

BEB-Tagung „Verantwortung in der Region übernehmen“ 16.4.2015 in Berlin

Dr. Christa Widmaier-Berthold

„Psychiatrie regional planen und gestalten – eine Verantwortung der Städte und Landkreise“

1. Verantwortung für die kommunale Planung und Gestaltung
2. Kommunale Psychiatrieplanung – praktische Erfahrungen
3. Kommunale Psychiatrieplanung - konzeptionelle Überlegungen
4. Fazit: Anforderungen an eine gemeinsame psychiatrische Planung

Meine Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Einladung und die Chance, einige Überlegungen aus der Sicht der Landkreise und Städte beizutragen. Die kommunale Gestaltung der Gemeindepsychiatrie und die kommunale Planung haben in der letzten Zeit vermehrt Aufmerksamkeit gewonnen: Dazu beigetragen haben sicherlich die UNBRK und die Konsultationen für das Bundesteilhabegesetz- dort werden teilweise weitreichende, innovative Ziele diskutiert (große ambulante Teams...). Ich will mein Referat in vier Teile gliedern:

- zuerst möchte ich etwas zu den rechtlichen **Grundlagen** der kommunalen Verantwortung sagen. Das ist vielleicht etwas trocken, aber notwendig, danach frage ich, was uns **aktuell** an der kommunalen Verantwortung interessiert, welche rechtlichen und fachlichen Impulse uns dazu bewegen
- Danach schildere ich einige **praktische Erfahrungen**, und stelle
- **konzeptionelle Überlegungen zur Planung** vor
- **dann skizziere ich, worauf es ankommt**, wenn die verschiedenen Seiten ihre Verantwortung in einer gemeinsamen Planung zusammenbringen wollen.

1. Verantwortung für die kommunale Planung und Gestaltung

a) rechtliche Grundlagen

O kommunale Sozialplanung

Die Kommunen haben im Rahmen ihrer Selbstverwaltung (garantiert im Grundgesetz, Art. 28 Abs. 2 und in den Verfassungen der Länder) das Recht, eine örtliche Sozialplanung auf den Weg zu bringen und zum Bestandteil ihres hoheitlichen Handelns zu machen. Außerdem schreibt das Sozialgesetzbuch für mehrere Hilfesysteme vor, dass die Leistungsträger die regionalen oder örtlichen Bedarfe und Angebote erheben und ihre Inanspruchnahme feststellen (zur Jugendhilfeplanung z.B. SGB VIII, § 80, SGB IX § 4 Abs. 3), oder dass diese Aufgabe durch Landesrecht geregelt wird.

O Gleichheitsgebote

Die Kommunen sind an die Gleichheitsgebote des Grundgesetzes, des ROG und der UNBRK gebunden: das heißt, sie müssen überall, im sozialen und im medizinischen Bereich, für eine zugängliche und gleichmäßige Infrastruktur sorgen. Zu den Gleichheitsgeboten kommen Urteile des Bundesverfassungsgerichts, hier ein Zitat zum medizinischen Bereich: Das BVerfG sieht als Gemeinwohlbelang *„die Sicherung eines leistungsfähigen und allgemein zugänglichen Systems der Gesundheitsversorgung... die auch zu ... einer Bedarfs –und Verhaltenssteuerung freiberuflicher Träger oder von Krankenhausträgern berechtigt“*¹.

Der gleiche Zugang zu Gesundheitsleistungen ist also ein hohes Gut und gehört zu unserem Sozialstaat: dieses Gleichheitsgebot gilt auch auf der kommunalen Ebene.

O kommunale Daseinsvorsorge

Die Kommunen sind verantwortlich für die Daseinsvorsorge ihrer Bürgerinnen und Bürger. Das ist ausgedrückt im Grundsatz des Sozialgesetzbuches (§1 SGB I), „dass die zur Erfüllung der... Aufgaben erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen **rechtzeitig und ausreichend** zur Verfügung stehen“.

(Die Leistungsträger sind ebenso dazu verpflichtet, dass die erforderlichen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen - § 17 SGB I.)

Im Raumordnungsgesetz (§ 2 Abs. 2 ROG von **2008**) heißt es dazu ähnlich:

¹ Welti, Felix, Gleichheit in der Gesundheitsversorgung. Rechtliche Grundlagen für eine gerechte Daseinsvorsorge, in: Sozialrecht und Praxis Jg 22, 2012 Heft 2, S. 71-92, S. 72.

Die Versorgung mit Dienstleistungen und Infrastrukturen der Daseinsvorsorge, insbesondere die Erreichbarkeit von Einrichtungen und Angeboten der Grundversorgung für alle Bevölkerungsgruppen, ist zur Sicherung von Chancengerechtigkeit in den *Teilräumen* in angemessener Weise zu gewährleisten; dies gilt auch in dünn besiedelten Regionen etc.

Mit diesem rechtlich verankerten Auftrag der Daseinsvorsorge haben die Kommunen in unserem System elementare sozialstaatliche Aufgaben. Im Unterschied zu anderen europäischen Ländern ist bei uns nicht ein zentraler Staat *der* Ausgestalter des Sozialstaats, sondern sie sind es, neben der Bundes- und Landesebene: **die Kommunen setzen den Sozialstaat auf ihrer Ebene um.**

b) Auswirkungen der Ökonomisierung und des EU-Binnenmarkts

Hier greife ich einige Aspekte auf, welche die Kommunen betreffen:

Auswirkungen auf die Kommunen

In den Kommunen zogen mit der Verwaltungsmodernisierung und dem neuen Steuerungsmodell betriebswirtschaftliche Kriterien in die Verwaltungen ein. Ähnlich wie bei den Leistungserbringern entstand also schon allein durch die Auswirkungen der generellen Ökonomisierung vieler gesellschaftlicher Bereiche eine Spannung zwischen den staatlichen Aufgaben einerseits und ökonomischen Kriterien andererseits.

Wichtiger aber sind die Veränderungen, die von der EU-Ebene her kommen. Das EU-Wettbewerbsrecht berührt zunehmend auch die öffentliche Daseinsvorsorge der Kommunen. *Sie ist seit einiger Zeit Objekt europäischer Liberalisierungs – und Deregulierungsprozesse. Das heißt, mit den Instrumenten des europäischen Wettbewerbs- und Beihilferechts werden Dienste und Leistungen daraufhin überprüft, ob sie privatisierbar sind. Ziel der EU-Kommission ist es, immer mehr Bereiche der Daseinsvorsorge dem Markt zu öffnen².*

Das bedeutet für die Kommunen: Auch „soziale Dienstleistungen“ und generell Dienstleistungen mit Gemeinwohlbezug sind heute nicht davor sicher, in die

² Dahme, H-J, Wohlfahrt, N, Lehrbuch Kommunale Sozialverwaltung und Soziale Dienste, Weinheim 2013, S. 176.

Deregulierungsprozesse einbezogen zu werden. In der Öffentlichkeit wird diese Entwicklung bei Themen wie Wasser und Energie durchaus wahrgenommen. Dass diese „Deregulierungen“ aber auch unseren „örtlichen Sozialstaat“ in Frage stellen können, ist für viele Bürger vielleicht noch nicht so deutlich.

c) einige aktuelle rechtliche Impulse

o die **UNBRK** – sie enthält **auch Gleichheitsgebote** bzw. ein Benachteiligungsverbot: die Vertragsstaaten haben sich verpflichtet, behinderten Menschen Leistungen der sozialen Versorgung und der Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und demselben Standard zur Verfügung zu stellen wie anderen Menschen³. Die Behindertenrechtskonvention führte auch zu der Vorstellung vom „inklusiven Gemeinwesen“, als einem **Leitbild für die Weiterentwicklung der Versorgung** – und das hat Auswirkungen auf die kommunale Planung.

o bei den Konsultationen für ein **BUNDESTEILHABEGESETZ**, das bald kommen soll, geht es auch darum, diese Gleichheitsgebote rechtlich verbindlich zu machen, und das Leitbild des „inklusiven Sozialraums“ umzusetzen.

Ich hoffe, Sie haben bis hierher die nötige Geduld aufgebracht, und sich diese verschiedenen teils rechtlichen, teils politischen Aspekte vergegenwärtigt, um den allgemeinen Rahmen zu sehen, von dem aus wir über die Frage nachdenken können: Wie verhält es sich mit der kommunalen Verantwortung für die psychiatrische Versorgung? Und was heißt das für die kommunale Planung, vielleicht für eine gemeinsame Planung?

Zu den aktuellen rechtlichen Impulsen kommen noch einige fachlichen Impulse:

d) aktuelle Impulse aus der gemeindespsychiatrischen Diskussion

Nachdenken über „Sozialraumorientierung“ und über „große ambulante Teams“

³ Welte, S. 82.

Die Stellungnahmen einiger Verbände zum künftigen Bundesteilhabegesetz, am deutlichsten die Äußerung der DGPPN, nennen als Anforderungen an das künftige Gesetz die Ziele

- multiprofessionelle teambasierte gemeindepsychiatrische Teams und deren Behandlungs- und Rehabilitationsangebote in den Quartieren
- integrative, Sektor- und Setting- übergreifende Behandlungs- und Rehabilitationskonzepte

Ingmar Steinhart stellte gestern diese Ziele im Rahmen des „funktionalen Basismodells gemeindepsychiatrischer Versorgung“ vor. Er sieht Gesetzgeber, Leistungsträger und Kommune herausgefordert, die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen und fragt: wie stehen die Kommunen zu diesem innovativen Konzept? Wollen und können sie die regionale Ausgestaltung unter ihrer Federführung leisten?

Wieweit es gelingt, diese Ziele in das Gesetz aufzunehmen, ist noch offen. Dennoch macht es Sinn, von dieser Diskussion her zu überlegen, wie **n i c h t n u r** vertraute, übersichtliche Ziele in einem kommunalen Planungsprozess schrittweise abgestimmt und realisiert werden können (etwa der Aufbau eines neuen Hilfesystems in einem Bereich, z.B. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie), **s o n d e r n** wie auch innovative und weitreichende Vorhaben geplant und gestaltet werden können, die mit großen strukturellen Veränderungen verbunden sind.

Mit dem Blick auf diese verschiedenen Impulse möchte ich an dieser Stelle deutlich machen – bevor ich später auf das Thema „Planung“ eingehe - dass es heute noch mehr bisher auf eine intensive strukturelle Planung ankommt. Denn ohne Kenntnisse der Strukturen und Prozesse in einer Stadt oder in einem Landkreis kann es keine sozialräumlich ausgerichteten infrastrukturellen Angebote und keine Vernetzungen geben, und erst recht keine Umwandlungen großer Einrichtungen, keine „großen ambulanten Teams“. Ohne eine vorhergehende intensive Planung sind solche weitreichenden innovativen Ziele nicht realisierbar.

Zuerst stelle ich einige Erfahrungen aus der Praxis vor. Sie sollen illustrieren,

- vor allem: die Chancen und Erfolge einer gemeinsamen Planung
- aber auch: einige Schwierigkeiten, die dabei auftreten können

2. kommunale Planung – praktische Erfahrungen

Ich war viele Jahre Psychiatriekoordinatorin in einem Landkreis in Baden-Württemberg. Seitdem habe ich damit begonnen, andere Landkreise und auch Städte als externe Beraterin bei ihren Planungen zu unterstützen. Bei diesen geht es meist darum, über 1-2 Jahre hinweg jeweils einen Psychiatrieplan oder ein Konzept für einen Gemeindepsychiatrischen Verbund zu erarbeiten. Das Vorgehen für die Planung wird jeweils im Voraus in einem Vertrag vereinbart, einschließlich der Beteiligung der Betroffenen und der Angehörigen.

a) Chancen und Erfolge

In der Praxis sind die Rahmenbedingungen sehr unterschiedlich, dazu kommt in Baden-Württemberg, dass die Eingliederungshilfe kommunalisiert ist – das erhöht die Vielfalt der Hilfesysteme noch. Die einzelnen Planungsschritte wurden deswegen ganz auf die örtliche Situation zugeschnitten. So begannen einige Regionen erst damit, einen einfachen Wegweiser zu erstellen, um überhaupt einen Überblick zu haben, an dem sich alle orientieren konnten – andere wollten schon weitergehen, und eine differenzierte Erhebung der Ausgangssituation mit sehr feinen Angaben zum Angebot, zur Arbeitsweise, Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter erarbeiten, um von da aus zu einer sorgfältigen Stärken-Schwächen-Abwägung zu kommen. Wieder andere hatten schon solche Vorarbeiten geleistet, und konnten schnell zu einer gemeinsamen Bewertung des Hilfesystems weitergehen und dann Ziele für die nächsten Jahre abstimmen, und sich vor allem über den GPV und die regionale Versorgungsverpflichtung verständigen.

Die im Voraus vereinbarten Arbeitsschritte erwiesen sich dabei als eine Navigationshilfe – alle konnten sich orientieren, an welcher Stelle der Abstimmungen sie sich befanden, oder was es für den Prozess bedeutete, wenn ein Akteur an einem Punkt besonders aufs Tempo drückte oder vielleicht einen Schritt wiederholen wollte.

Das ERGEBNIS in allen Planungsprozessen war überall

- A. ein Psychiatrieplan für die nächsten Jahre / oder ein Konzept GPV / mit Vereinbarungen zur Steuerung und zur Mitsprache der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen

- B. überall kam neben diesen greifbaren Ergebnissen – Konzepte, Verträge – noch etwas dazu: die erreichte gemeinsame Diskussionskultur, und das Vertrauen in die eigene Fähigkeit als Planungs- bzw. Steuerungsgruppe, die vereinbarten Ziele und Veränderungen schrittweise gemeinsam umzusetzen.

b) Schwierigkeiten

- der „Blick auf das Ganze“ fiel manchmal schwer
- Machtpositionen werden genutzt
- Misstrauen

(Hierzu wurden einige Fallbeispiele vorgestellt.)

Eine Planung, die gemeinsam konzipiert und auf die örtliche Situation zugeschnitten ist, bietet große Chancen, Ziele voranzubringen. Die Schwierigkeiten, die auftreten, lassen sich meist bewältigen – teilweise mit den Fähigkeiten und Erfahrungen der Beteiligten mit Gruppenprozessen, die sie in den Planungsprozess einbringen, teilweise mit dem, was die Planung selbst als Profession bereitstellt.

Soweit einige praktische Erfahrungen.

Wie könnte eine gute gemeinsame psychiatrische Planung aussehen? Sie sollte verschiedene Anforderungen erfüllen – einige sind Ihnen selbst vielleicht bei den Praxis-Beispielen bereits in den Sinn gekommen. Beginnen will ich mit einigen Anregungen aus der Planungsdiskussion:

3. Kommunale Planung - konzeptionelle Überlegungen

a) Leistungsfähigkeit

O Eignung für unterschiedliche Planungsprozesse

Ein gutes Konzept soll sich sowohl für laufende Planungsprozesse eignen, wenn bereits eine Grundlage da ist, wie ein GPV-Konzept oder ein Psychiatrieplan, als

auch dafür, ein GPV-Konzept oder einen Plan erst aufzustellen, in einem 1-2jährigen Prozess. Ob es also um die laufende Planung geht, oder um einen längeren Prozess geht, in dem die Ziele erst erarbeitet werden – das Konzept, das wir benötigen, sollte für beide Formen ein Rahmen sein *und* es leisten können, dabei innovative Ziele voranzubringen:

O und für innovative psychiatriepolitische Ziele

- Wie können größere versorgungsstrukturelle Veränderungen geplant und ausgestaltet werden?
- Wie können ambulante Netzwerke / große ambulante Teams / bei verschiedenen Leistungsträgern / in kleinen Räumen entwickelt werden?

Dafür müssen verschiedene Leistungsträgerbereiche sowie ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote in die Planung einbezogen werden. Es reicht nicht aus, nur vom Sozialbereich und vom Sozialbürgermeister oder -dezernenten her zu planen, sondern auch das Krankenhausdezernat und das Gesundheitsamt gehören dazu.

b) Welches Konzept brauchen wir?

Voranstellen will ich Definition von Schädler - an seinem Ansatz orientieren sich die Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge von 2012⁴ für die Teilhabeplanung. Schädler⁵ sieht die Planung als strukturelle Teilhabeplanung:

O Definition „Planung“

„Örtliche Teilhabeplanung ist ein partizipativer und lernorientierter Prozess unter politischer Federführung der Kommunen, in dem sich die örtlich relevanten Akteure auf den Weg machen, die Zielsetzungen eines ‚inklusive Gemeinwesens‘ unter den spezifischen örtlichen Bedingungen zu verwirklichen“.

⁴ Empfehlungen zur örtlichen Teilhabeplanung für ein inklusives Gemeinwesen, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., 14.3.2012, Berlin. Die Leitgedanken gehen zurück auf Lampke/Rohrmann/Schädler, Kommunale Teilhabeplanung, in: Dies. (hg): Örtliche Teilhabeplanung mit und für Menschen mit Behinderungen, Wiesbaden 2011, S. 9ff.

⁵ Schädler, Johannes, Vortrag „Inklusion und soziale Teilhabe gestalten – Anforderungen, Herausforderungen und Strategien für Politik, soziale Unternehmen und Gewerkschaften“ Berlin, 14.01.2015

O Planungsschritte

Herkömmlich bezog sich die kommunale Sozialplanung auf das Vorbild der Jugendhilfeplanung und auf die Planungsschritte, die im SGB VIII genannt sind: Bestandsfeststellung, Bedarfsermittlung und Bestandsbewertung.

Gegenwärtig können wir aber von der Profession der Sozialplaner einiges mehr an Handwerkszeug für eine psychiatrische Planung lernen – verschiedene Verfahren für die Planung und die Beteiligung und verschiedene Standards und basics. So sollen Planungsprozesse – zur Orientierung und für Transparenz gegenüber der Politik - in verschiedene Schritte gegliedert sein – diese sind:

O IST: Analyse des Planungsraums, die Ausgangssituation der Einrichtungen und Dienste gemeinsam erheben und bewerten

O BEDARF ermitteln

O ZIELE entwickeln (hier kann eine Partizipationsform – z.B. Zukunftskonferenz- eingefügt werden: die Ziele noch breiter diskutieren – auch Bürger, Betroffene und Angehörige)

O Vorhaben für einzelne Arbeitsfelder beschreiben

O KONZEPT erstellen

O UMSETZUNG

c) Planungskonzepte

Wie lassen sich Konzepte finden, die sich für die Gemeindepsychiatrie eignen und die besonders leistungsfähig sind? Interessante Planungskonzepte gibt es in der Sozialplanung, vor allem in der Jugendhilfeplanung, aber auch in anderen Arbeitsfeldern - in der Stadt- und Regionalplanung, im Umweltbereich, in der Energie- und Wasserversorgung. Das sind keine gesetzlich vorgeschriebenen Planungsverfahren, sog. formelle Verfahren wie z.B. die Bauleitplanung, sondern es geht um – informelle - Verfahren, die für die jeweilige Situation entwickelt werden - darin liegt auch ihre besondere Chance - mit Konzepten wie partizipative Planung, Anwaltsplanung, Community Organization. Ein solches Planungsverfahren kann von jeder Seite vorgeschlagen werden, und die verschiedenen Beteiligten können es auch selbst ausgestalten. Es können auch Planungs- und Partizipationskonzepte –

oder Teile daraus - kombiniert werden. So kann man z.B. mit einer „Zukunftswerkstatt“ beginnen, und später ein längeres Planungsverfahren anschließen (Beispiel: Heidenheim).

d) Was lässt sich aus diesen Überlegungen ableiten?

Ich habe versucht zu zeigen, dass es üblich geworden ist, ein Planungskonzept nicht fest vorzugeben, sondern es selbst zu entwickeln, und es auf die sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen in der jeweiligen Kommune abzustimmen. Ich sehe darin eine große Chance für die Gemeindepsychiatrie, gerade heute. Ich finde, das sollte uns ermutigen.

Mein Ergebnis an dieser Stelle heißt also:

Wir sollten die kommunale Psychiatrieplanung gemeinsam gestalten, mit einem guten Konzept als „hardware“.

4. Was ist das Fazit – was ist für eine gemeinsame psychiatrische Planung wichtig?

O Die Beteiligten sollten sich auf ein Konzept für die Planung einigen. Das sehe ich als wesentlich, um zu einer guten gemeinsamen Planung und zu einer gemeinsamen Verantwortung zu kommen.

Wenn wir nicht nur übersichtliche Vorhaben (z.B. Entwicklung einer Fallsteuerung, Ausgestaltung eines Hilfesystems) über eine Planung angehen wollen, sondern auch größere strukturelle Veränderungen, dann halte ich es für nicht nur möglich, sondern für notwendig, dass wir sie in einer besonders intensiven, gemeinsam gestalteten und partizipativen Planung realisieren. Sicherlich müssen dazu manche Schritte und Methoden, die uns die Planungskonzepte anbieten, noch verstärkt werden (Beispiel: „Masterpläne Energiewende“ in einigen Großstädten) und der Zeitrahmen ist weiter zu fassen.

O Zu einem guten Konzept sollte noch einige Voraussetzungen dazukommen – hierzu einige Gedanken zum Abschluss - notwendig sind

- eine transparente, verbindliche Partizipation

Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen und von Bürgern als einer Gruppe mit einer eigenen Position, die sie den Positionen der Leistungserbringer und der kommunalen Seite gegenüberstellen

- die kommunale Federführung und Moderation der Planung

n i c h t in der Rolle als Leistungsträger, sondern mit der Verantwortung für die Daseinsvorsorge und für die kommunale Planung: er erinnert an den Auftrag des Gemeinderats, an das Gemeinwohl, und arbeitet in den Verhandlungen darauf hin, dass die Positionen der verschiedenen Seiten erkennbar sind

- unsere gegenseitigen Aufgaben mehr wahrnehmen und respektieren

Die Kommune hat die Gesamtverantwortung für die Infrastruktur und für den Sozialstaat auf der lokalen Ebene. Sie ist verantwortlich für die örtliche Planung und erhält von der Politik Vorgaben und Aufträge - **die Leistungserbringer** und ihre Verbände haben den Auftrag, bestimmte Dienstleistungen für die Zielgruppe zu erbringen. Sie haben die anwaltliche Funktion, die Interessen von Gruppen zu vertreten, die sonst nicht berücksichtigt werden, und sie sind Wertegemeinschaften. - **die Psychiatrie-Erfahrenen**, als Vertreter ihrer Selbstorganisation.

Es ist wichtig, dass wir diese verschiedenen Aufgaben wahrnehmen, sie respektieren und uns in den Abstimmungen darauf beziehen.

- mehr das „Gemeinwohl“ sehen, den Nutzen für alle Bürger.