien, bzw. einem entsprechendem Beschluss der BVV (Vertrauens- und Beschwerdestelle Psychiatrie).

In 2013 sind für die Finanzierung der Psychiatrieprojekte insgesamt 845.000 € im Haushalt eingestellt. Im Doppelhaushalt 2014/15 stehen wahrscheinlich 880.000 € im Jahr 2014 bereit. Ziel ist es, auf dieser finanziellen Grundlage im Planungszeitraum bis 2016 alle oben genannten Angebote weiter zu finanzieren. Orientierungsbasis für die konkreten Fördersummen sind die Ansätze von 2013. Abschließend kann dies jedoch erst nach Vorlage und Prüfung der konkreten Projektanträge 2014 bzw. für die folgenden Förderzeiträume entschieden werden. .

Eine gut funktionierende Gemeindepsychiatrie basiert auf verlässlichen und nachhaltigen Strukturen, die eine dauerhafte und verbindliche Beziehungsarbeit mit den Betroffenen ermöglicht. Die vom Bezirksamt bisher über Zuwendungen geförderten Projekte sind fachlich anerkannt, in der Gemeindepsychiatrie vernetzt bzw. bieten trägerinterne Verbundlösungen an (Kombination von offenen Angeboten mit entgeltfinanzierten Hilfen). Eine Neuausschreibung von Leistungen im bisher zuwendungsfinanzierten Bereich ist deshalb im Planungszeitraum nicht vorgesehen.

5.5 Nutzung von statistischen Daten zur Bedarfsanalyse und Planung

Die Versorgungsforschung im Bereich der Gemeindepsychiatrie ist in Deutschland - im Vergleich etwa zur Medikamentenforschung in der Psychiatrie - eher unterentwickelt. Welche Beratungs- und Hilfsangebote in der Gemeindepsychiatrie effizient sind, ist wissenschaftlich bisher kaum erforscht. Generell müsste deshalb analog zum medizinisch-stationären Bereich die Basisdokumentation und –analyse im ambulant-komplementären Bereich verstärkt werden. Für ein solches Vorhaben ist die Kooperation mit einer in der Region ansässigen Hochschule geplant.

Die Herausforderung besteht darin, vorliegende Datenerhebungen für die Praxis nutzbar zu machen. Das Bezirksamt hat Zugang zu einer Reihe von Datensammlungen:

- Standardisierte Sachberichte der Kontakt- und Beratungsstellen, Zuverdienstbereiche, Suchthilfeprojekte im Rahmen des jährlichen Verwendungsnachweises bei Zuwendungsempfängern
- jährliche Sachberichte der entgeltfinanzierten Projekte nach SGB XII (Betreutes Wohnen, Tagesstätten)
- Daten aus dem bezirklichen Steuerungsgremium (Belegungsdaten, Wartelisten, Geschlecht, Alter, Migration u.a.)
- Mengemeldungen und Datenerfassungen im Rahmen der Kosten-Leistungsrechnung bei den Empfängern von Transferleistungen bzw. den Diensten im Gesundheitsamt

Bisher wurde aus Ressourcengründen nur partiell auf diesen Datenpool zurückgegriffen. Um eine empirische Untersuchung und Nutzbarmachung der vorhandenen Datenbasis zu realisieren und/oder alternative Datenquellen zu erschließen, bietet sich auch in diesem Bereich die Kooperation zwischen dem Bezirksamte/GPV und einschlägigen wissenschaftlichen Institutionen an.

6. Ausgewählte Aspekte von grundsätzlicher Bedeutung

6.1 Prävention und Entstigmatisierung

Obwohl psychische Krankheiten zu den häufigsten ihrer Zeit gehören, sind sie in der öffentlichen Wahrnehmung nach wie vor weitgehend ein Tabu. Aufgabe der Psychiatrieplanung ist es deshalb auch, präventive Konzepte zu initiieren und zu fördern sowie die Öffentlichkeit zu psychischen Krankheiten zu informieren und aufzuklären.

In den vergangenen Jahren wurden deshalb von der Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit gemeinsam mit den Partnern der Gemeindepsychiatrie wirkungsvolle Entstigmatisierungs- und Aufklärungsprojekte initiiert und durchgeführt. So entstand die Fortbildungsreihe „Psychiatrie im Alltag“ unter dem Dach der Volkshochschule sowohl für Bürger/innen als auch in abgewandelter Form für Mitarbeiter/innen des Jobcenters und des Bezirksamtes.

Darauf aufbauend wurde 2009 gemeinsam mit dem Kino CineMotion Berlin-Hohenschönhausen das Kinoprojekt „IRRSINNIG MENSCHLICH“ ins Leben gerufen. Inzwischen hat der GPV Lichtenberg die Organisation dieses Projektes übernommen. Die Kinoreihe läuft auch im fünften Jahr sehr erfolgreich. Anliegen des Projektes ist es, mit dem Medium Film eine breite öffentliche Diskussion über den Umgang mit psychischen Krankheiten zu befördern. Anspruchsvolle und außergewöhnliche Kinofilme sollen die Tür für eine öffentliche und interessante Diskussion zum Thema „Seelische Gesundheit“ öffnen.

Die Psychiatrieplanung orientiert auf folgende Schwerpunkte im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit. Dabei sollen die Initiativen von ÖGD und GPV möglichst vernetzt werden:

- Beteiligung an/Weiterführung der VHS-Reihe "Psychiatrie im Alltag"
- Beteiligung/Fortführung der Filmkampagne „Irrsinnig menschlich“
- Gestaltung von Aktionstagen und Veranstaltungen im Rahmen der jährlichen *Woche der Seelischen Gesundheit*
- Initiierung/Durchführung von jährlich mindestens einer (eigenen) Fachtagung unter dem Dach GPV oder ÖGD
- Beteiligung an Gesundheitskonferenzen, der jährlichen Gesundheitsmesse der Fachabteilung u.a. Veranstaltungen
- Qualifizierung des Internetauftritts des BA und des GPV, Gestaltung bürgerfreundlicher Portale
- Erstellung attraktiven Infomaterials und eigener Publikationen
- Neuauflage des Lichtenberger Psychiatriewegweisers in 2013
- Unterstützung und Einbindung in das geplante GPV-Projekt „Lichtenberger Dialoge“ (Nachfolge des Lichtenberger Psychoseseminars)

6.2 Selbsthilfe und Angehörigenarbeit

Ein wichtiger Indikator für eine bedarfsgerechte Psychiatrieplanung ist die Förderung von Selbsthilfe und deren öffentliche Wertschätzung, denn nachgewiesenermaßen erzielen Selbsthilfegruppen bei der gesundheitlichen Versorgung positive Effekte, indem sie das professionelle Helfersystem ergänzen und die Eigenverantwortung der Betroffenen stärken.

Psychiatrie-Erfahrene geben wertvolle Anregungen für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und können zugleich Betroffenen mit Information und Beratung zu ihrer Krankheit und zu Medikamenten zur Seite stehen. Ebenso hilfreich ist das Engagement von Angehörigen von psychisch Kranken, die sich in Gremien und Verbänden organisieren und im Dialog mit Psychiatrie-Erfahrenen und professionellen Helfern durch Information und Veranstaltungen dazu beitragen, das gängige Bild der Psychiatrie in der Öffentlichkeit zu korrigieren.

Als ein ergänzender – aber unverzichtbarer Teil - des psychiatrischen Hilfesystems wurden Selbsthilfeinitiativen in Lichtenberg seit jeher unterstützt und auch finanziell über Zuwendungen in begrenztem Maße gefördert. Dazu gehörte und gehört auch eine angemessene Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen an bezirklichen Planungs- und Entscheidungsprozessen.

Weil Angebote der Selbsthilfe sich aus den Bedürfnissen und Überzeugungen der Nutzer/innen herausentwickeln, sind sie prinzipiell nicht umfassend plan- und standardisierbar. Grundsatz der Psychiatrieplanung ist es deshalb, die vorhandenen Einrichtungen und Initiativen in ihrer Existenz möglichst zu sichern und in die Netzwerke des Bezirks einzubeziehen.

6.3 Bezirkliches Beschwerdemanagement

Im Rahmen der Qualitätssicherung und der Entwicklung eines differenzierten gemeindepsychiatrischen Hilfesystems in den Berliner Bezirken entstand immer mehr die Notwendigkeit, auch die Meinung und die Kritik der Nutzer/innen in die weitere Planung mit einzubeziehen. Für die psychiatrischen Fachabteilungen an Kliniken war ein Beschwerdemanagement bereits 10 Jahre zuvor mit dem Gesetz für psychisch Kranke aus dem Jahre 1985 in Gestalt der Patientenfürsprecher/sachkundigen Personen realisiert worden.

Kommunale Gesundheitspolitik und Fachgremien im damaligen Bezirk Hohenschönhausen orientierten deshalb frühzeitig ab Mitte der 90er Jahre auf die Einrichtung einer unabhängigen bezirklichen Beschwerdestelle für Betroffene und Angehörige auch für den komplementären Bereich und setzten dies per BVV-Beschluss um. Lichtenberg verfügt heute mit der *Vertrauens- und Beschwerdestelle Psychiatrie* als einer der wenigen Bezirke in Berlin über eine derartige regionale Anlaufstelle.

Primär ist das Ziel dieser Einrichtung, Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (oder die von solchen bedroht sind) sowie Angehörigen Unterstützung und Rat bei Problemen zu geben, welche aus deren Behandlungs- und Betreuungsumfeld resultieren. Dies betrifft z.B. Hilfe bei der Sicherung materieller und rechtlicher Ansprüche, Vorgespräche mit dazu notwendigen Ämtern und Einrichtungen bis zur Erstellung eines Bearbeitungskonzeptes bzw. Lösungsvorschlages sowie die Begleitung und Unterstützung bis zur Klärung des Problems und im Bedarfsfall die Vermittlung juristischen Beistandes.

Die Vertrauens- und Beschwerdestelle stellt objektiv einen Teil des bezirklichen Qualitätsmanagements dar, ist jedoch institutionell völlig unabhängig.

Die Psychiatrieplanung orientiert grundsätzlich auf ein ganzheitliches und integriertes bezirkliches Beschwerdemanagement. Mittelfristig wird deshalb ein regelmäßiger fachlicher Austausch zwischen den Patientenfürsprecher/innen in der Klinik, dem Bereich Psychiatriekoordination, dem GPV und der Vertrauens- und Beschwerdestelle angestrebt.

6.4 Vernetzung von Psychiatrie und Stadtteilarbeit

Lange Zeit wurde die Vernetzung von Psychiatrie und sozialer Stadtteilarbeit in der Fachwelt kaum thematisiert. Mit neuen inhaltlichen Ansätzen auf dem Feld des bürgerschaftlichen Engagements bzw. der Gemeinwesenarbeit einerseits und andererseits der Umsetzung moderner Konzepte der Sozialpsychiatrie wurde dies anders.

Das Prinzip des Vorranges nichtpsychiatrischer Hilfen (Normalitätsprinzip) bei der Unterstützung von psychisch kranken Menschen ist eine Grundforderung der Psychiatriereform und findet sich deshalb auch in den Leitlinien des GPV Lichtenberg wieder. Dies schließt die Nutzung von familiären und auch „normalen“ kommunalen Strukturen ein.

Allgemein gilt es für alle Menschen, die soziokulturellen Ressourcen des Gemeinwesens zu entdecken. Gerade bei Menschen mit psychischen Problemen ist jedoch die Akzeptanz und menschliche Unterstützung in dessen unmittelbarer Lebensumwelt von großer Bedeutung.

Unter Beachtung dieses Grundsatzes soll das psychiatrische Hilfesystem in Lichtenberg deshalb zukünftig noch stärker mit bestehenden sozialen und bürgerschaftlichen Initiativen in der Kommune vernetzt werden. Dabei existieren bereits praktikable Vernetzungsansätze in der Arbeit etwa der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen, Suchtberatungsstellen oder Begegnungsstätten, welche mit den Trägern der Lichtenberger Stadtteilzentren/sozialen Treffpunkte in den Bereichen Freizeit, Kommunikation und Beratung kooperieren.

Im Feld der Vernetzung von Psychiatrie und Stadtteilarbeit zeigen sich aus Sicht der Psychiatriekoordination noch erhebliche Ressourcen. So könnten kieznahe Angebote von einem Teil der Klient/innen in noch breiterem Maße als bisher genutzt werden.

Wie dies im Einzelnen realisiert werden kann, ist in den bezirklichen Fachgremien weiter zu thematisieren.

6.5 Gender Mainstreaming in der psychiatrischen Versorgung

Das Bekenntnis der EU – aufgegriffen im Grünbuch zur psychischen Gesundheit - zur Gleichbehandlung von Männern und Frauen in allen gesellschaftlich relevanten Bereichen hat in jüngster Zeit auch in der Psychiatrie die Diskussion um die Notwendigkeit und Verwirklichung von geschlechtsspezifischen Versorgungsansätzen für psychisch kranke Menschen belebt.

Gender Mainstreaming, bezogen auf die psychiatrische Versorgung, schließt die verschiedenen Sozialisations- und Lebensrealitäten von Frauen und Männern auch in psychiatrischen Hilfsangeboten ein und erfordert daher Hilfen mit gemischtgeschlechtlichen, frauen-, und männerspezifischen Ansätzen.

Geschlechterspezifische Projekte und Ansätze sind in der Psychiatrie noch eher selten vorhanden und wenn ja, sind diese eher auf Frauen ausgerichtet. Die Notwendigkeit beispielsweise von schützenden Hilfsangeboten für psychisch kranke Frauen mit erheblichen Gewalterfahrungen ist fachlich unumstritten und mittlerweile praktisch umgesetzt. Männerspezifische Ansätze findet man dagegen fast gar nicht. In Lichtenberg wurde dieses Thema deshalb im Jahre 2010/2011 in Gestalt des 1. Männergesundheitsberichtes und der Konferenzen zur Männergesundheit aufgegriffen.

Bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ist es daher sinnvoll, erstens bei allen Projekten bereits in der Planungsphase auf Genderaspekte zu achten (z.B. bei der Personalbesetzung) und zweitens ist zu prüfen, inwiefern besondere geschlechtsspezifische Angebote notwendig sind.

Es wird empfohlen, das Thema weiter in den Fachgruppen des GPV zu bearbeiten.

6.6 Migration und Psychiatrie

Das Thema gewann in den vergangenen Jahren in der Fachdiskussion auch in Lichtenberg immer mehr an Bedeutung. Auch wenn ein kausaler Zusammenhang zwischen Migration und psychischen Störungen bisher nicht empirisch belegt ist, so ist unumstritten, dass Menschen mit Migrationshintergrund einer Reihe von besonderen Belastungen ausgesetzt sind, welche psychische oder psychosomatische Reaktionen hervorrufen können (Belastungen sind z.B.: Traumatisierungen, Entwurzelung, Flucht, Haft, Gewalt, höhere Arbeitslosigkeit, Diskriminierung u.a.). Hinzu kommen Sprachbarrieren sowie kultur- und traditionsbedingte Besonderheiten im Umgang mit psychischer Krankheit.

Die Tatsache, dass Migrant/innen in der psychiatrischen Versorgung generell unterrepräsentiert sind, zeigt, dass sich das psychiatrische System noch nicht genügend auf diese Zielgruppe eingestellt hat. Um diese Situation zu verändern, ist eine Anpassung von Versorgungsstrukturen notwendig.

Die größte Migrantengruppe in Lichtenberg sind die etwa 4.000 Menschen mit vietnamesischem Migrationshintergrund. Das bezirkliche Versorgungssystem wurde von dieser Gruppe bisher nicht repräsentativ in Anspruch genommen. In der Praxis fiel es jedoch auf, dass Mitarbeiter/innen vietnamesischer Vereine immer häufiger mit psychischen Problemen ihrer Klientel konfrontiert waren. Dabei wurde klar, dass aufgrund von Stigmatisierung von psychischer Erkrankung in der vietnamesischen Kultur, diese Menschen über muttersprachliche Kontaktpersonen zur Inanspruchnahme des Hilfesystems ermutigt werden müssen.

Im Rahmen der Lichtenberger Psychiatrieplanung wird derzeit deshalb über den GPV in Kooperation mit der vietnamesischen Spezialambulanz an der Charité/KEH ein Projekt *Betreutes Einzelwohnen für vietnamesische Bürger/innen mit muttersprachlicher Betreuung* eingerichtet.

Beim generellem Umgang mit dem Thema sollten aus Sicht der Psychiatrieplanung in der Diskussion in den Fachgremien folgende Aspekte beachtet werden:

- Zur Information über die vorhandenen Hilfsangebote muss genügend Informationsmaterial nach Zielgruppen und Herkunftsland kultursensibel und verständlich vorhanden sein.
- In Regionen/Stadtteilen mit hohem Anteil von Migrantinnen und Migranten müssen die Einrichtungen auf interkulturelle und sprachliche Kompetenzen zurückgreifen können.
- Bei Fort- und Weiterbildungen sollte auf migrationsspezifische Aspekte geachtet werden.
- Es gilt der realitätsbezogene Grundsatz, dass die vorhandenen Einrichtungen und Angebote sich diesen Menschen öffnen müssen und Spezialisierungen nur in Ausnahmen und für zahlenmäßig größere Migrantengruppen sinnvoll und realisierbar sind.

- Die Einbeziehung von entsprechenden Interessenvertretungen in die Planungen ist erforderlich.

Auf Grundlage der genannten Aspekte sollte im GPV Lichtenberg über konkrete Schlussfolgerungen in der Region diskutiert werden. Die Ergebnisse fließen dann in die weitere Psychiatrieplanung ein.

6.7 Integrative Versorgungsmodelle

Im Zuge der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurde im SGB V § 140 das Instrument der Integrierten Versorgung implementiert. Dieses bietet für die Krankenkassen die Möglichkeit des Abschlusses sektorenübergreifender Versorgungsverträge mit unterschiedlichen Leistungsanbietern (Kliniken, MVZ, Träger der Gemeindepsychiatrie, Ärzte, Reha-Einrichtungen u.a.).

Prinzipiell ist die stärkere inhaltliche und fachliche Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung an der ambulanten Versorgung zu begrüßen. Da jedoch der Gesetzgeber bei der Etablierung dieses Instruments die bisherige komplexe Entwicklung in der Gemeindepsychiatrie offensichtlich nicht genügend berücksichtigt hatte, zeigt die Realität, dass Integrierte Versorgung sich bis dato eher als Parallelmodell zur Regelversorgung für den Patientenkreis ausgewählter Krankenkassen präsentiert.

In Lichtenberg (und in anderen Bezirken) finden sich zwei - im Versorgungsansatz unterschiedliche - IGV-Modelle:

- Der Vertrag „Netzwerk für psychische Gesundheit“ für Berlin und Brandenburg zwischen der Techniker Krankenkasse und der MVZ-Pinel gGmbH
- Der Vertrag zwischen dem Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V. mit der DAK und mittlerweile auch anderen Kassen

An dieser Stelle kann auf spezielle inhaltliche Aspekte beider Modelle nicht näher eingegangen werden.

Wichtig aus der Sicht der Psychiatrieplanung ist es darauf achten und zu drängen, dass sich die Vertragsumsetzung bei beiden Modellen nicht abgekoppelt von der übrigen Versorgungslandschaft vollzieht. Die Schnittstellen zur Eingliederungshilfe und anderen Hilfebereichen müssen benannt und mögliche Formen der Kooperation und Vernetzung aufgezeigt werden. Um dies zu erreichen, wurde seitens der Psychiatriekoordination in der jüngsten Vergangenheit zunächst eine stabile Kommunikation zu beiden Netzwerken hergestellt. Weitere konkrete Absprachen mit dem GPV sind vereinbart.

6.8 Das trägerübergreifende Persönliche Budget

Das trägerübergreifende Persönliche Budget bedeutet formal zweifellos eine Bereicherung in der vielfältigen Palette der Hilfsangebote für psychisch Kranke Menschen. Mit seiner Einführung entstanden große Erwartungen, die jedoch zu großen Teilen bis heute enttäuscht wurden. Zunächst weckte das Persönliche Budget die Hoffnung, dass auf dem sozialen Markt für den Einzelnen in jeder Lebenslage das passende Angebot gefunden werden kann. Auf Seiten der Leistungsträger wurde die Hoffnung genährt, dass die Förderung von Selbstbestimmung beim Klienten letztlich zu passgenaueren und kostengünstigen Hilfen führt.

Dass diese Entwicklung so nicht eingetreten ist, liegt vor allem daran, dass der psychisch kranke Mensch das Hilfesystem in seiner Vielfalt und Unübersichtlichkeit oft nicht durchschaut und aufgrund seiner Krankheit meist nicht selbst in der Lage ist, seinen Hilfebedarf zu erkennen bzw. selbst entsprechende Hilfen für sich zu organisieren. Außerdem stellt das Persönliche Budget nur eine andere, neue und selbstbestimmte Form der Leistungsgewährung dar und eröffnet an sich nicht grundsätzlich neue Hilfsangebote.

Dennoch kann das Persönliche Budget zu einer sinnvollen Ergänzung im psychiatrischen Hilfesystem werden, wenn:

- der Hilfesuchende durch professionelle Helfer entsprechend unterstützt wird
- die Helfer und Leistungsträger zu den Möglichkeiten des persönlichen Budgets informiert sind und gemeinsam mit dem Hilfesuchenden agieren

Zu den Möglichkeiten und Grenzen des trägerübergreifenden persönlichen Budgets gibt es divergierende Auffassungen in der Fachwelt und bei potentiellen Budgetgebern, so auch in Lichtenberg. Dies ist auch ein Grund dafür, warum dieses Instrument bisher kaum im Bezirk genutzt wurde.

Aus Sicht des Psychiatriekoordinators sollte das Thema dennoch ernsthaft weiter von den Fachgremien diskutiert werden. Dies betrifft insbesondere Möglichkeiten der Nutzung des Persönlichen Budgets für Leistungen im Bereich Arbeit, Qualifizierung und Beschäftigung.

7. Grundaussagen und Ausblick

Entwicklungsstand des Lichtenberger Hilfesystems

Seit Beginn der 90er Jahre hat sich in Lichtenberg ein sehr differenziertes und leistungsfähiges ambulant-komplementäres Hilfesystem für psychisch kranke und suchtkranke Menschen entwickelt. Dabei stand und steht die Bereitstellung von Hilfen für chronisch psychisch kranke Menschen stets im Mittelpunkt. Die großen Umbrüche im System der psychiatrischen Versorgung, wie sie in den 70er bis 90er Jahren zu verzeichnen waren, sind Vergangenheit. Primäre Aufgabe der Psychiatrieplanung ist es heute, die einzelnen Leistungsbausteine nach fachlichen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten aufeinander zu beziehen, zu vernetzen und im

Sinne regionaler Verbundstrukturen weiterzuentwickeln. Dabei muss die regionale Strukturplanung auch nationale und internationale Trends berücksichtigen, denn psychische Gesundheit wird in den EU-Ländern zu einem immer bedeutenderen wirtschaftlichen Faktor und verstärkt zu einem gesundheitspolitischen Thema.

Allgemeine Standards für eine moderne Sozialpsychiatrie

Die Psychiatrie hat sich in den letzten 30 Jahren von einer verwahrenden und anstaltszentrierten hin zu einer therapeutisch-rehabilitativen Disziplin gewandelt. Dieser Weg verlief nicht geradlinig. Mit der verstärkten Einbindung marktwirtschaftlicher Ansätze und zunehmendem öffentlichen Spardruck gerieten gerade in den letzten Jahren einige bereits als gesichert und vertraut geltende sozialpsychiatrische Grundsätze wieder ins Wanken. Die Lichtenberger Fachwelt reagierte im Jahre 2005 auf diese Entwicklung mit der Gründung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Lichtenberg (GPV) und setzte mit den Leitlinien des GPV eigene Qualitätsstandards, orientiert an den aktuellen Erkenntnissen moderner Sozialpsychiatrie. Ausgehend von den bisherigen Erfahrungen des GPV und dem neuesten fachlichen Diskussionsstand sind folgende allgemeine Standards für die zukünftige Psychiatrieentwicklung in Lichtenberg besonders von Bedeutung:

- Orientierung am individuellen Bedarf
- Fachliche Kompetenz, Transparenz und Verlässlichkeit
- Gemeinsame Wahrnehmung der Verantwortung in Verbänden
- Entstigmatisierung und Akzeptanz durch die Gesellschaft
- Entwicklung integrierter Versorgungsmodelle

Fortschreibung des Berliner Psychiatrieentwicklungsprogramms PEP

Das kommunale Hilfesystem kann nur so effizient und flexibel sein, wie es die politischen, gesetzlichen und fachlichen Rahmenbedingungen im Land Berlin zulassen. Das PEP bedeutete in den 90er Jahren einen enormen Qualitätssprung in Richtung einer modernen Sozialpsychiatrie, jedoch fand seither keine konsequente und kontinuierliche Fortschreibung statt. So gibt das PEP in seiner jetzigen Form auf eine Reihe von aktuellen Entwicklungen keine ausreichende fachliche Antwort. Politik und Fachwelt sollten deshalb gemeinsam auf eine Anpassung und Weiterentwicklung der gesundheitspolitischen Rahmenvorgaben und fachlichen Standards für Berlin hinwirken. Das Berliner Gesetz für psychisch Kranke stammt aus dem Jahre 1985 und ist an vielen Stellen ebenso reformbedürftig. So finden dort z.B. Gemeindepsychiatrische Verbände, als zeitgemäße Instrumente der Zusammenarbeit zwischen allen Akteuren, keinerlei Erwähnung.

Erprobung neuer Finanzierungsmodelle

Ein grundsätzliches Problem der deutschen Psychiatrie – so auch in Lichtenberg – besteht in der starken Fragmentierung seiner Versorgungsstrukturen. Dies erschwert die Zusammenführung und Koordination von personenbezogenen Leistungen enorm. So ist allein der Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in sich durch eine starke Trennung von ambulanten und stationären Leistungen geprägt. Daneben existieren weitgehend unabhängig voneinander die anderen beitrags- oder steuerfinanzierten Systeme. Eine wirkliche Neuordnung und Zusammenführung dieser Systeme erscheint nach jetzigem Stand zwar als unrealistisch und liegt zudem

allein im Ermessen des Gesetzgebers, dennoch sollten durchaus alternative Finanzierungsmodelle in Berlin konzipiert und erprobt werden. So könnten regionale Budgets beispielsweise steuerfinanzierte und SGB-Leistungen zusammenfassen. Auf diese Weise könnten auch die offensichtlichen finanziellen Disproportionen zwischen einzelnen Leistungsbereichen beseitigt werden. Mehr Flexibilität, Effizienz und mehr auf die Person bezogene Hilfen wären auf diese Weise zu erwarten.

Leistungsverträge statt Zuwendungsvergabe

Vorbehaltlich einer rechtlichen Prüfung könnten in Lichtenberg ab 2014 die 10 bisher zuwendungsfinanzierten Projekte über Leistungsverträge finanziert werden.

Prävention und Öffentlichkeitsarbeit

Entstigmatisierung, Prävention und Öffentlichkeitsarbeit bleiben auch in den nächsten Jahren zentrale Bestandteile der bezirklichen Psychiatrieplanung.

Nutzung empirischer Daten für die Planung

Zum Zwecke der Bedarfsforschung und nachhaltiger Planung soll zukünftig verstärkt auf die Nutzung von bezirklichen empirischen Datenpools zurückgegriffen werden. Für die Analyse und Nutzbarmachung dieser Daten ist deshalb die Kooperation zwischen dem Bezirksamte/GPV und einschlägigen wissenschaftlichen Institutionen geplant.

Sicherung und Ausbau des Bereiches Betreutes Wohnen

Bei einzelnen Wohnformen ist ein weiterer quantitativer Ausbau notwendig, so bei: Therapeutischen Wohngemeinschaften und dem Betreutem Einzelwohnen in Trägerwohnungen. Die Bereitstellung eines Wohnbetreuungsangebotes mit der Möglichkeit einer 24h-Betreuung ist mittelfristig unbedingt sicherzustellen. Kommunalpolitisch bleibt die Bereitstellung und Schaffung von bezahlbarem Wohnraum erste Aufgabe. Hierzu ist mit allen Partnern auf der Basis des gegenseitigen Vorteils (Win-Win-Situation) zu kooperieren. Die Gespräche im Rahmen des „Wohntisch-Lichtenberg“ sind weiter zu intensivieren.

Ausbau des Bereiches Arbeit und Beschäftigung

Im Bereich Arbeit, Qualifizierung und Beschäftigung sind differenzierte Angebote weiter auszubauen. Neue Finanzierungsmodelle müssen angedacht werden (etwa über den Entgeltbereich SGB XII). Nachfolgestrukturen für das EU-Projekt „Netzwerk Arbeit und seelische Gesundheit“ sind zu entwickeln.

Separate Planung im Bereich Suchthilfe

Spezifik und Komplexität der Suchthilfe in Lichtenberg erfordern eine gesonderte Bestandsanalyse und eigene Planungsschwerpunkte. Die Diskussion hierzu sollte daher von den Fachgremien auf der Grundlage des vorgelegten Planungspapiers erfolgen.

8. Anhang

Wichtige Adressen und Ansprechpartner

Behördliche Einrichtungen

Psychiatrie- und Suchthilfeoordination

Bezirksamt Lichtenberg von Berlin
Abteilung Jugend und Gesundheit
Alfred-Kowalke-Str. 24, 10315 Berlin
Tel.: 90 296 45 61, Fax: 90 296 45 99
Roland.Scheil@lichtenberg.berlin.de

Sozialpsychiatrischer Dienst

Bezirksamt Lichtenberg von Berlin
Abteilung Jugend und Gesundheit
Alfred-Kowalke-Str. 24, 10315 Berlin
Tel.: 90 296 75 75, Fax: 90 296 75 15
Dagmar.Schulze@lichtenberg.berlin.de

Fachgremien

Psychiatriebeirat Lichtenberg

Bezirksamt Lichtenberg von Berlin
Abteilung Jugend und Gesundheit
Psychiatrie- und Suchthilfeoordination
Alfred-Kowalke-Str. 24, 10315 Berlin
Tel.: 90 296 45 61, Fax: 90 296 45 99
Roland.Scheil@lichtenberg.berlin.de

Gemeindepsychiatrischer Verbund Lichtenberg (GPV)

Bezirksamt Lichtenberg von Berlin
Abteilung Jugend und Gesundheit
Alfred-Kowalke-Str. 24, 10315 Berlin
Tel.: 90 296 45 61, Fax: 90 296 45 99
Roland.Scheil@lichtenberg.berlin.de
www.gpv-Lichtenberg.de

Steuerungsgremium Lichtenberg (STG)

Bezirksamt Lichtenberg von Berlin
Abteilung Jugend und Gesundheit
Alfred-Kowalke-Str. 24, 10315 Berlin
Tel.: 90 296 45 61, Fax: 90 296 45 99
Roland.Scheil@lichtenberg.berlin.de

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Lichtenberg (PSAG)

Bezirksamt Lichtenberg von Berlin
Abteilung Jugend und Gesundheit
Alfred-Kowalke-Str. 24, 10315 Berlin
Tel.: 90 296 45 61, Fax: 90 296 45 99
Roland.Scheil@lichtenberg.berlin.de

Kontakt- und Beratungsangebote

Kontakt- und Beratungsstelle „Manet-Club“

Große-Leege-Straße 97/98, 13055 Berlin
Tel.: 98 65 36 7, Fax: 98 19 62 49
www.pinel.de
lichtenberg@pinel.de

Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle „Der Blaue Laden“

Hagenstraße 5, 10365 Berlin
Tel.: 55 78 484 oder 55 78 686, Fax: 55 48 96 89
www.albatrosgmbh.de
kbs.liberg@albatrosev.de

Vertrauens- und Beschwerdestelle Psychiatrie

Große-Leege-Str. 103, 13055 Berlin, Zimmer 1.49
Tel.: 90 296 45 12 (mit Anrufbeantworter), Fax: 90 296 45 19
www.braeuer-web.de
wolfgang.braeuer@arcor.de

Suchtberatung Hohenschönhausen

Oberseestraße 98, 13053 Berlin
Tel.: 90296 4911, Fax: 90926 4919
suchtberatung-hsh@stiftung-spi.de

Integrierte Suchtberatung Lichtenberg

Möllendorffstraße 59, 10367 Berlin
Tel.: 55 68 04 – 0, Fax: 55 68 04 - 18
suchtberatung-lichtenberg@stiftung-spi.de

Berliner Krisendienst - Region Ost

Irenenstraße 21a, 10317 Berlin
Tel.: 3 90 63 70 (Beratung)
region.ost@berliner-krisendienst.de

Tagesstrukturierende Angebote

Beschäftigungstagesstätte für psychisch Kranke

Große-Leege-Straße 97/98, 13055 Berlin, Aufgang C
Tel.: 9 82 43 51, Fax: 9 83 13 905
www.pinel.de
lichtenberg@pinel.de

Beschäftigungstagesstätten für psychisch Kranke

Anschrift 1: Gundelfinger Straße 52, 10318 Berlin
Tel.: 50 37 80 24, Fax: 50 37 80 26
ts.liberg@albatrosgmbh.de

Anschrift 2: Möllendorffstr.47, 10367 Berlin
Tel.: 28 47 24 455, Fax: 28 47 24 459
ts.liberg2@albatrosgmbh.de

Tagesstätten für Suchtkranke

Standort Hohenschönhausen
Oberseestraße 98, 13053 Berlin
Tel.: 986 387 97, Fax: 986 387 95
ts.liberg@stiftung-spi.de

Standort Lichtenberg
 Herzbergstraße 82, 10365 Berlin
 Tel.: 55 40 209, Fax: 55 49 48 03
 ts.liberg@stiftung-spi.de

Arbeit und Beschäftigung

Zuverdienst für psychisch Kranke

Dönhoffstraße 36a, 10318 Berlin
 Tel.: 50 37 80 25, Fax: 98 31 30 01
 zv.liberg@albatrosggmbh.de

Lankwitzer Werkstätten

Gärtnerstraße 14, 13055 Berlin
 Tel.: 98 19 60-0, Fax: 98 19 60-55
 hsh@lwnet.de
 www.lankwitzer-werkstaetten.de

Hagenower Ring 63/65, 13059 Berlin
 Tel.: 96 24 81 30, Fax: 96 24 81 55
 wartenberg@lwnet.de
 www.lankwitzer-werkstaetten.de

Betreutes Wohnen

Im Bezirk finden sich folgende Angebote:

- Betreutes Einzelwohnen für psychisch und suchtkranke Menschen
- Betreutes Einzelwohnen für Menschen mit Doppeldiagnose
- Betreutes Einzelwohnen für Frauen mit Gewalterfahrung
- Betreutes Einzelwohnen für psychisch kranke Mütter/Väter
- Betreutes Einzelwohnen für psychisch kranke ältere Menschen
- Betreutes Apartmentwohnen für psychisch Kranke (BEW)
- Therapeutische Wohngemeinschaften für psychisch Kranke Menschen
- Therapeutische Wohngemeinschaften für suchtkranke Menschen
- Therapeutische Wohngemeinschaften für Menschen mit Doppeldiagnose
- Therapeutische Wohngemeinschaften für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrung

Die Vermittlung und der Kontakt erfolgt über das Steuerungsgremium Lichtenberg, Bezirksamt Lichtenberg von Berlin, Abteilung Jugend und Gesundheit, Alfred-Kowalke-Str. 24, 10315 Berlin
 Tel.: 90 296 45 61, Fax: 90 296 45 99, Roland.Scheil@lichtenberg.berlin.de
 weitere Informationen zu den konkreten Angeboten unter: www.gpv-lichtenberg.de.

Stationäre und teilstationäre Behandlung

Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH

Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie ,Funktionsbereiche:

- Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie
- Suchterkrankungen
- Ergotherapie
- Gerontopsychiatrie
- Behandlungszentrum für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung
- Psychiatrische Institutsambulanz

Herzbergstraße 79, 10365 Berlin, Tel.: 54 72 (0)
 Konkrete Informationen unter: www.keh-berlin.de

Übersicht entgeltfinanzierte Hilfen nach SGB XII §§ 53/54 im Bereich Wohnen (Stand Mai 2013)

Träger	Angebot	Zielgruppe/Ausrichtung	Platzzahl
Albatros gGmbH	BEW (LT Verbund)	psychisch Kranke	30
		- eigene Wohnung	20
		- Apartment/Trägerwohnung - psych. Kranke Obdachlose	12
Albatros Lebensnetz gGmbH	BEW	psychisch kranke Mütter/Väter	10
ajb gGmbH	BEW (LT Verbund)	psych. kranke junge Erw. auch mit Drogen	10
		- eigene Wohnung	2
		- in Trägerwohnung - Mutter und Kind	1
Beschäftigungswerk Arbeit für Berlin	BEW	psychisch Kranke	8
BORA e.V.	BEW	psych. kranke Frauen mit Gewalthintergrund	4
Caritasverband	BEW	psychisch Kranke (Übergang §67)	4
COMES e.V.	BEW (LT Verbund)	psychisch Kranke (angedockt an TWG)	8
Lebensmut gGmbH	BEW	Gerontopsychiatrie	8
Pinel gGmbH	BEW	Psychiatrie	30
	BEW	Sucht	21
Stiftung SPI Berlin	BEW	Sucht	17
Albatros gGmbH	TWG (LT Verbund)	Psychiatrie	6
ajb gGmbH	TWG (LT Verbund)	psychisch kranke junge Erwachsene	3
		- Cleananspruch - zu Beginn kein Cleananspruch	4
Beschäftigungswerk Arbeit für Berlin	TWG (2x)	psychisch Kranke	11
	TWG (2x)	Doppeldiagnose	12
BORA e.V.	TWG	psych. kranke Frauen mit Gewalthintergrund	10
Bürgerhilfe Kultur des Helfens gGmbH	TWG T	Sucht	16
	TWG	Sucht	6
	TWG EK 5	Sucht (Dauerwohnen)	9
COMES e.V.	TWG (2x LT Verbund)	psychisch Kranke	12
Pinel gGmbH	TWG	psychisch Kranke	13
Stiftung SPI Berlin	TWG	Sucht	9
	TWG (Dauerwohnen)	Sucht	9
Gesamt:			305

Gemeindepsychiatrischer Verbund Lichtenberg – GPV

Geschäftsordnung

Präambel

Die vorliegende Geschäftsordnung ist Grundlage für die Arbeit der in Anlage 1 genannten Anbieter und Akteure sozialpsychiatrischer Leistungen in Lichtenberg. Sie regelt verbindlich die Aufgaben, Arbeitsweise und Organisationsstruktur des Gemeindepsychiatrischen Verbundes. Die Geschäftsordnung regelt die Arbeit der Mitgliederversammlung, des Vorstandes und der einzelnen Arbeitsgruppen. Die Geschäftsordnung besitzt ihre fachliche Grundlage im *Leitbild des GPV (Anlage 2)*, das grundsätzliche psychiatriepolitische Ziele sowie wesentliche Qualitätsstandards der fachlichen Arbeit beschreibt: „Der GPV stellt sich das Ziel, durch bessere Vernetzung und gegenseitige Nutzung der vorhandenen Ressourcen aller Anbieter die psychiatrische Versorgung in Lichtenberg nachhaltig zu verbessern“ (Auszug Leitbild). Leitbild und Geschäftsordnung stützen sich auf die in Anlage 3 genannten gesetzlichen Grundlagen sowie psychiatriepolitischen und fachlichen Dokumente. Von der Mitgliedschaft im Gemeindepsychiatrischen Verbund unberührt bleibt die Rechtsträgerschaft der einzelnen Verbundpartner und anderer zielgruppenspezifischer Verbände. Verträge und Vereinbarungen mit Leistungsträgern und Dritten werden von den jeweiligen Mitgliedern (Rechtsträgern) gesondert geschlossen.

§ 1 Mitglieder

Mitglieder des GPV sind die in Anlage 1 genannten Anbieter von sozialpsychiatrischen Leistungen auf dem Gebiet der Pflichtversorgung in Lichtenberg sowie weitere Anbieter sozialpsychiatrischer Leistungen und Interessenvertreter. Die Mitglieder verpflichten sich zur wechselseitigen Information und zu Beratungen über das eigene Leistungsangebot, insbesondere zu Änderungen des Leistungsangebots. Die Mitgliedschaft endet durch Kündigung. Über die Aufnahme neuer Mitglieder entscheidet der Vorstand des GPV.

§ 2 Mitgliederversammlung

Die Mitgliederversammlung tagt mindestens 1x jährlich. Sie ist nicht öffentlich. Die Mitgliederversammlung wird vom Vorstand einberufen. Sie muss einberufen werden, wenn mindestens ein Drittel der Mitglieder dies wünscht. Sie wird von einem Mitglied des Vorstandes geleitet. Abstimmungen in der Mitgliederversammlung erfolgen mit einfacher Mehrheit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder. Die Einladungen für die Mitgliederversammlungen sind durch den Vorstand vier Wochen vor dem Termin zusammen mit der Tagesordnung zu verschicken. Die Mitgliederversammlungen werden protokolliert. Die Protokollführung erfolgt abwechselnd durch die Mitglieder.

Die Mitgliederversammlung ist zuständig für alle Aufgaben, soweit sie nicht dem Vorstand oder den Arbeitsgruppen obliegen. Sie ist insbesondere zuständig für folgende Angelegenheiten:

- Bestätigung der Jahresplanung des GPV
- Entgegennahme der Jahresberichte des Vorstandes und der Fachbereiche
- Änderung der Geschäftsordnung

§ 3 Vorstand

Der Vorstand besteht aus mindestens 5 Mitgliedern. Der Vorstand arbeitet im Auftrag der Mitgliederversammlung selbständig und in eigener Verantwortung. Er setzt die Beschlüsse der Mitgliederversammlung um. Der Vorstand setzt sich aus je einem Vertreter der einzelnen Arbeitsgruppen und dem Psychiatriekoordinator zusammen.

Die Arbeitsgruppen des GPV bestimmen/wählen den jeweiligen Vertreter für den Vorstand für jeweils 2 Jahre. Jedes Mitglied des GPV darf im Vorstand nur einmal vertreten sein. Beschlüsse des Vorstandes werden mit einfacher Mehrheit getroffen. Der Vorstand hat insbesondere folgende Aufgaben wahrzunehmen:

- Koordinierung der Arbeitsgruppen des GPV
- Zusammenführung der Arbeitsplanungen der Arbeitsgruppen
- Aufbereitung von Vorlagen, Stellungnahmen und Konzepten nach Zuarbeit der Arbeitsgruppen
- Verbindliche Abstimmung der Arbeitsergebnisse mit allen Verbundpartnern
- Koordinierung in Bezug auf die Vernetzung von Angeboten und Trägern
- Abstimmung mit dem bezirklichen *Psychiatriebeirat*, der *Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft PSAG*, dem *Geriatrisch-Gerontopsychiatrischen Verbund GGV*, der *Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendliche* und dem Bereich *Geistig Behinderte*
- Vertretung des GPV nach außen
- Aufnahme neuer Mitglieder
- Koordination von Terminen und der Öffentlichkeitsarbeit
- Erstellung eines Jahresberichtes an die Mitgliederversammlung und die BVV

Der Vorstand kann außerordentliche Sitzungen der Mitgliederversammlung einberufen. Er ist der Mitgliederversammlung gegenüber rechenschaftspflichtig. Der Vorstand trifft sich mindestens 4x jährlich. Die Beratungen des Vorstandes werden protokolliert und den Mitgliedern zur Kenntnis gegeben. Die Geschäftsführung des Vorstandes obliegt dem Psychiatriekoordinator.

§ 4 Arbeitsgruppen

Zur Umsetzung der Ziele der Mitgliederversammlung auf der Basis des Leitbildes werden ständige zielgruppen- und themenspezifische Arbeitsgruppen eingerichtet. Es können zudem weitere zeitweilige und/oder offene Arbeitsgruppen sowie Foren eingesetzt werden.

Ständige Arbeitsgruppen sind:

- Arbeitsgruppe Erwachsenenpsychiatrie
- Arbeitsgruppe Sucht
- Arbeitsgruppe Arbeit, Qualifizierung Beschäftigung
- Arbeitsgruppe Öffentlichkeitsarbeit, Weiterbildung und Qualifizierung

Die Arbeitsgruppen erstellen jeweils zu Jahresbeginn eine Arbeitsplanung. Die Arbeitsinhalte und Planungen der Arbeitsgruppen sind untereinander und mit dem Vorstand abzustimmen. Die Arbeitsgruppen sind der Mitgliederversammlung rechenschaftspflichtig. Sie kommunizieren die Ergebnisse ihrer Arbeit eigenständig im Verbund (Führung eines eigenen Verteilers, Versenden der protokollierter Ergebnisse an alle Verbundmitglieder) und gegebenenfalls – in Abstimmung mit dem Vorstand - nach außen. Die Beschlüsse der Arbeitsgruppen sind für die Arbeitsgruppenmitglieder verbindlich und sind in dieser Weise nach außen zu vertreten.

Die Mitarbeit jedes Verbundmitglieds in mindestens einer Arbeitsgruppe ist abzusichern. Erfolgt ohne Angabe von plausiblen Gründen über einen Zeitraum von 6 Monaten oder mehr keine Teilnahme an der Arbeitsgruppe, entscheidet der Vorstand über die weitere Mitgliedschaft im Verbund und informiert hierüber die Mitgliederversammlung.

§ 5 Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit des GPV sowie Maßnahmen zur Weiterbildung und Qualifizierung werden von der dafür beauftragten Arbeitsgruppe in Abstimmung mit dem Vorstand koordiniert.

Der GPV gibt sich ein eigenes Logo und eine offizielle Geschäftsadresse und Webside. Ziele und Angebote des GPV werden in einem *Flyer GPV* dargestellt. Der GPV gibt regelmäßig einen eigenen elektronischen *Newsletter Psychiatrie* heraus. Für die Redaktion ist die Arbeitsgruppe Öffentlichkeitsarbeit, Weiterbildung und Qualifizierung zuständig. Diese organisiert und koordiniert ebenso alle Fachveranstaltungen, welche Themen des GPV betreffen. Über den Psychiatriekoordinator erfolgt die fachliche und organisatorische Abstimmung mit der Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit des Gesundheitsamtes. Ebenso über den Psychiatriekoordinator erfolgt der Kontakt zur *Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände*.

§ 6 Sonstige Bestimmungen

Änderungen und Ergänzungen der Geschäftsordnung werden durch die Mitgliederversammlung beschlossen. Jedes stimmberechtigte Mitglied kann Änderungen der Geschäftsordnung beantragen. Änderungen werden wirksam, wenn 2/3 der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder dafür stimmen.

Leitbild Gemeindepsychiatrischer Verbund Lichtenberg

Gemeinsame Erklärung der an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Partner

Präambel

Dieses Leitbild beschreibt grundsätzliche Qualitätsstandards der fachlichen Arbeit und der Kooperation der in Anlage 1 genannten Anbieter und Akteure sozialpsychiatrischer Leistungen in Lichtenberg. Der Gemeindepsychiatrische Verbund Lichtenberg (nachfolgend GPV genannt) versteht sich als ein Verantwortungsbündnis der an der Versorgung von psychisch Kranken und Suchtkranken beteiligten Partner auf der Grundlage verbindlicher Qualitätsstandards und Kooperationsstrukturen. Von der Mitgliedschaft im Gemeindepsychiatrischen Verbund unberührt bleibt die Rechtsträgerschaft der einzelnen Verbundpartner und anderer zielgruppenspezifischer Verbünde. Verträge und Vereinbarungen mit Leistungsträgern und Dritten werden von den jeweiligen Mitgliedern (Rechtsträgern) gesondert geschlossen. Aufgaben, Arbeitsweise und Organisationsstruktur des GPV sind in der Geschäftsordnung verbindlich geregelt. Seine Interessen werden über die in der Geschäftsordnung beschriebenen Organe wahrgenommen. Das vorliegende Leitbild stützt sich auf die in der in Anlage 2 genannten gesetzlichen Grundlagen, psychiatriepolitischen und fachlichen Aussagen und Dokumente.

Ziele des Gemeindepsychiatrischen Verbundes

Ziel des Wirkens der Verbundpartner ist die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen in deren unmittelbarem Wohnumfeld. Dies umfasst die Sicherstellung von bedarfsgerechten, dem fachlichen Standard entsprechenden, Behandlungs- und Versorgungsbedingungen für psychisch kranke und abhängigkeitskranke Menschen in folgenden sozialpsychiatrischen Bereichen:

- Selbstversorgung: Wohnen, Wirtschaften, Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Hilfen
- Tages-, Freizeit- und Kontaktgestaltung und Teilnahme am öffentlichen Leben
- Beschäftigung, Arbeit und Ausbildung
- Koordination des Behandlungs- und Rehabilitationsplanes, Behandlungsplanung und -abstimmung

Der GPV stellt sich das Ziel, durch bessere Vernetzung und gegenseitige Nutzung der vorhandenen Ressourcen aller Anbieter die psychiatrische Versorgung in Lichtenberg nachhaltig zu verbessern.

Qualitätsstandards und Qualitätssicherung

Die Verbundpartner verpflichten sich zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung durch die Weiterentwicklung bzw. Anpassung ihres Leistungsspektrums. Die Partner legen sich auf folgende grundlegende gemeinsame Qualitätsstandards fest:

- Personenzentrierte und einrichtungsübergreifende Hilfen in Form sozialpsychiatrischer Komplexleistungen grundsätzlich im Versorgungsgebiet Lichtenberg
- Orientierung an den persönlichen Ressourcen und am individuellen Bedarf
- Vorrang nichtpsychiatrischer Hilfen/Normalitätsprinzip
- Zusammenarbeit mit Angehörigen/Bezugspersonen und Selbsthilfegruppen
- Kontinuierliche Fortbildung und Supervision
- Beachtung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung der Klienten
- Sicherung und Ausbau der Patientenrechte, Weiterentwicklung eines gemeinsam getragenen Beschwerdemanagements

- Mindestens eine jährliche gemeinsame Initiative (Projekt/Veranstaltung) mit dem Ziel der Optimierung der Versorgungsqualität
- Mitwirkung an der bezirklichen Gesundheitsberichterstattung und -planung
- kontinuierliche Überprüfung der regionalen Versorgungssituation in Hinblick auf Bedarf, Angebot und Leistung

Im Rahmen ihrer vorhandenen Ressourcen und unter Berücksichtigung ihres Versorgungsauftrages beteiligen sich die Verbundpartner auch an präventiven Aktivitäten bei der Früherkennung psychischer Krankheiten mit dem Ziel der langfristigen Verbesserung der psychosozialen Gesundheit der Bevölkerung. In diesem Rahmen streben die Verbundpartner eine Zusammenarbeit mit auf diesem Gebiet tätigen wissenschaftlichen Einrichtungen und Forschungszentren an.

Kooperation zwischen den Verbundpartnern

Die Verbundpartner erbringen die im Einzelfall erforderlichen Leistungen im Bedarfsfall als Komplexleistung d.h. als integrierte Leistung nach Abstimmung zwischen den beteiligten Leistungserbringern. Voraussetzung hierfür ist eine intensive fachliche Kooperation aller Leistungserbringer auf Projektebene, im personenbezogenen Hilfeverfahren sowie die gegenseitige Nutzung aller vorhandenen Betreuungsressourcen. Die Partner verpflichten sich zu kontinuierlicher und wechselseitiger Information über das eigene Leistungsangebot. Instrumente der Zusammenarbeit, des fachlichen Austausches und der gemeinsamen Meinungsfindung sind die in der Geschäftsordnung festgelegten Gremien und Arbeitsgruppen.

Zusammenarbeit mit Dritten

Der Verbund beteiligt sich an der Steuerung und Qualitätssicherung des psychiatrischen Versorgungssystems durch den verbindlichen Austausch mit den zuständigen Bereichen des Bezirksamtes und des Landes. Die Verbundpartner arbeiten eng mit den Kosten- und Leistungsträgern, Betroffenen- und Angehörigenverbänden, weiteren Leistungsanbietern und Partnern zusammen. Der GPV Lichtenberg ist über seine Gremien zu Verhandlungen und Gesprächen mit Kommunalpolitikern, Vertretern des Bezirksamtes, des Senats, Leistungsträgern und anderen zuständigen Stellen und Partnern berechtigt. Der GPV Lichtenberg ist in den bezirklichen Fachgremien PSAG und Psychiatriebeirat vertreten und tritt über diese oder selbständig in den fachlichen Austausch mit anderen regionalen und überregionalen Trägern und Verbänden.

Geschäftsordnung des Lichtenberger Psychiatriebeirates

Präambel

Die Arbeit des Psychiatriebeirates Lichtenberg zielt auf die Schaffung und den qualitativen Ausbau gemeindeintegrierter und bedarfsgerechter psychosozialer Versorgungsstrukturen. Der Psychiatriebeirat orientiert sich an den Aussagen der Psychiatrie-Enquete der Bundesregierung von 1975, den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich von 1988, dem Berliner Psychiatrieentwicklungsprogramm PEP von 1995, dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst von 1994 (letzte Fassung 25. Mai 2006) und dem Gesetz für psychisch Kranke von 1985. Grundlage für die Arbeit des Lichtenberger Psychiatriebeirates sind ebenso die Aussagen und Forderungen der EU/WHO in der „Deklaration von Helsinki“ von 2005 zur Bedeutung und zum Umgang mit psychischen Krankheiten.

1. Die Mitglieder des Psychiatriebeirates werden von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Mitglied des Bezirksamtes benannt.
2. Die Mitglieder des Psychiatriebeirates werden für die Dauer einer Legislaturperiode der Bezirksverordnetenversammlung im Bezirk benannt. Bei vorzeitigem Ausscheiden von Mitgliedern sind Neuberufungen von Mitgliedern bis zum Ende der laufenden Legislaturperiode durch das zuständige Mitglied des Bezirksamtes möglich.
3. Die Mitglieder des Psychiatriebeirates sind Fachleute aus dem Bezirk Lichtenberg, die primär ihrem Wissen und ihrer Verantwortung für die Versorgung von psychisch kranken, behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen verpflichtet sind.
4. Der Psychiatriebeirat berät das zuständige Mitglied des Bezirksamtes in Fragen der Strukturentwicklung der psychosozialen Versorgung und ist vor grundsätzlichen Planungs- und Strukturentscheidungen anzuhören. Hierzu ist ihm eine angemessene Frist einzuräumen.
5. Der Psychiatriebeirat legt dem Bezirksamt jährlich einen Arbeits- und Empfehlungsbericht vor.
6. Die Ergebnisse der Beratungen des Psychiatriebeirates sind öffentlich und den interessierten, an der Versorgung beteiligten Institutionen und Verbänden zugänglich zu machen.
7. Die Tagesordnungspunkte für die Sitzungen des Psychiatriebeirates können sowohl von den Beiratsmitgliedern als auch durch das zuständige Mitglied des Bezirksamtes eingebracht werden. Der Psychiatriebeirat beschließt vor Beginn der Sitzung die Tagesordnung.
8. Der Beirat tagt mindestens 2-mal pro Jahr. Der Psychiatriebeirat fällt Beschlüsse mit der einfachen Mehrheit der anwesenden Mitglieder. Der Psychiatriebeirat ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit seiner Mitglieder anwesend ist. Beiratsmitglieder können sich durch andere Personen vertreten lassen. Diese sind jedoch nicht stimmberechtigt.

9. Der Termin für die jeweils nächste Sitzung ist nach Möglichkeit am Ende der vorherigen Beratung festzulegen. Die Einladung und die Tagesordnung sind den Beiratsmitgliedern mindestens 14 Tage vor Sitzungsbeginn zuzuleiten.
10. Über die Sitzungen des Psychiatriebeirates wird ein Ergebnisprotokoll angefertigt und durch ihn genehmigt.
11. Die Geschäftsführung des Psychiatriebeirates obliegt dem Psychosozialen Koordinator, der nicht stimmberechtigt ist. Die Sitzungsleitung liegt bei dem für Gesundheit zuständigen Bezirksamtsmitglied.
12. Der Psychiatriebeirat hat durch Beschluss, entsprechend der Verfahrensweise in Punkt 9, die Möglichkeit, zu speziellen Themen weitere Fachleute beratend hinzuzuziehen.
13. Eine Änderung der Geschäftsordnung bedarf der Mehrheit der Stimmen der Mitglieder.

Geschäftsordnung Steuerungsgremium Lichtenberg

1

Das Steuerungsgremium ist eine Arbeitsgruppe von Mitarbeiter/innen öffentlicher und freier Träger der gemeindepsychiatrischen Versorgung im Bezirk Lichtenberg. Grundgedanke der Arbeit des Steuerungsgremiums ist es, dass die vorgenannten Aufgaben nur durch eine berufsgruppen- und einrichtungsübergreifende Arbeit der an der Pflichtversorgung beteiligten Institutionen, Projekte und Einrichtungen zu lösen sind. Grundlage für die Arbeit des STG ist die Rahmengeschäftsordnung für die Berliner Steuerungsgremien (RGO).

2

Das Steuerungsgremium steuert und kontrolliert die fach- und bedarfsgerechte Auslastung aller bezirklich budgetierten Betreuungskapazitäten/Plätze nach Psychiatrieentwicklungsprogramm (PEP) in den Bereichen Betreutes Wohnen, Tagesstätten und Einzelfallhilfen für die Klientengruppen: Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Suchtkrankenhilfe.

Die Entscheidungen des Steuerungsgremiums haben die Erstellung einer personenbezogenen Rehabilitationsplanung nach § 75 SGB XII zur fachlichen Grundlage. Diese soll in der Regel vor den Sitzungen des Steuerungsgremiums durch die zu beteiligenden Institutionen (Fallmanager, SpD, Klinik, Träger, ges. Betreuer) unter Nutzung von Fallkonferenzen erfolgen. Die im Steuerungsgremium eingebrachten Anträge müssen einen Bearbeitungsstand aufweisen, der eine Entscheidungsfindung durch das Gremium in der Beratung möglich macht. Hierfür sind die entsprechenden Vorabstimmungen zur Rehabilitationsplanung zwischen den Beteiligten vor den jeweiligen Beratungen vorzunehmen.

Ist im konkreten Fall aufgrund der Informationslage keine Entscheidung möglich, kommt der Antrag zur Wiedervorlage in der nächsten Beratung des STG. Verlängerungen von Maßnahmen werden im STG nicht besprochen. In den Fällen, in denen keine Vermittlung erfolgen kann, beschließt das Gremium über die weitere Verfahrensweise.

3

Die Beratungen des Steuerungsgremiums erfolgen getrennt in den Untergruppen

- a) *Allgemein- und Gerontopsychiatrie*
- b) *Suchtkrankenhilfe.*

Mitarbeiter/innen folgender Einrichtungen und Träger sind ständige Mitglieder des Lichtenberger Steuerungsgremiums (alphabetisch geordnet):

Steuerungsgremium Allgemein- und Gerontopsychiatrie

- ajb GmbH, Betreutes Wohnen
- Albatros gGmbH., Betreutes Wohnen, Tagesstätte
- Beschäftigungswerk - Arbeit für Berlin gGmbH., Betreutes Wohnen

- Bezirksamt, Sozialpsychiatrischer Dienst
- Bezirksamt, Psychosozialer Koordinator (Leitung und Organisation)
- Bezirksamt, Sozialamt (Fallmanagement)
- COMES e.V., Betreutes Wohnen
- Caritasverband e.V.
- Krankenhaus KEH, Sozialdienst
- BORA e.V., Betreutes Wohnen
- Pinel gGmbH, Betreutes Wohnen, Tagesstätte
- Lebensmut gGmbH, Betreutes Wohnen
- Integratives Beratungszentrum e.V.

Steuerungsgremium Suchtkrankenhilfe

- ajb GmbH, Betreutes Wohnen
- Beschäftigungswerk - Arbeit für Berlin gGmbH., Betreutes Wohnen
- Bezirksamt, Sozialpsychiatrischer Dienst
- Bezirksamt, Suchtberatungsstelle
- Bezirksamt, Psychosozialer Koordinator (Leitung)
- Bezirksamt, Sozialamt (Fallmanagement)
- Bürgerhilfe gGmbH, Betreutes Wohnen
- Krankenhaus KEH, Sozialdienst
- Pinel gGmbH, Betreutes Wohnen
- Stiftung SPI Berlin, Betreutes Wohnen, Tagesstätte

4

Die Leitung beider Untergruppen erfolgt durch den Psychosozialen Koordinator. Die Vertretung der Leitung übernimmt ein Vertreter des Gesundheitsamtes.

5

Die Vorstellung der Klient/innen im Steuerungsgremium erfolgt durch dessen Mitglieder, gegebenenfalls gemeinsam mit Projektmitarbeiter/innen oder anderen Bezugspersonen. Die Klient/innen haben das Recht, ihr Anliegen im Steuerungsgremium persönlich vorzustellen.

6

Die Arbeit des Steuerungsgremiums orientiert sich an den von der Arbeitsgruppe der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales empfohlenen *Mindeststandards zur Gewährleistung des Persönlichkeitsschutzes von psychisch kranken Menschen*. Hiernach werden die Klienten bzw. deren gesetzliche Vertreter über die Arbeitsweise und den Auftrag des Gremiums schriftlich informiert und unterschreiben eine Schweigepflichtsentbindung, auf der die Aufgaben und Mitglieder des Steuerungsgremiums aufgeführt sind.

Die Teilnehmer/innen der Steuerungsrunde unterschreiben mit der Anwesenheitsliste eine Erklärung, dass alle Informationen aus der Runde, unter Wahrung des Sozialgeheimnisses bzw. der ärztlichen Schweigepflicht, streng vertraulich zu behandeln sind.

7

Das Steuerungsgremium tagt in der Regel an jedem ersten Donnerstag im Monat in der Zeit von 8.00 - 09.30 Uhr (Arbeitsgruppe Sucht) und 09.45 - 12.00 Uhr (Arbeitsgruppe Allgemein- und Gerontopsychiatrie). Es kann zusätzlich nach Bedarf durch deren Leiter einberufen werden. Die Anmeldebögen sind dem Psychosozialen Koordinator jeweils freitags vor der monatlichen Beratung bis 16 Uhr zur Verfügung zu stellen. Die Verschickung der Anmeldeliste an die Mitglieder des Steuerungsgremiums erfolgt am darauffolgenden Montag.

In besonders dringenden/eiligen Fällen kann als Ausnahme die Aufnahme von Klient/innen in Betreuungsangebote auch ohne vorherige Bestätigung im Steuerungsgremium erfolgen. Dies ist jedoch in jedem Fall mit der Leitung des Steuerungsgremiums, dem Sozialpsychiatrischen Dienst bzw. der Suchtberatungsstelle Hohenschönhausen und der Fallmanager/in zuvor abzusprechen. Das Steuerungsgremium ist in dessen nächster Beratung hiervon zu unterrichten.

8

Die Entscheidungen des Steuerungsgremiums sind rechtlich unabhängig und vorbehaltlich der gutachterlichen Stellungnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes/der Beratungsstelle für Alkohol- und andere Suchtkranke bei Maßnahmen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach §§ 53/54 SGB IIX und der fachlichen und sozialrechtlichen Prüfung durch den Kostenträger. Sie tragen im Rahmen solcher Maßnahmen jedoch fachlich-empfehlenden Charakter.

9

Die Ergebnisse der Beratungen des Steuerungsgremiums werden in einem Kurzprotokoll festgehalten und an die Mitglieder verschickt.