

**Bericht zur Situation
der gemeindenahen Psychiatrie in Mainz**

Impressum

Herausgeber: Landeshauptstadt Mainz
Dezernat für Soziales, Kinder, Jugend, Schule und Gesundheit
05/2013

Verfasserin: Jessica Odenwald, Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie

INHALT

1	EINLEITUNG	7
TEIL 1 Aspekte von grundsätzlicher Bedeutung im gemeindepsychiatrischen System		
2	ZUSAMMENFASSUNG	10
3	RAHMENBEDINGUNGEN	11
3.1	Soziodemographische Basisdaten	11
3.2	Verbreitung und Auswirkung psychischer Erkrankungen	12
3.3	Diagnostik und Erkrankungsarten	15
3.4	Seelische Behinderung	16
3.5	Auswirkungen auf die Arbeitswelt	17
3.6	Rechtliche Grundlagen	19
4	AUSGANGSLAGE	20
4.1	Von der Psychiatrie-Enquête zur gemeindenahen Psychiatrie in Rheinland-Pfalz	20
5	GEMEINDENAHE PSYCHIATRIE KONKRET	23
5.1	Entwicklung der gemeindenahen Psychiatrie Mainz	23
5.2	Die Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie	25
5.3	Der Gemeindepsychiatrische Verbund	27
5.4	Praktische Umsetzung personenbezogener Hilfen durch individuelle Teilhabeplanung	29
Teil 2 Das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem in Mainz		
6	BESTANDSAUFNAHME DER KOMMUNALEN VERSORGUNG	32
6.1	Beratung	33
6.2	Freizeit, Kontaktstiftung und Tagesstruktur	36
6.3	Tagesstätten	37
6.4	Psychoziale Betreuung	39
6.5	Betreutes Wohnen	41
6.6	Wohnheimversorgung	42
6.7	Hilfen der Eingliederungshilfe außerhalb der Kommune	43
6.8	Teilhabe am Arbeitsleben	45
7	ASPEKTE DES MEDIZINISCH-THERAPEUTISCHEN HILFESYSTEMS	50
7.1	Ambulante medizinisch-therapeutische Hilfen	50
7.2	Teilstationäre medizinisch-therapeutische Hilfen	58
7.3	Stationäre medizinisch-therapeutische Hilfen	59

8	ASPEKTE DER JUGENDHILFE UND DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE	61
8.1	Allgemeine Datenlage	61
8.2	Datenlage der Jugendhilfe in Mainz	62
8.3	Psychiatrisch-medizinische Versorgung	63
8.4	Kooperation zwischen den Systemen	65
9	ASPEKTE DER ALTENHILFE UND DER GERONTOPSYCHIATRIE	66
10	ASPEKTE DER SUCHTHILFE	66
11	ASPEKTE DES GESETZLICHEN BETREUUNGSWESENS	68
12	ASPEKTE DER FORENSISCHEN UNTERBRINGUNG	69
13	PRÄVENTION	70
13.1	Kinder psychisch erkrankter Eltern	71
13.2	Stärkung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	72
13.3	Perspektiven aus der Sozialplanung	73
13.4	Pflegende Angehörige	74
14	NICHTPROFESSIONELLE HILFESYSTEME	74
14.1	Selbsthilfe	74
14.2	Ehrenamtliche Hilfe	75
14.3	Unterstützung im Sozialraum	75
15	KOOPERATION UND VERNETZUNG	76
15.1	Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV)	76
15.2	Mainzer Bündnis gegen Depression e.V.	76
15.3	Kontaktgespräch Suchthilfe und Gemeindepsychiatrie	76
15.4	Dialogtreffen mit der Altenhilfe	77
15.5	Netz für Seelische Gesundheit Mainz	77
15.6	Netzwerk Kinderpsychiatrie und Jugendhilfe	77
16	GREMIEN	77
16.1	Besuchskommission	77
16.2	Fachgruppe Psychosoziale Arbeit	78
16.3	Patientenfürsprecher	78
16.4	Psychiatriebeirat	79
16.5	Mainzer Dialog	79

Teil 3 Handlungsfelder, Zielgruppen und Empfehlungen	80
17 HANDLUNGSFELDER	81
17.1 Leistungen nach SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung	81
17.2 Inklusion auch für Menschen mit psychischen Behinderungen	84
17.3 Krisenhilfe	84
18 BESONDERE ZIELGRUPPEN	85
18.1 Psychisch erkrankte Menschen mit herausforderndem Verhalten	85
18.2 Wohnungslose psychisch erkrankte Menschen	88
18.3 Menschen mit einer Suchterkrankung und / oder einer Doppeldiagnose	89
18.4 Altwerdende psychisch erkrankte Menschen	90
18.5 Migrantinnen und Migranten mit einer psychischen Erkrankung	91
18.6 Massiv traumatisierte Menschen	91
18.7 Psychisch auffällige Kinder und Jugendliche	92
18.8 Kinder psychisch erkrankter Eltern	93
19 ZUSAMMENFASSENDE BEWERTUNG UND EMPFEHLUNGEN	94
19.1 Bedarfsanpassung, Angebotsentwicklung und regionale Versorgung	95
19.2 Psychiatrieplanung als kommunale Aufgabe	97
19.3 Aktivierung vorrangiger Leistungen voranbringen	98
19.4 Prävention verhindert Behinderung	98
19.5 Netzwerke und Kooperationen stärken	98
19.6 Keine Inklusion ohne Einbezug des Sozialraums	99
19.7 Ausblick	99
20 LITERATURVERZEICHNIS	100
21 ANHANG	104
21.1 Exemplarische Fallbeschreibungen aus dem Arbeitsfeld „Beratung“	104
21.2 Psychiatriekompass der Landeshauptstadt Mainz	106

1 EINLEITUNG

Der Bericht zur Lage der gemeindenahen Psychiatrie der Landeshauptstadt Mainz ist die erste Bestandserhebung zur derzeitigen Lage der Bürgerinnen und Bürger mit psychischen Erkrankungen und / oder seelischen Behinderungen in Mainz.

Es wird umfassend dargestellt, wie viele Bürgerinnen und Bürger Unterstützung, Behandlung und Hilfe zur Selbsthilfe erhalten haben und welche Anstrengungen die Stadt unternommen hat, um diese Versorgung mit hoher fachlicher Qualität zu sichern. Deutlich wird, dass die Anforderungen an das Versorgungssystem in den letzten Jahren gestiegen sind. So müssen wir davon ausgehen, dass sich die sozialen Folgen einer psychischen Erkrankung für die Betroffenen verschärfen, die Zahl der von Chronifizierung bedrohten psychisch kranken Menschen – auch wegen der prekären sozialen Situation – zunimmt.

Dieser vorliegende Bericht ist in drei Schwerpunkte unterteilt:

- Im ersten Teil werden als grundlegende Einführung Rahmenbedingungen, gesetzliche Grundlagen und die geschichtliche Entwicklung gemeindenaher Psychiatrie erläutert.
- Der zweite Teil ist eine Darstellung der Einrichtungen, Dienste und des Nutzungsprofils in allen relevanten Bereichen. Einbezogen werden ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung sowie rehabilitative Leistungen zum Wohnen und zur Selbstversorgung, zur Arbeit, arbeitsähnlicher Tätigkeit und Ausbildung, zur Gestaltung sozialer Kontakte und zur Tagesstrukturierung innerhalb (und ggf. außerhalb) des Stadtgebietes im Rahmen der Eingliederungshilfe sowie Angebote der Beratung und zur Krisenintervention. Hier wird auch die Versorgungslage analysiert sowie mögliche Bedarfe beschrieben und bewertet.
- Im dritten und letzten Teil werden Handlungsempfehlungen formuliert, besondere Zielgruppen identifiziert und Empfehlungen für die künftige Weiterentwicklung des Hilfesystems abgeleitet. Die bestehenden Zuständigkeitsüberlagerungen zwischen unterschiedlichen Rehabilitationsträgern, beispielsweise zwischen der ambulanten psychiatrischen Pflege nach SGB V oder SGB XI einerseits und dem ambulant Betreuten Wohnen nach SGB IX und SGB XII andererseits, werden ebenfalls in diesem Bericht aufgezeigt.

Bereits vor dem Erlass des rheinland-pfälzischen Landesgesetzes für psychisch kranke Personen (PsychKG) 1996 hat die Landeshauptstadt Mainz das Erfordernis des Ausbaus gemeindenaher psychiatrischer Versorgungsstrukturen erkannt. Kurz nach Beginn der Landespsychiatriereform erarbeitete das damalige Dezernat für Umwelt und Gesundheit unter Leitung von Frau Dr. Thews gemeinsam mit dem Arbeitskreis Psychosoziale Versorgung im Jahr 1991 die „Vorschläge zur Realisierung einer gemeindepsychiatrischen Versorgung in Mainz“. Diese Vorschläge bezogen sich auf den Zustand Ende der 1980er Jahre und haben größtenteils heute noch Gültigkeit.

Mit der Einführung des PsychKG hat die Stadt Mainz schließlich die Verantwortung für Steuerung und Koordination der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung als kommunale Pflichtaufgabe übertragen bekommen. Die Kommune hat diese Aufgabe von Beginn an sehr ernst genommen und so konnten seitdem durch vielfältige Aktivitäten und Initiativen die gemeindenahen Versorgungsstrukturen erheblich verbessert werden. Im Mittelpunkt standen hierbei insbesondere die Menschen, für die es eine bedarfsorientierte psychiatrische Versorgung in der Gemeinde zu entwickeln galt und gilt.

In den ersten Pionierjahren lag der Schwerpunkt auf dem Aufbau der Angebote und der Ausgestaltung der Helfelandschaft. Anschließend standen die strukturelle Weiterentwicklung und die Flexibilisierung der Hilfen im Mittelpunkt, die in der Teilnahme am Landesmodellprojekt „Implementation personenzentrierter Hilfen“ mündete. Mit der Gründung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, der seit 2005 zuverlässig die Unterstützung psychisch erkrankter Menschen in Mainz sicherstellt, wurden die Weichen für eine gute Kooperation aller an der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung Beteiligter gestellt.

Großes Engagement und ausgeprägtes Verantwortungsbewusstsein für die Zielgruppe hat inzwischen zu einem differenzierten System mit hoher Flexibilität geführt, das es möglich macht, für Bürger und Bürgerinnen individuell angemessene Unterstützungspakete bereitzustellen.

Diese Qualität gilt es zu sichern und weiterzuentwickeln, denn jetzt und in der Zukunft gilt es noch viele Herausforderungen in diesem differenzierten Bereich zu meistern und neue Aufgaben anzugehen.

Wir müssen darauf achten, dass fachliche Errungenschaften der Sozialpsychiatrie erhalten bleiben. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind auf unsere Unterstützung in sozialen Netzwerken in besonderer Weise angewiesen.

Der herzliche Dank gilt an dieser Stelle den Diensten, Einrichtungen und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, durch die diese umfassende Berichtslegung mit den relevanten Daten und fachlichen Inhalten möglich wurde.



Kurt Merkator
Beigeordneter

TEIL 1

ASPEKTE VON GRUNDSÄTZLICHER BEDEUTUNG IM GEMEINDEPSYCHIATRISCHEN SYSTEM

2 ZUSAMMENFASSUNG

- Der Bericht zur Situation der gemeindenahen Psychiatrie zeigt, dass die Stadt Mainz entsprechend ihrer frühen Psychiatrieplanung die ambulant-komplementäre Versorgung gut entwickelt hat und den Bürgerinnen und Bürgern eine Vielzahl von Unterstützungsangeboten bereit stellt.
- Mainz besitzt ein gut ausgebautes Versorgungssystem, das ambulant-komplementäre Angebote mit Krankenhausangeboten in einem Gemeindepsychiatrischem Verbund verzahnt. Schwerpunkt im Bericht ist die Situation in den Bereichen ambulante und komplementäre Versorgung, allerdings werden auch andere relevante Versorgungsbereiche betrachtet.
- Im Mittelpunkt stehen dabei folgerichtig die für die Stadt Mainz wichtigen Bereiche: die Mitglieder des Gemeindepsychiatrischen Verbunds Mainz, die in ihren Gemeindepsychiatrischen Zentren und mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst niedrigschwellige Anlaufstellen bieten, mit denen chronisch psychisch erkrankte Menschen erreicht und betreut werden sowie die klinische Behandlung in der zuständigen Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit den tagesklinischen Betten und den institutsambulanten Leistungen.
- Eine Übersicht über die medizinisch-therapeutische Versorgung zeigt, dass die psychiatrische Grundversorgung immer größeren Zulauf erhält ohne eine nennenswerte Erhöhung der Kapazitäten. An dieser Stelle ist künftig Aufmerksamkeit notwendig, um die sozialpsychiatrische Versorgung weiter qualitativ gut sicherzustellen.
- Dargestellt wird auch, dass für ein gutes Angebotsnetz eine gut entwickelte Kooperation zwischen allen beteiligten Einrichtungen unerlässlich ist und wie diese für die Stadt Mainz einzuschätzen ist.
- Schließlich wird deutlich, dass für einige besondere Zielgruppen und bestimmte Versorgungsbereiche ein Weiterentwicklungsbedarf besteht und wie dieser angegangen werden kann.

3 RAHMENBEDINGUNGEN

3.1 Soziodemographische Basisdaten

Zum 31.12.2011 betrug die Zahl der Einwohner der Landeshauptstadt Mainz 203.041 (Landeshauptstadt Mainz, 2012).

Die Altersstruktur und die geschlechtsspezifische Verteilung der Bevölkerung im Jahr 2010 kann der nachfolgenden Grafik entnommen werden:

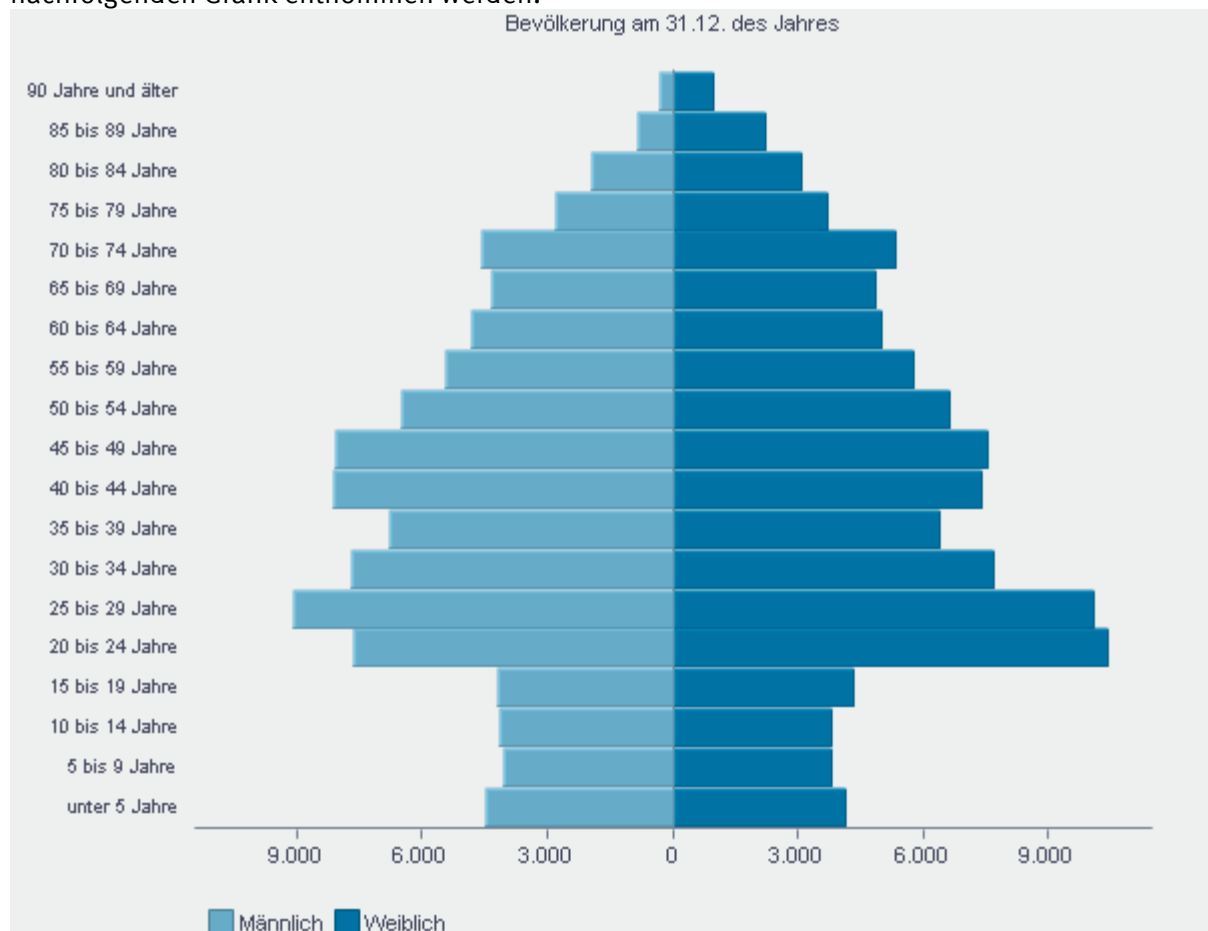


Abbildung: Bevölkerung in Mainz nach Alter und Geschlecht 2010 (Statistisches Landesamt)

Die Landeshauptstadt Mainz liegt am Rande des Ballungsgebietes Rhein-Main und direkt an der Grenze zum Nachbarbundesland Hessen, die am Rhein entlang verläuft. Mainz verfügt über eine Gesamtfläche von 9.775 ha und grenzt an den Landkreis Mainz-Bingen. Sie ist Standort einer Universität, einer Fachhochschule und zweier Max-Planck-Institute. Weiterhin sind in Mainz neben der rheinland-pfälzischen Landesregierung etliche Landesbehörden angesiedelt.

Die Anzahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten betrug im Juni 2010 101.359, die Arbeitslosenquote belief sich im März 2011 auf 5,4 %, die Zahl der Erwerbslosen auf 8.722 (Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg, 2010 und 2011).

3.2 *Verbreitung und Auswirkung psychischer Erkrankungen*

Nach einer aktuellen Querschnittstudie im Auftrag des Robert-Koch-Instituts ist pro Jahr ein Drittel der deutschen Bevölkerung im Alter von 18 bis 80 Jahren von psychischen Störungen betroffen. Dies entspricht ca. 16,5 Millionen Erwachsenen in Deutschland und umgerechnet auf die Mainzer Bevölkerungszahl ca. 55.000 Erwachsene (Wittchen, 2012). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung spricht angesichts dieser Größenordnung von einer Volkskrankheit (Menzel, 2012).

Die häufigsten Erkrankungen bei Frauen sind Angststörungen, wie Panikstörung, Generalisierte Angststörung, Phobien, sowie depressive und somatoforme Erkrankungen. Die häufigsten Erkrankungen bei Männern sind neben Suchterkrankungen, hier vor allem Alkoholabhängigkeit, Angst- und depressive Störungen. Bevölkerungsbezogen eher selten (<3.Prozent) sind posttraumatische Belastungsstörungen, bipolare und psychotische Erkrankungen sowie Zwangs- und Essstörungen. Typisch für psychische Störungen sind eine ausgeprägte Komorbidität – das heißt, es treten Begleiterkrankungen auf – und eine niedrige Behandlungsrate. Frauen leiden insgesamt etwas häufiger an psychischen Störungen als Männer, allerdings wird dieser Unterschied geringer (Wittchen, 2012).

Psychische Störungen beginnen überwiegend bereits vor dem 18. Lebensjahr, werden sie nicht behandelt, schränken sie die Lebensqualität über die gesamte Lebensspanne deutlich ein. Bei mehr als einem Drittel der betroffenen Menschen nehmen unbehandelte oder zu spät behandelte psychische Störungen einen langjährigen chronischen Verlauf mit vielfältigen Komplikationen.

Die „Behandlungsrate“ erscheint trotz des hohen Leidens- und Behinderungsausmaßes sehr gering, denn nur 30,5 Prozent aller Betroffenen haben wegen ihrer Erkrankung jemals Kontakt mit dem Versorgungssystem gehabt. Da diese Schätzung auch einmalige Arztbesuche und Kontakte zu Hausärzten umfasst, kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass nur wenige Betroffene adäquat behandelt werden.

Die aktuellen Zahlen lassen vermuten, dass Früherkennung und adäquate Frühinterventionen die Ausnahme sind. Insbesondere Menschen im Alter von 18 bis 35 Jahren weisen eine schlechte Behandlungsquote auf. Eine Intervention erfolgt häufig erst viele Jahre nach Ausbruch der Krankheit und wird dann oft durch vielfältige Zusatzerkrankungen kompliziert bzw. ist bereits chronifiziert. (Wittchen et al, Dresden, 2012)

Das statistische Landesamt für Rheinland-Pfalz hat für psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen das landesweite Ausmaß anhand unterschiedlicher Indikatoren betrachtet. Diese beziehen sich auf Krankenhausfälle, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sowie Sterbefälle durch Selbsttötung (Suizidsterbefälle). In nahezu allen Bereichen war bei Männern und Frauen eine Zunahme der Fallzahlen festzustellen. Der Zuwachs bei Krankenhausbehandlungen betrug im Zeitraum von 2001 bis 2005 rund 6.000 Fälle (+14.Prozent). Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation weisen eine Steigerung von 2003 bis 2005 um 10.Prozent aus und 9.Prozent bei den Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Tendenziell geht lediglich die Zahl der auf Grund durch Suizid gestorbenen Männer und Frauen seit 1998 zurück. Nach wie vor begehen aber etwa dreimal so viele Männer einen Suizid wie Frauen. (Statistisches Landesamt. o.A.)



Abbildung: Indikator 3.82: Psychische Störungen und Verhaltensstörungen im Zeitvergleich für Rheinland-Pfalz. 2010. (Statistisches Landesamt)

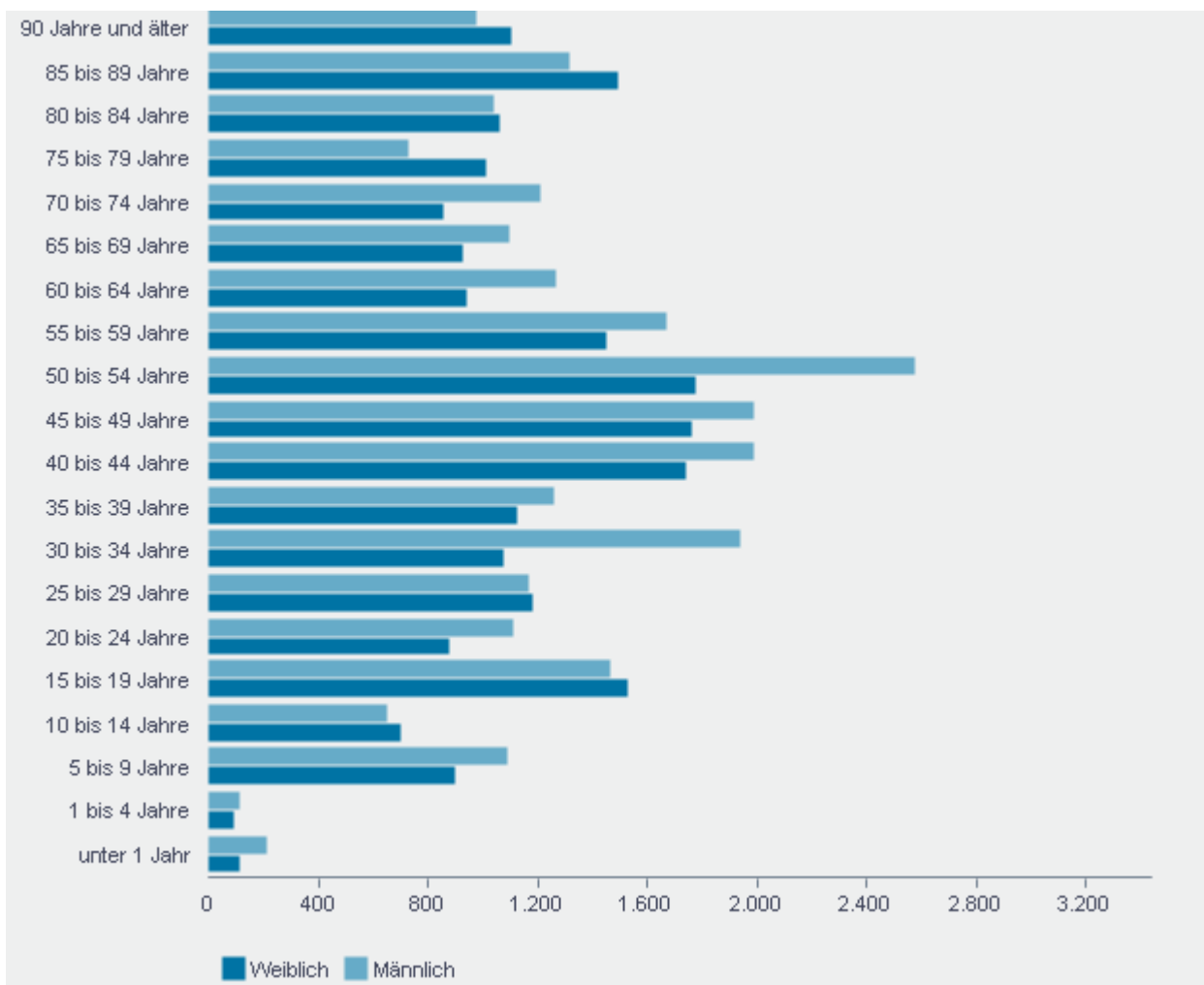


Abbildung Indikator 3.83: Krankenhausfälle infolge psychischer und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht für Mainz. 2010. (Statistisches Landesamt)

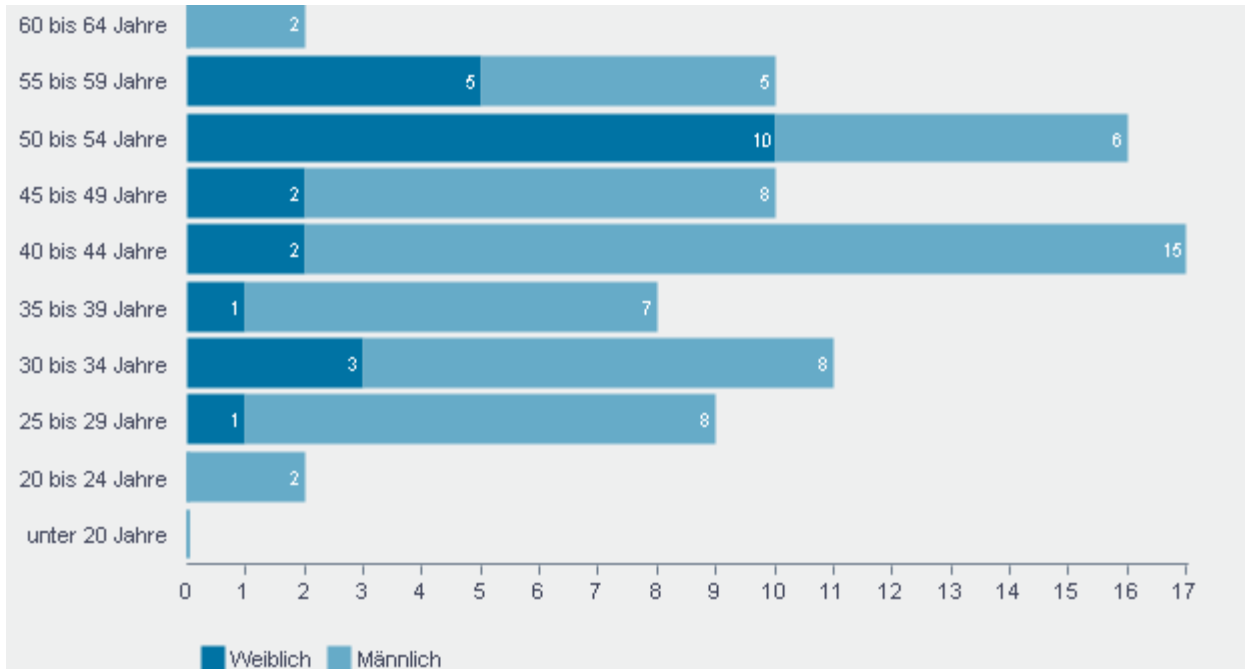


Abbildung: Indikator 3.85-2: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge psychischer und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht für Mainz. 2010. (Statistisches Landesamt)

Jahr	Unterbringung nach dem PsychKG					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100.000 weibliche Einwohner	Anzahl	je 100.000 männliche Einwohner	Anzahl	je 100.000 Einwohner
07 Rheinland-Pfalz						
2000	825	40	1.267	64	2.092	52
2001	785	38	1.301	66	2.086	52
2002	801	39	1.236	62	2.037	50
2003	835	40	1.268	64	2.103	52
2004	834	40	1.348	68	2.182	54
2005	903	44	1.450	73	2.353	58
2006	987	48	1.653	83	2.640	65
2007	1.024	50	1.565	79	2.589	64

Abbildung: Indikator 3.87: Einweisungen nach dem PsychKG nach Geschlecht im Zeitvergleich für Rheinland-Pfalz. 2010. (Statistisches Landesamt)

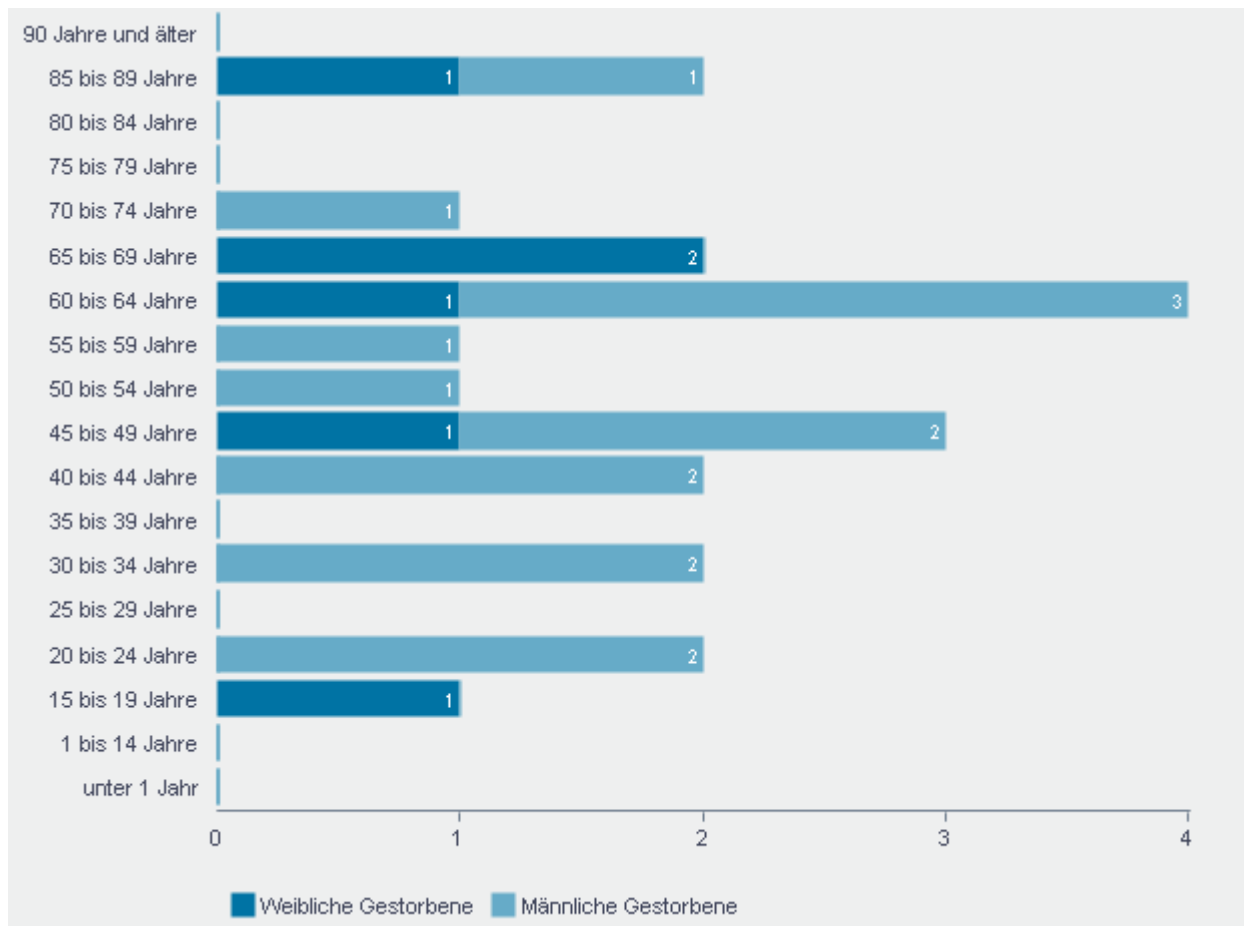


Abbildung: Indikator 3.88-2: Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) nach Alter und Geschlecht für Mainz, 2010. (Statistisches Landesamt)

3.3 Diagnostik und Erkrankungsarten

Psychiatrische Diagnosen werden vor allem auf Grundlage internationaler Übereinkommen anhand ihrer Symptomatik gestellt. Diagnosen sagen nichts über Ursache oder Schwere der Erkrankung aus und können auch dazu beitragen, dass der erkrankte Mensch massiven Vorurteilen begegnet. Dies gilt insbesondere für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Eine nichtbehandelte psychische Erkrankung oder das Verleugnen des eigenen Krankheitsbildes zu gravierenden Einschnitten in der Lebensqualität führen.

In Deutschland werden Diagnosen nach dem sog. ICD 10-Schlüssel, einer internationalen Klassifikation von Krankheiten, in der Fassung des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erstellt. Die Fachgruppe Nervenheilkunde ist dort vorrangig in den Kapiteln F – Psychische Verhaltensstörungen und G – Krankheiten des Nervensystems zu finden.

In der folgenden Abbildung werden die Obergruppen des relevanten Kapitels F aufgelistet, um Umfang und Bandbreite psychischer Beeinträchtigungen aufzuzeigen:

F 00 – 09	Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F 10 – 19	Psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F 20 – 29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F 30 – 39	Affektive Störungen
F 40 – 48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F 50 – 59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F 60 – 69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F 70 – 79	Intelligenzminderung
F 80 – 89	Entwicklungsstörungen
F 90 – 98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F 99 – 99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Abbildung: ICD 10, Kapitel F (Koordinierungsstelle für gemeindenahere Psychiatrie, 2012)

3.4 Seelische Behinderung

Die Kriterien für eine Behinderung bzw. Schwerbehinderung sind im Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, § 2 geregelt:

- (1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.
- (2) Menschen sind im Sinne des Teils 2 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.
- (3) Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 73 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).

Nach dieser Definition sind nicht alle Menschen, die psychisch erkrankt sind, von einer Behinderung betroffen. Eine Behinderung droht aber in vielen Fällen, vor allem wenn angemessene medizinisch-therapeutische Behandlung und psychosoziale Begleitung nicht rechtzeitig oder nicht ausreichend greifen kann und die Erkrankung eine schwere chronische Entwicklung nimmt. Dies zu erkennen, fällt nicht immer leicht, denn viele psychische Erkrankungen sind von einem schwankenden Verlauf gekennzeichnet. Nach schwierigen Krisenzeiten können lange Zeiträume der Beruhigung folgen, im Übrigen ist auch eine Heilung oder eine einmalige Episode möglich.

Eine Behinderung im Sinne des Gesetzgebers liegt bei der überwiegenden Mehrzahl der chronisch und ggf. mehrfach erkrankten Menschen vor. Eine offizielle Anerkennung als Schwerbehinderte lehnen viele betroffene Menschen aber aus unterschiedlichen Gründen ab, z.B. da sie vor einem weiteren Stigma Angst haben, die Beantragung und das damit verbundene „Outing“ scheuen oder aber weiterhin den Wunsch nach Heilung hegen, dem eine anerkannte Schwerbehinderung in ihren Augen entgegensteht. Dennoch ist in Rheinland-Pfalz innerhalb von zehn Jahren die Anzahl der anerkannt behinderten Menschen mit einer Psychose, Neurose, Persönlichkeits- und

Verhaltensstörung von 5738 im Jahr 1995 auf 10.856 Menschen in 2005 angestiegen, was einer Veränderung von 89,2 Prozent entspricht (Statistisches Landesamt, 2006).

Im Sprachgebrauch werden die Begriffe „seelische Erkrankung“ „seelische Behinderung“ „psychische Erkrankung“ „psychische Behinderung“ häufig synonym verwendet.

3.5 Auswirkungen auf die Arbeitswelt

Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage auf Grund einer psychischen Störung nehmen zu. So gab jeder dritte Betroffene in der Befragung des Robert-Koch-Instituts an, in einem Zeitraum von vier Wochen drei bis vier Tage aus diesem Grund krankgeschrieben gewesen zu sein (Wittchen, 2012).

Die Bundestagsfraktion DIE LINKE hat in ihrer Kleinen Anfrage vom April 2012 unterschiedliche Zahlen der Krankenkassenberichte zusammengestellt. Laut Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse 2011 belegten im Jahr 2010 Depressionen erstmals den Spitzenplatz bei den Fehltagen. Die BARMER GEK hat in ihrem Krankenhausreport von 2011 vermeldet, dass die Zahl der Menschen, die wegen psychischer Störungen ins Krankenhaus mussten, in den vergangenen 20 Jahren um 129 Prozent zugenommen hat. Nach einer Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK war im Jahr 2010 nahezu jeder zehnte Ausfalltag auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen. Diese Entwicklungen machen sich auch bei Erwerbsminderungsrenten bemerkbar: Der Präsident der Deutschen Rentenversicherung Bund, Dr. Herbert Rische, verweist darauf, dass psychische Störungen mit rund 40 Prozent der Fälle die häufigste Diagnosegruppe bei verminderter Erwerbsfähigkeit sind (Hamburger Abendblatt vom 5. August 2011). (DIE LINKE, 2012). Einzelheiten können den Tabellen und Grafiken entnommen werden.

Jahr	Gesamt	Männer	Frauen	jünger als 45 Jahre	45 Jahre und älter
2001	146,3	105,6	193,8	121,4	196,7
2002	145,2	107,8	188,9	120,0	191,4
2003	148,2	109,2	191,1	122,5	194,4
2004	125,8	98,4	164,2	96,6	186,2
2005	123,0	97,3	160,6	93,7	185,4
2006	122,5	96,1	163,7	93,3	183,5
2007	132,1	98,3	176,0	99,0	191,4
2008	142,5	107,1	192,0	106,6	205,7
2009	159,0	121,0	212,8	119,8	224,6
2010	181,5	137,8	242,1	121,4	255,0

Quelle: Bericht Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2001–2010; eigene Berechnungen.

Abbildung Durchschnittliche Arbeitsunfähigkeits-Tage je Versicherte für psychische und Verhaltensstörungen ab dem Jahr 2001 (Deutscher Bundestag, 2012)

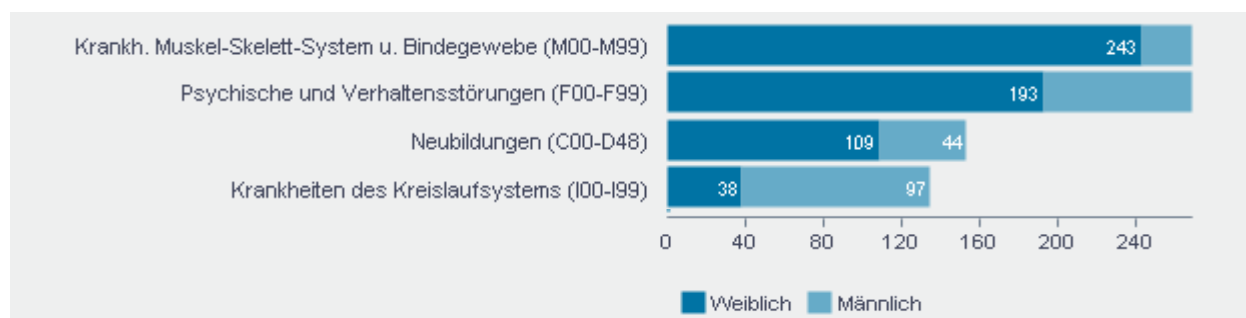


Abbildung: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht 2010 in Rheinland-Pfalz (Statistisches Landesamt)

Jahr	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ^{*)} insgesamt	Altersgruppen					
		bis 39	40-44	45-49	50-54	55-59	60 und höher
		Anzahl					
2000	19.087	3.516	2.143	2.819	3.655	5.807	1.147
2001	25.097	4.882	3.105	3.721	5.180	6.938	1.269
2002	23.784	4.772	3.293	3.867	5.233	5.534	1.085
2003	24.498	5.255	3.587	3.993	5.283	5.259	1.121
2004	25.551	5.529	3.853	4.304	5.634	5.181	1.050
2005	25.132	5.059	3.774	4.315	5.512	5.480	992
2006	24.453	4.635	3.598	4.302	5.465	5.535	918
2007	25.256	4.861	3.778	4.433	5.460	5.824	900
2008	26.286	4.965	3.831	4.748	5.746	5.942	1.054
2009	29.006	5.336	4.166	5.428	5.988	6.771	1.317
2010	31.698	5.672	4.244	5.616	7.083	7.440	1.643

*) Ohne Renten für Bergleute wegen Vollendung des 50. Lebensjahres.

Abbildung: Rentenzugang in eine Erwerbsminderungsrente nach Altersgruppen aufgrund einer psychischen Erkrankung - Männer (Deutscher Bundestag, 2012)

Jahr	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit insgesamt	Altersgruppen					
		bis 39	40-44	45-49	50-54	55-59	60 und höher
		Anzahl					
2000	19.950	3.165	2.168	3.160	4.389	6.659	409
2001	27.021	4.268	3.114	4.452	6.559	8.046	582
2002	26.036	4.469	3.317	4.585	6.613	6.523	529
2003	26.212	4.732	3.603	4.552	6.682	6.094	549
2004	27.117	4.784	3.913	4.784	6.998	5.986	652
2005	27.842	4.661	4.040	5.050	6.983	6.456	652
2006	26.979	4.488	3.897	4.946	6.693	6.252	703
2007	28.631	4.559	4.044	5.245	7.110	6.898	775
2008	31.123	4.843	4.441	5.701	7.433	7.868	837
2009	35.463	5.499	4.904	6.623	8.368	8.998	1.071
2010	39.248	5.886	5.268	7.464	9.152	9.963	1.515

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rentenzugänge, verschiedene Jahre

Abbildung: Rentenzugang in eine Erwerbsminderungsrente nach Altersgruppen aufgrund einer psychischen Erkrankung - Frauen (Deutscher Bundestag, 2012)

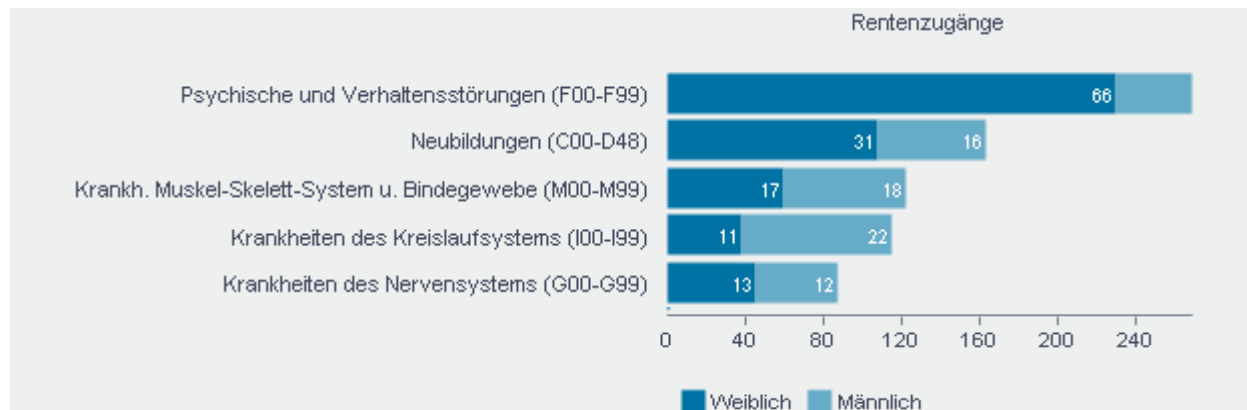


Abbildung: Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht 2010 in Mainz. (Statistisches Landesamt)

3.6 Rechtliche Grundlagen

Das Arbeitsfeld der gemeindenahen Psychiatrie bewegt sich in komplexen rechtlichen Bezügen. Es gibt eine Vielzahl von Gesetzesgrundlagen und dadurch bedingten Kostenträgerschaften.

Die nachstehende Abbildung stellt schematisch das gegliederte System der Sozialgesetzgebung und die zuständigen Leistungsträger dar und bildet die rechtlichen Rahmenbedingungen ab:

SGB I Allgemeiner Teil	SGB II Grundsicherung für Arbeits-suchende Träger: ARGE (Bundesagentur für Arbeit / Kommunen)	SGB III Arbeitsförderung Träger: Bundesagentur für Arbeit
SGB IV Gemeins. Vorschrift. Sozialversicherung	SGB V Gesetzliche Krankenversicherung Träger: Ca. 100 Krankenkassen	SGB VI Gesetzliche Rentenversicherung Träger: Deutsche Rentenversicherung
SGB VII Gesetzliche Unfallversicherung	SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe Träger: Überörtlicher / örtlicher Jugendhilfeträger	SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen Träger (Teil2): Integrationsamt
SGB X Sozialverwaltungsverf. Sozialdatenschutz	SGB XI Soziale Pflegeversicherung Träger: Pflegekassen	SGB XII Sozialhilfe Träger: Überörtlicher / örtlicher Sozialhilfeträger

Abbildung: Gegliedertes System der Sozialgesetzgebung und zuständige Leistungsträger (nach Holke, 2011)

Nach § 1 Absatz 1 SGB I dient das Sozialrecht „zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit und soll Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten. Es soll dazu beitragen, ein menschenwürdiges Dasein zu sichern, gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen zu schaffen, die Familie

zu schützen und zu fördern, den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen und sicherstellen, dass erforderliche soziale Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen“. (Holke, 2011)

Besonders bedeutsam für den Bereich der gemeindenahen Psychiatrie erscheinen SGB V, SGB IX und SGB XII, aber auch in den Sozialgesetzbüchern SGB II, SGB III SGB VII und SGB XI sind relevante gesetzliche Grundlagen zu finden, abhängig davon, in welcher Lebenslage sich der betroffene Mensch befindet. Unterhalb der Bundesgesetzgebung sind die jeweiligen Landesgesetze weitere wichtige Rechtsgrundlagen, wie das rheinland-pfälzische PsychKG.

Auf eine weitergehende rechtliche Betrachtung wird an dieser Stelle verzichtet, wenn nötig findet sich in den jeweiligen Kapiteln des vorliegenden Berichts der entsprechende rechtliche Bezug.

4 AUSGANGSLAGE

4.1 *Von der Psychiatrie-Enquête zur gemeindenahen Psychiatrie in Rheinland-Pfalz*

Die Jahre vor der Psychiatrie-Enquête waren geprägt von den Nachwirkungen des 2. Weltkriegs. Zu den Nazi-Verbrechen gehörten die Zwangssterilisation und systematische Ermordung unzähliger psychisch erkrankter Menschen. Nach dem Krieg herrschte großes Schweigen über die Vergangenheit. Die Tendenz zur Ausgrenzung und Verwahrung psychisch rkrankter Menschen hielt sich, die traditionelle Anstaltspsychiatrie wurde wieder aufgebaut. Die psychiatrischen Krankenhäuser jener Zeit der erinnerungsbelasteten Nachkriegsperiode, wurden als „medizinische Armenhäuser“ beschrieben (Leipert, 1987). In vielen skandinavischen Ländern, in Großbritannien und den USA setzte Mitte der 50er-Jahre bereits ein Bettenabbau ein, Zeichen eines Umdenkens. In Deutschland erfolgte dies erst in den späten 60er-Jahren. Der Wunsch nach einer Psychiatrie-Reform setzte sich in der Öffentlichkeit durch. 1965 war bereits unter dem Titel „Dringliche Reformen der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik“ (Häfner, 1965) eine Denkschrift erschienen, diverse psychiatriekritische Veröffentlichungen folgten. Es wurde darin auf die desolate und änderungsbedürftige Situation der Patienten in den psychiatrischen Krankenhäusern hingewiesen. Ab 1969 beschäftigten sich allenorten Fachleute unterschiedlicher Professionen mit dem Thema der psychiatrischen Versorgung.

Im Sommer 1970 wurde von der Bundesregierung die Durchführung einer Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik in Auftrag gegeben.

Im Zwischenbericht von 1973 sprach die Sachverständigenkommission von „elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen“ (Kunze, 2000). Der Schlussbericht konnte am 25. November 1975 dem Deutschen Bundestag vorgelegt (vgl. Bundestags-Drucksache 7/4200, 1975) werden. Die Enquête kritisierte die unzureichende Versorgung von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen. Einer Empfehlung der Sachverständigenkommission folgend, wurden von der Bundesregierung von 1981-1985 Mittel für Modellprogramme zur Verfügung gestellt. Die gewonnenen Erkenntnisse wurden 1988 in den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Reform zusammengefasst. Diese bestätigten im Kern die in der Enquête aufgestellten Grundprinzipien:

- Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller, auch der schwer und chronisch psychisch Kranken und Behinderten
- Gemeindenahe Versorgung im Lebensumfeld
- Koordination und Kooperation aller Versorgungsdienste

- Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken

Die Verfasser der Enquête waren sich darüber bewusst, dass mit den Empfehlungen ein kompletter Bereich des deutschen Sozial- und Gesundheitswesens neu entwickelt und auch mit entsprechenden finanziellen Mitteln ausgestaltet werden musste. Sie postulierten daher in der Präambel der Psychiatrie-Enquête: „Auch in Zeiten knapp bemessener Mittel aber muss sich eine Gesellschaft der Frage stellen, wie viel sie einsetzen will, um das Schicksal derer zu erleichtern, die als psychisch Kranke oder Behinderte auf Hilfe angewiesen sind“ und appellierte damit an Politik und Gesellschaft, ein kollektives Verantwortungsbewusstsein auszubilden.

In einer Stellungnahme der Bundesregierung (Bundestagsdrucksache 11/8494) wurde schließlich formuliert, dass die Empfehlungen der Expertenkommission auf Maßnahmen zielen, deren Verantwortung v.a. bei den Ländern, den Kommunen und den Verbänden liegen.

4.1.1 Verantwortung auf Länderebene

Diese neu hinzugekommene Zuständigkeit hatte zur Folge, dass auf Länderebene spezielle Grundlagen zur rechtlichen Legitimation und finanziellen Ausgestaltung der gemeindenahen Versorgung geschaffen wurden. Unterbringungsgesetze oder Landesgesetze für psychisch erkrankte Menschen wurden auf den Weg gebracht, Landespsychiatriereformen wurden initiiert, Gelder zur Planung und Steuerung zur Verfügung gestellt.

In Rheinland-Pfalz startete die lokale Psychiatrie-Reform im Jahr 1991. Ziel der Psychiatriereform in Rheinland-Pfalz war und ist es, bedarfsgerechte Hilfen für psychisch erkrankte Menschen dort anzubieten, wo sie leben und arbeiten. Der Aus- und Aufbau von Tageskliniken und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, tagesstrukturierende Angebote in Form von Tagesstätten mit Kontaktstellenfunktion und anderer gemeindeintegrierten Hilfen wurden forciert, der Grundsatz „Ambulant vor Stationär“ wurde in diesem Versorgungsbereich besonders ausdrücklich angegangen.

Als zentrale Ziele der rheinland-pfälzischen Psychiatriereform werden formuliert:

- Die Gleichstellung von psychisch und somatisch kranken Menschen
- Eine bedarfsorientierte Versorgung
- Eine gemeinde- und wohnortnahe Versorgung
- Personenorientierter statt einrichtungsorientierter Versorgung
- Die Beteiligung von Betroffenen, Angehörigen und Selbsthilfegruppen.

Im Rahmen der rheinland-pfälzischen Psychiatriereform wurde die Entwicklung der gemeindnahen Versorgung für psychisch erkrankte Menschen in den Regionen aktiv vorangetrieben. Erheblichen Anteil hatten daran engagierte Psychiatrieerfahrene selbst, die sich mit weiteren Akteuren auf der politischen Ebene für die Installation eines Landespsychiatriebeirats auf der einen Seite und dessen Verbreitung in den Selbstverwaltungen der Kommunen und Landkreise eingesetzt haben.

1996 trat das Landesgesetz für psychisch kranke Personen (PsychKG) in Kraft, das Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch kranke Personen regelt, einschließlich der freiheitsentziehenden Unterbringung. Psychisch krank sind nach dem PsychKG Personen, die an einer Psychose, an einer psychischen Störung, die in ihrer Auswirkung einer Psychose gleichkommt, oder an einer mit dem Verlust der Selbstkontrolle einhergehenden Abhängigkeit von Suchtstoffen leiden.

Der Auftrag des Gesetzes ergibt sich aus § 4 PsychKG, wonach für eine bedarfsgerechte Versorgung der psychisch kranken Personen individuelle und institutionelle Hilfen im beratenden, ambulanten, teilstationären, stationären, komplementären und rehabilitativen Bereich gemeinde- und wohnortnah vorgehalten werden sollen, damit die Person ihren gewohnten Lebensraum nicht verlassen muss.

Gleichzeitig wurde damit die Verantwortung für die Steuerung und Koordination der psychosozialen und psychiatrischen Dienste und Einrichtungen als Pflichtaufgabe den Landkreisen und kreisfreien Städten übertragen. Das Land unterstützt die Kommunen mit 0,51 Euro pro Einwohnerin und Einwohner bei dieser Aufgabe. Mittlerweile sind in allen Kommunen entsprechende Koordinierungsstellen eingerichtet, die die Realisierung einer bedarfsorientierten Versorgung im Blick haben. Die psychiatrischen Hilfen sollen nach PsychKG im Gemeindepsychiatrischen Verbund erbracht werden, in dem die Leistungserbringer durch Absprachen über eine fachgerechte Erbringung ihrer Leistungen zusammen arbeiten.

Grundsätzlich gelten für Hilfen und Unterstützungsangebote für psychisch erkrankte Menschen in Rheinland-Pfalz, dass benötigte Hilfen dorthin kommen sollen, wo die Menschen leben, damit diese nicht auf Grund einer Hilfebedürftigkeit die Heimatregion verlassen müssen. Weiterhin sollen die Unterstützungsangebote die Menschen befähigen, möglichst selbstbestimmt dort leben zu können, wo sie ihren Lebensmittelpunkt haben, und dies mitten in der Gesellschaft und nicht abgesondert.

Aus diesen Grundsätzen folgen die Ziele:

- Normalisierung anstreben
- Selbsthilfe fördern
- Verantwortung für die Erbringung der Hilfen übernehmen und
- Zuständigkeiten für die Erbringung der Leistung klären und verbindlich vereinbaren.

(Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz, 2009)

In den folgenden Jahren wurde durch die Entwicklung angemessener Wohnformen, Entstehung von Kontakt- und Begegnungsräumen an den neuen Gemeindepsychiatrischen Zentren, Planung und Umsetzung von Arbeits- und Beschäftigungsangeboten gemeinsam die Landschaft gemeindenaher Hilfen für psychisch erkrankte Menschen ausgebaut.

Im Zentrum standen hierbei klar die Ziele der Gemeindepsychiatrie, psychisch erkrankten Menschen einer Stadt in ihrer Heimat Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten anbieten zu können. Angestrebt wurde in diesem Zuge auch Übertragung der medizinischen Akutbehandlung auf die ortsansässigen Kliniken, dies ließ sich vorrangig in den städtischen Gebieten umsetzen und erleichterte die Versorgung ungemein.

Im Rückblick auf die unzureichende Versorgungslage wenige Jahrzehnte zuvor, die Absonderung psychisch erkrankter Menschen in wohnortferne Großeinrichtungen und der Langzeitaufenthalte in Kliniken oder Heimen unter menschenunwürdigen Bedingungen kann die Bedeutung dieser Entwicklung gar nicht hoch genug eingeschätzt werden.

5 GEMEINDENAHE PSYCHIATRIE KONKRET

5.1 Entwicklung der gemeindenahen Psychiatrie Mainz

1990	Gründung des Arbeitskreises Psychosoziale Versorgung (PSAG)
1991	Konzept „Vorschläge zur Realisierung einer gemeindepsychiatrischen Versorgung in der Stadt Mainz“
1995	Landesgesetz für psychisch kranke Personen (PsychKG) in Rheinland-Pfalz
1996	Konstituierung des kommunalen Psychiatriebeirates
1997	Einrichtung einer Koordinierungsstelle für Gemeindenaher Psychiatrie
1998	Gemeinsame Konzeption: Zukünftige Organisation des Hilfesystems für psychisch kranke und Behinderte in Mainz
1999	Beschluss des Psychiatrie-Beirats Empfehlung zur Umsetzung o.g. Konzepts Übernahme der regionalen Versorgungsverpflichtung durch die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz
2000	Entstehung von vier Schwerpunkten im Hilfesystem: Gemeindepsychiatrische Zentren (Caritasverband, Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen, Sozialtherapeutische Beratungsstelle / Betreuungsverein, Gesellschaft für paritätische Sozialarbeit) mit den Bereichen Betreutes Wohnen, Tagesstätte, Kontaktstellenfunktion Einführung der Hilfeplankonferenzen und eines gemeinsamen Hilfeplaninstruments Einführung des Landes-Modellprojekts: Persönliches Budget
2000 - 2003	Mainz wird Modellregion für das Landesforschungsprojekt zur „Implementation personenzentrierter Hilfen“ unter Federführung der Aktion Psychisch Kranke e.V. Einführung einer Steuerungsgruppe Gemeindepsychiatrischer Verbund, später „GPV-Konferenz“
2003	Entstehung eines Gemeindepsychiatrischen Trägerverbundes mit acht Trägern aus Mainz (Caritasverband, Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen, Sozialtherapeutische Beratungsstelle / Betreuungsverein, Gesellschaft für paritätische Sozialarbeit, Innere Mission, commit Club, Sozialdienst Metzger, Deutsches Rotes Kreuz)
2005	Abschluss einer Kooperationsvereinbarung „Gemeindepsychiatrischer Verbund“ zwischen der Stadt Mainz, Angehörigenvertretern, Psychiatrieerfahrenen, dem Gemeindepsychiatrischen Trägerverbund und der Universitätsklinik Mainz. Einführung des Konzepts „Koordinierende Bezugspersonen“ zum Case-Management
2006	Erarbeitung eines gemeinsamen Hilfeplaninstruments zum Thema Arbeit und Beschäftigung Teilnahme am bundesweiten Filmfestival „AusnahmeZustand“ Der Gemeindepsychiatrische Verbund Mainz wird Gründungsmitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV)
2009	Teilnahme am bundesweiten Filmfestival „AusnahmeZustand“ Gründung eines regionalen Bündnisses gegen Depression Durchführung eines dialogischen Workshops „Offene Angebote“ Gründung des Netzwerks Kinderpsychiatrie und Jugendhilfe
2010	Besuch der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände zur kritischen Überprüfung der Verbund-Qualität Installation „Kontaktgespräch Suchthilfe und Gemeindepsychiatrie“ als regelhaftes Forum
2011	Eröffnung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie mit Versorgungsverpflichtung Abschluss der Leistungs- und Prüfungsvereinbarung / Vergütungsvereinbarung des Gemeindepsychiatrischen Verbunds Mainz mit dem Amt für Soziale Leistungen Aktionswoche der Seelischen Gesundheit
2012	Beteiligung am kommunalen Aktionsplan zur UN-Behindertenrechtskonvention Dialogtreffen mit dem Altenhilfesystem Aktionstag der Seelischen Gesundheit Verabschiedung einer Geschäftsordnung für die Teilhabekonferenz

Abbildung: Entwicklung der gemeindenahen Psychiatrie in Mainz seit 1990 (Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie, 2013)

In Mainz war um 1990 bereits der Arbeitskreis Psychosoziale Versorgung aktiv und entwickelte gemeinsam mit der damaligen Dezernentin für Umwelt und Gesundheit, Frau Dr. Thews, umfassende „Vorschläge zur Realisierung einer gemeindepsychiatrischen Versorgung in der Stadt Mainz“.

Mit diesem Papier wurde eine Übersicht über die bereits vor Ort existierenden Angebote und Dienste gegeben und entsprechend der Empfehlungen der Expertenkommission Ausbau und weitere Entwicklung der Gemeindepsychiatrie festgeschrieben.

Im Teil III, der Aussagen zur Planung der psychiatrischen Versorgung in Mainz enthält, werden folgende Forderungen zu fehlenden oder unterrepräsentierten Bausteine postuliert. Die angedachten Finanzierungsformen sind dort auch aufgeführt, diese werden jedoch hier nicht näher erläutert:

- „Übernahme der Pflichtversorgung im klinisch-stationären Bereich in Mainz, Ausbau auf 144 Betten
- Aufbau einer Psychiatrischen Institutsambulanz mit einem fachärztlichen Team und ggf. mit einem eingebundenen Sozialpsychiatrischen Dienst für aufsuchende Arbeit
- Aufbau einer Tagesklinik mit 25 bis 30 Betten
- Installierung von Tagesstätten mit jeweils 15 Plätzen mit einem Kontakt- und Beratungsangebot als Teil eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds
- Aufstockung des Personals im ambulant-aufsuchenden Bereich entsprechend der Expertenkommission, die von 1 Fachkraft pro 10.000 Einwohner ausgegangen ist.
- Aufbau eines Dauer-Wohnheims mit 30 Plätzen, für den Personenkreis schwer chronisch erkrankter Menschen.
- Forderung einer regionalisierten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, im stationären Bereich wurde von einem Bedarf von 22 Betten für Mainz ausgegangen, gewünscht waren 30-40 Betten, um den Landkreis ebenfalls wohnortnah versorgen zu können (zu diesem Zeitpunkt war die Behandlung ausschließlich in Landau möglich. Anm. d. Verf.). Eine Institutsambulanz und die Angliederung an die Erziehungsberatungsstellen wurden als obligatorisch angesehen.
- Auf- und Ausbau der gerontopsychiatrischen Versorgung mit Tagesklinik, ambulantem Dienst und spezialisierten Beratungsstellen.
- Schaffung von Arbeitsangeboten für 100 bis 120 Menschen sowohl in einer noch zu gründenden Werkstatt für seelisch behinderte Menschen (WfbM), als auch als andersgeartete beschützte Arbeitsplätze auf dem allgemeinen oder einem Sonderarbeitsmarkt. Die Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen war zu diesem Zeitpunkt bereits in der Planung einer WfbM, die Suche nach einem geeigneten Grundstück gestaltete sich schwer.
- Unterstützung des Aufbaus von Selbsthilfegruppen, auch durch Bereitstellung von Räumlichkeiten seitens der Kommune, ggf. ein Selbsthilfezentrum für alle Gruppen im Gesundheitsbereich.
- Verstärkung der gesundheitlichen Aufklärung in Kooperation mit der Abteilung für Gesundheitswesen, der Landeszentrale für Gesundheitserziehung und anderen Institutionen.
- Spezialisierte Fortbildungen im Bereich der gemeindenahen Psychiatrie für alle Fachkräfte und ehrenamtlich Tätigen.“ (Stadt Mainz, 1991)

Den Abschluss bilden die zusammenfassenden Forderungen:

Für die Umsetzung der in TEIL III aufgeführten Planungen zur Schließung der Lücken in der gemeindepsychiatrischen Versorgung ist es erforderlich, daß:

1. Die Stadt Mainz ihre politische Verantwortung für die Versorgung ihrer psychisch kranken Bürgerinnen und Bürger erkennt und wahrnimmt.

2. Die Stadt Mainz kurzfristig eine Planstelle für eine/n Psychiatrie-Koordinator/in einrichtet.

Die Schaffung einer adäquaten Versorgungsstruktur wird nur gelingen, wenn durch eine/n fachlich kompetente/n Koordinator/in die verschiedenen Kostenträger (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Bund, Land) in eine gesicherte Finanzierung einbezogen werden.

3. Durch die Stadt Mainz kurzfristig ein Psychiatrie-Beirat ins Leben gerufen wird.

Kostenträger und die an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Träger sind mit einzubeziehen.

4. Der geforderten Gleichstellung von psychisch Kranken mit den somatisch Kranken läuft es zuwider, wenn sich nicht alle Bemühungen darauf richten, die psychiatrische Versorgung weitgehendst aus der Finanzierung über die Sozialhilfe herauszuholen.

Abbildung: Zusammenfassende Forderungen (Stadt Mainz, 1991)

5.2 Die Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie

1996 wurde entsprechend dem PsychKG die Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie als zentrale Ansprechpartnerin für Politik, Verwaltung, Bürgerinnen und Bürgern für alle Fragen der gemeindepsychiatrischen Versorgung eingerichtet. Geschuldet war dies der Psychiatriereform, nach der betroffene Menschen in ihren Heimatgemeinden betreut und unterstützt werden sollten und die entsprechenden Angebote noch nicht existierten. In den Anfangsjahren war diese Stelle folgerichtig vorrangig mit der Begleitung des Aufbaus der Versorgungsstruktur für erwachsene psychisch erkrankte Menschen beschäftigt.

Die Schnittstellenfunktion zwischen den unterschiedlichen beteiligten Hilfesystemen und Kostenträgern, der Politik und Verwaltung sowie den psychiatrieverfahrenen Menschen ist eine Schlüssel- und Querschnittsaufgabe, die im Verlauf der Jahre profilschärfer wurde.

Angegliedert ist die Koordinierungsstelle an die Stabstelle Gesundheit. Ab 1997 hatte der Psychologe Wolfgang Müller die Vollzeitstelle inne, seit 2007 ist die Koordinierungsstelle durch eine Fachkraft mit einem Master-Abschluss in Sozialer Arbeit, Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie, besetzt.

Die vorrangigen Aufgabenschwerpunkte der Koordinierungsstelle sind in der Sicherstellung, Steuerung und Koordination der gemeindenahen Angebote psychiatrischer Versorgung zu sehen, wodurch die Umsetzung der kommunalen Zuständigkeit für die gemeindenahe Psychiatrie unterstützt wird.

Zu ihrem Profil gehört es, alle Angebote der Region zu kennen, konstruktiv auf bestehende Problemlagen und Fehlentwicklungen hinzuweisen sowie sinnvolle neue Projekte anzustoßen. Dies soll in alle Kooperationsbereiche hinein geschehen: Verwaltung, Politik, Kostenträger und Leistungserbringer. Hierfür ist ein gutes und belastbares Verhältnis zu allen relevanten Akteuren der Versorgungslandschaft ausschlaggebend. Des Weiteren muss sie über die aktuellen gesetzlichen, gesundheitspolitischen, medizinischen und fachspezifischen Entwicklungen auf dem Laufenden sein. Die Verwaltung des Psychriatriebudgets und das Anfertigen fachlicher Stellungnahmen für Politik und Verwaltung gehören ebenfalls zu den Aufgabenbereichen.

Die Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie kann durch Fachkenntnisse und ihre breite Informationsbasis die Themen für diejenigen Gremien und Netzwerke aufbereiten, deren Geschäftsführung ebenfalls der Koordinierungsstelle obliegt. Dazu gehören: die Fachgruppe Psychosoziale Arbeit, der Psychiatriebeirat, der Gemeindepsychiatrischen Verbund, die Besuchskommission, die Beschwerdestelle, die Teilhabekonferenz und für weitere Arbeitskreise zu spezifischen Themen. In den Kapiteln 15 und 16 werden diese Aspekte noch einmal ausführlich aufgegriffen.

Die Mitarbeiterin der Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie hat weiterhin dafür Sorge zu tragen, dass die Rechte und Interessen psychisch erkrankter Bürgerinnen und Bürger, die diese u.U. krankheitsbedingt nicht selbst artikulieren und wahrnehmen können, in Verwaltung, Politik und Gesellschaft ausreichend beachtet werden. Darüber hinaus umfasst das Tätigkeitsspektrum im Bedarfsfall sowohl die einzelfallbezogene Koordination und Vernetzung bestehender Hilfen als auch die Information und Beratung psychisch erkrankter Menschen und / oder deren Angehöriger.

Darüber hinaus steht die Prävention durch Aufklärung im Mittelpunkt der Tätigkeit, um der Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen entgegenzuwirken und auf Unterstützungsmöglichkeiten bei eigener Betroffenheit hinzuweisen. So wurden beispielsweise unter Federführung der Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie das bundesweite Filmfestival "AusnahmeZustand - Verrückt? Na und!" bereits zweimal in die Landeshauptstadt geholt. Weiterhin wurden in Fach- und Informationsveranstaltungen über Krankheitsbilder aufgeklärt und gemeinsam mit Fachleuten und Einrichtungen der Stadt die verschiedenen Hilfeangebote bekannt gemacht. Die Durchführung der Aktionswoche der Seelischen Gesundheit, Beteiligungen am Tag der Offenen Tür der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin oder die Unterstützung des lokalen Bündnisses gegen Depressionen gehören ebenfalls zum Tätigkeitsspektrum. Für die Öffentlichkeitsarbeit wurde eine eigene Internetpräsenz unter www.mainz.de/psychiatriekoordination geschaffen, die sehr gut genutzt wird.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Koordinierungsstellen für gemeindenahe Psychiatrie in Rheinland-Pfalz sind in regionalen Arbeitsgruppen miteinander vernetzt, in denen sie sich regelmäßig treffen und sich u.a. über aktuelle fachliche Entwicklungen, z.B. in Behandlung, Versorgung, Gesetzgebung, austauschen. Einmal im Jahr findet ein Treffen mit der Psychiatriereferentin des Landes statt, die im Ministerium für Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie angesiedelt ist.

5.3 Der Gemeindepsychiatrische Verbund

Um der bedarfsgerechten und gemeindenahen psychiatrischen Versorgung ein effektives Fundament zu geben, wurde 1988 in den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung der Aufbau eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV) für eine Versorgungsregion in der Größenordnung von ca. 100.000 bis 150.000 Einwohner vorgeschlagen.

Dies sollte die Zusammenarbeit der verschiedenen beteiligten Institutionen unterstützen und die Koordination, Aufbau und Sicherstellung vorhandener und v.a. erforderlicher Hilfen wie

- Teilhabe am Arbeitsleben,
- medizinische Rehabilitation,
- angemessene Wohnformen,
- soziale Kontakte

im Mittelpunkt haben. Der GPV „ist ein Zusammenschluss aller Anbieter im komplexen Hilfesystem, der die Pflichtversorgung sicherstellt [...] in enger Zusammenarbeit mit den Klienten und- wenn gewünscht- deren Bezugspersonen [...]“ (Pörksen, Kassel, 2003). Die Vertreter aller wesentlichen Funktionsbereiche, wie ambulante Beratung und Behandlung, stationäre und teilstationäre Behandlung, Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft die an der Unterstützung und Versorgung von psychisch Kranken beteiligt sind, gestalten ihre Zusammenarbeit verbindlich. Der leitende Grundgedanke ist dabei, dass eine gute gemeindenaher psychiatrische Versorgung nur in Kooperation der verschiedenen Beteiligten untereinander gelingen kann.

Auch im rheinland-pfälzischen PsychKG wurde der Aufbau eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds empfohlen. Denn dieser, bestehend aus Leistungserbringern einer Region, verpflichtete sich gegenüber den kommunalen Gebietskörperschaften, die Verantwortung zur Erbringung der notwendigen Leistungen zu übernehmen. Verantwortung für Hilfen zu übernehmen bedeute u.a., die Verantwortung der Leistungserbringer deutlich zu machen. Es gelte demnach, verbindliche Absprachen zu treffen. Dabei sei auch zu klären, wie Hilfe bei Menschen zu leisten ist, die sich ihrer Hilfebedürftigkeit krankheitsbedingt nicht bewusst sind. Wenn Hilfen so erbracht werden, dass sie die Selbstverantwortung der betroffenen Person stärken und normale Lebensverhältnisse zum Ziel haben, bedeute dies auch, die Erbringung der Hilfen verbindlich zu regeln. (Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz, 2009)

Bundes- und landesweit bestehen zwischen den einzelnen Verbänden erhebliche Unterschiede in Aufgaben und Organisationsformen. 2006 wurde ein bundesweiter Dachverband, die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV), gegründet und verschiedene Qualitätskriterien für Verbände formuliert. Auf der Ebene der BAG sind über 20 Verbände beständig miteinander im Austausch über neue Entwicklungen in der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung, beraten sich gegenseitig, vereinbaren verbindliche Qualitätsstandards und überprüfen immer wieder aufs Neue die Einhaltung dieser Kriterien. Der Gemeindepsychiatrische Verbund der Stadt Mainz ist als Gründungsmitglied der BAG GPV aktiv an ihr beteiligt.

5.3.1 Die Realisierung des Gemeindepsychiatrischen Verbunds Mainz

Menschen mit einer psychischen Erkrankung und / oder Behinderung haben oftmals besondere Bedarfe. Hier gilt es, ein professionelles, differenziertes und aufeinander abgestimmtes Angebot vorzuhalten, um die notwendige Unterstützung anbieten zu können. Der Gemeindepsychiatrische Verbund Mainz (GPV Mainz) ist ein Zusammenschluss von ambulanten, teilstationären und stationären Diensten und Anbietern, der die professionelle und fachkundige Versorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung und/oder Behinderung sichern und begleiten wollen. Es geht hierbei immer darum, die Hilfen, die z.B. aus Gründen der Zuständigkeit nicht aus einer Hand erbracht werden können, wie aus einer Hand zu erbringen. Die Stadt Mainz hat daher die Gründung eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds forciert, um die Organisation der Hilfen in dieser Form sicherzustellen.

Der Zusammenschluss von Leistungserbringern aus dem Bereich betreuter Wohnformen in einem sog. Wohnverbund hat als Vorläufer des GPV Mainz schon 1998 eine gemeinsame Konzeption zur Gestaltung der psychiatrischen Hilfen erarbeitet. Ab dem Jahr 2000 war Mainz mit den wichtigsten Protagonisten dann als Modellregion an dem Implementationsprojekt des Ministeriums für Gesundheit Rheinland-Pfalz beteiligt, das die Umsetzung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung in Mainz stark unterstützt hat und schließlich in der Gründung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes mündete.

2005 konnte die Kooperationsvereinbarung unterzeichnet und der Verbund verwirklicht werden. Der GPV Mainz hat die Versorgungsverpflichtung für Mainzer Bürgerinnen und Bürger mit psychischer Erkrankung übernommen.

Mitglieder des GPV Mainz sind:

- Abteilung für Gesundheitswesen / Sozialpsychiatrischer Dienst (SPDi)
- Caritasverband Mainz e.V.
- commit – Club Behinderter und Ihrer Freunde e.V.
- Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Mainz-Bingen (DRK)
- Gemeinnützige Gesellschaft für paritätische Sozialarbeit (GPS)
- Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen (gpe)
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin
- Mission Leben – Evangelische Wohnungslosenhilfe
- PE-Mainz – Initiative Mainzer Psychiatrie - Erfahrener
- Sozialtherapeutische Beratungsstelle / Betreuungsverein (SBB)
- Sozialdienst Metzger
- Stadtverwaltung Mainz
- Territorio e.V. Verein für gemeindenahe psychosoziale Versorgung – Angehörige psychisch Kranker

Zoar – Rheinhessisches Diakonie-Zentrum für seelisch Behinderte mit Sitz im benachbarten Heidesheim ist ständiges Gastmitglied.

Es ergeben sich zwei maßgebliche Funktionsebenen des GPV Mainz: die Ebene der Steuerungsfunktion und die Ebene der Leistungserbringung. In diesem Rahmen gehört zu seinen Aufgaben die Feststellung von Versorgungsdefiziten bzw. Fehlanpassungen an den regionalen Bedarf, die fachliche Entwicklung der Angebote und koordinierter Ausbau der Angebote und die Weiterentwicklung zu einem integrierten, personenzentrierten regionalen Hilfesystem. Hierbei ist es eine Herausforderung, die Trägerautonomie zu wahren und dennoch verbindliche Absprachen über Art und Umfang der bestehenden und geplanten Leistungsangebote der beteiligten Leistungserbringer zu treffen. Die fortlaufende Qualitätsverbesserung spielt eine wesentliche Rolle.

Sichergestellt im Sinne einer Interessenvertretung ist hierbei die aktive Beteiligung von psychiatrienerfahrenen Menschen und ihren Angehörigen.

Die Geschäftsführung des Gemeindepsychiatrischen Verbunds liegt bei der Koordinatorin für Gemeindenahe Psychiatrie der Stadtverwaltung Mainz. Das Steuerungsgremium die „GPV-Konferenz“ tritt regelmäßig alle sechs bis acht Wochen zusammen, die „Trägerkonferenz“, der Zusammenschluss der Leistungserbringer tagt etwa ebenso häufig. Vertiefende inhaltliche Arbeit wird in den themenspezifischen Arbeitsgruppen des GPV geleistet zu denen punktuell auch weitere Fachleute hinzugezogen werden.

Derzeit aktiv bzw. inaktiv, aber nicht aufgelöst sind Arbeitsgruppen mit den folgenden Schwerpunkten:

aktiv	inaktiv
Heavy User / Systemsprenger	Offene Angebote
Behandlungsvereinbarung	Persönliches Budget
Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder	Ältere Menschen
Qualität	Übergangsmanagement
Kinder- und Jugendpsychiatrie	
UN-Konvention	

Abbildung: Arbeitsgruppen des GPV Mainz (Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie, 2013)

Die Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen haben Auswirkungen auf die gesamte Verbundarbeit und darüber hinaus, so ist z.B. im Sommer 2013 die Einführung von Behandlungsvereinbarungen in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz geplant, deren Vorlage derzeit von einer trialogisch besetzten Arbeitsgruppe konsensorientiert ausgearbeitet wird.

5.4 Praktische Umsetzung personenbezogener Hilfen durch individuelle Teilhabepanung

Die Einführung einer personenzentrierten, individuellen und konkreten Hilfe- und Teilhabepanung für psychisch erkrankte Menschen war in Mainz und anderenorts ein wesentlicher Schritt der gemeindepsychiatrischen Entwicklung seit der Psychiatrie-Enquête.

Die Anfänge dieser Entwicklungen wurden durch die gemeindepsychiatrische Rahmenpanung begünstigt, die über die Bedarfsermittlung hinaus, die Entwicklung eines Versorgungskonzeptes individualisierter Hilfen in Mainz vorsah. Nachdem der Aufbau eines Verbundsystems von allen Leistungserbringern in Mainz befürwortet worden war, wurde durch die Zuarbeit des Arbeitskreises Psychosoziale Versorgung und mit Unterstützung des Psychiatriebeirates der Stadt Mainz eine Leitlinienempfehlung zur Einführung des personenzentrierten Ansatzes gegeben. Es sollten personenzentrierte, lebensfeldorientierte, niedrighschwellige Leistungen nach einem Gesamtplan erbracht werden und dabei andere Grundsätze wie „Ambulant vor Stationär“, das Normalisierungsprinzip usw. beachtet werden. Diese fachliche Empfehlung des Psychiatriebeirates bildete in der Folgezeit die Grundlage des Verwaltungshandelns.

Personenbezogene Unterstützungsleistungen, die kooperativ in der Gemeinde erbracht werden, können nur durch eine genaue Betrachtung der Bedarfe und Zielformulierung sichergestellt werden. Eine ausführliche Beratung und Analyse der Lebenssituation sowie eine darauf aufgebaute passgenaue Teilhabepanung, um das vielfältige Unterstützungssystem auch sinnvoll und bedarfsorientiert nutzen zu können, ist dafür die Grundlage. Das Instrument des individuellen Teilhabepans dient zur Orientierung und der Fixierung von Kernzielen. Im Sinne der Kontinuität der Betreuung wird im Idealfall weiterhin eine Koordinierende Bezugsperson festgelegt, die während der folgenden Zeit feste Ansprechpartnerin für alle weiteren Maßnahmen ist. Dieser kommt insofern eine zentrale Rolle im Hilfeprozess zu, als sie auch Behandlungs- und andere Leistungen, die ein Hilfeempfänger erhält, lenkt und im Blick behält.

Sofern die Betroffenen nicht in der Lage sind, die gewünschten bzw. notwendigen Unterstützungsleistungen aus eigenem Einkommen oder Vermögen zu bezahlen und kein anderer Kostenträger zuständig ist, können bei der Kommune Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII beantragt werden. Denkbare Hilfen greifen zum Beispiel im Bereich Wohnen, Freizeit, Kontaktgestaltung, Tagesstrukturierung, Arbeit etc. Zum einen werden Plätze in bestimmten Maßnah-

men vorgehalten (Tagesstätte, Betreutes Wohnen), zum anderen besteht die Möglichkeit, psychosoziale Einzelbetreuung in Anspruch zu nehmen, die über einzelne Fachleistungsstunden angeboten wird. Grundlage der Hilfeerbringung ist immer der individuelle Teilhabeplan.

Insbesondere bei komplexen Problemlagen, dem Vorliegen einer gravierenden chronischen Erkrankung oder der Beteiligung vieler Leistungserbringer ist immer die Transparenz und Kooperation der einzelnen Fächer bzgl. der Handlungsstrategien untereinander und die Einbindung medizinischer Behandlung in das sog. komplementäre System entscheidend. Dabei sollte ein besonderes Augenmerk auf der Personenkontinuität liegen, damit der psychisch erkrankte Mensch sich auch in Krisenzeiten auf das Helfersystem verlassen kann. Hier liegt eine der entscheidenden Stärken eines GPV, denn die Mitglieder können auf Grund ihrer verbindlichen Kooperationsstrukturen Strategien und Standards entwickeln, mit denen sich Übergänge und Verfahren vereinfachen lassen.

Die Stadt Mainz bewarb sich für die Teilnahme an einem Projekt der Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK), die im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit modellhaft die Einführung personenzentrierter Hilfen erproben wollte. Als Modellregion für das Implementationsprojekt ausgewählt, verständigten sich die Leistungserbringer mit der Stadtverwaltung auf die Einführung eines gemeinsamen Hilfeplaninstrument: dem integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP). Schulungen und Fortbildungen befähigten einen Großteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Dienste und Einrichtungen zur Nutzung des Instruments. Dessen Personenzentriertheit, Prozessbetontheit und Zielorientiertheit, das Konkrete und vor allen Dingen die Unabhängigkeit der Leistung von der jeweiligen Wohnform fand in der Region allgemeine Akzeptanz.

Schließlich wurde diese Art der Hilfeplanung in der Stadt Mainz verbindlich eingeführt und zur Umsetzung die Hilfeplankonferenz installiert. Schwerpunkt der Arbeit waren damals die Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 39 und 40 BSHG, heute § 53 des SGB XII. Die Erfahrungen, die in dieser Zeit in Mainz zu dem Thema individuelle Hilfeplanungen gemacht wurden, trugen maßgeblich zur Entwicklung und landesweiten Einführung des Integrierten Hilfeplans (THP) für Menschen mit Behinderungen in Rheinland-Pfalz bei. Dieser wird inzwischen ebenso wie das personenzentrierte Hilfeplanverfahren flächendeckend eingesetzt und hat den ursprünglich genutzten IBRP abgelöst.

Die Hilfeplankonferenz besteht immer noch, inzwischen unter der Bezeichnung Teilhabekonferenz (THK). Mitglieder sind die Leistungserbringer des GPV, Vertreter des Kostenträgers sowie der Sozialdienst der Universitätsmedizin. Eine fachärztliche Beratung und Begleitung ist durch die Teilnahme des Facharztes des Gesundheitsamtes gesichert. Durch diese Zusammensetzung ist gewährleistet, dass die Konferenz gutachterlichen Stellenwert hat. Die Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie führt die Geschäfte der THK und moderiert die Beratungen.

Anhand eines Rasters wird in der Teilhabekonferenz der zuvor erarbeitete Teilhabeplan der hilfesuchenden Person vorgestellt und auf seine Plausibilität hin überprüft. Schließlich wird eine fachliche Empfehlung an den anwesenden Kostenträger geben, die eine entscheidende Grundlage für die Kostenübernahme durch das Amt für Soziale Leistungen darstellt. Diese Vorgehensweise stellt sicher, dass im Verfahren der Teilhabeplanung und -konferenz in Mainz eine personelle und strukturelle Trennung von Planung, fachlicher Diskussion, Entscheidung und Controlling gegeben ist.

Dieses Verfahren hat sich in den letzten Jahren bewährt und wurde durch Qualitätszirkel kontinuierlich weiterentwickelt, zuletzt wurde im Jahr 2012 eine umfassende Geschäftsordnung der Teilhabekonferenz erarbeitet und verabschiedet. Derzeit gibt es keine sinnvolle Alternative, um die Teilhabeplanung auf den Weg zu bringen sowie zielorientiert und transparent umzusetzen.

TEIL 2

DAS GEMEINDEPSYCHIATRISCHE VERSORGUNGSSYSTEM IN MAINZ

6 BESTANDSAUFNAHME DER KOMMUNALEN VERSORGUNG

Entsprechend der Empfehlungen der Expertenkommission, den nachfolgenden Landespsychiatriereformen sowie den regionalen Überlegungen hat sich auch in Mainz eine vielfältige und bunte Versorgungslandschaft entwickelt. Die Mitglieder des Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV) halten verschiedene Bausteine vor, dazu zählen Angebote aus dem Leistungsspektrum der Eingliederungshilfe wie Tagesstätten, Betreutes Wohnen und psychosoziale Betreuung, aber auch Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben wie Werkstatt für psychisch kranke Menschen oder unterstützte Beschäftigung. Daneben sind sie auch Anbieter für Angebote der Krankenkassen wie Soziotherapie, Ergotherapie und ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung. ZOAR – Rheinhesisches Diakoniezentrum Heidesheim ergänzt dieses Spektrum angrenzend an das Stadtgebiet durch eine weitere Werkstatt für psychisch erkrankte Menschen und Angebote im Wohnbereich. Darüber hinaus sind der Integrationsfachdienst Begleitung und andere spezialisierte Dienstleister wichtige Teilnehmer an der gemeindenahen Versorgung.

Im Vorfeld zum vorliegenden Bericht wurden umfangreiche Datenabfragen bei den jeweiligen Leistungserbringern durchgeführt, die teilweise eine explizite Dokumentation erforderlich machten. Erfreulicherweise gab es einen sehr guten und in weiten Teilen auch sehr ausführlichen Rücklauf. Im folgenden Kapitel werden diese Daten vorgestellt und so die aktuelle Situation in Mainz dargestellt. Beinahe durchgängig war der 30.04.2012 Stichtag für die Erhebungen der Einzelfälle, im Klinikbereich wurde aus organisatorischen Gründen der 18.04.2012 ausgewählt, teilweise beziehen sich die Zahlen aber auch auf das Jahr 2011. In der Regel wird der Zeitraum in den jeweiligen Abschnitt kenntlich gemacht. Da die Leistungsanbieter ganz unterschiedliche Angebote vorhalten und teilweise auch andere Kostenträger zuständig sind, ist der Abschnitt in Versorgungsbausteine und nicht in Leistungsanbieter aufgeteilt.

Entscheidender Kostenträger von Unterstützungsleistungen im Bereich gemeindenaher Psychiatrie ist nach wie vor der örtliche Sozialhilfeträger, der auf Grundlage des § 53 SGB XII, Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen leistet und somit die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sicherstellt.

§ 53 SGB XII:

„Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe [...]. Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausbildung eines angemessenen Berufs, oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen, oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen“.

Das Mainzer Amt für Soziale Leistungen hat ebenfalls relevante Daten gesammelt und bereitgestellt, damit ein möglichst umfassendes Gesamtbild der Hilfen abgebildet werden kann.

In der folgenden Tabelle sind die Leistungsbausteine schematisch abgebildet, die Adressdaten der gemeindepsychiatrischen Leistungserbringer und anderer Anlaufstellen finden sich im Psychiatriekompass im Anhang:

	Caritasverband Mainz e.V.	Commit-Club Behinderter u. ihrer Freunde e.V.	Deutsches Rotes Kreuz – DRK Kreisverband Mainz-Bingen	Gemeinnützige Gesellschaft f. paritätische Sozialarbeit mbH - GPS	gpe - Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen gGmbH	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz	Mission Leben GmbH Evangelische Wohnungslosenhilfe	SBB - Sozialtherapeutische Beratungsstelle / Betreuungsverein e.V.	Sozialdienst Metzger	Sozialpsychiatrischer Dienst, Abteilung für Gesundheitswesen
Psychosoziale Einzelfallhilfen	X	X	X	X	X		X	X	X	(X)
Beratung	X				X	X	X			X
Betreutes Wohnen	X	X	X	X	X			X		
Kontakt	X	X			X			X		
Offene Freizeitangebote	X	X		X	X			X		
Gemeindepsychiatrisches Zentrum GPZ	X				X			X		
Arbeit und Beschäftigung					X		(X)			
Tagesstätte/-aufenthalt	X				X		X	X		
Tagesstruktur	X	X		X	X		X	X	X	
Wohnheim				X						
Behandlung				X	X	X				(X)

Abbildung: Leistungsspektrum des GPV Mainz (Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie, 2013)

6.1 Beratung

Spezialisierte Beratungsangebote für psychisch erkrankte Menschen sind insbesondere im Hinblick auf die vielfältigen Problemlagen, die mit einer solchen Erkrankung einhergehen, sinnvoll. Es sind für die zu beratende Fachkraft nicht nur umfassende sozialrechtliche, versorgungsrelevante und psychosoziale Kenntnisse notwendig, sondern auch eine gezielte Schulung im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen, um auf die Auswirkungen der unterschiedlichen Krankheitsbilder, z.B. auf Kommunikation oder soziale Interaktion, adäquat eingehen zu können.

In Mainz gibt es zwei entsprechend spezialisierte Beratungsangebote, eines im Gemeindepsychiatrischen Zentrum (GPZ) des Caritasverbandes, das andere bei unplugged – Das Beratungscafé der Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen. Beide werden kommunal bezuschusst und stehen in erster Linie psychisch erkrankten Menschen offen, in einem gewissen Rahmen können jedoch auch Angehörige das Beratungsangebot in Anspruch nehmen. Häufig sind sie es auch, die einen Beratungsprozess initiieren.

6.1.1 unplugged – Das Beratungscafé

unplugged – Das Beratungscafé steht für Menschen mit seelischen Schwierigkeiten im Alter zwischen 16 und 27 Jahren zur Verfügung. Es sind von dort folgende Beratungen und Kontakte für das Jahr 2011 übermittelt:

*Beratungen mit Termin: 270 Kontakte mit 124 Personen im Umfang von 293 Stunden
Erstanfragen am Telefon mit Beratungen: 600
Beratungskontakte im offenen Bereich: 800
Kontakte innerhalb der offenen Freizeitangebote: 2.092 Kontakte zu etwa 220 Personen*

Im Anhang findet sich eine kurze Fallbeschreibung eines Beratungsverlaufs von unplugged – Das Beratungscafé.

6.1.2 Gemeindepsychiatrisches Zentrum des Caritasverbandes

Der Beratungsbereich im Gemeindepsychiatrischen Zentrum meldet für das Jahr 2011:

Beratung von insgesamt 167 Personen, davon 52 Männer und 115 Frauen.

Diese Personen sind in unterschiedlich lange, verbindliche Beratungsintervalle eingebunden. Personen, die Informationsgespräche oder Clearing-Bedarfe hatten, sind hier nicht einbezogen.

6.1.3 Sozialpsychiatrischer Dienst (SPDi)

Weiterhin ist der Sozialpsychiatrische Dienst (SPDi) der Abteilung Gesundheitswesen in der Kreisverwaltung Mainz-Bingen auch für Mainzer Bürgerinnen und Bürger zuständig und damit eine sehr wichtige Anlaufstelle in Hinblick auf unterstützenden Beratungsbedarf. Angesiedelt in der Abteilung Gesundheitswesen (umgangssprachlich „Gesundheitsamt“) kann der SPDi in seinen Räumen aufgesucht werden, bei Bedarf aber auch Hausbesuche durchführen. Das Angebot richtet sich laut Selbstbeschreibung an:

- „Psychisch kranke Menschen und Suchterkrankte, die Probleme mit der selbstständigen Lebensführung haben, auch nach langen und häufigen Klinikaufenthalten,
- Menschen in psychosozialen Belastungs- und Krisensituationen,
- ältere Menschen, die vergesslich oder verwirrt sind und sich selbst nicht ausreichend versorgen können,
- Angehörige, Nachbarn und Bezugspersonen, die sich um einen psychisch kranken Menschen Sorgen machen und Entlastung brauchen, alle, die daran interessiert sind, psychisch kranke Menschen zu unterstützen“. (Kreisverwaltung Mainz-Bingen, 2012)

Die Unterstützung ist kostenlos und antragsfrei. Der SPDi wird in erster Linie beratend und vermittelnd tätig. Bei Menschen, die keine anderen Hilfen zulassen (können), kann es auch zu einer längerfristigen Begleitung kommen. Neben sozialpädagogischen Mitarbeiterinnen, die für bestimmte Stadtteile zuständig sind, steht bei medizinisch-psychiatrischen Fragestellungen auch ein Facharzt für Psychiatrie zur Verfügung.

Im Jahr 2011 wurde der SPDi insgesamt für 740 Klientinnen und Klienten tätig, 377 Männer und 363 Frauen. Die Dokumentation wird nach Diagnosen aufgeschlüsselt, demnach haben 359 psychisch erkrankte Personen, 59 Menschen mit einer Suchterkrankung und 42 Menschen mit einer gerontopsychiatrischen Erkrankung Unterstützung erhalten. Bei 261 Personen ist die Diagnose nicht bekannt und 12 Personen hatten eine nicht näher bezeichnete Doppeldiagnose. Die restlichen Kontakte wurden durch Menschen mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung in Anspruch genommen, die sich in psychischen Ausnahmesituationen befanden

haben. Der Bereich der psychiatrischen Erkrankungen betrifft vermutlich weit mehr als die Hälfte der Klientel.

6.1.4 Mission Leben - Evangelische Wohnungslosenhilfe

Eine Sonderrolle im Beratungsbereich nehmen die psychosoziale Beratungsstelle und der Tagesaufenthalt der evangelischen Wohnungslosenhilfe ein, da diese ein umfassendes Beratungsangebot für alle Menschen in Wohnungsnot vorhält und Teile des Personals gleichzeitig besonders auf die Belange von psychisch erkrankten Menschen geschult sind.

Für 2011 wird geschätzt, dass ca. 900 Beratungskontakte mit diesem Personenkreis erfolgt sind.

Alle Beratungen drehen sich hier jedoch in der Regel zuerst um die Sicherung der Grundbedürfnisse, erst durch den Beratungsverlauf werden möglicherweise Problemlagen im psychosozialen Bereich sichtbar. Die Klientel aus dem Beratungsbereich nimmt auch die Angebote aus dem Tagesaufenthalt wahr. Dem Anhang ist ein beispielhafter Beratungsverlauf zur Illustration beigefügt.

6.1.5 Kliniksozialdienste

Qua Definition übernehmen die Sozialdienste an den verschiedenen Kliniken in Mainz auch Beratungsaufgaben und können entscheidende Weichenstellungen für die weitere Versorgung außerhalb der klinischen Behandlung vornehmen. Die Beratung richtet sich vorrangig an Patientinnen und Patienten, aber auch Angehörige und Freunde bekommen hilfreiche Auskünfte. Zu diesem Arbeitsbereich liegen keine Daten vor.

6.1.6 Sonstige Mitglieder des Gemeindepsychiatrischen Verbunds

Alle anderen Anbieter des Gemeindepsychiatrischen Verbunds können eine erste Klärung von Problemlagen vornehmen, eine gezielte Beratung, die sich unter Umständen über mehrere Termine erstreckt, ist dort jedoch nicht möglich.

Das Gemeindepsychiatrischen Zentrum (GPZ) der Gesellschaft für Psychosoziale Einrichtungen (gpe) hat zum Bereich offene Beratung folgende Daten übermittelt:

*Dokumentierte Beratungen in 2011 mit Termin: 80 Kontakte mit 42 Personen
Undokumentierte Beratungen telefonisch und im offenen Bereich in 2011: ca. 50 Kontakte
Kontakte innerhalb der offenen Freizeitangebote in 2011: 400 Kontakte zu etwa 30 Personen*

Eine exemplarische Fallbeschreibung aus dem GPZ der gpe ist in den Anhang aufgenommen.

Territorio e.V. Verein für gemeindenahere psychosoziale Versorgung, der Zusammenschluss der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen, nimmt ebenfalls Beratungsaufgaben wahr, die sich insbesondere an Familien und Freunde der betroffenen Menschen richten.

Der Verein bietet zweimal im Monat eine Angehörigengruppe an. Die Vorsitzende des Vereins, Frau Zindorf, berät aber auch telefonisch oder persönlich im Einzelfall. Sie schätzt, dass die Möglichkeit eines beratenden Telefonats jeden Tag mindestens einmal wahrgenommen wird.

Eine kommunale Förderung erhält der Verein nicht, er finanziert sich aus Beiträgen, Krankenkassen- und andere Selbsthilfeförderung sowie aus Spenden. Er aus der gemeindenaheren Versorgung nicht wegzudenken.

Beratung über Unterstützungsmöglichkeiten wird auch bei der Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie nachgefragt, diese kann keine ausführliche Einzelfallberatung bieten, ist aber bemüht, die geeignete Anlaufstelle zu nennen und unterstützt bei Bedarf auch bei der Kontaktaufnahme.

Zu den Peer-to-Peer-Beratungstätigkeiten der Selbsthilfeorganisationen, wie dem Zentrum für Selbstbestimmtes Leben (ZSL) und den PE-Mainz – Initiative Psychiatrieerfahrener Mainz, liegen keine Daten vor. Sie sollen an dieser Stelle aber nicht unerwähnt bleiben, da eine Beratung, die auf eigene Erfahrungen basiert, einen hohen Stellenwert im Sinne der Selbstbestimmung einnimmt.

6.1.7 Weitere Beratungsmöglichkeiten

Allgemeine Beratungsstellen außerhalb des psychiatrischen Systems, wie Lebensberatung, Schwangeren- oder Schuldnerberatungsstelle, haben in vielfacher Hinsicht mit psychisch erkrankten Menschen oder Menschen in seelischen Krisen zu tun. Deren Arbeit kann hier nicht explizit aufgegriffen werden.

Zu erwähnen sind darüber hinaus weitere Beratungsmöglichkeiten online (z.B. vom Caritasverband) und per Telefon (z.B. SeeleFon), die von diesem Personenkreis ebenfalls gut angenommen werden und eine gute Ergänzung der anderen Angebote darstellen. Hier liegt der Vorteil der Anonymität auf der Hand, da diese Erkrankungen doch häufig mit Scham besetzt sind oder die Angst besteht, persönlich erkrankt zu werden.

Schließlich soll noch darauf hingewiesen werden, dass es in etlichen Regionen Rheinland-Pfalz, so z.B. im Landkreis Mainz-Bingen, vollumfänglich regelfinanzierte Kontakt- und Informationsstellen für psychisch erkrankte Menschen (KIS) gibt, die unter professioneller Leitung als offene Treffpunkte für psychisch erkrankte Menschen fungieren und unverbindliche Beratungs- und Freizeitangebote vorhalten. Dies wurde in Mainz bedauerlicherweise nicht umgesetzt.

6.2 Freizeit, Kontaktstiftung und Tagesstruktur

Die Gemeindepsychiatrischen Zentren oder ähnliche Angebote im Mainzer Stadtgebiet bieten entsprechend der Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung offene Angebote für psychisch erkrankte Menschen an und übernehmen eine Kontaktstellenfunktion, die es Betroffenen ermöglicht, auch ohne Nutzer der Einrichtung zu sein, sich dort aufzuhalten und Teile zu nutzen. Im Sinne einer gemeindenahen Psychiatrie spielen gerade offene Angebote eine wichtige Rolle. Besonders chronisch psychisch erkrankte Menschen sind häufig isoliert, fassen in regulären Freizeitangeboten auf Grund ihrer krankheitsbedingten Einschränkungen schlecht Fuß und können sich diese auch selten leisten. Dabei stärken offene Angebote das Gemeinschaftsgefühl, wirken Einsamkeit entgegen, fördern die Eigeninitiative und geben durch ihre professionelle Begleitung einen gewissen Rückhalt, der insbesondere von Menschen genutzt werden kann, die nicht im weiteren psychiatrischen System eingebunden sind. Sie können auch der Türöffner für dringend notwendige Hilfeleistungen sein. Der GPV Mainz hat im Jahr 2011 einen übersichtlichen Flyer mit den regelhaften Angeboten im offenen Bereich erstellt, der auf der Homepage www.gpv-mainz.de abrufbar ist.

Offene Angebote sind gemeindenah organisiert und im Grunde für jeden Interessierten vorhanden und verfügbar. Damit wird auch die Integration seelisch kranker und behinderter Menschen in das Gemeinwesen gefördert, wobei mit Blick auf das Normalisierungsprinzip das Miteinander von seelisch kranken und gesunden Menschen oberstes Ziel ist. Für ihre Kontaktstellenfunktion erhalten die Zentren jeweils einen Zuschuss aus dem Budget für gemeindenaher Psychiatrie in Höhe von 5000 EUR jährlich. Kritisch ist zu sehen, dass diese Finanzierung nicht kostendeckend ist und zusätzlich durch das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung von der institutionellen Förderung abgezogen wird.

Tagesstrukturierende Angebote zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden von verschiedenen Leistungserbringern angeboten, die inhaltliche Schwerpunktsetzung unterscheidet sich und kann individuell der benötigten Unterstützung angepasst werden.

6.2.1 Sozialdienst Metzger

Der Sozialdienst Metzger bietet innerhalb seiner Öffnungszeiten modulare Tagestruktur in eigenen Räumlichkeiten an, die inhaltlich durch den individuellen Hilfebedarf bestimmt wird. Beispielsweise können alltagspraktische Fähigkeiten trainiert oder soziale Kompetenzen verbessert werden. Sie eröffnet darüber hinaus Anreize, die häusliche Umgebung zu verlassen und bietet eine strukturierende Form durch zeitliche Vorgaben.

6.2.2 Gesellschaft für Psychosoziale Einrichtungen

„mollywood“ ist ein Zuverdienstprojekt der Gesellschaft für Psychosoziale Einrichtungen, in dem Menschen eine Aufgabe und Beschäftigung finden sollen, die in Folge ihrer Erkrankungen und Behinderungen vom ersten Arbeitsmarkt ausgeschlossen sind und eine Alternative zu Werkstatt oder Tagesstätte suchen. Es handelt sich um ein Geschäft für gebrauchte Kleidung. Unterstützt von einer Arbeitstherapeutin können sie ihr Engagement und ihre Leistungsbereitschaft einbringen, um im Team den Laden zu führen. Als niederschwelliges Beschäftigungsprojekt ermöglicht mollywood Flexibilität in den Arbeitszeiten und abgestufte Anforderungen, nimmt auf Leistungsschwankungen und Krankheitsausfälle Rücksicht, beschränkt die Beschäftigungsdauer zeitlich nicht und es herrscht nicht der Druck, vorgegebene Ziele zu erreichen. Finanziert wird es über das Persönliche Budget im Rahmen der Eingliederungshilfe. Ein Ausbau solcher Beschäftigungsangebote als tagesstrukturierende Maßnahme wäre wünschenswert.

6.2.3 Caritasverband

Das Gemeindep psychiatrische Zentrum des Caritasverbandes hat für ältere psychisch erkrankte Menschen das Angebot der „Teilhabechance“ entwickelt. Es kann über das Persönliche Budget in Anspruch genommen werden. Es geht hierbei um ein altersgerechtes Angebot für Menschen, die in regulären Tagesstätten z.B. durch Gruppengröße oder aber auch Ganztagsangeboten, überfordert sind. Die „Teilhabechance“ wird in einem überschaubaren Zeitraum mit zwei kleinen Gruppen durchgeführt. Im Mittelpunkt stehen Themen wie Erhalt der Selbständigkeit, Fragen der Gesundheit und Ernährung.

Diese tagesstrukturierenden Angebote werden meist über das Persönliche Budget finanziert, von 112 Einzelfällen (s. nächsten Abschnitt) sind es ca. 41 Budgets in diesem Bereich. Die Höhe des gewährten Geldbetrags ist stark schwankend und hängt von der Hilfeleistung ab.

6.3 Tagesstätten

Die Tagesstätten verfügen über ein breites Spektrum sehr unterschiedlicher Angebote. Alle Tagesstätten bieten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Selbstversorgung, Ergo- und Arbeitstherapie, Bildungs- und Freizeitangebote, kognitive und soziale Kompetenztrainings an. Die Erweiterung der Fähigkeiten und Kompetenzen der Nutzerinnen und Nutzer wird von den Tagesstätten als Schwerpunktaufgabe angesehen. Tagesstätten können i.d.R. an fünf Tagen in der Woche besucht werden und stellen für viele der Besucherinnen und Besucher einen der wichtigsten Gründe dar, morgens aufzustehen. Sie bieten darüber hinaus Halt, Geborgenheit, sozialen Kontakt sowie eine tagesstrukturierende Beschäftigung und sind eine gute Möglichkeit, am Leben in der Gemeinschaft teilzuhaben.

Zugrunde liegt die Tagesstättenvereinbarung, die 1995 auf Landesebene geschlossen Aussagen zu Konzeption und Verwaltungsverfahren beinhaltet. Die Finanzierung wird über die Eingliederungshilfe sichergestellt.

Zielgruppe von Tagesstätten sind laut Tagesstättenvereinbarung psychisch kranke Menschen, die nicht oder nicht mehr dazu in der Lage sind, einer kontinuierlichen Arbeit nachzugehen und die das spezifische Angebot der Tagesstätten benötigen und außerhalb einer stationären Wohnform leben. (Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung des Landes Rheinland-Pfalz, 1995)

6.3.1 Gesellschaft für Psychosoziale Einrichtungen, Caritasverband und Sozialtherapeutische Beratungsstelle / Betreuungsverein

In Mainz bieten die Gemeindepsychiatrischen Zentren der Gesellschaft für Psychosoziale Einrichtungen, des Caritasverbandes und der Sozialtherapeutischen Beratungsstelle / Betreuungsverein Tagesstättenplätze an. Zum Stichtag waren in Mainz 68 der 76 Tagesstättenplätze durch Mainzer Bürgerinnen und Bürger belegt.

Es gibt einen leichten Überhang an männlichen Besuchern, der jedoch nicht signifikant ist. Die Altersverteilung stellt sich wie folgt dar:

< 25 Jahre	< 35 Jahre	< 45 Jahre	< 55 Jahre	< 65 Jahre	< 75 Jahre	> 75 Jahre
0	2	18	25	20	10	1

Abbildung: Altersverteilung Tagesstätte (Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie, 2012)

An dieser Verteilung lässt sich eine leichte Überalterung der Besuchergruppe feststellen.

Die Belegung der Maßnahme wird über die Teilhabekonferenz durchgeführt, Grundlage ist auch hier der Teilhabeplan, dessen Umsetzung in begründeten Fällen u.U. eine Flexibilisierung der Besuchsintervalle ermöglicht. Zwei der drei Tagesstätten sind barrierefrei und auch die dritte soll es auf absehbare Zeit werden. Zeitweise gibt es eine kurze Warteliste, die dann geführt wird, wenn sich mehr Interessentinnen und Interessenten melden, als Plätze vorgehalten werden können.

6.3.2 unplugged – Das Beratungscafé

unplugged – Das Beratungscafé nimmt als Gemeindepsychiatrische Zentrum für junge Erwachsene eine Sonderrolle zwischen den Bereichen Freizeit, Kontaktstiftung und Tagesstruktur sowie Tagesstätte ein, da Aufenthalt und Teilnahme am Programm während der Öffnungszeiten ohne Anmeldung möglich ist. Das Beratungscafé hat sich mit seinem Angebot auf Menschen von 16 bis 27 Jahren spezialisiert, die klassischen Tagesstätten kaum als geeignete Hilfeform empfinden. Darüber hinaus kann Beratung, aber auch psychosoziale Betreuung über unplugged in Anspruch genommen werden. Schwerpunktthemen sind entsprechend der Zielgruppe u.a. Berufsfindung, Lebensplanung sowie Ablösung vom Elternhaus und Verselbständigung.

6.3.3 Perspektive der Tagesstätten

In jüngster Vergangenheit wird auf Grund neuer Rahmenbedingungen wie der UN-Behindertenrechtskonvention, veränderter Nutzerinnen- und Nutzerstruktur – z.B. finden junge psychisch erkrankte Menschen ihren Platz nicht in herkömmlichen Tagesstätten – und einer Nutzer-Studie durch den Landesverband der Psychiatrieerfahrenen Rheinland-Pfalz über notwendige konzeptionelle Anpassungen des Tagesstättenkonzepts diskutiert.

Der Landespsychiatriebeirat Rheinland-Pfalz hat dazu im November 2012 eine Empfehlung herausgegeben, die es auch für Mainz zu überprüfen gilt. Demnach sollen Tagesstätten Inklusion und Sozialraum stärker berücksichtigen,

- Ressourcen der Nutzerinnen und Nutzer mehr fördern
- Differenzierung und Personenzentrierung der Angebote vorantreiben
- den Fokus mehr auf Arbeit und Beschäftigung legen
- das Kontakt- und Beratungsstellenangebot niedrigschwelliger organisieren
- sich konsequenter auf ein Leben nach bzw. außerhalb der Tagesstätte ausrichten.

Zur Umsetzung der Forderungen müssten die Rahmenbedingungen ebenfalls angepasst werden. So werden die Kommunen aufgerufen, mehr Flexibilität in Bezug auf Besuchsturnus und -dauer zu ermöglichen und – wie in Mainz bereits eingeführt – die Belegung der Tagesstätten über Teilhabekonferenzen und eine Eingliederung der Tagesstätten in einen GPV zu realisieren. Dem Land wird in der Empfehlung nahegelegt, die Rahmenbedingungen für die Arbeit in der Tagesstätte zu fördern sowie die Tagesstättenvereinbarung zu überarbeiten und den aktuellen Anforderungen anzupassen. Dazu zählt die Flexibilität und Freiheit in der Angebotsgestaltung zu ermöglichen und z.B. die Mindestbesuchszeit aufzuheben sowie die Finanzierung und Hilfestellung sicherzustellen (Landespsychiatriebeirat, 2012).

Mainzer Tagesstätten und Angebote zur Tagesstruktur sind bereits jetzt sehr differenziert. Dies trifft insbesondere für bestimmte Nutzergruppen, aber auch für individuell gestaltbare zeitliche und inhaltliche Module zu. Die Auswirkungen der zu erwartenden Weiterentwicklungen auf die Leistungserbringer vor Ort bleiben abzuwarten, allerdings können sowohl die Umsetzung der oben benannten Aspekte als auch flexibilisierte Rahmenbedingungen zur Zukunftsfähigkeit des fachlich bewährten Tagesstättenangebots beitragen.

6.4 Psychosoziale Betreuung

Im Rahmen der ambulanten Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII werden in Mainz vor allem einzelfallbezogene Unterstützungsleistungen durchgeführt, die als Fachleistungsstunden gewährt werden. Grundlage ist eine integrierte Teilhabeplanung im Rahmen des Instruments „Integrierter Teilhabeplan“ (THP), die gemeinsam mit der hilfesuchenden Person erstellt wird. Formale Voraussetzung ist neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, die durch fachärztliche Bescheinigung nachzuweisen ist, die grundsätzliche Zuständigkeit des nachrangigen Sozialhilfeträgers. Der individuelle Bedarf wird dann in der Teilhabekonferenz für psychisch erkrankte Menschen zur fachlichen Empfehlung vorgestellt.

Die möglichen Inhalte der psychosozialen Einzelbetreuung sind sehr unterschiedlich. Die Schwerpunkte können in einem oder mehreren der folgenden Bereiche liegen:

- Umgang mit der Erkrankung / Psychische Befindlichkeit
- Medizinische und / oder fachärztliche Behandlung und Begleitung
- Selbstversorgung / Alltagskompetenzen
- Arbeit/Tagesstrukturierung
- Freizeitgestaltung / Interessen
- Familie / Soziale Kontakte

Vorrangige Ziele und konkret angestrebte Veränderungen werden gemeinsam unter Beachtung der Ressourcen und Einschränkungen des Klienten oder Klientin vereinbart und die möglichen nicht-psychiatrischen Hilfen berücksichtigt.

6.4.1 Leistungserbringung

Psychosoziale Betreuung für psychisch erkrankte Menschen kann erbracht werden durch:

- Caritasverband Mainz e.V.
- commit – Club Behinderter und Ihrer Freunde e.V.
- Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Mainz-Bingen (DRK)
- Gemeinnützige Gesellschaft für paritätische Sozialarbeit (GPS)
- Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen (gpe)
- Mission Leben – Evangelische Wohnungslosenhilfe
- Sozialtherapeutische Beratungsstelle / Betreuungsverein (SBB)
- Sozialdienst Metzger

Die acht Leistungserbringer des GPV begleiten in der psychosozialen Betreuung insgesamt 438 Einzelfälle, 233 Frauen und 205 Männer. Davon sind lediglich sechs Klientinnen und Klienten keine Mainzer Bürgerinnen und Bürger. 16 Menschen bezahlen diese Betreuungsleistung selbst, 86 erhalten zusätzlich noch andere Unterstützungsleistungen, wie Tagesstätte o.ä.

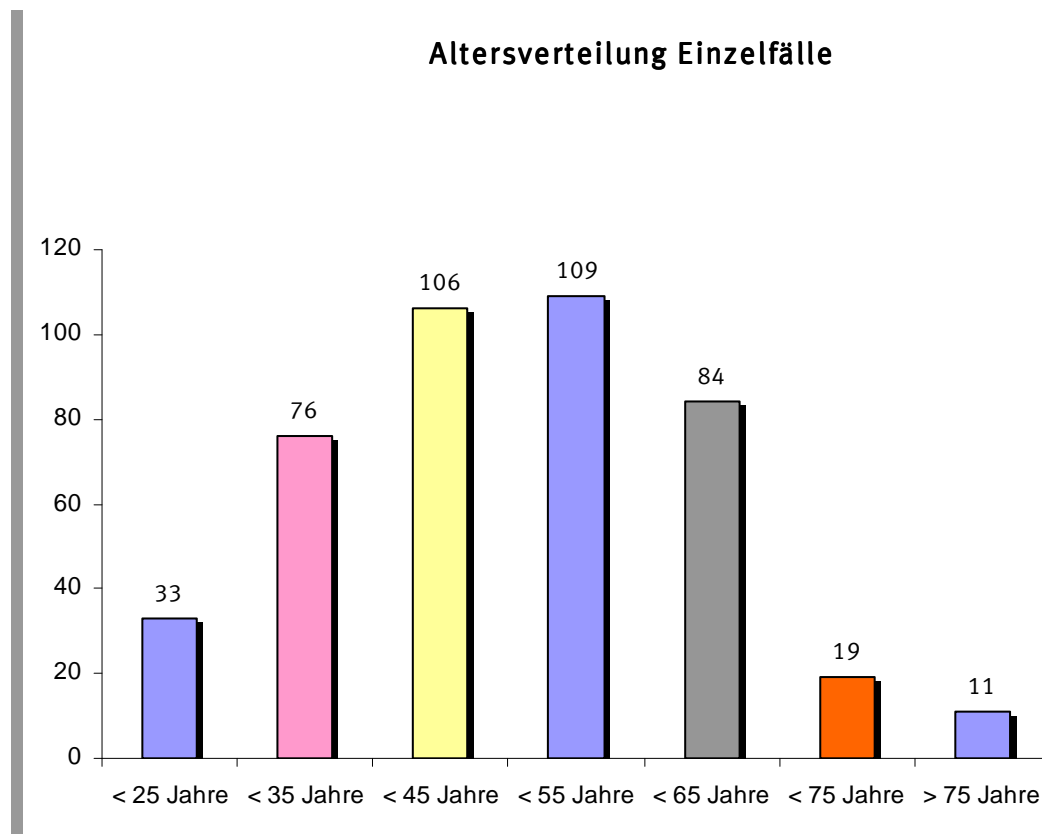


Abbildung: Altersverteilung Einzelfälle (Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie, 2012)

Darüber hinaus wurden in den beiden Wohnheimen der Evangelischen Wohnungslosenhilfe im Übergang vom Wohnheim in eine selbständige Wohnform psychosoziale Einzelfallhilfe erbracht. Dies ist möglich, wenn es sich um wohnungslose Menschen handelt, die psychiatrisch erkrankt sind und sie einen Anspruch auf Eingliederungshilfe haben. Der Wendepunkt, eine Anlaufstelle für wohnungslose Frauen, hat im Jahr 2011 acht Frauen psychosozial betreut, sieben Männer wurden durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Heinrich-Egli-Hauses, der Anlaufstelle für wohnungslose Männer, psychosozial betreut.

Das Amt für Soziale Leistungen hat im Jahr 2011 insgesamt 74.100 Fachleistungsstunden für 405 Menschen finanziert. Zehn Personen wurden außerhalb von Mainz betreut.

Seit 2008 besteht in der Bundesrepublik Deutschland ein Rechtsanspruch auf das Persönliche Budget. Durch die Leistungsform des Persönlichen Budgets soll das Wunsch- und Wahlrecht der Menschen mit Behinderungen gestärkt werden. Es handelt sich auch hierbei um eine Teilhabeleistung der Eingliederungshilfe, jedoch kann diese über das Persönliche Budget direkt von dem Leistungsempfänger, der -empfängerin bei Leistungserbringern abgerufen werden, Grundlage ist eine Zielvereinbarung zwischen dem Menschen mit Behinderungen und dem Kostenträger. Inhaltliche Vorgaben und Regelungen sind im § 17 SGB IX und in der Budgetverordnung (BudgetV) festgelegt.

In Mainz erhalten 112 Menschen Leistungen über das Persönliche Budget. In Anspruch genommen werden hier vorrangig Leistungen zur Tagesstruktur und -gestaltung.

Psychosoziale Assistenzleistungen im Rahmen von Persönlicher Budgets werden in Mainz auch von einigen wenigen selbständigen Anbietern erbracht, die keine Mitglieder im GPV sind. Auch hier wurden Daten abgefragt, der Rücklauf war jedoch nicht umfassend:

Zwei Anbieter haben zurückgemeldet, dass sie insgesamt 16 Klientinnen und Klienten psychosoziale Assistenz im Rahmen des persönlichen Budgets anbieten, fünf Frauen und 13 Männer. Die Altersverteilung ist über die gesamte Bandbreite zwischen 18 und 65 Jahren, über 65 Jahren werden in diesem Bereich keine Hilfen gewährt. Der Umfang der Begleitung liegt im Durchschnitt bei vier Stunden in der Woche. Annähernd ein Drittel der Klientel nimmt noch ein oder mehrere Angebote anderer Leistungserbringer, wie z.B. Tagesstätte, in Anspruch.

6.5 Betreutes Wohnen

Betreutes Wohnen steht für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung offen, die mit anderen Menschen oder mit regelhafter Unterstützung leben möchten. Es geht dabei um individuell abgestimmte Hilfen, die ein selbständiges und eigenverantwortliches Leben ermöglichen sollen. Ziel ist es, die Teilhabe des Einzelnen am gesellschaftlichen Leben zu sichern. Dazu kann Unterstützung und Begleitung in der eigenen Wohnung, im gemeinsamen Wohnraum mit dem Partner bzw. der Familie oder aber in Wohngemeinschaften gewährleistet werden.

In der Regel werden die Kosten für das Betreute Wohnen durch das Land Rheinland-Pfalz und die Stadt Mainz getragen. Neben der vorliegenden Erkrankung ist Voraussetzung dafür, dass ein Antrag gestellt und der individuelle Teilhabebedarf festgestellt wurde. Werden bestimmte Einkommens- oder Vermögensgrenzen überschritten, kann es zu einer Beteiligung an den Kosten kommen. Im Sinne der "Hilfe zur Selbsthilfe" soll Betreutes Wohnen entwicklungsfördernd ausgerichtet sein, dadurch erhält der Hilfe suchende Mensch so viel Begleitung und Unterstützung wie nötig, jedoch so wenig wie möglich. Der Betreuungsschlüssel im Betreuten Wohnen beträgt 1:12 und es werden so viele Plätze bereitgestellt, wie genehmigt wurden. Die Bezeichnung „Plätze“ bezieht sich allerdings auf den Maßnahmetypen, nicht unbedingt auf ein gleichzeitig bestehendes Wohnraumangebot. In bereits bestehendem, privatem Wohnraum kann betreutes Wohnen ebenso durchgeführt werden. In Mainz werden nach dem öffentlich-rechtlichen Vertrag gemäß § 53 ff SGB XII Rheinland-Pfalz von fünf Anbietern des GPV Plätze im ambulant betreuten Einzelwohnen, Paar- bzw. Familienwohnen oder in Wohngruppen vorgehalten: Gesellschaft für Psychosoziale Einrichtungen, Sozialtherapeutische Beratungsstelle / Betreuungsverein, Caritasverband, Deutsches Rotes Kreuz und commit Club.

Insgesamt werden nach Angaben der Leistungserbringer 101 Menschen im Betreuten Wohnen betreut, davon leben 54 Menschen in Wohngemeinschaften. Die Frage, wie viele der betreuten Menschen Mainzer Bürgerinnen und Bürger sind, wurde nicht von allen Anbietern beantwortet. Drei Leistungserbringer, die insgesamt 49 Klienten im Betreuten Wohnen begleiten, gaben die Anzahl mit Bürgerinnen und Bürgern aus anderen Kommunen mit elf an, weniger als ein Viertel der Plätze. Es gibt in diesem Bereich insgesamt fünf Selbstzahlerinnen und -zahler.

Die Nachfrage nach betreuten Wohnangeboten ist jedoch grundsätzlich höher, als die freien Plätze. Bei der Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie wird monatlich aktualisiert eine Synopse der Wartelisten aus dem GPV geführt. Diese wird durch die Leistungsanbieter nach Anfragedatum und Dringlichkeit abgearbeitet. Zum Juni 2012 gab es 18 Anfragen aus der Versorgungsregion sowie vier aus anderen Regionen. Eine durchschnittliche Wartezeit kann nicht ermittelt werden, aber mindestens zwölf Personen haben bereits in den drei Vormonaten ihr Interesse angemeldet. Insbesondere der Wunsch nach Gruppenwohnformen steht hierbei im Vordergrund. Die hohe Nachfrage scheint auch in der Folge bestehen zu bleiben.

Begründet werden kann dieses große Interesse einerseits durch die schlechte Lage am Mainzer Wohnungsmarkt, zu dem psychisch erkrankte Menschen faktisch keinen Zugang haben, wenn sie bei der Wohnungssuche nicht unterstützt werden und die selbst unter diesen Umständen erschwert ist, da sie häufig in einer finanziell prekären Situation leben. Andererseits sind einige der Hilfesuchenden sozial isoliert und möchten nicht weiter alleine leben, auch benötigen sie eine fachliche Unterstützung in betreuten Wohngruppen, um alltagspraktische Fähigkeiten und sozialen Umgang einzuüben sowie Kommunikation zu reflektieren. Schließlich benötigt eine kleine Anzahl an Wartenden auf Grund gravierender krankheitsbedingter Einschränkungen eine intensivere und engmaschige Begleitung, um ambulant leben zu können. Dies kann in den bestehenden Wohngruppen nicht flächendeckend sichergestellt werden, da eine ausgewogene Zusammenstellung der Mitbewohnerinnen und -bewohner für die Lebensqualität wichtig ist. Hier wird ein Handlungsbedarf an kooperativer Angebotsentwicklung sichtbar, da die Nachfrage nicht ausreichend gedeckt werden kann.

6.6 Wohnheimversorgung

Das Haus am Landwehrweg (HAL), eine Einrichtung der Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit, ist das einzige ausgewiesene Wohnheim für psychisch erkrankte Menschen in der Stadt Mainz. Es bietet eine Grundversorgung mit abgestuften, am Bedarf orientierten Unterstützungsmöglichkeiten, die von der Selbstversorgung bis zur Vollversorgung, über hauswirtschaftliche Leistungen bis zum Medikamentendienst reichen kann. In einem Wohnheim sind die Gewährleistung einer der Erkrankung angemessenen Förderung, Betreuung, Unterstützung und Pflege sowie eine weitgehende psychosoziale Rehabilitation und gesellschaftliche Integration vorrangige Ziele. Dazu wird ein Schwerpunkt auf das Training lebenspraktischer Fähigkeiten gelegt, das Zusammenleben mit anderen Menschen kann darüber hinaus kommunikative Fähigkeiten und soziale Kompetenzen stärken. Ein Aufenthalt im Wohnheim ist grundsätzlich nicht auf Dauer angelegt, häufig ist er nur eine Zwischenstation, um nach einer schweren Krise im strukturierenden Rahmen eine psychische Stabilisierung zu erfahren.

Das Haus am Landwehrweg hat 34 Plätze, davon sind neun in den drei bestehenden Außenwohngruppen zu finden. 25 Plätze sind mit Mainzer Bürgerinnen und Bürgern belegt, die übrigen von Menschen aus anderen Regionen.

Es gibt eine Warteliste, die i.d.R. nach Dringlichkeit abgearbeitet wird. Die Nachfrage nach dieser stationären Wohnform liegt jedoch konstant über den Aufnahmekapazitäten, einige der Interessentinnen und Interessenten weichen auch aus diesem Grund auf umliegende Wohnheime aus. Geplante Aufnahmen in Wohnheimen werden in der Teilhabekonferenz besonders aufmerksam auf ihre Notwendigkeit hin betrachtet und wie die anderen Hilfeformen auch immer mit einem Überprüfungsdatum versehen. Dies ist auf der einen Seite dem richtigen Grundsatz „Ambulant vor Stati-

onär“ geschuldet, der notwendige Betreuungsleistungen auch im eigenen Lebensfeld ermöglichen soll, auf der anderen Seite soll der psychisch erkrankte Mensch auch nur wirklich dann in diese enge Betreuungsform wechseln, wenn es fachlich angezeigt ist und die Einschränkungen durch die Erkrankung es sinnvoll erscheinen lassen, denn schließlich wird seine Autonomie zumindest vorübergehend und in einigen Bereichen durch diese Hilfeform eingeschränkt.

Nicht explizit erhoben wurde die Anzahl der psychisch erkrankten Menschen in Mainz, die stationär in Einrichtungen der Altenhilfe wohnen. Aus einem fachlichen Austausch heraus mit den Wohneinrichtungen der Altenhilfe für Menschen über 65 Jahre in Mainz, kann von einer nicht unerheblichen Anzahl psychisch erkrankter Bewohnerinnen und Bewohner ausgegangen werden, insbesondere wenn gerontopsychiatrische Diagnosen einbezogen werden. Weiterhin ist davon auszugehen, dass psychisch erkrankte und pflegebedürftige Menschen, die auf Grund vielfältiger Einschränkungen den Rahmen einer beschützten Wohnform benötigen, mangels Alternativen auch in Einrichtungen der Altenhilfe aufgenommen werden, obwohl diese einen Anspruch auf Eingliederungshilfemaßnahmen hätten. Initiiert werden diese Aufenthalte häufig von gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer, die im Sinne ihres Klientels nach praktikablen Lösungen suchen.

Ebenfalls nicht genau beziffert werden kann die Anzahl der psychisch erkrankten Menschen in Mainz, die stationär in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe leben. Die stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe werden nach § 67 SGB XII „Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten“ finanziert. Es ist davon auszugehen, dass eine Großzahl der Bewohnerinnen und Bewohner eine oder mehrere psychische Problemlagen bzw. Erkrankungen aufweisen, auch wenn sie sich keiner Diagnostik oder Behandlung unterzogen haben. Bei einer vorliegenden Behinderung kombiniert mit komplexen Problemlagen und der Wohnungslosigkeit besteht im Einzelfall die Möglichkeit, die Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe zu erbringen.

Für das Heinrich-Egli-Haus (eine Einrichtung für Männer) ist bekannt, dass dort 13 Personen stationär im Rahmen der Eingliederungshilfe für seelisch, körperlich oder geistig behinderte Menschen leben. Vom Wendepunkt, der Anlaufstelle für wohnungslose Frauen, wurde zurückgemeldet, dass von den 32 stationär aufgenommen Frauen zwölf psychische Probleme hatten, angefangen von Angstneurosen, Depressionen bis zur Schizophrenie und Borderline Persönlichkeitsstörungen. Die Anfragen psychisch erkrankter und wohnungsloser Frauen nach diesem Angebot übersteigen jedoch die Kapazitäten und auch die fachlichen sowie räumlichen Möglichkeiten. 24 Frauen konnten im Jahr 2012 nicht aufgenommen werden.

Hier besteht Handlungsbedarf, da diese Frauen in der Obdachlosigkeit landen oder auf andere Städte ausweichen müssen, da in ihrem ursprünglichen Umfeld keine Möglichkeiten angeboten werden können. Eine gemeindenahere Versorgung kann hier nicht sichergestellt werden. Im Kapitel zu den Handlungsfeldern wird die Zielgruppe psychisch erkrankter wohnungsloser Menschen daher nochmals aufgegriffen.

6.7 Hilfen der Eingliederungshilfe außerhalb der Kommune

Zur Bewilligung von Hilfen außerhalb der Kommune können verschiedene Gründe führen.

So kann es sein, dass im Zuge eines Umzugs des Hilfeempfängers / der Hilfeempfängerin weiterhin begründete Unterstützungsleistungen des bisher zuständigen Kostenträgers gewährt werden. Hier liegt das Wunsch und Wahlrecht zugrunde, das es Menschen mit Behinderungen erlaubt, dort zu leben, wo sie möchten. Allerdings kann es auch sein, dass bestimmte Hilfeangebote nicht in der Region vorgehalten werden (können), dies ist z.B. bei bestimmten beruflichen Leistungen der Fall oder aber auch für bestimmte Zielgruppen, wie chronisch mehrfach abhängige Menschen. Weiterhin ist anhand der oben aufgeführten Zahlen zu erkennen, dass die Anzahl der stationären Wohnheimplätze für die Stadt Mainz gemessen an der Nachfrage nicht ausreichend ist, was auch zu einem Umzug in eine andere Region führen kann. Gemessen am Ziel der gemeindenaheren Versorgung ist

dies eine Problematik, die nicht zu unterschätzen ist und im Kapitel zu den Handlungsfeldern unter verschiedenen Aspekten nochmals aufgegriffen wird.

Nach den Daten der Abteilung Hilfe in Heimen leben derzeit insgesamt 95 Menschen aus der Zielgruppe außerhalb von Mainz in stationären Wohnheimen, davon erhalten 27 Menschen zusätzlich Hilfen zur Tagesstruktur.

Nachfolgend ist die Verteilung der Heimplätze auf das Bundesgebiet anhand der Postleitzahlenbereiche ersichtlich:

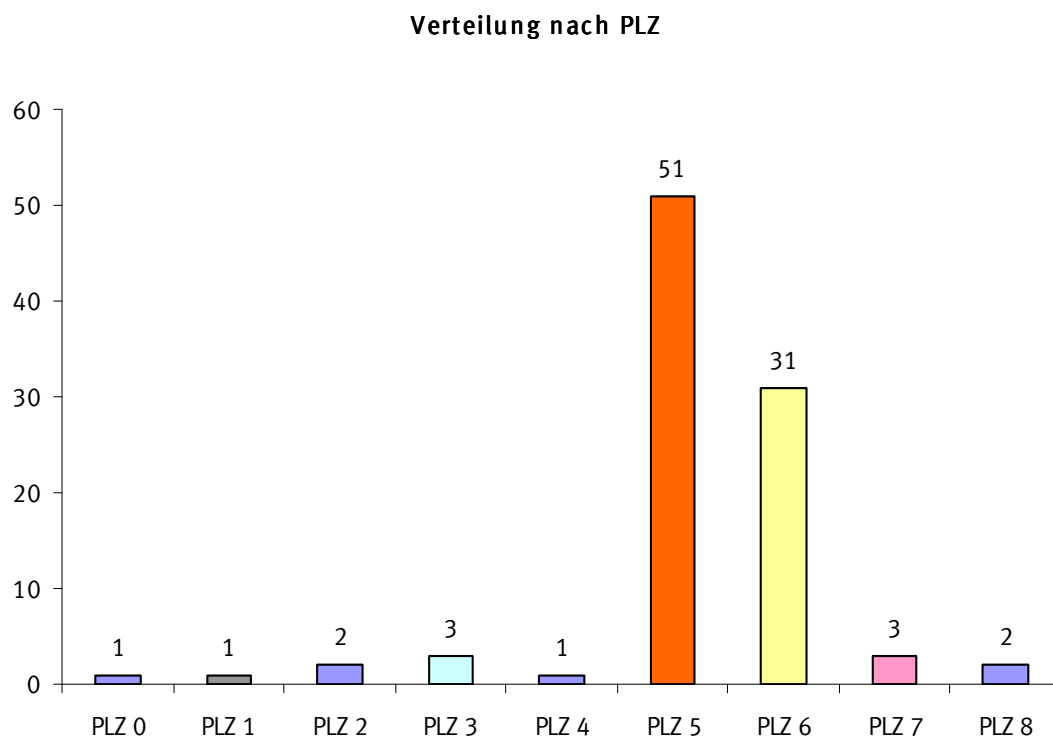


Abbildung: Verteilung der Heimbewohnerinnen und -bewohner nach Postleitzahlen (Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie, 2012)

Weiterhin werden drei Tagesstättenplätze und 15 Plätze im ambulant betreuten Wohnen außerhalb von Mainz finanziert.

Im angrenzenden Landkreis Mainz-Bingen ist das Wohnheim von Zoar – Rheinhesisches Diakoniezentrum für seelisch Behinderte in Heidesheim eine wichtige Anlaufstelle für Mainzer Bürgerinnen und Bürger. Auf dem Gelände wird neben dem Wohnbereich auch eine Werkstatt für psychisch erkrankte Menschen (s. nächsten Abschnitt) vorgehalten, eine Wohnabteilung ist auf Pflegebedarfe spezialisiert, eine Wohneinheit ist speziell für suchtkranke Menschen ausgerichtet und es besteht das Angebot einer intensiv betreuten Wohngruppe für junge Erwachsene. Die Bewohnerinnen und Bewohner schätzen einerseits die relative Nähe zu Mainz, aber auch die Möglichkeit, sich aus dem Stadtleben herauszuhalten und Abstand zu ihrem sozialen Umfeld zu erlangen. Wie bereits erwähnt, ist Zoar ständiges Gastmitglied im GPV Mainz.

Insgesamt verfügt das Wohnheim über 152 Plätze, 109 davon werden durch Männer, 43 durch Frauen belegt.

Über die Eingliederungshilfe der Stadt Mainz wurden dort zum Erhebungszeitpunkt 21 Menschen der Aufenthalt finanziert. Davon leben drei Personen in Außenwohngruppen.

6.8 Teilhabe am Arbeitsleben

Bereits bei der Planung der alltagspraktischen- und wohnraumsichernden Hilfen wurde in Mainz deutlich, dass der Bereich Arbeit und Beschäftigung für psychisch erkrankte Menschen besondere Aufmerksamkeit verdient. Im Mittelpunkt stehen hierbei die Integration in die Gesellschaft und die Entwicklung von individuellen Potenzialen. „Arbeit stellt auch eine wichtige therapiesichernde Unterstützung und Rückfallprophylaxe dar, denn ohne Arbeit bzw. „Tätigsein“ werden erfolgreich durchlaufene medizinische und psychosoziale Maßnahmen in Frage gestellt. Dabei gilt es, den Fokus nicht allein auf den etablierten Arbeitsmarkt zu beschränken. Es geht vor allem darum, gemeinsam mit den psychisch erkrankten Menschen individuelle Formen sinnvoller Tätigkeit zu finden und sie in der Ausübung zu unterstützen“ (Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz, 2009). Leider bestehen vor Ort keine Möglichkeiten, eine berufliche stationäre Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Krankenversicherung, der privaten Krankenversicherung, der Rentenversicherung oder der Arbeitsverwaltung durchzuführen, so dass Menschen, die darauf einen Anspruch haben, Mainz verlassen müssen.

Im GPV wurde die Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen (gpe) mit der Ausgestaltung von verschiedenen Beschäftigungs- und Arbeitsmöglichkeiten für den Personenkreis psychisch erkrankter Menschen – und auch für Menschen mit anderen Einschränkungen – betraut. Im Laufe der Jahre hat sich aus einem ersten Angebot ein differenziertes System entwickelt, das aus vielen Tätigkeitsfeldern Auswahl bietet. Vorausgreifend kann festgehalten werden, dass Mainzer Bürgerinnen und Bürger mit einer psychischen Erkrankung, und die nicht mehr oder noch nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig werden können, auf eine Vielzahl von verschiedenen und interessanten Arbeitsangeboten zurückgreifen können und eine Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Angeboten gegeben ist. Das ist für Kommunen dieser Größenordnung nicht selbstverständlich. Die Konzentration auf einen einzigen Leistungsanbieter im Arbeitsbereich könnte in Einzelfällen, in denen ein angespanntes Verhältnis zwischen psychisch erkranktem Arbeitnehmer bzw. erkrankter Arbeitnehmerin und diesem Anbieter herrscht, problematisch werden, allerdings besteht hier eine grundsätzliche Offenheit, individuelle Lösungen zu suchen.

Im folgenden Abschnitt werden alle bekannten Angebote aus dem Arbeitsbereich beschrieben, auch diejenigen, die nicht kommunal finanziert werden. Weiterhin werden die Inanspruchnahme sowie die Grenzen und Problemlagen basierend auf den zur Verfügung gestellten Informationen des Leistungserbringers dokumentiert.

6.8.1 Service Center

Das Service Center ist eine Werkstatt für psychisch erkrankte Menschen (WfbM), die über die Eingliederungshilfe finanziert wird.

Die 256 Plätze sind durch 143 Männer und 113 Frauen belegt. 203 Beschäftigte kommen aus Mainz, 53 aus anderen Regionen. Rund 160 der Personen ist zwischen 35 und 55 Jahre alt, 30 Beschäftigte sind über 55 Jahre alt.

Im Berufsbildungsbereich geht es in den ersten zwei Jahren um berufliche Rehabilitation: Wiederherstellung der Grundarbeitsfähigkeit, Qualifikation und berufliche Zukunftsgestaltung. Wer nach diesen zwei Jahren beruflicher Rehabilitation den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes (noch) nicht gewachsen ist, kann im ServiceCenter in eine dauerhafte Beschäftigung wechseln.

An fünf Standorten in Mainz werden Produkte und Dienstleistungen von Werkstattbeschäftigten gefertigt und erbracht. In Hechtsheim gibt es eine Buchbinderei, einen Fahrdienst, die „INN – Küche“ (Catering), einen Hausservice, die Küche Rheinhessenstraße (Kindergarten- und Schulpflege), einen Montage- und Verpackungsservice und „druck+schicks“. Im „Service4u“ sind eine Schneiderei, eine Schreinerei sowie eine Textilpflege angesiedelt. Die Außenarbeitsgruppen befin-

den sich im „Gast Hof Grün“ in der Neustadt und in der Wäschepflege in Drais. Darüber hinaus sind im Stadtgebiet betriebsinterne Werkstattarbeitsplätze verteilt, die in der Regel mit einem Praktikum beginnen. Sie eröffnen die Perspektive einer dauerhaften Anstellung, auch unterstützt durch das rheinland-pfälzische Budget für Arbeit, und werden durch Fachanleiterinnen und -anleiter der Werkstatt begleitet. Rund 15 Prozent der Werkstattplätze sind „Außenarbeitsplätze“ in Betrieben des ersten Arbeitsmarktes.

6.8.2 natürlich, INNdependence, CAP-Märkte

Die Integrationsbetriebe „Natürlich“, „INNdependence“ und die beiden „CAP-Märkte“ gehören ebenfalls in das Leistungsangebot der gpe, hier arbeiten Menschen mit und ohne Behinderungen in allen Bereichen zusammen. Eine Behinderung schließt Menschen nicht automatisch aus dem ersten Arbeitsmarkt aus. Die Art oder Schwere der Einschränkung kann es notwendig machen, das betriebliche und soziale Umfeld am Arbeitsplatz den individuellen Möglichkeiten anzupassen.

Integrationsbetriebe nehmen auf die behinderungsbedingten Einschränkungen der jeweiligen Person Rücksicht und müssen dennoch als marktfähiges Wirtschaftsunternehmen konkurrenzfähig sein. Dieser doppelte Anspruch führt zu „sozialen Unternehmen“, in denen Menschen mit und ohne Behinderungen zusammen arbeiten – mit Arbeitsvertrag und unter ganz realen Marktbedingungen. Dauerhafte Ausgleichszahlungen des Integrationsamtes helfen Wettbewerbsgleichheit herzustellen – zwischen Betrieben, die Menschen mit Behinderungen beschäftigen und Betrieben, die keine beschäftigen.

„Natürlich“ ist ein Bio- und Naturkostladen in der Mainzer Neustadt, der zusätzlich zum Lebensmittel- und Drogeriewarensortiment ein kleines Bistro unterhält. Hier sind acht Menschen mit einer Behinderung beschäftigt.

Das INNdependence ist ein nahezu barrierefreies Hotel in der Mainzer Oberstadt, im dem Tagungen abgehalten werden können, zudem sind dort ein Restaurant und ein Cateringservice angesiedelt. Zehn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer Behinderung gehen hier ihrer Arbeit nach.

Die beiden CAP-Märkte sind Supermärkte mit Waren des täglichen Gebrauchs, in Weisenau sind sechs, in Jugenheim vier behinderte Menschen unter der Mitarbeiterschaft.

In allen vier Integrationsbetrieben liegt der Anteil an psychisch erkrankten bzw. seelisch behinderten Menschen bei ca. 70%.

6.8.3 ATRIUM

Im ATRIUM, dem Zentrum für Arbeitsdiagnostik, Rehabilitation und Berufswegebegleitung sind unterschiedliche Bausteine angesiedelt:

- BIMA – Berufliche Integrationsmaßnahme (SGB III und SGB VI)
- DIA-AM – Diagnose der Arbeitsmarktfähigkeit (SGB XII)
- INDoc – Individuelle Diagnose-, Orientierungs- und Coachingmaßnahme
- Praxis für Ergotherapie (SGB V)
- BGM – Betriebliches Gesundheitsmanagement
- SIL – Sozial-integrative Leistungen (SGB II)

Es bietet „individuelle Leistungen der Beratung, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation stundenweise für einen begrenzten Zeitraum von wenigen Wochen bis hin zu Vollzeitmaßnahmen von zwölf Monaten gestuft und maßgeschneidert“ (Gesellschaft für Psychosoziale Einrichtungen, 2012).

24 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den unterschiedlichsten Berufsgruppen sind dort tätig, in der Hauptsache aus den Bereichen Psychologie, Ergotherapie, Pädagogik und Sozialpädagogik.

6.8.4 Berufliche Integrationsmaßnahme – BIMA

Die „BIMA“ ist eine Berufliche Integrationsmaßnahme für Menschen mit einer psychischen oder somatischen Beeinträchtigung, die Ihren Weg wieder zurück ins Arbeitsleben finden möchten. Sie dient der psychischen Stabilisierung, der beruflichen Um- oder Neuorientierung und der Integration auf den ersten allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Maßnahme erstreckt sich über ein Jahr und gliedert sich in eine viermonatige Seminar- und Orientierungsphase und eine achtmonatige betriebliche Phase. Es stehen 60 Plätze zur Verfügung.

Zum 31.12.2011 waren dort 43 Teilnehmerinnen und Teilnehmer angemeldet, 22 Männer, 27 Frauen, voranging im Alter zwischen 25 und 45 Jahren. 23 Personen kamen aus Mainz, 26 aus anderen Kommunen. 33 konnten die Maßnahme regulär beenden, fünf konnten noch während der Maßnahme eine Arbeit aufnehmen, neun haben aus krankheitsbezogenen Gründen die Maßnahme beendet, zwei Verlängerungen standen an. In vielen Fällen wurden begleitende Dienste oder andere Unterstützungsmöglichkeiten empfohlen.

Es wird von einer zunehmenden Erschwernis berichtet, passgenaue und geeignete Praktikumsplätze zu finden. Die Vermittlungsquote auf den ersten allgemeinen Arbeitsmarkt ist schwankend und reicht von 22% - 77% pro BIMA-Staffel und ist u.a. abhängig von der Stabilität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Im Großen und Ganzen sind diese aber sehr engagiert und motiviert.

Unter dem Teilnehmerkreis sind alle Diagnosengruppen nach ICD 10 vertreten: affektive Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Psychosen, neurotische Störungen, sowie Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren. Die Kooperation mit den Kostenträgern Agentur für Arbeit Mainz, Wiesbaden, Deutsche Rentenversicherung Bund Mainz / Wiesbaden und Frankfurt wird als sehr gut beschrieben. Problematisch sei die Unterversorgung im Bereich ambulanter Psychotherapie, die insbesondere den Maßnahme-Abbrechern empfohlen wurde, aber schwer einzuleiten ist.

6.8.5 Diagnose der Arbeitsmarktfähigkeit – DIA-AM

Die „DIA-AM“ – Diagnose der Arbeitsmarktfähigkeit – dient der Feststellung der Arbeitsmarktfähigkeit und einer Empfehlung für die Gestaltung beruflicher Perspektiven. Zielgruppe sind arbeitslose Erwachsene mit seelischen Problemen und Menschen mit einer Lernstörung bzw. Intelligenzminderung. Die Vermittlung geschieht über die Reha-Berater der Agentur für Arbeit.

Die durchschnittliche Maßnahmedauer liegt bei zwölf Wochen. Es gibt zehn Plätze, von denen $\frac{3}{4}$ Mainzerinnen und Mainzern zur Verfügung steht, der anderen werden aus Wiesbaden belegt.

Zum Stichtag 31.12.2011 haben fünf Teilnehmer und eine Teilnehmerin an der Maßnahme teilgenommen. Alle kamen zu diesem Zeitpunkt aus Wiesbaden. Die Zusammenstellung der Gruppe kann bei Alter, Geschlecht und Herkunft stark variieren. Tendenziell liegt das Alter bei unter 35 Jahren und es gibt einen leichten Überhang an männlichen Teilnehmern.

In der Regel endet die Maßnahme regulär nach dem vorgegebenen Zeitraum von zwölf Wochen. Ein vorzeitiges Maßnahmeende aufgrund von Erkrankung bzw. fehlender Kooperationsbereitschaft kommt nur selten vor. Eine vorzeitige Zielerreichung liegt vor, wenn eine frühzeitige Aussage über die fehlende Arbeitsmarktfähigkeit getroffen werden kann. Hauptdiagnosengruppen sind Intelligenzminderung, affektive Störungen, Psychosen, Entwicklungsverzögerung, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

Es handelt sich bei „DIA-AM“ um ein arbeitsdiagnostisches Instrument für ca. 10% der Personen, die einen Antrag auf Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der Agentur für Arbeit gestellt haben und bei denen noch unklar ist, welches rehabilitative Angebot passend ist. Neben der reinen Arbeits- und Leistungsdiagnostik geht es auch bei der „DIA-AM“ um die Identifikation von psychiatrischen, psychosozialen und psychotherapeutischen Hilfebedarfen und ihrer Anbahnung.

Als größten Nutzen wird die Möglichkeit der passgenauen Vermittlung in weiterführende Maßnahmen empfunden, da so Mißerfolgserlebnisse wegen Fehlvermittlung oder unbefriedigter Hilfe- und Behandlungsbedarfe vermieden werden können. Darüber hinaus kann „DIA-AM“ auch positive Effekte auf die mögliche Akzeptanz des Berufsbildungsbereiches einer Werkstatt für behinderte Menschen haben, sofern der Rehabilitationsbedarf dort liegt, der Rehabilitand, die Rehabilitandin und /oder das familiäre System dies jedoch ablehnt.

6.8.6 Individuelle Diagnose-, Orientierungs- und Coachingmaßnahme – INDoc

Die INDoc – Individuelle Diagnose-, Orientierungs- und Coachingmaßnahme – bietet in einem Zeitraum von maximal vier Monaten langzeitarbeitslosen Menschen mit psychischen und psychosozialen Problemen die Möglichkeit, ihre beruflichen Interessen, fachlichen und sozialen Fähigkeiten, persönlichen Ressourcen und Beeinträchtigungen festzustellen. Zusätzlich werden dabei möglicherweise bestehende vermittlungs- oder qualifizierungshemmende, aber auch psychosoziale oder medizinische Hilfebedarfe berücksichtigt und entsprechende Hilfe angebahnt. Es stehen 24 Plätze zur Verfügung.

Zum 31.12.2012 haben 23 Menschen an INDoc teilgenommen, davon zehn Männer und 13 Frauen, die meisten waren unter 35 Jahren alt. Zwölf kamen aus Mainz, elf aus anderen Kommunen.

Die InDoc-Maßnahme im Auftrag der Stadt Mainz lief im April 2012 nach insgesamt fünfjähriger Laufzeit in der gpe aus finanziellen Gründen aus. Sie war danach erneut mit einer Laufzeit von sieben Monaten und einer sehr kurzfristigen Verlängerungsoption ausgeschrieben.

Auch wenn die Maßnahme derzeit für Mainzer Bürgerinnen und Bürger nicht mehr zur Verfügung steht, wurde sie in die Berichterstattung aufgenommen, denn sie zeigt sich als gut geeignete Maßnahme, um im Kontext der Überprüfung der Arbeitsfähigkeit Menschen mit diversen psychischen und psychosozialen Problemlagen zu erreichen und für geeignete Schritte zu motivieren sowie dabei zu begleiten.

Für den Landkreis Mainz-Bingen bilden drei Diagnosegruppen den Schwerpunkt:

- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (Impulskontrollstörungen, nicht substanzgebundene Süchte) mit 26%
- Affektive Störungen (Depression, Manie, bipolare Störung) mit 24%
- Neurologische Erkrankungen (Epilepsie, frühkindliche Hirnschädigung, Tumore...) mit 21%

Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend und Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen (Ess- oder Schlafstörungen) werden mit jeweils 8% beziffert.

6.8.7 Sozial-integrative Leistungen –SIL

„SIL“ – Sozial-integrative Leistungen – werden in einer Bietergemeinschaft mit dem Caritasverband angeboten. Es handelt sich um eine reine Clearingmaßnahme für Menschen, die sich im Bezug von ALG II befinden und deren Integration auf den ersten Arbeitsmarkt aus gesundheitlichen und / oder persönlichen Problemlagen erschwert ist. Die durchschnittliche Maßnahmedauer beträgt drei Monate in drei Modulen mit max. 30 Fachleistungsstunden. Es stehen zehn Plätze pro Leistungserbringer zur Verfügung.

Zum 31.12.2011 waren bei der gpe acht Plätze mit sechs Teilnehmern und zwei Teilnehmerinnen belegt. Niemand war über 55 Jahren alt.

Eine Maßnahme wurde vorzeitig beendet, die anderen regelhaft. In vielen Fällen konnten individuelle Problemlagen identifiziert werden, die zu weiterführende Empfehlungen geführt haben, hier sind u.a. ambulante psychiatrische Behandlung und Psychotherapie zu nennen, aber auch Vermitt-

lung in die Suchtberatung, Psychotherapie oder die Eingliederungshilfe. Auch hier gibt es besonders im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich Probleme, eine Behandlung in die Wege zu leiten. Die Nachfrage nach „SIL“ ist grundsätzlich sehr groß, die Anbieter arbeiten mit einer Warteliste, die Wartezeit liegt bei acht bis zwölf Wochen.

6.8.8 Café Forster

Weiterhin betreibt die Gesellschaft für Psychosoziale Einrichtungen im Naturkundemuseum das Café Forster, das ausschließlich über das Budget für Arbeit finanziert wird und für Menschen offensteht, die ansonsten in einer Werkstatt für behinderte Menschen arbeiten würden. Finanziert wird das Budget für Arbeit zu gleichen Anteilen von den Kommunen und vom Land Rheinland-Pfalz im Rahmen der Eingliederungshilfe. Es handelt sich um eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Derzeit arbeiten zwei Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung im Café Forster, geplant sind fünf Beschäftigungsverhältnisse.

6.8.9 Integrationsfachdienst

Auch wenn die regional tätigen Integrationsfachdienste (IFD) des Vereins für Teilhabe und Integration am Leben e.V. für den Bereich Begleitung und des Zentrums für selbstbestimmtes Leben für den Bereich Vermittlung nicht Mitglied im GPV sind, sollen sie auf Grund ihrer Schlüsselrolle hier aufgeführt werden.

Integrationsfachdienste werden im Auftrag des Integrationsamtes, den Agenturen für Arbeit sowie der Rehabilitationsträger tätig. Zu den Aufgaben der Integrationsfachdienste gehört es, schwerbehinderte und behinderte Beschäftigte und Arbeit suchende Menschen zu beraten, zu unterstützen und zu begleiten, um einen geeigneten Ausbildungs- oder Arbeitsplatz zu finden oder zu erhalten. Sie stehen darüber hinaus Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern und dem betrieblichen Integrationsteam als Ansprechpartner zur Verfügung, um sie umfassend zu informieren, zu beraten und zu unterstützen (Landesamt für Jugend, Soziales und Versorgung Rheinland-Pfalz, o.A.).

Die Wichtigkeit eines Unterhalt sichernden Arbeitsplatzes, der Selbstbestätigung ist und Sinn stiftet, ist für die psychische Gesundheit und Stabilität existenziell. Für psychisch erkrankte Menschen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen und dort auf krankheitsbedingte Schwierigkeiten treffen, ist der Integrationsfachdienst „Begleitung“ in Mainz daher eine sehr wichtige Anlaufstelle.

Im Jahr 2011 wurde die Beratung immerhin von 50 Menschen mit einer psychischen Erkrankung in Anspruch genommen, in einer Vielzahl der Fälle konnte der Arbeitsplatz durch diese Unterstützung gehalten werden und der Übergang in eines der Sozialsysteme verhindert werden.

Ursprünglich als Psychosoziale Dienste in den 1980ern eigens für die Berufsbegleitung von psychisch erkrankten Menschen gegründet, liegt die gesetzliche Grundlage von Integrationsfachdiensten inzwischen im SGB IX – Sozialgesetzbuch über die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Diese Verortung begründet die derzeitige Vorgabe, den Integrationsfachdienst nur für Menschen mit einer anerkannten Behinderung zugänglich zu machen. Rheinland-Pfalz ist erfreulicherweise das einzige Bundesland, das immer noch den Zugang zu diesem Fachdienst auch für nicht behinderte aber gleichgestellte Menschen ermöglicht. Damit stellt der Schwerbehindertenstatus keine zwingende Voraussetzung dar.

Es bleibt zu hoffen, dass diese Begleitung auch in Zukunft in Anspruch genommen werden kann, dies kann jedoch nur durch die Landesregierung sichergestellt werden.

7 ASPEKTE DES MEDIZINISCH-THERAPEUTISCHEN HILFESYSTEMS

Im medizinisch-therapeutischen Bereich hält die Kommune keine eigenen Angebote vor. Auf Grund der Gesamtverantwortung für das gemeindenahe Hilfesystem liegt es aber in ihrem Interesse, die Versorgungslage gut zu kennen und bei Bedarf zu unterstützen.

7.1 *Ambulante medizinisch-therapeutische Hilfen*

Das ambulante medizinisch-therapeutische Hilfesystem für psychisch erkrankte Menschen setzt sich aus unterschiedlichen Bausteinen zusammen, die nicht alle in der Region angeboten werden. Im folgenden Abschnitt werden nur daher die Hilfen ausführlicher aufgegriffen, die auch in Mainz vorgehalten werden. Allein die Tatsache, dass es ein Angebot wie die ambulante psychiatrische Pflege gar nicht gibt oder Soziotherapie nur von einem Leistungserbringer vorgehalten wird, aber auch die teilweise unverhältnismäßig langen Wartezeiten auf Therapie und Behandlung zeigen, dass im Bereich der ambulanz-psychiatrischen Hilfen grundsätzlich künftige Handlungsfelder zu finden sind. Diese werden im entsprechenden Kapitel des dritten Berichtsteils nochmals kritisch beleuchtet werden.

7.1.1 Fachärzte und -ärztinnen

Niedergelassene Fachärzte und -ärztinnen sollen die medizinische Versorgung für die Menschen sicherstellen, die keine stationär behandlungsbedürftige Erkrankung aufweisen.

Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung waren zum 31.12.2010 in Rheinland-Pfalz 224 Nervenärzte, Neurologen und Psychiater als Vertragsärzte zugelassen. (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2011). 2010 kamen nach dem Versorgungsatlas des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland 12,4 Nervenärzte auf 100.00 Einwohner in Mainz.

Das Zentralinstitut gibt bzgl. der absoluten Zahlen jedoch zu bedenken, dass insbesondere in der fachärztlichen Versorgung die Praxisstandorte zumeist in städtischer Umgebung angesiedelt sind und von dort aus auch eine wichtige Versorgungsfunktion für das Umland übernehmen, zur Beurteilung der Versorgungslage dürfe dieser Umstand nicht außer acht gelassen werden (vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, 2012). Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass der Begriff „Nervenarzt“ sowohl die Fachrichtung Neurologie als auch Psychiatrie abdeckt und in der Datenauswertung nicht erkennbar ist, welche Praxen eine psychiatrische Grundversorgung leisten und welche sich auf therapeutische Arbeit konzentriert haben. Diese Zahlen sind daher nur bedingt aussagekräftig.

Im Verlauf der letzten fünf Jahre wird von Hilfesuchenden, Angehörigen und Fachpersonal aus Mainz von einem erschwerten Zugang zu Facharztpraxen berichtet. Im Stadtgebiet sind zunehmende Wartezeiten bei der Terminvergabe niedergelassener Fachärzte zu beobachten, teilweise können Ersttermine erst einem Zeitraum von acht bis zwölf Wochen vereinbart werden. Einzelne Rückmeldungen aus den Praxen begründen dies u.a. mit der allgemein gestiegenen Patientenzahl und der Zunahme gerontopsychiatrischer Krankheitsbilder, deren Behandlungen eine Verlangsamung im Praxisalltag mit sich bringen würden. Auf Grund des Finanzierungsrahmens steht einem einzelnen Patienten bzw. einer Patientin eine Behandlungsdauer von ca. 30 Minuten pro Quartal zur Verfügung, was weder von den Ärztinnen und Ärzten selbst, als auch von den Patientinnen und Patienten als ausreichend beurteilt wird. „Das gegenwärtige Honorarsystem der Vertragsärzte konterkariert die Maxime "Ambulant vor Stationär" der Psychiatriereform und fördert Drehtürentwicklungen. Unter den gegebenen Budget-/Honorarregelungen kann der niedergelassene Nervenarzt mit einem Patienten nicht mehr als zwei Gesprächstermine pro Quartal vereinbaren.“ (Melchinger, 2008)

Niedergelassene Fachärzte können darüber hinaus auf Grund ihrer Budgetbegrenzungen Schwierigkeiten haben, teure Medikamente (z.B. Atypika) oder Heilmittel (z.B. Ergotherapie) zu verordnen. Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung stellt keine Daten zur Patientenstruktur in Mainz zur Verfügung, so dass keine spezifischen Aussagen über die Versorgungslage vor Ort möglich sind.

Im Übrigen spielen die Hausärzte insbesondere bei der Behandlung und Versorgung leichter psychischer Erkrankungen eine nicht zu unterschätzende, aber qualitativ und quantitativ schlecht abzuschätzende Rolle. Auf Grund eines möglichen langjährigen Vertrauensverhältnisses haben manche Patientinnen und Patienten eine größere Bereitschaft, dort über psychische Probleme zu berichten. Entscheidend ist dann, dass die Hausarztpraxis in der Lage ist, die Erkrankung richtig zu diagnostizieren, zu behandeln und bei Notwendigkeit auch weiterzuvermitteln. Hierzu liegen ebenfalls keine validen Daten vor.

7.1.2 Psychiatrische Institutsambulanz

Die rechtliche Grundlage für die Tätigkeit der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) bildet der § 118 SGB V. Im Absatz 2 wird dort für Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständiger psychiatrischer Abteilung mit regionaler Versorgungsverpflichtung bestimmt, dass der GKV-Spitzenverband mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) einen Vertrag aushandelt, in dem die Gruppe psychisch erkrankter Personen festgelegt wird, die durch eine PIA behandelt werden kann. Nach Inkrafttreten 1999 konnte zwischen den genannten Vertragsparteien eine Vereinbarung getroffen werden, die seit 01.04.2001 besteht und zum 01.07.2010 in überarbeiteter Form gilt. In dieser Vereinbarung werden u. a. folgende Inhalte geregelt:

- Patienten- / Patientinnengruppen und -zugang
- Grundsätzliche Behandlungsziele
- Leistungsinhalte und -dokumentation
- Qualitätssicherung (GKV-Spitzenverband o.A.)

Demnach ist eine langfristige, kontinuierliche PIA-Behandlung bei psychischen Erkrankungen mit chronischem oder chronisch rezidivierendem Verlauf indiziert. Art, Schwere und Dauer der Erkrankung sind maßgeblich. Von der Versorgung in PIA ausgeschlossen sind Patienten mit leichteren Erkrankungsformen, wie mittelschwere Depressionen oder akute Belastungsstörungen.

In Mainz hält die Universitätsmedizin und die Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit (GPS) je eine PIA für erwachsene Menschen vor. Die beiden Träger stimmen sich durch einen Kooperationsvertrag in weiten Teilen der Behandlung untereinander ab. Daraus resultiert beispielsweise die Vereinbarung, dass aufsuchende Behandlung bei immobilen Personen oder Menschen, die in einer stationären Wohnform leben, vorrangig durch die PIA der GPS sichergestellt wird.

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz hält im Rahmen der Poliklinik neben der PIA verschiedene Spezialambulanzen vor, die sich besonderen Krankheitsformen widmen. Der Zugang erfolgt i.d.R. durch eine Überweisung.

Es werden folgende Ambulanzen vorgehalten:

- Gedächtnisambulanz: Aufgabe ist die Abgrenzung des noch normalen Nachlassens der geistigen Leistungsfähigkeit im Alter von schon krankhaften Veränderungen mit dem Ziel einer möglichst frühen Diagnostik und Therapie von Demenzerkrankungen. Zielgruppe sind Menschen über 40 Jahren.
- Depressionsambulanz: dient der Diagnostik und Planung der ambulanten, bzw. stationären Therapie für Mainzer und überregionale Patienten mit depressiven Erkrankungen.
- Alkoholambulanz: steht als ein zentraler Ansprechpartner für Behandlung suchende alkoholabhängige Patienten der Stadt Mainz und Umgebung zur Verfügung. Primäres Ziel der Arbeit ist

es, die Betroffenen durch eine individuelle Beratung in eine weiterführende Therapie zu vermitteln, was auf Grund der wenigen und nur zentral zur Verfügung stehenden Plätze nicht immer gelingen kann. Das Behandlungsangebot richtet sich jedoch auch an Patienten mit sogenannten Doppeldiagnosen (Alkoholabhängigkeit plus begleitende psychiatrische Erkrankung). In Einzelfällen kann die Alkoholambulanz die Versorgung alkoholabhängiger Patienten im Rahmen der Institutsambulanztätigkeit übernehmen.

- **Borderline-Ambulanz:** ein störungsspezifisches Therapieprogramm für Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, keine Akutbehandlung. Männliche Patienten können nicht in dieses Therapieprogramm integriert werden. Die Wartezeit kann bis zu einem Jahr betragen.
- **Privatambulanz:** es werden sämtliche psychiatrischen Diagnosen behandelt.
- **Psychose-Früherkennungsambulanz:** subjektive, schlecht fassbare oder wechselhafte Beschwerden, die Frühwarnzeichen für eine psychische Erkrankung sein können, werden eingehend betrachtet und wenn nötig, Diagnostik, Behandlung und Therapieschritte eingeleitet. Eine Überweisung ist hier nicht erforderlich. Zielgruppe sind Menschen ab 14 Jahren (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, o.A.).

In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie wurden 2012 im ersten Quartal 437 Menschen in Spezialsprechstunden und 563 psychiatrische Notfälle behandelt. Eine genaue Untergliederung dieser Fälle in PIA-Behandlung und Inanspruchnahme anderer poliklinischer Angebote ist nicht bekannt. Für die Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit liegen keine Daten in diesem Bereich vor.

Melchinger schreibt zurecht, dass sich in der gegenwärtigen Situation, die zum einen durch zunehmende Fallzahlen bei niedergelassenen Nervenärzten wie bei PIAs gekennzeichnet ist, zum anderen dadurch, dass die Behandlungsmöglichkeiten der niedergelassenen Fachärzte durch völlig unzureichende Budgets bei Fallzahlen und Honoraren eingeengt werden, notwendigerweise das Erfordernis einer Kooperation zwischen PIAs und niedergelassenen Nervenärzten ergibt (Melchinger, 2008). In Mainz bildet sich diese u.a. durch die gemeinsame Mitgliedschaft im Netz für Seelische Gesundheit Mainz (s. Kapitel „Kooperation und Vernetzung“) ab, aber auch durch einzelne übergreifende Kooperationsbeziehungen und Zusammenarbeit an verschiedenen Projekten.

7.1.3 Psychotherapie

Die Anzahl der niedergelassenen psychotherapeutischen Sitze in Mainz (entsprechend der Datenabfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von 2010) beläuft sich auf

29,6	ärztliche Psychotherapeut/innen
61,0	psychologische Psychotherapeut/innen
8,25	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen (noch fünf Zulassungen möglich)

Es ist allgemein fachlicher Konsens, dass Psychotherapie eine der tragenden Säulen der gelingenden Behandlung psychischer Störungen darstellt. Per Definition ist „Psychotherapie [...] ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens.“ (Strotzka, 1978)

Zur Durchführung und Finanzierung von psychotherapeutischen Leistungen sind verbindliche Richtlinien im „Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“, kurz PsychThG, festgelegt. Entsprechend der Richtlinie des

Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) vom 08. Juli 2011 gelten als Psychotherapie:

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

Psychotherapie kommt für Menschen mit ganz unterschiedlichen Störungsbilder in Frage, u.a. bei Depressionen, Ängsten, Essstörungen, Suchtverhalten, Zwangserkrankungen, Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, Traumata, Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenien etc.

Die individuelle Wirksamkeit von Psychotherapie ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich und kann nur subjektiv gemessen werden. Die Langzeitstudie der Techniker Krankenkasse zum „Qualitätsmonitoring in der Psychotherapie“ hat 400 Psychotherapeuten und 1708 Patienten von 2005 bis 2009 im Fokus gehabt. Im Ergebnis wurde festgehalten, dass Psychotherapie nachhaltig wirksam ist, mehr als 60% der behandelten Patienten hätten eine Besserung verspürt. Ein Jahr nach Behandlungsabschluss nahmen die seelischen Belastungen weiter ab (Bundespsychotherapeutenkammer, 2011).

Die Genehmigung zur Therapie wird für 25 bis ca. 300 Sitzungen erteilt, zusätzlich tragen die Krankenkassen die Kosten für maximal fünf Probesitzungen. Sofern ein Psychotherapeut oder eine Psychotherapeutin Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung ist, können die therapeutischen Leistungen mit allen gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden. Die Zulassung ist abhängig von Ausbildung und Versorgungssituation in der jeweiligen Region. Pro Region gibt es eine festgelegte Zahl von Kassensitzen in Relation zur Bevölkerungsdichte. Dieser Bedarfsplanung liegt die in die Kritik geratene Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie, letzte Fassung 27. November 2010), zugrunde.

Steht kein Therapieplatz bei einem zugelassenen Richtlinientherapeuten zur Verfügung und ist die Dringlichkeit sehr hoch, können im Einzelfall auf Antrag Kosten für die Therapie bei Nicht-Richtlinientherapeuten oder nicht sozialrechtlich zugelassenen Richtlinientherapeuten von den Krankenkassen erstattet werden (Kostenerstattungsverfahren).

Sowohl Therapeuten als auch Therapiesuchende, aber auch andere Berufsgruppen im Bereich der psychosozialen Arbeit, bestätigen in Bezug auf psychotherapeutische Behandlung eine mangelhafte Versorgungslage in Mainz. Die Situation vor Ort ist schwierig: es gibt zu wenig Therapieplätze und volle Wartelisten, die Hürden für die Hilfesuchenden sind sehr hoch. Insbesondere bei schwierigen Diagnosen oder komplexen Problemlagen werden Patientinnen und Patienten abgelehnt oder sie sind krankheitsbedingt nicht einmal in der Lage, ein Erstgespräch zu erhalten. Eine Studie der Psychotherapeutenkammer hat herausgefunden, dass in Rheinland-Pfalz eine Wartezeit von über 14 Wochen auf ein Erstgespräch üblich ist (Bundespsychotherapeutenkammer, 2011). Dazu schrieb die Ärzte Zeitung: „Psychisch Kranke landen zu oft in der Warteschleife – Drei Monate warten psychisch kranke Menschen durchschnittlich auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten [...] bis zum Beginn der genehmigungspflichtigen Behandlung vergehen nochmals drei Monate.“ (Ärzte Zeitung, 2011).

Die Gründe für die zu geringe Therapeutendichte bezogen auf die bestehende Nachfrage sind vielfältig, eine Ursache ist vermutlich in der veralteten Berechnungsgrundlage (1999) zur Bedarfsplanung zu suchen. Hier besteht, ebenso wie im fachärztlichen Bereich, Handlungsbedarf, der durch die zuständigen Leistungsträger anzugehen wäre.

7.1.4 Soziotherapie

Soziotherapie ist eine Leistung der Krankenversicherung für psychisch kranke Menschen, sie unterliegt der regulären Zuzahlungspflicht. Laut dem Dachverband Gemeindepsychiatrie sollen die Behandlungsleistungen der Krankenversicherungen sowohl „den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen“ (§2, SGB V) als auch „den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung tragen“ (§27, SGB V). Diese Grundsätze sind bis heute in der Versorgungspraxis nicht wirklich eingelöst. Ein wesentlicher Schritt in diese Richtung sollte durch die Einführung der Soziotherapie, die sich am Bedarf von schwer und langfristig psychisch kranken Menschen orientiert, getan werden. Anfang 2000 wurde Soziotherapie als § 37 a in das SGB V eingefügt.

Die Leistungs- und Durchführungsbeschreibung erfolgte im November 2001 in den „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung“ (Soziotherapie-Richtlinien), das Gesetz ist am 1.1.2002 in Kraft getreten. Die gleichzeitig erarbeiteten „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132b Abs.2 SGB V“, die die Anforderungen an die Leistungserbringer regeln sollten, wurden im Juli 2008 gestrichen. Krankenkassen haben dadurch mehr Freiraum in Fragen der Zulassung und Vertragsgestaltung.

Anspruch auf Soziotherapie haben Menschen, die wegen der Schwere ihrer psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und dadurch immer wieder zur stationären Behandlung in Krankenhäusern aufgenommen werden. Soziotherapie soll dazu beitragen, Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zumindest zu verkürzen. Sie kann auch dann zum Einsatz kommen, wenn die gebotene Krankenhausbehandlung nicht durchführbar ist.

Zielgruppe der Krankenversicherungen für soziotherapeutische Leistung sind Menschen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, schizoaffektiven Störungen oder schwere depressive Episoden mit psychotischen Symptomen. Vorausgesetzt wird ein Mindestmaß an Belastbarkeit, Motivationsfähigkeit, Kommunikations- und Absprachefähigkeit.

Soziotherapie dürfen nur diejenigen Fachärzte oder Fachärztinnen verordnen, die von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zur Verordnung von Soziotherapie zugelassenen sind. Um zugelassen zu werden, müssen sie unter anderem nachweisen, dass sie mit einem gemeindepsychiatrischen Verbund kooperieren. Jeder Arzt kann im Einzelfall im Rahmen der Indikationsstellung einen Soziotherapeuten oder eine Soziotherapeutin per Verordnung hinzuziehen, wenn der Patient nicht in der Lage ist die Überweisung zum Psychiater selbstständig in Anspruch zu nehmen. Dafür stehen genehmigungsfrei drei Therapieeinheiten zur Verfügung.

Die Erbringung von soziotherapeutischen Leistungen ist durch Einzelpersonen oder Einrichtungen möglich, die von den Krankenkassen zugelassen sind. Auch hierfür ist u.a. eine Voraussetzung die enge Zusammenarbeit mit den gemeindepsychiatrischen Angeboten vor Ort. Eine mindestens dreijährige psychiatrischer Berufserfahrung im stationären und ambulanten Bereich ist Voraussetzung um als Soziotherapeut tätige sein zu können. Innerhalb von drei Jahren dürfen höchstens 120 Stunden Soziotherapie in Anspruch genommen werden. Soziotherapie organisiert Unterstützung im alltäglichen Lebensumfeld in enger Verbindung zur ärztlichen Versorgung und ist damit im Grunde eine für gemeindepsychiatrische Leistungserbringer besonders nahe liegende Leistungsart. Die Soziotherapie-Richtlinien bieten eine geeignete Grundlage für am individuellen Bedarf orientiertes Casemanagement.

Die Soziotherapie hat sich bis heute jedoch nicht flächendeckend durchgesetzt. Fachleute beklagen, dass das Diagnosespektrum zu eng beschränkt ist. Die Begrenzung auf 120 Fachleistungsstunden in drei Jahren wird auch als problematisch gesehen. Trotz eindeutiger gesetzlicher Grundlage und positiver Erfahrungen mit der Wirksamkeit steht Soziotherapie Patienten und Patientinnen

zurzeit auch in Mainz kaum zur Verfügung. (Dachverband Gemeindepsychiatrie, 2010). Nach Gründung des GPV Mainz haben zuerst alle Leistungserbringer die neue Zulassung beantragt und erhalten. Das notwendige Fachpersonal war jedoch auf Grund des hohen Anforderungsprofils schwierig vorzuhalten. Die Soziotherapieerbringung als Regelleistung des Gemeindepsychiatrischen Verbunds Mainz ist im Verlauf gescheitert. Dies kann auf das geringe Entgelt, die hohen Anforderungen an Qualität und Dokumentation, die teilweise restriktiven Haltung der Krankenkassen und das teilweise vorhandenen Informationsdefizit der Fachärzte zurückgeführt werden.

Laut Erhebung werden zum Stichtag durch einen Leistungserbringer des GPV Mainz lediglich noch zwei Menschen über Soziotherapie begleitet.

Im Jahr 2011 hat jedoch mit dem „Verein für Integration und Teilhabe am Leben e.V.“ ein Leistungserbringer aus dem benachbarten Landkreis auf Anfrage einer niedergelassenen Fachärztin in Mainz eine Außenstelle geschaffen, in der eine Fachkraft Soziotherapieleistungen für Mainzer Bürgerinnen und Bürger erbringt. Im Zuge der Berichterstattung hat sich der Verein bereiterklärt, eine Datenabfrage zu beantworten, damit diese Leistungsart hier dargestellt werden kann und das Bild der Versorgung vollständiger wird. Stichtag war der 31.08.2012.

Soziotherapeutisch unterstützt wurden 34 Patientinnen und Patienten, zwölf mit Doppel-diagnosen. 22 davon sind Frauen.

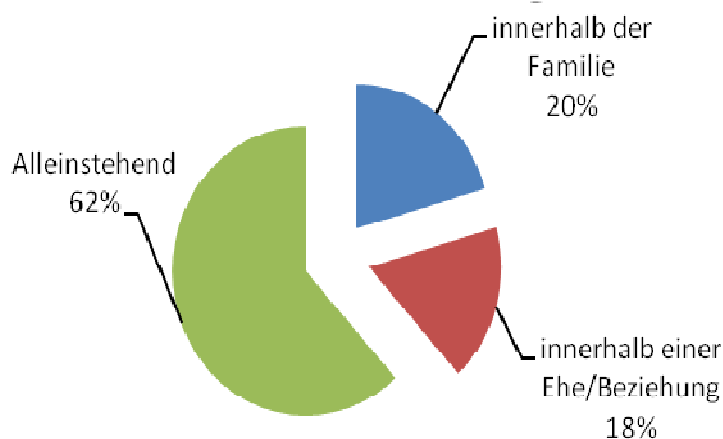


Abbildung: Lebenssituation PatientInnen gesamt (Verein für Integration und Teilhabe am Leben e.V. 2012)

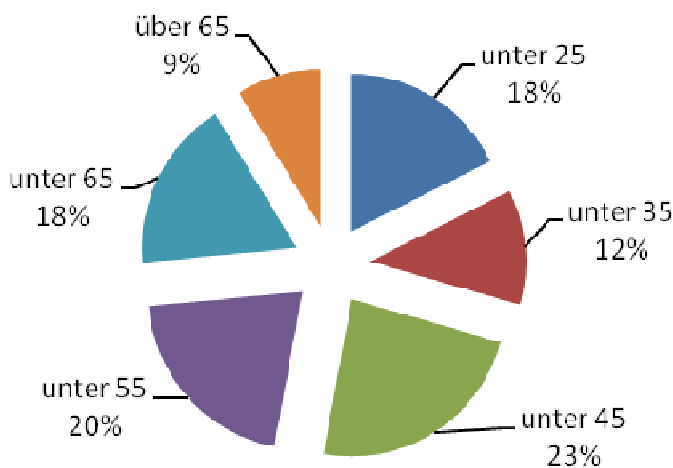


Abbildung: Altersstruktur der PatientInnen (Verein für Integration und Teilhabe am Leben e.V. 2012)

Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt geschätzt etwa 1,25 Jahre. Ungefähr die Hälfte wird die Anzahl von 120 Stunden in Anspruch nehmen; bei wöchentlichem Stundenangebot sind das etwas mehr als 2 Jahre. Manche benötigen nur kurzfristige Unterstützung, auch um in Folgeeinrichtungen oder Ausbildungen/Arbeit zu gelangen, oder aber nur zur Überwindung einer Krisensituation. 19 der behandelten Menschen gehen einer Beschäftigung nach.

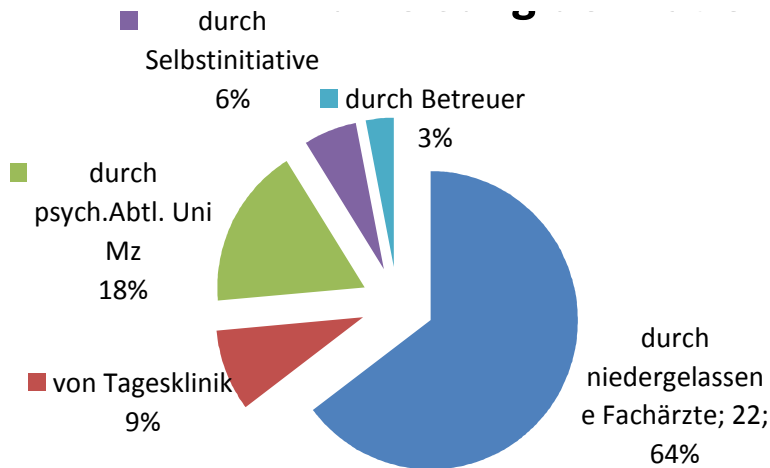


Abbildung: Zuweisung der PatientInnen (Verein für Integration und Teilhabe am Leben e.V. 2012)

Die finanzielle Situation der Patientinnen und Patienten stellt sich unterschiedlich dar. Gehalt beziehen drei Menschen, zehn leben von Erwerbsunfähigkeitsrente oder Altersrente, neun Personen erhalten Arbeitslosengeld II, zwei bekommen Grundsicherung, ebenfalls je zwei beziehen Krankengeld und Übergangsgeld, sechs finanzieren ihren Lebensunterhalt anders, z.B. durch Familie.

Die Beteiligung der Krankenkassen lässt sich an folgendem Diagramm ablesen:

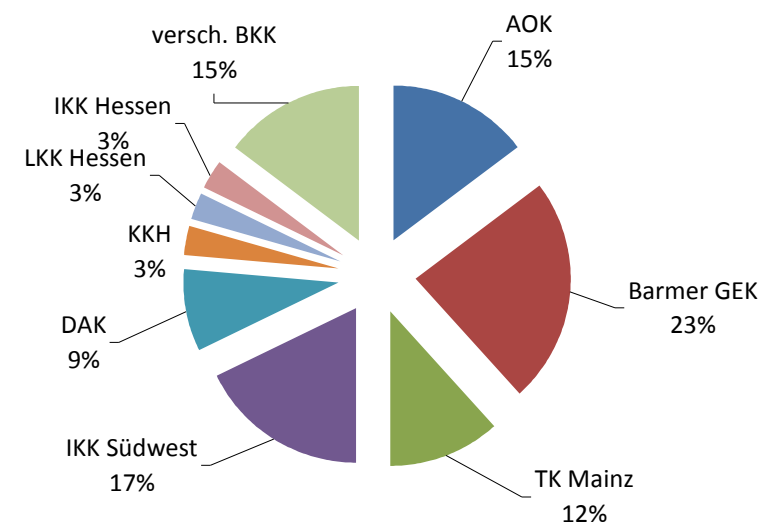


Abbildung: Beteiligte Krankenkassen (Verein für Integration und Teilhabe am Leben e.V. 2012)

Nach Auskunft des Vereins gibt es noch keine „Warteliste“, meist kann eine soziotherapeutische Unterstützung nach einer probatorischen (Probe-)Stunde direkt beginnen. Allerdings ist die Fachkraft derzeit ausgelastet, was dazu führt, dass es eine Zeitverschiebung von zwei bis vier Wochen für den Ersttermin geben kann.

Eine sehr flexible Handhabung bei der Termingestaltung ist unabdingbar, um eine Krisenintervention innerhalb der Soziotherapie gewährleisten zu können. Während einer Krise sind mehrere Termine pro Woche unerlässlich.

Schwierigen Antragsvoraussetzungen bei den Krankenkassen führen zu folgenden Problemen:

- Lange Antragsbearbeitung
- „enge“ Auslegung des Diagnoseschlüssels
- Häufig Anforderung von Entwicklungsberichten
- defizitäre Bezahlung der Soziotherapie (es kann nicht kostendeckend gearbeitet werden)
- eine Abrechnung kann nur bei Stattfinden des Termins erfolgen, was bei psychisch erkrankten Menschen in Krisen nicht immer sichergestellt werden kann

Insgesamt wird seitens der Soziotherapeutin das Instrument der Soziotherapie als besonders geeignet angesehen, um Krisensituationen ambulant auffangen zu können. Ein weiterer Vorteil wäre, dass psychisch kranke Menschen einen Patienten-Status behalten, wodurch sie sich in ihrer Krankheit gesehen und gewürdigt fühlen und nicht direkt in das Grundsicherungssystem bei den Sozialleistungen überführt werden müssen.

„Der Versuch, durch die sozialrechtliche Verankerung von ambulanter Soziotherapie (§ 37a SGB V) Nervenärzten ein Instrument in die Hand zu geben, um über lebensfeldbezogene Interventionen, delegiert an externe Leistungserbringer, eine Verbesserung der Rezidivprophylaxe zu erreichen, kann als gescheitert betrachtet werden. Primär deshalb, weil die Mehrzahl der Krankenkassen die Ansprüche von Versicherten auf Gewährung von Soziotherapie blockiert.“ (Melchinger, 2008)

7.1.5 Ergotherapie

Ergotherapie wird in der Regel von niedergelassenen Praxen angeboten. Die Praxis für Ergotherapie der Gesellschaft für Psychosozial Einrichtungen, angesiedelt im ATRIUM, ist eine wichtige Anlaufstelle für psychisch erkrankte Menschen in Mainz. Sie hat für diesen Bericht Daten zu Verfügung gestellt.

Die Praxis kann bis zu 120 Menschen behandeln, die durch Krankheit, Unfall, angeborene Behinderung oder Entwicklungsverzögerung in ihrer Lebensführung beeinträchtigt sind. Ziel ist es, die individuellen Handlungskompetenzen des täglichen Lebens und des Berufes zu erlernen oder wieder zu erlernen und zu festigen, um eine größtmögliche Selbständigkeit und Unabhängigkeit in den einzelnen Lebensbereichen zu erreichen. Die Hilfestellungen sind individuell unterschiedlich ausgestaltet. Kostenträger sind die Krankenkassen und die durchschnittliche Dauer beträgt 2,5 Monate.

Am 31.12.2011 waren 110 Menschen in Behandlung, 37 Männer und 73 Frauen. Das Alterspektrum ist breit gefächert, sieben Patientinnen und Patienten waren unter 25 Jahre, 22 unter 35 Jahre alt. Die Hauptgruppe mit 66 Personen war zwischen 35 und 55 Jahren, 17 älter als 55 Jahre. 97 Menschen kamen aus Mainz, 23 aus anderen Regionen. 65 Personen konnten die Behandlung wie geplant abschließen, 43 haben sie aus verschiedenen Gründen (Klinikaufnahme, berufl. Rehabilitation, Terminüberschreitung etc.) vorzeitig beendet.

Die psychisch-funktionelle Behandlung versorgt unter anderem auch Patienten, die nicht mehr voll- oder teilstationär behandlungsbedürftig, aber noch nicht rehabilitationsfähig sind. Die häufig beklagte Schnittstellenproblematik zwischen diesen Bereichen kann über eine ambulante ergotherapeutische Behandlung sehr gut kompensiert werden. Darüber hinaus können ergo- und lerntherapeutische Angebote rehabilitative Maßnahmen sehr gut flankieren. Die ambulanten Verhaltenstrainings (Gelassen und sicher im Stress, Gruppentraining sozialer Kompetenzen) versorgen unter anderem Patienten, die wegen langer Wartezeiten psychotherapeutisch oder psychoedukativ nicht versorgt sind.

Auch hier wird von einem eklatanten Mangel an ambulanten Psychotherapieplätzen berichtet. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern fällt auf, das über das Leistungsspektrum der ambulanten Ergotherapie häufig nur mangelhaft aufgeklärt ist. Beobachtet wird zudem eine schwankende Kooperationsbereitschaft der niedergelassenen Fach- und Hausärzte. Ein weiteres Problem: vor dem Hintergrund der Budgetierung in den allgemeinmedizinischen Praxen steht die Ergotherapie im Heilmittelkatalog an letzter Stelle.

7.1.6 Integriertes Versorgungsmodell nach § 140 a-d SGB V

Seit 01.01.2013 ist das Projekt VersA - Verbund sozialpsychiatrischer Angebote Rhein-Main GmbH - auf Grundlage des § 140 a-d SGB V zur Integrierten Versorgung tätig: „Abweichend von den übrigen Regelungen [...] können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung [...] abschließen. Die Verträge zur integrierten Versorgung sollen eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen.“ Die Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit und die Gesellschaft für Psychosoziale Einrichtungen sind gemeinsam für das Stadtgebiet Mainz und einen Teil des Landkreises Mainz-Bingen zuständig.

Das Projekt zur Integrierten Versorgung wird von der Techniker Krankenkasse angeboten, es können daran Menschen mit Diagnosen nach ICD 10 (F 1.5 bis F 9) teilnehmen, die innerhalb der letzten zwölf Monate in ambulanter oder stationärer Behandlung waren und über zehn und unter 80 Jahren alt sind. Nicht eingeschlossen sind Menschen die an Demenz erkrankt sind, an einer Verhaltensstörung oder einer Minderbegabung leiden.

Die Techniker Krankenkassen wählt unter ihren Mitgliedern geeignete Patientinnen und Patienten aus und informiert diese über die Möglichkeit der freiwilligen Teilnahme, die sich über einen Zeitraum von drei Jahren erstrecken kann. Im Fokus des Gesamt-Versorgungsprojektes, das sich über einen Großteil des Ballungsgebietes Rhein-Main erstreckt, steht ein ausführliches Fallmanagement, das die unterschiedlichen Behandlungsaspekte zusammenführt. Es können in diesem Rahmen auch für Mainz neuartige Angebote vorgehalten werden, wie Krisenräume oder eine 24-Stunden-Rufbereitschaft, die über eine zentrale Hotline sichergestellt wird. Ebenfalls inkludiert sind die Leistungen der Soziotherapie und der Ambulanten Psychiatrischen Pflege. Diverse Leistungen sind nicht im finanziellen Budget enthalten, wie Behandlung bei niedergelassenen Ärzten oder Medikamente, d.h. sie sind zwar regulärer Bestandteil der Behandlung, aber nicht im Rahmen des Budgets erfasst.

Aussagen über die Wirksamkeit oder Erfolge können noch nicht getroffen werden. Der Ausschluss der Menschen, die diese - teilweise auch besseren - Leistungen nicht in Anspruch nehmen können, weil sie nicht in der Techniker Krankenkasse versichert sind, muss kritisch gesehen werden. Es besteht jedoch die Hoffnung, dass andere Kassen sich diesem Modell anschließen. Für einige Menschen im Einzugsgebiet kann es aber eine Verbesserung der Versorgung bedeuten, eine Chance, die auch in Mainz nicht ungenutzt bleiben sollte. Es bleibt anzumerken, dass verschiedene Modelle der Integrierten Versorgung bundesweit entstehen und überall andere Voraussetzungen herrschen.

7.2 Teilstationäre medizinisch-therapeutische Hilfen

„Von der ambulanten Behandlung unterscheidet sich die tagesklinische Behandlung durch die partielle Herausnahme des Patienten aus seinen gewohnten Lebensumständen und die höhere Therapiedichte. Im Vergleich zum stationären Krankenhausaufenthalt bleibt er in der Tagesklinik wegen der nur begrenzten zeitlichen Bindung an die Institution unabhängiger und behält einen größeren Freiheitsspielraum, in dem sich Eigeninitiative und Selbsthilfekräfte entfalten können. Die tagesklinische Behandlung entspricht so den Forderungen einer zeitgemäßen Psychiatrie nach offenen, auf die Förderung von Selbsthilfekräften, auf die Erhaltung sozialer Bindungen und auf die Wiedereingliederung ausgerichteten Formen der Krankenversorgung.“ (Landespsychiatriebeirat, 1988)

Tagesklinische Behandlung ist Krankenhausbehandlung im Sinn des SGB V und hält alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten einer psychiatrischen Klinik vor. Im Gegensatz zu einer vollstationären Behandlung halten sich die Patientinnen und Patienten in der Regel aber nur tagsüber und nur wochentags in der Klinik auf. Der Hospitalisierungseffekt der Rund-um-Versorgung in einer Klinik kann so vermieden werden und alltagspraktische Fähigkeiten bzw. Verpflichtungen werden trotz intensiver Behandlung nicht abgegeben.

Für Mainz und den Landkreis Mainz-Bingen führt die Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit (GPS) eine Tagesklinik und die Universitätsmedizin Mainz bietet in kleinem Umfang ebenfalls tagesklinische psychiatrische Behandlung an.

Die Tagesklinik der GPS hält 26 Plätze vor. Ziele einer tagesklinischen Behandlung sind der Ersatz oder die Verkürzung einer vollstationären psychiatrischen oder psychotherapeutischen Therapie zur Heilung oder Linderung der Krankheitssymptome.

Grundsätzlich werden laut bundeseinheitlicher Vorgabe Patientinnen und Patienten aller psychiatrischen Diagnosegruppen behandelt. Ausgenommen sind Patientinnen und Patienten mit hochakuten Psychosen, Selbst- oder Fremdgefährdung, schweren organisch bedingten Störungen sowie suchtkranke Menschen.

Das Therapieprogramm umfasst psychotherapeutische und psychiatrisch-pharmakologische Behandlung sowie sozialtherapeutische Maßnahmen, die individuell auf die jeweiligen Bedürfnisse abgestimmt werden. Die Therapie erfolgt überwiegend in Gruppenarbeit, wie z.B. die Ergotherapie oder Musiktherapie.

Das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten wird nach Absprache einbezogen. Eine vernetzte Zusammenarbeit mit den anderen Unterstützern oder auch Kooperationspartnern ist möglich (Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit, 2012).

Zum Erhebungszeitpunkt waren 12 Männer und 14 Frauen in der Tagesklinik der GPS in Behandlung. 50% waren Mainzer Bürgerinnen und Bürger, 50% kamen aus anderen Orten. Die Altersverteilung hat sich wie folgt zusammengesetzt: fünf Patientinnen und Patienten waren unter 35 Jahre alt, neun unter 45 Jahre, sechs unter 55 und 4 unter 65 Jahre alt. Zwei weitere Patientinnen oder Patienten waren älter als 65 Jahre.

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin hält regulär neun tagesklinische Plätze vor. Zum Stichtag waren 13 Plätze vergeben worden, diese waren von fünf Männern und acht Frauen besetzt, wovon eine Person nicht aus Mainz kam. Sechs Personen waren unter 35 Jahren alt, acht zwischen 35 und 55 Jahren.

7.3 Stationäre medizinisch-therapeutische Hilfen

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz hat im Jahr 1999 den Pflichtversorgungsauftrag für die Mainzer Bürgerinnen und Bürger übernommen. Dies war im Vergleich zur Lage davor ein großer Fortschritt, konnte somit doch die stationäre medizinische Behandlung psychisch erkrankter Menschen in der Landeshauptstadt angeboten und Bedarfe sichergestellt werden. Besonders erfreulich ist darüber hinaus die aktive Beteiligung am Gemeindepsychiatrischen Verbund.

Zuvor war die Rheinhessen-Fachklinik in Alzey die zuständige Klinik. Die Entfernung von rund 35 Kilometern stellte eine der größten Hürden in der Behandlungsakzeptanz dar, denn weder Besuche waren einfach zu bewerkstelligen, noch konnten Kontakte gepflegt oder aber Angelegenheiten des alltäglichen Lebens während eines Klinikaufenthaltes geregelt werden. Bis heute jedoch gibt es eine kooperative Verbundenheit zwischen dem gemeindenahen psychiatrischen System in Mainz und der Rheinhessen-Fachklinik. Dies liegt sowohl in der gemeinsamen Geschichte begründet als auch

in der Tatsache, dass im Rahmen der Wahlfreiheit weiterhin die Möglichkeit besteht, sich dort behandeln zu lassen, wenn es gewünscht und platzbedingt möglich ist.

Im folgenden Abschnitt werden daher nicht nur die Daten der Mainzer Klinik, sondern auch die der Klinik in Alzey Beachtung finden. Die Beschreibungen der Kliniken sind den Internetauftritten der Häuser entnommen.

In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie können Erkrankungen aus dem gesamten psychiatrischen Fachgebiet behandelt werden. Sie gliedert sich in folgende Stationen:

- Station 1: Akutaufnahmestation. Schwerpunkt schizophrene Psychosen
- Station 2: Psychiatrische Intensivstation
- Station 3: Akutaufnahmestation. Schwerpunkt: Gerontopsychiatrische Erkrankungen, v.a. Demenzen
- Station 4: Akutaufnahmestation. Schwerpunkt: Affektive Störungen
- Station 5: Psychotherapiestation. Schwerpunkt: Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Traumafolgestörungen
- Station 6: Akutaufnahmestation. Schwerpunkt: Suchterkrankungen
- Station 7: Wahlleistungsstation

„Das Basisprogramm der Behandlung auf den Stationen umfasst tägliche ärztliche Einzelvisite, zwei ärztliche oder psychologische Einzelgespräche pro Woche, Gruppentherapien und Gruppenveranstaltungen, Gymnastik, Bewegungs- und Körpertherapie, Sport, Krankengymnastik, Ergotherapie, Training lebenspraktischer Tätigkeiten sowie sozialarbeiterische Betreuung.

Dieses Basisprogramm wird auf den einzelnen Stationen durch speziell auf die Aufgaben der Station zugeschnittene Programme ergänzt.

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie gehört mit 126 vollstationären und derzeit neun tagesklinischen Behandlungsplätzen zu den größten bettenführenden Abteilungen der Universitätsmedizin Mainz. Die Klinik ist Teil eines Krankenhauses der Maximalversorgung, in der die Möglichkeit einer intensiven und umfassenden Diagnostik des Gesamtspektrums aller psychischen Störungen unter Hinzuziehung anderer Abteilungen und unter Nutzung der umfassenden apparativen Ausstattung möglich ist. Die Therapie basiert auf einem mehrdimensionalen Krankheitskonzept und bezieht pharmakologische, psychotherapeutische und psychosoziale Therapieverfahren ein. Die Therapie erfolgt entsprechend dem aktuellen internationalen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis („Evidence Based Medicine“).

Als Universitätsmedizin ist die Klinik auch in Forschung sowie Aus-, Weiter- und Fortbildung aktiv.“ (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, o.A.)

Zum Stichtag waren 135 Betten belegt. Die Patientengruppe setzte sich aus 72 Männern und 63 Frauen zusammen, die Altersverteilung war nahezu ausgewogen, lediglich bei der Gruppe der über 75jährigen waren nur elf Patientinnen und Patienten stationär in Behandlung. 89 Menschen kamen aus Mainz, 29 aus anderen Regionen. Eine Person war ohne festen Wohnsitz. 66% der behandelten Menschen kamen demnach aus der Versorgungsregion.

Die Veränderung der regionalen Versorgungslage im Vergleich zum gemeindepsychiatrischen Grundsatzprogramm von 1991 ist offensichtlich:

Nach Daten der Rheinessen-Fachklinik aus dem Jahr 1989, die zu diesem Zeitpunkt u.a. die Versorgungsverpflichtung für die Stadt Mainz innehatte, waren damals unter 3200 Patienten 735 Mainzer Bürgerinnen und Bürger, was 23% der Gesamtaufnahmen entsprach. Im Gegensatz dazu waren auf der Akut-Station im Jahr 2010 mit 40 vollstationären Fällen 1,57% und 2011 mit 19.0 Menschen 0,74% aus der Stadt Mainz. In teilstationärer Behand-

lung befanden sich 2010 2 und 2011 1,5 Mainzer Bürgerinnen und Bürger, was weniger als 2% der Gesamtaufnahmen ausgemacht hat.

Die Rheinhessen-Fachklinik Alzey - Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitätsmedizin Mainz - ist ein Behandlungszentrum für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie mit 780 Betten in differenzierter Leistungsstruktur in der Trägerschaft des Landeskrankenhauses (AÖR). Sie war bis 1997 Landesnervenklinik. Bettenführende Fachabteilungen sind:

- Abteilung für Akutpsychiatrie und Psychotherapie
- Gerontopsychiatrische Abteilung
- Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Forensisch-psychiatrische Abteilung
- Abteilung für Neurologie und Neurologische Frührehabilitation
- Kinderneurologische Abteilung
- Rheinhessen-Fachklinik Mainz (Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)

Darüber hinaus werden Wohngruppen- sowie Tagesstättenplätze und weitere Leistungen vorgehalten.

8 ASPEKTE DER JUGENDHILFE UND DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Im nachfolgenden Kapitel soll ein Abriss über die aktuelle Situation seelisch erkrankter Kinder und Jugendliche gegeben werden und die medizinische kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungslage in Mainz skizziert werden.

8.1 Allgemeine Datenlage

Auf einer Mainzer Fachtagung im Dezember 2011 hat Elisabeth Schmutz, Institut für Sozialpädagogische Forschung in Mainz (ISM), einen umfassenden Überblick über die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gegeben. Die folgenden Daten sind ihrem Vortrag entnommen (Schmutz, 2011):

Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS-Studie) des Robert-Koch-Instituts von 2003 bis 2006 war die erste repräsentative bundesweite Datenerhebung. Sie wurde an 167 Orten mit 17.641 Jungen und Mädchen sowie ihren Eltern durchgeführt, eine Fortsetzungsstudie wurde Ende 2012 beendet, die Daten sind noch nicht veröffentlicht. Durch die Untersuchung wurden interessante Erkenntnisse gewonnen, im Folgenden werden einige Themenfelder herausgegriffen:

11,5% der Mädchen und 17,8% der Jungen zeigen (grenzwertige) Verhaltensauffälligkeiten, wie emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivitätsprobleme oder Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen.

92,5% der Mädchen, 86,3% der Jungen verfügen jedoch über ein adäquates prosoziales Verhalten. Die Problembelastung ist bei niedrigem Sozialstatus deutlich erhöht.

Essstörungen zählen zu den häufigsten chronischen Gesundheitsproblemen im Kindes- und Jugendalter, gut ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 – 17 Jahren zeigen Symptome von Essstörungen. Mädchen sind mit 28,9% deutlich häufiger betroffen als Jungen mit 15,2%.

4,8% der jungen Menschen wurden jemals durch Arzt bzw. Ärztin oder Psychologen bzw. Psychologin ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) diagnostiziert, bei weiteren 4,9% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer lag ein Verdacht vor. Im Grundschulalter steigt Diagnosehäufigkeit deutlich an. Im Alter von 11 – 17 Jahren wurden jedem 10. Jungen und jedem 43. Mädchen ADHS diagnostiziert (vgl. Robert-Koch-Institut, 2007).

Weitere Daten können dem 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung entnommen werden, der sich 2009 schwerpunktmäßig mit gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen beschäftigt hat. Demnach ist ein Großteil der jungen Menschen in Deutschland gesund, ca. 20% zeigen gesundheitliche Auffälligkeiten. Ausgeprägt ist eine „neue Morbidität“ mit der Verschiebung des Krankheitsspektrums von akuten zu chronischen Erkrankungen und von somatischen zu psychischen Auffälligkeiten (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 2009).

Die Ergebnisse der vielbeachteten Ulmer Heimkinderstudie von Nützel et. al. haben eindrücklich gezeigt, dass psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen nicht selten vorkommen, ihre Behandlung jedoch hinter dem Bedarf liegt:

60% der Kinder und Jugendlichen in den untersuchten Heimen haben Diagnosekriterien für eine psychische Störung erfüllt. 37,7% der Kinder und Jugendlichen erfüllten sogar Diagnosekriterien für mehr als eine psychische Störung. 29,6% der jungen Menschen verfügen über Vorerfahrungen in einem anderen Heim, 13,8% über Vorerfahrungen in einer Pflegefamilie. Diese jungen Menschen zeigen sich in den klinischen Fragebögen deutlich belasteter. Nur ca. 50% der jungen Menschen mit einer Diagnose erhielten eine Form der psychologischen, psychotherapeutischen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung (vgl. Nützel et. al. 2005).

8.2 Datenlage der Jugendhilfe in Mainz

Kinder und Jugendliche, die seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, können Unterstützung über die Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII erhalten¹. Diese wird von Leistungserbringern im Auftrag der öffentlichen Jugendhilfe erbracht.

In der Jugendhilfe stellen sich laut Amt für Jugend und Familie die Fallzahlen der Kinder und Jugendlichen und der jungen Volljährigen, die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche erhalten haben, für die Jahre 2010-2012 folgendermaßen dar (die Fallzahlen umfassen die jeweils in einem Kalenderjahr begonnenen laufenden und beendeten Fälle):

2010	insgesamt	ambulant	stationär
Kinder und Jugendliche	137	120	17
Junge Volljährige	13	8	5

2011	insgesamt	ambulant	stationär
Kinder und Jugendliche	168	147	21
Junge Volljährige	17	11	6

¹ § 35a SGB VIII:

(1) Kinder und Jugendliche, die seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, haben Anspruch auf Eingliederungshilfe.

Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

-in ambulanter Form,

-in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen,

-durch geeignete Pflegepersonen und

-in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen geleistet.

2012	insgesamt	ambulant	stationär
Kinder und Jugendliche	154	133	21
Junge Volljährige	17	9	8

Abbildung: Datenlage nach § 35a bzw. § 41 SGB VIII des Amtes für Jugend und Familie (Koordinierungsstelle für gemeinde-nahe Psychiatrie 2013)

In all diesen Fällen lag eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose als Eingang zur Hilfe zugrunde. In der Folge der diagnostizierten Störung wurde die Beeinträchtigung der Teilhabefähigkeit am Leben in der Gemeinschaft durch die Jugendhilfe ermittelt, um festzustellen, ob eine seelische Behinderung vorliegt oder droht. Soweit das Drohen einer seelischen Behinderung oder das Vorliegen einer solchen bejaht werden konnte, wurde eine entsprechende Hilfe mit den Betroffenen und den hilfedurchführenden Einrichtungen und Diensten gestaltet.

Die Diagnosen decken das nahezu das gesamte Spektrum der im ICD aufgelisteten Störungen ab, entsprechend vielfältig und unterschiedlich sind die Hilfesettings.

Im ambulanten Bereich sind insbesondere schulbezogene Hilfen hervorzuheben. Die außerschulische Förderung bei Teilleistungsstörungen und die Integrationshilfe bei Störungen des Sozialverhaltens oder bei Aufmerksamkeitsstörungen stellen einen Großteil der Hilfen dar. Im stationären Bereich werden vor allem auf seelische Störungen spezialisierte Einrichtungen belegt. Auch in diesen Hilfen liegt der Schwerpunkt auf dem Gelingen einer schulischen Bildung und dem Erlangen einer beruflichen Qualifikation. Ergänzt werden die Hilfen um die Unterstützung in der aktiven Gestaltung von Sozialkontakten, Entwicklung von Selbstwertgefühlen und in der Bearbeitung diesbezüglicher Problemlagen.

Bezogen auf die für den Zeiträume 2010 bis 2012 erhobenen Daten fällt auf, dass im Bereich der Hilfen für Minderjährige, der Anteil der Jungen, für die Eingliederungshilfe gewährt wurde nahezu doppelt so hoch ist, wie der Anteil der Mädchen. Bei den jungen Volljährigen ist das Verhältnis in diesem Zeitraum genau umgekehrt.

8.3 Psychiatrisch-medizinische Versorgung

8.3.1 Rheinhessen-Fachklinik Mainz

In Mainz hat im Januar 2011 die Rheinhessen-Fachklinik Mainz, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und –psychosomatik mit einer psychiatrischen Institutsambulanz, einer Tagesklinik und einem stationären Bereich, ihre Pforten geöffnet. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte Mainz keine eigene psychiatrische Klinik für Kinder und Jugendliche, die Versorgung wurde von der Rheinhessen-Fachklinik in Alzey sichergestellt. Die bereits im Kapitel über die Versorgung in der Erwachsenenpsychiatrie ausgeführten Nachteile einer wohnortfernen Behandlung sind bei Kindern und Jugendlichen auf Grund der fehlenden Mobilität noch gravierender. Im Vorfeld haben viele Protagonisten der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung lange Jahre für einen Standort in Mainz gekämpft und die Eröffnung der Klinik mit Pflichtversorgung für die Stadt Mainz ist aus Sicht der öffentlichen Gesundheitsversorgung außerordentlich zu begrüßen.

Die Psychiatrische Institutsambulanz ist bereits seit 2009 tätig, die Nachfrage war von Beginn an stark. Der stationäre Bereich hat 20 Betten, die aufgeteilt sind in zehn für Kinder und zehn für Jugendliche. Die Station für Jugendliche wird fakultativ geschlossen vorgehalten, d.h. wenn Jugendliche wegen krankheitsbedingter Fremd- oder Eigengefährdung einen Beschluss für eine geschlossene Unterbringung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik haben, kann die Station während der Behandlungsdauer geschlossen geführt werden. Weiterhin wird eine Tagesklinik mit 20 teilstationären Betten vorgehalten. In der Klinik wird Schulunterricht erteilt. Als Schwerpunkt wird

die Vernetzung mit dem Hilfesystem gesehen, des weiteren möchte die Klinik auf alternative Behandlungsformen setzen, ambulante Wege ausprobieren und dabei das Lebensumfeld des Kindes intensiv einbeziehen.

Rheinhes- sen- Fachklinik Mainz										
Stichtag 18.04.2012	Total	Männl.	Weibl.	< 8 Jahre	< 12 Jahre	< 15 Jahre	< 18 Jahre	> 18 Jahre	belegt / genutzt aus Mainz	belegt / genutzt aus an- deren Regionen
Tagesklinische Betten	20	17	3	3	13	2	2	0	11	9
Station Kinder	10	4	4	0	7	1	0	0	6	2
Station Jugend- liche	10	5	5	0	0	2	6	2	5	5
Ambulanz 1. + 2. Quartal, Fallzah- len	1199	799	400	122	471	275	259	72	402	797
Spezialsprech- stunde (seit An- fang 2012), Fall- zahlen	49	9	40	0	2	10	29	8	15	34

Abbildung: Belegung Rheinhesen-Fachklinik Mainz (Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie 2012)

Der ärztliche Leiter der Klinik ist auch Lehrstuhlinhaber an der Universität Mainz im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Es besteht diesbezüglich ein Kooperationsvertrag zwischen den beiden Einrichtungen. An der Universitätsmedizin ist darüber hinaus eine Station für essgestörte Kinder und Jugendliche geplant, die wiederum an die Pädiatrie angegliedert sein wird. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der neuen Klinik haben auch einen Passus bzgl. der Lehre und Forschung in ihrem Arbeitsvertrag.

Mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz wurde eine gemeinsame ADHS-Sprechstunde eingerichtet, um entwicklungsbedingte Störung auch im Erwachsenenalter adäquat zu begleiten, ebenso eine gemeinsame Psychosen-Früherkennungsambulanz für Menschen mit unklaren Störungsbildern ab 14 Jahren. Hier ist der Trend der Fachwelt hin zum Aufweichen von Altersbegrenzungen sichtbar, um bestimmte Störungsbilder im Sinne der Patienten besser behandeln zu können. Es wurde darüber hinaus ein fachübergreifendes Studien- und Forschungszentrum gegründet, an dem neben den beiden bereits genannten Kliniken auch die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie beteiligt ist.

8.3.2 Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater

Die ambulante Versorgung erfolgt durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, durch niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. -therapeuten sowie durch kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen.

Niedergelassene Ärzte sollen eine ausführliche Diagnostik bieten, die ambulante medizinische Behandlung sicherstellen und Nachsorge nach etwaigen Klinikaufhalten ermöglichen. Eine enge Kooperation mit Familie, Schule, Jugendhilfe und der Klinik ist obligat. Zur Gewährleistung einer Differentialdiagnostik müssen diese Ärzte neben speziellem Fachwissen auch über weitere medizinische, somatische und (entwicklungs-)neurologische Kenntnisse verfügen, da Krankheitsbilder im Kindes- und Jugendalter häufig unspezifisch sind.

Um die ambulante Versorgung zu gewährleisten gibt es in Rheinland-Pfalz insgesamt 26 niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater und 156 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen /-therapeuten. Sechs Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie haben eine Kassenzulassung in Mainz.

Die meisten dieser Praxen verfügen über multiprofessionelle Teams (Psychologen, Pädagogen, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter...), um eine systemische Behandlung sicherstellen zu können. In Rheinland-Pfalz gibt es keine kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste, bundesweit dagegen 49, vor allem Berlin und NRW (AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden, 2012).

8.4 Kooperation zwischen den Systemen

8.4.1 Zusammenarbeit Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie insbesondere in schwierigen Einzelfällen

Bei komplexen und schwierigen Einzelfällen ist eine gute Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen unerlässlich. Um diese Kooperation zu verbessern, hat das Amt für Jugend und Familie seit März 2012 eine regelmäßige Besprechung eingerichtet, in der bei Bedarf gemeinsam beraten werden kann, wie für diese Jugendliche eine geeignete Hilfe gestaltet werden kann. Diese Besprechung ist auch Ort für die frühzeitige Klärung in Kooperationsfragen. So soll vermieden werden, dass Probleme, die auf der Kooperationsebene entstehen, schwierige Einzelfälle zusätzlich belasten.

Diese Besprechung findet einmal monatlich statt, sofern Beratungs- und Besprechungsbedarf angemeldet wird. Beteiligt an der Besprechung sind die Notaufnahmeeinrichtungen in Mainz sowie die jeweils zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Allgemeinen Sozialdienst des Amtes für Jugend und Familie. Darüber hinaus besteht ein Austausch zwischen Allgemeinem Sozialdienst und Kinder- und Jugendpsychiatrie jenseits von Einzelfallfragen mit dem Ziel, den Kenntnisstand der jeweils anderen Institution über Veränderungen Weiterentwicklungen hoch zu halten. Es scheint, dass die Existenz einer solchen institutionalisierten Klärungsform die Zusammenarbeit deutliche entspannter und erfolgreicher macht.

Mit der noch vor Ort zu schließenden Kooperationsvereinbarung Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie (s. 9.4.3) werden auch die kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen in eine regelhafte Struktur der Zusammenarbeit eingebunden werden. Allerdings bestehen auch hier bereits viele alltagsnahe kurze und praktische Wege der Zusammenarbeit.

8.4.2 Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der Gemeindepsychiatrische Verbund Mainz unterhält seit Jahren einen Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie, in dem alle interessierten und wesentlichen Berufsgruppen wie Lehrer, Ärzte, öffentliche Jugendhilfe (Allgemeiner Sozialer Dienst), Schulpsychologischer Dienst, Leistungserbringer, Angehörige etc. zusammenkommen und sich ca. drei Mal pro Jahr über relevante praxisbezogene Themen austauschen. Im Vordergrund steht dabei auch die persönliche Kontaktpflege, die die Zusammenarbeit in der Arbeitspraxis deutlich verbessert.

8.4.3 Leitfaden zur Kooperation von Kliniken, Praxen und öffentliche Jugendhilfe

Ende 2012 wurde ein Leitfaden zur Kooperation von kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken, Praxen und der öffentlichen Jugendhilfe für Rheinland-Pfalz verabschiedet. Dieser wurde von einer Konsensarbeitsgruppe unter Moderation der Ministerien „Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie“ und „Integration, Familie, Kinder, Jugend, Frauen“ verfasst und soll die wichtigen und komplexen Schnittstellen zwischen den Systemen definieren und Standards für Übergänge bieten. Der Abschluss einer regionalen Kooperationsvereinbarung ist auch für Mainz vorgesehen.

9 ASPEKTE DER ALTENHILFE UND DER GERONTOPSYCHIATRIE

Das Altenhilfesystem in Mainz für Menschen ab 65 Jahren ist weit ausdifferenziert und ausführlich im kommunalen Bericht zur Pflegestruktur vom Jahr 2009 dargestellt. Die Versorgung findet z.B. durch rund 25 Pflegedienste im ambulanten Bereich, im teilstationären z.B. durch Tagespflege und im stationären Setting über Altenpflegeheime und Seniorenresidenzen statt. Zurzeit gibt es 1637 stationäre Plätze im Bereich der stationären Altenhilfe.

Sozialräumlich orientiert bieten Pflegestützpunkte qualifizierte Beratung für hilfeschende Menschen und deren Angehörige. Kostenträger sind vor allem die Pflegeversicherung und die Kommune mit der Hilfe zur Pflege nach SGB XII.

In der Mainzer Altenhilfe werden derzeit keine expliziten Angebote für alt werdende Menschen mit einer psychischen Erkrankung vorgehalten, dennoch finden sich in allen vorgenannten Bereichen Betroffene. Diese unterscheiden sich jedoch häufig von der klassischen Klientel der Altenhilfe, alleine schon durch eine möglicherweise langjährige chronische Erkrankung und deren Folgen. Auf deren spezielle Bedarfe kann im üblicherweise eng getakteten Pflegealltag wenig eingegangen werden. Diese Zielgruppe wird daher im dritten Teil des Berichts unter der Überschrift „Handlungsfelder“ nochmals aufgegriffen.

Abschließend findet hier noch die Gerontopsychiatrie als eigenständiger Zweig der Erwachsenenpsychiatrie Erwähnung. Gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen können altersmäßig nicht exakt eingegrenzt werden, es handelt sich jedoch um Menschen, die an altersbedingten psychischen Störungen erkrankt sind, z.B. an Demenzen. Die Altersgrenze kann schon bei deutlich unter 60 Jahren liegen. Die in Mainz ansässigen Kliniken halten spezielle gerontopsychiatrische Stationen bzw. Behandlungsangebote vor, auch gibt es inzwischen einige Wohngemeinschaften, die Menschen mit diesen Krankheitsbildern eine Heimat geben. An der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie ist eine Gedächtnisambulanz angegliedert, deren Schwerpunkt auf der Demenz-Früherkennung liegt. Die Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit wird voraussichtlich im Jahr 2014 eine Demenz-Tagesklinik mit 15 Betten als Landesmodellprojekt eröffnen.

10 ASPEKTE DER SUCHTHILFE

Sucht betrifft viele Menschen in Deutschland. Hierbei stehen nicht nur Abhängigkeitserkrankungen mit erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und vorzeitiger Sterblichkeit im Blickpunkt, sondern alle riskanten, missbräuchlichen und abhängigen Verhaltensweisen in Bezug auf Suchtmittel (legale wie illegale) und nichtstoffgebundenen Verhaltensweisen (wie Glücksspiel und pathologischer Internetgebrauch). Häufig verbergen sich hinter den Einzelfällen dramatische persönliche Schicksale. Familienangehörige, Freundinnen und Freunde oder Kolleginnen und Kollegen sind meist mitbetroffen. „Drogen und Suchtmittel verursachen in Deutschland erhebliche gesundheitliche, soziale und volkswirtschaftliche Probleme: Nach repräsentativen Studien rauchen 16 Millionen Menschen, 1,3 Millionen Menschen sind alkoholabhängig und Schätzung legen nahe, dass 1,4 Millionen Menschen von Medikamenten abhängig sind. 600.000 Menschen weisen einen problematischen Cannabiskonsum auf, ein problematischer Konsum von anderen illegalen Drogen liegt bei 200.000 Menschen vor und gut 500.000 Menschen weisen ein problematisches oder sogar pathologisches Glücksspielverhalten auf. Es ist davon auszugehen, dass eine zunehmende Zahl von Internetnutzern onlineabhängig ist.“ (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2010).

Die klassischen gemeindepsychiatrischen Angebote erreichen Menschen mit einer Suchterkrankung häufig nicht, da sich die fachlichen Konzepte der beiden Hilfesysteme grundlegend unterscheiden. Im Bereich der medizinischen Behandlung gehören Suchterkrankungen, wie alle F-Diagnosen nach ICD-10, zu den psychischen Erkrankungen. Entsprechend sind psychiatrische Kliniken auch für suchterkrankte Menschen zuständig. Ca. 20% der Patienten in psychiatrischen Kliniken können einer Diagnose aus dem Bereich F10-F19 zugeordnet werden. Auch hier steht eine wohnortnahe, passgenaue Unterstützung im Mittelpunkt der Hilfen, allerdings kann eine Begleitung außerhalb der Heimatgemeinde unter Umständen hilfreich sein, um sich einem schädigendem Milieu zu entziehen.

Rheinland-Pfalz-typisch sind Langzeittherapieplätze, Nachsorgeangebote und weitere Einrichtungen für chronisch mehrfachabhängige Menschen nicht dezentral in den einzelnen Regionen zu finden, sondern in einzelnen Standorten zusammengefasst. So stehen in zwei Stationen 40 Plätze für einen qualifizierten Entzug Drogenabhängiger in der Rhein-Mosel-Fachklinik in Andernach und im Pfalz-Klinikum in Klingenmünster zur Verfügung. Es werden 440 Plätze in zehn soziotherapeutischen Wohnheimen vorgehalten und in fünf spezifischen Arbeitsprojekten 68 Plätze für suchtkranke und drogenabhängige Menschen angeboten (Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, o. A.). Diese zentralisierten Strukturen bringen die Versorgung in den Heimatgemeinden oft an Grenzen, insbesondere wenn familiäre Zusammenhänge oder berufsbezogene Aspekte bei der Unterstützung zur berücksichtigen wären.

Für den Bericht zur Situation der gemeindenahen Psychiatrie wurde in dem Arbeitsfeld der Suchthilfe in Mainz keine eigenständige Erhebung durchgeführt, so dass keine Daten zu den Nutzerstrukturen vorliegen.

Mainz hält unterschiedliche Unterstützungsangebote für den Personenkreis der suchterkrankten Menschen vor. Es gibt z.B. eine Substitutionsambulanz, eine Spielsuchtambulanz, die Möglichkeit der stationären Entgiftung von Alkohol, Sucht- und Drogenberatungsstellen und betreute Wohnmöglichkeiten. Zuständig für die kommunalen Angebote ist das Amt für Jugend und Familie, darüber hinaus sind einige der Mainzer gemeindepsychiatrischen Leistungserbringer, wie der Caritasverband, beteiligt. Auch sind der medizinische Bereich und alle relevanten vorrangigen Kostenträger in der Verantwortung. Maßnahmen der Eingliederungshilfe für suchterkrankte Menschen werden wie die Teilhabebedarfe anderer psychisch erkrankter Menschen auch in der Teilhabekonferenz besprochen. Angeregt durch den kritischen Besuch der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände wurde im Jahr 2010 ein regelhaftes Kooperationstreffen ins Leben gerufen, um die beiden Hilfesysteme besser miteinander zu vernetzen.

Für das laufende Jahr 2013 zeichnen sich Veränderungen hinsichtlich der Zuständigkeiten für die Suchtberatung im Bereich Alkohol und Medikamente ab. Dies macht eine aktuelle Konzeptionierung und eine gute Einbindung in das seit Jahren gewachsene Hilfesystem notwendig. Neben der fachlichen Verantwortung des Amtes für Jugend und Familie ist mit Blick auf die Zuständigkeit für die Gesamtversorgungsregion an dieser Stelle auch der Einbezug der Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie sinnvoll.

Im Übrigen kommen bei 25% bis 40% der Menschen mit einer Suchterkrankung eine Zweitdiagnose im F-Bereich dazu. Hier können vor allem Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen und affektive Störungen benannt werden. Diese Schätzung ist relativ vorsichtig, denn nicht selten wird eine Zweitdiagnose nicht erkannt oder je nach Berufsperspektive als fehlende Therapiemotivation eingeordnet, was manche Unterstützungsangebote bereits von vornherein zum Scheitern verurteilt. Der Zugang zu fachärztlicher Behandlung oder psychotherapeutischer Versorgung ist für Menschen mit Doppeldiagnosen häufig erschwert, ebenso der zu gemeindenahen soziotherapeutischen Maßnahmen.

Diese Problematik wird im dritten Teil des vorliegenden Berichts in Bezug auf entsprechende Handlungsempfehlungen noch einmal aufgegriffen.

11 ASPEKTE DES GESETZLICHEN BETREUUNGSWESENS

Das Gesetz zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige (Betreuungsgesetz – BtG) vom 12. September 1990 ist am 1. Januar 1992 in Kraft getreten. Es löste damit die bestehenden Regelungen zu Entmündigung, Vormundschaft für Erwachsene und Gebrechlichkeitspflegschaft ab und hat wesentlichen Anteil am Versorgungssystem der gemeindenahen Psychiatrie.

„Das Wesen der Betreuung besteht darin, dass für eine volljährige Person ein Betreuer bestellt wird, der in einem genau festgelegten Umfang für sie handelt. Das Selbstbestimmungsrecht des betroffenen Menschen soll dabei gewahrt bleiben, soweit dies möglich und seinem Wohl zuträglich ist. [...] Von Betreuung betroffen sind Erwachsene, die aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen können. Viele der Betroffenen sind alte Menschen.“ (Bundesministerium der Justiz, 2012).

Die Voraussetzungen sind im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelt:

§ 1896 BGB

(1) Kann ein Volljähriger aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, so bestellt das Betreuungsgericht auf seinen Antrag oder von Amts wegen für ihn einen Betreuer. Den Antrag kann auch ein Geschäfts-unfähiger stellen. Soweit der Volljährige aufgrund einer körperlichen Behinderung seine Angelegenheiten nicht besorgen kann, darf der Betreuer nur auf Antrag des Volljährigen bestellt werden, es sei denn, dass dieser seinen Willen nicht kundtun kann.

(1a) Gegen den freien Willen des Volljährigen darf ein Betreuer nicht bestellt werden.

Betreuungen können beim Amtsgericht angeregt werden, das nach einer fachärztlichen Stellungnahme, Anhörung des Betroffenen und ggf. unter Einbezug der Betreuungsbehörde eine Entscheidung fällt.

Für diesen Bericht liegen vom zuständigen Amtsgericht keine Daten vor, laut Hochrechnungen der kommunalen Betreuungsbehörde ist jedoch davon auszugehen, dass in Mainz ca. 3400 Menschen unter Betreuung stehen, darunter sind die meisten Menschen von Demenz betroffen. Der Anteil der Übernahme von Betreuungen für psychisch erkrankte oder seelisch behinderte Menschen ist steigend und beträgt derzeit ca. 36% aller Betreuungsfälle. Im Bereich Demenz und seelischen Behinderung ist ein erhöhter Frauenanteil gegeben, in den anderen Bereichen ist das Geschlechterverhältnis ungefähr ausgeglichen. Die Altersverteilung ist relativ ausgewogen, lediglich bei den über 80jährigen Menschen gibt es eine Häufung von Betreuungsfällen. Die häufigsten Aufgabenkreise gesetzlicher Betreuungen sind Gesundheitsfürsorge mit über 80%, Postvollmacht, Aufenthaltsbestimmungsrecht und die Vermögenssorge.

Betreuungen können laut Gesetz von Berufsbetreuerinnen und -betreuern sowie ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern entweder von Betreuungsvereinen oder aber aus dem familiären bzw. sozialen Umfeld geführt werden.

In Mainz ist stadttypisch der Anteil an Berufsbetreuungen mit ca. 40% relativ hoch, ehrenamtliche Betreuungen, die nicht aus der Familie übernommen werden, sind mit ca. 5% die kleinste Gruppe.

Sofern für einen psychisch erkrankten oder seelisch behinderten Menschen eine Betreuung eingerichtet ist, ist der gesetzliche Betreuer bzw. die gesetzliche Betreuerin entsprechend der Zuständigkeit in die Versorgung in alle vorgenannten Unterstützungsbereiche einbezogen. Es sind enge Kooperationsbeziehungen und Abstimmungen mit dem weiteren Hilfesystem notwendig, Entscheidungen zu Unterbringungen nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch im Falle der Eigengefährdung können ebenfalls über die gesetzliche Betreuung herbeigeführt werden.

12 ASPEKTE DER FORENSISCHEN UNTERBRINGUNG

Für verurteilte psychisch erkrankte oder suchterkrankte Rechtsbrecher gibt es ein eigenständigen Strafvollzug: den Maßregelvollzug. Er dient der Besserung, Sicherung und Rehabilitation von Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung eine rechtswidrige Tat begangen haben. Der Maßregelvollzug ist in Kliniken für Forensische Psychiatrie verortet.

Die Unterbringung in einer Maßregelvollzugsklinik wird von einem Strafgericht angeordnet. Sie kommt in Betracht, wenn:

- zum Tatzeitpunkt eine psychische Störung besteht,
- diese Krankheit im direkten Zusammenhang mit der Straftat steht und zu einer fehlenden oder erheblich verminderten Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit führt, und
- zukünftig weitere erhebliche Straftaten zu erwarten sind, die im Zusammenhang mit dieser Krankheit stehen und der Täter deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

Die Verweildauer im Maßregelvollzug ist im Gegensatz zum Strafvollzug zeitlich oft nicht befristet, eine Entlassung hängt von der Kriminalprognose ab. Entscheidend ist die Schwere der Tat.

Gesetzliche Grundlagen finden sich im Strafgesetzbuch, § 20 Schuldunfähigkeit und § 21 verminderte Schuldfähigkeit sowie § 63 Unterbringung psychiatrisches Krankenhaus und § 64 Unterbringung Entziehungsanstalt. In Rheinland-Pfalz gilt das Landesgesetz über den Vollzug freiheitsentziehender Maßregeln (Maßregelvollzugsgesetz – MVollzG) (vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Demografie 2008).

Eine Maßregel der Besserung und Sicherung muss zu der Bedeutung der begangenen und zu erwartenden Taten in einem angemessenen Verhältnis stehen. Auch der Grad der vom Täter ausgehenden Gefahr muss berücksichtigt werden. Dies gilt sowohl für die Anordnung als auch den Vollzug (vgl. Zentren für Psychiatrie in Baden-Württemberg, 2003).

Die Notwendigkeit des Maßregelvollzugs wird während eines Strafprozesses durch eine forensische Begutachtung festgestellt. Während der Unterbringung finden in regelmäßigen Abständen Begutachtungen zur Kriminalprognose statt, die für die Dauer des Aufenthalts maßgeblich ist.

Der Maßregelvollzug ist, ebenso wie der Strafvollzug, Landesangelegenheit. Bei der Durchführung des Maßregelvollzugs in den Kliniken handeln diese im Auftrag des Landes Rheinland-Pfalz, daher ist auch das Land Kostenträger für diese Unterbringungen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kliniken nehmen staatliche Aufgaben der hoheitlichen Gewalt wahr. Das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung übt die Aufsicht über die drei Maßregelvollzug-Einrichtungen in Rheinland-Pfalz aus. Die Besuchskommission Maßregelvollzug begeht alle stationären Einrichtungen nach einem festgelegtem Turnus (vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Demografie 2008).

In Rheinland-Pfalz gibt es drei Kliniken bzw. Abteilungen für forensische Psychiatrie: Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie an der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, Rheinhessen-Fachklinik Alzey

Forensisch-Psychiatrische Abteilung und das Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie AdÖR Klingenmünster.

Nach der Verwaltungsvorschrift des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Demografie für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Demografie von 2013 zum Vollstreckungsplan für den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen ist für psychisch erkrankte Männer aus Mainz die Rheinhessen-Fachklinik Alzey und bei Frauen aus Mainz die Forensische Psychiatrie Klingenmünster zuständig. Für alkoholabhängige Straftäter erfolgt die Einweisung nach Klingenmünster, bei Drogen- und Medikamentenabhängigkeit ist die Rhein-Mosel-Fachklinik in Andernach zuständig (Landesregierung Rheinland-Pfalz, 2013).

In Rheinland-Pfalz wurden zum 31.12.2010 408 Patientinnen und Patienten nach § 63 Strafgesetzbuch und 181 Patientinnen und Patienten nach § 64 Strafgesetzbuch versorgt. Es ist ein Anstieg von 2005 in 2010 um 170 Patientinnen und Patienten zu verzeichnen (vgl. AG Psychiatrie, 2012).

Während der Unterbringung im Maßregelvollzug stehen verschiedene Therapieansätze im Vordergrund der Behandlung, die zu einer Verringerung der Gefahr für die Allgemeinheit führen sollen. In unterschiedlichen Sicherungsstufen eignen sich die Patientinnen und Patienten im Idealfall soziale Fertigkeiten und Kompetenzen an, die sie auf ein Leben in Freiheit vorbereiten. Vor einer anstehenden Entlassung werden in der Regel noch aus der forensischen Klinik heraus Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten organisiert und nach Möglichkeit familiäre oder soziale Strukturen reaktiviert. Eine Entlassung der Patientinnen und Patienten geschieht unter Auflagen. Dafür muss die Behandlung erfolgreich abgeschlossen sein, die Aussicht auf eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft und auf die Aussicht ein straffreies Leben bestehen. Über einen bestimmten Zeitraum stehen die ehemaligen Patientinnen und Patienten noch unter Führungsaufsicht der Bewährungshilfe, durch die individuelle Auflagen, wie regelmäßiger Kontakt zu einem niedergelassenen Psychiater oder einer Psychiaterin, oder einer forensischen Ambulanz sicherstellt.

Die regionalen Verbände sind in der Nachsorge gefragt, diese Patientinnen und Patienten weiter zu begleiten, damit sie ihren Platz in der Gesellschaft wiederfinden. Hierbei können sie auf die Unterstützung der forensischen Kliniken und Ambulanzen zurückgreifen.

13 PRÄVENTION

Präventionsmaßnahmen im Bereich der Gesundheit umfassen Vorbeugung gegen Krankheiten, Gesundheitsförderung und Früherkennung von Krankheiten. Auf Grund aktuell fehlender bundesweiter Gesetzesgrundlagen gibt es jedoch kein umfassendes Präventionskonzept und es existieren wenige Möglichkeiten der Finanzierung von präventiven Angeboten. Krankenkassen und Stiftungen ermöglichen höchstens Finanzierungen neuartiger Projekte mit befristeter Laufzeit, kommunale Finanzierungen kommen auf Grund der Zuordnung zu freiwilligen Leistungen in Zeiten knapper öffentlicher Haushalte selten zum Tragen. Dies ist bei psychischen Erkrankungen ebenso zu spüren wie in anderen Gesundheitsbereichen, obwohl etliche Modellvorhaben, Studien und Projekte positive Effekte von Prävention in Bezug auf Reduzierung eines krankheitsbedingten Verlusts an Lebensqualität, Stärkung der eigenen Ressourcen und Abwehrmechanismen oder auch auf Einsparungen im Gesundheitssystem nachweisen konnten.

Im Folgenden sollen zwei Risikogruppen und ein Bildungsbereich in den Fokus genommen werden, für die regelhafte präventive Angebote sinnvoll erscheinen und zum Teil schon umgesetzt werden.

13.1 Kinder psychisch erkrankter Eltern

Nach aktuellen Schätzungen leiden ca. 15 % der Gesamtbevölkerung einmal in ihrem Leben an einer psychischen Erkrankung, davon sind ungefähr 30 % Eltern. In der Bundesrepublik Deutschland haben demnach ca. 3 Millionen Kinder unter 18 Jahren ein psychisch erkranktes Elternteil.

Diese Kinder sind einem verstärkten Risiko ausgesetzt, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Die Problemlagen für die Kinder sind vielfältig, so neigen sie dazu altersunangemessen zu viel Verantwortung zu übernehmen, sind der Gefahr der sozialen Isolation ausgesetzt oder haben ausgeprägte Schuldgefühle. Häufig kehren sich die Rollen zwischen Eltern und Kinder um (Parentifizierung). Sie bleiben mit ihren Ängsten und Nöten weitgehend auf sich gestellt, verstehen ihre Eltern nicht, haben selten vertraute Menschen, mit denen sie sprechen können und laufen deshalb selbst Gefahr, seelisch krank zu werden.

„Von hoher Bedeutsamkeit für eine gesunde seelische Entwicklung sind hauptsächlich soziale Ressourcen. Hierzu gehören insbesondere stabile, emotionale Beziehungen zu festen Bezugspersonen, ein offenes und unterstützendes Familienklima, ein guter familiärer Zusammenhalt und die Erfahrung, dass Konflikte und Probleme in der Familie bewältigt werden können“ (Gehrmann, 2006). Die betroffenen Kinder müssten rechtzeitig entlastet werden. Gerade präventiv ansetzende Unterstützungsangebote können betroffene Kinder stärken und davor bewahren, selbst zu erkranken. Auch die Eltern können unterstützt werden, denn sie zweifeln häufig an ihrer Erziehungskompetenz und haben unter Schuldgefühlen zu leiden.

Ein Schritt in die richtige Richtung ist der geplante Start des Projekts ZEBRA (zielorientierte Elternberatung), ein kooperatives Beratungsangebot für psychisch kranke Eltern, deren Kinder und Bezugspersonen, das von Mitgliedern des GPV Mainz ab 2013 in den Räumen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie angeboten werden wird. Bereits jetzt ist die auf drei Jahre befristete Projektfinanzierung durch Aktion Mensch und Eigenmittel der Leistungsträger ein Indiz dafür, dass Präventionsangebote kaum Aussichten auf eine Regelfinanzierung haben.

Psychische Erkrankungen der Elternteile bzw. die damit verbundenen Belastungssituationen spielen eine zunehmend wichtige Rolle in der Kinder- und Jugendhilfe allgemein, aber auch bezogen auf die Meldungen über eine mögliche Kindeswohlgefährdung. In 13,0% der Fälle wurden seitens des Melders Angaben zu psychischen Auffälligkeiten bzw. einer psychischen Erkrankung gemacht. Darüber hinaus wurde in 15,6% angegeben, dass eine Suchtproblematik der erziehenden Personen vermutet wird. (vgl. Schmutz, 2010 & Meysen, 2008).

Reguläre Beratungs- und Unterstützungsangebote der Jugendhilfe sind inzwischen in Bezug auf die komplexe Problematik Kinder psychisch erkrankter Eltern sensibilisiert, wichtig ist jedoch auch, auf spezielles Fachwissen zurückgreifen zu können und bei Bedarf auch langfristige Begleitungen sicherzustellen. Das Mainzer Amt für Jugend und Familie berichtet, ein großer Teil des Erziehungshilfebedarfs in der Jugendhilfe entsteht unmittelbar oder mittelbar als Folge psychischer Erkrankungen von Eltern oder Elternteilen. Der Allgemeine Sozialdienst berücksichtigt dies in der Hilfestaltung. Die Fachkräfte besuchen einschlägige Fortbildungen, eine Fachkraft befindet sich im Rahmen eines Zertifikatskurses derzeit in Weiterbildung zu diesem Thema und wird den übrigen Fachkräften bei Bedarf als beratende Kollegin zur Verfügung stehen. Es bestehen darüber hinaus Leistungsvereinbarungen mit freien Trägern der Jugendhilfe im Bereich der Erziehungshilfe, die unter anderem auch diese Indikation für Erziehungshilfebedarf berücksichtigen. Die Zunahme der Fälle mit psychischen Erkrankungen oder dem Verdacht auf psychische Erkrankungen erfordert einen sehr sensiblen Umgang mit der Ressourcen und der Belastbarkeit von Eltern und Kindern.

Wichtig erscheint es darüber hinaus, bei psychisch erkrankten Eltern nicht ausschließlich den Aspekt einer möglichen Kindeswohlgefährdung in den Blick zu nehmen, sondern auch die Beziehung zwischen Eltern und Kind zu stärken und zu stützen. Vielerorts wurden beispielsweise bereits gute

Erfahrungen mit Modellen begleiteter Elternschaft bereits ab der Schwangerschaft gemacht, die Elternteile mit einer psychischen Erkrankung in ihrer Erziehungskompetenz stärken und Kommunikationsmethoden trainieren.

Entscheidend wäre es, die Ressourcen der Helfer synergetisch untereinander in Form lokaler Initiativen (Selbsthilfegruppen, betroffene Familien, Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiater, Psychotherapeuten, Jugendämter, Beratungsstellen, Lehrer, Justiz, Verwaltung) zu vernetzen. „Die Entwicklung besserer Unterstützungsstrukturen im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie, die die Kinder- und Jugendhilfe rechtzeitig – also im Vorfeld einer Gefährdungsmeldung - angemessen mit einbeziehen“ wurde auch im Evaluationsbericht zur Umsetzung des § 8a SGB VII in den Jugendämtern gefordert (Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen Rheinland-Pfalz, 2012), so dass auch an dieser Stelle ein Vernetzungsbedarf besteht, der konsensorientierten Standards folgen sollte.

13.2 Stärkung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Angesichts der steigenden Erkrankungszahlen auch im jungen Alter müsste die Stärkung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mehr in den Fokus genommen werden. Praxiserfahrungen zeigen, dass junge Menschen, die an einer seelischen Erkrankung leiden, vor deren Ausbruch kaum über seelische Gesundheit informiert sind. Dies führt dazu, dass bestehende Entlastungsmöglichkeiten nicht frühzeitig genutzt werden, erste Symptome nicht erkannt werden und Hilfe oft erst aufgesucht wird, wenn die Erkrankung schon weiter fortgeschritten ist. Ursache ist auch hier, dass die meisten psychischen Schwierigkeiten und Erkrankungen weiterhin stigmatisiert sind. Durch rechtzeitige und fachliche verständliche Aufklärung sowie psychosoziale Unterstützung bei den ersten auftretenden Krisenzeichen könnten der Krankheitsverlauf gemildert, Ausgrenzung und sozialen Rückzug vermieden werden. Es gilt, dass psychische Erkrankungen sich häufig in Kindheit und Jugend manifestieren und je früher ein Kind aus dem seelischen Gleichgewicht gerät und je später Unterstützung angenommen wird, desto drastischer können die Auswirkungen und der Verlauf sein.

Frühzeitige Aufklärung ist aus diesen Gründen entscheidend für die weitere seelische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Für Mainz wurden zwei gute Projekte initiiert, deren Einbettung in ein grundsätzliches Präventionskonzept jedoch noch fehlt.

Die gpe hat sich dem Verein „Irrsinnig Menschlich“ angeschlossen und mit „unplugged macht Schule“ ein Schulpräventionsteam auf Grundlage des Konzepts von „Verrückt na und?“ gegründet. Schule ist ein guter Ort, um frühzeitig aufzuklären, da erste Anzeichen psychischer Krisen von Heranwachsenden oft in der Schule zu entdecken sind. Das Präventionsteam bietet die Gestaltung von Projektunterricht an, in dem neben der Sensibilisierung für das Thema Seelische Gesundheit und Wohlbefinden, der Auseinandersetzung mit eigenen Bewältigungsstrategien der Aufklärung über psychische Erkrankungen auch die Begegnung mit Betroffenen und die Information über Hilfesysteme im Mittelpunkt stehen. Lehrerfortbildungen und Arbeit mit Eltern gehört ebenfalls zum Angebotsspektrum. Dieses Projekt, das sich an 14 bis 25 jährige junge Menschen richtet, finanziert sich vorrangig durch Spenden und lebt vom Einsatz der Beteiligten (Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen, 2012). Es ist ein hervorragendes Beispiel für ein passgenaues Präventionsangebot, ihm wäre eine stabile Finanzierung zu wünschen, damit der steigenden Nachfrage aus Mainzer Schulen auch adäquat begegnet werden kann.

Im Bereich der Ess-Störungen wird von der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Johannes Gutenberg-Universität gemeinsam mit der Rheinhessen-Fachklinik Mainz, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie das Primärpräventionsprogramm MaiStep angeboten. Auch hier wird auf die Aufklärung in Schulklassen gesetzt, Frühintervention, Lehrerfortbildung und Angehörigenprogramm flankieren diese. Wie es den Ausführungen zum Programm auf der Homepage zu entnehmen ist, nehmen „Essstörungen (z.B. Anorexia und Bulimia nervosa) unter den kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen eine besondere Stellung ein, da sie sehr schwer zu behandeln sind und häufig mit schwerwiegenden körperlichen Schäden bis hin zur Todesfolge (16%) einhergehen. Der häufige Wunsch nach Gewichtsabnahme bei Mädchen in der Pubertät hat sich in den letz-

ten Jahren deutlich erhöht und ist ein wesentlicher Prädiktor für die Entwicklung essgestörter Verhaltensweisen (z.B. restriktives Essverhalten, Erbrechen). Demzufolge sind im Verlauf der vergangenen Jahrzehnte auch eine deutliche Zunahme und ein früherer Krankheitsbeginn der Essstörungen zu verzeichnen [...] Die Wirksamkeit des Ursprungsprogramms MaiStep wurde durch eine umfangreiche wissenschaftliche Evaluation an ca. 2000 Schülerinnen und Schülern aller Schularten in Rheinland-Pfalz eindrucklich belegt. Es zeigt sich, dass durch MaiStep weniger essgestörte Denk- und Verhaltensweisen auftraten und ein Anstieg subklinischer und klinischer Essstörungen verhindert werden kann.“ (Universitätsmedizin Mainz, 2011). Das Projekt wird in Kooperation mit den Ministerien für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) und für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur (MBWJK) sowie dem Verein zur Förderung feministischer Mädchenarbeit e.V. (FEMMA) durchgeführt. Des Weiteren konnte die KKH Allianz als Partnerin gewonnen werden, die das Programm mit einem Innovationspreis ausgezeichnet hat.

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz hat gemeinsam mit der Rheinhessen-Fachklinik Mainz, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die Psychose-Früherkennungsambulanz Rheinhessen gegründet. Die Ambulanz richtet sich an Menschen ab 14 Jahre und ist seit Mai 2011 in Betrieb. Die häufigen Symptome von Psychosen, einer Erkrankung, bei der der Betroffene quasi den Kontakt zur Wirklichkeit verliert, sind Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen / Halluzinationen und Denkstörungen. Ohne fremde Hilfe gelingt es meist nicht, eine dauerhafte Besserung der Symptome zu erreichen. Die Früherkennungsambulanz verfolgt das Ziel, Personen mit erhöhtem Psychoserisiko zu erkennen, um durch frühzeitige psychotherapeutische und ggf. auch medikamentöse Therapie den weiteren Verlauf günstig zu beeinflussen. Es sollen sog. Prodromalsymptome, wie depressive Stimmung, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Misstrauen etc., die in der Vorphase eine Psychose vorhanden sein können, abgeklärt werden. Dies erfolgt durch eine eingehende Diagnostik und Differentialdiagnostik sowie Beratung zur Prävention und zu individuellen Hilfen, ggf. auch die Empfehlung individueller Therapie oder der Weiterbehandlung durch ambulanten Nervenarzt (Konrad, 2011). Der Versuch der Ambulanz, den Verlauf dieser häufig schweren Erkrankung frühzeitig positiv zu beeinflussen, aber auch die allgemeine psychische Stabilität zu verbessern, Stresskompetenzen zu entwickeln, um Belastungen zu reduzieren und möglichen psychotischen Episode vorzubeugen, ist ebenfalls ein sehr gutes Beispiel für ein hilfreiches Präventionsangebot.

13.3 Perspektiven aus der Sozialplanung

Das Arbeitsgebiet der kommunalen Sozialplanung hat ebenfalls Prävention in unterschiedlichen Facetten als Thema, so mündete beispielsweise die kommunale Armutsberichterstattung 2008 in ein Handlungskonzept gegen Kinderarmut, in dem folgende Leitlinien postuliert wurden:

- „1. Jedes Kind hat ein Recht auf Sicherung seiner materiellen Lebensgrundlage
2. Jedem Kind eine erfolgreiche Bildungskarriere sichern
3. Jedem Kind ein gesundes Aufwachsen ermöglichen
4. Jedem Kind soziale Teilhabe ermöglichen
5. Jede Mutter / jeden Vater in der Erziehungskompetenz unterstützen und stärken
6. Jeder Mutter / jedem Vater eine existenzsichernde Erwerbstätigkeit eröffnen
7. Jede Bürgerin und jeder Bürger ist für die Kinder in der Stadt verantwortlich“ (Landeshauptstadt Mainz, 2009).

Als eine Folge davon sollen im Mainzer Stadtteil Neustadt Präventionsketten aufgebaut werden. Im Fokus stehen hierbei Gesundheit, Bildung, Stärkung der Eltern und Vernetzung der Hilfen (Landeshauptstadt Mainz, 2012). Da Armut und soziale Ausgrenzung auch große Problemfelder für psychisch erkrankte Menschen und deren Kinder darstellen, ist davon auszugehen, dass die Präventionsketten auch diesen Aspekt in den Blick nehmen und sich Synergieeffekte für die gemeindenahere psychiatrische Versorgung ergeben werden. Die Koordinierungsstelle für gemeindenahere Psychiatrie befindet sich darüber mit der Sozialplanung im Austausch.

13.4 Pflegende Angehörige

2010 wurden ca. rund 70 % der pflegebedürftigen Menschen zu Hause versorgt. Neben der Beteiligung von Pflegekräften sind für die Versorgung in erheblichem Maße pflegende Familienangehörige verantwortlich. Ca. 20 % dieser Angehörigen sind darüber hinaus berufstätig, zur Hälfte Vollzeit, was eine Dreifachbelastung aus Berufstätigkeit, eigener Familie oder eigenem Haushalt und Pflege-tätigkeit darstellt (Braun, 2011).

Auf Grund der vielfältigen Belastungen haben pflegende Angehörige ein erhöhtes Risiko selbst psychisch krank zu werden. Schätzungen aus dem Jahr 1999 gehen davon aus, dass ca. 50% der Angehörigen an einer Depression erkranken. Die Akzeptanz, Medikamente einzunehmen, ist deutlich erhöht und damit auch das Risiko einer Suchtmittelabhängigkeit (Koeppel, 2003).

Die Siemens BKK ging in einer Untersuchung der Frage Erkrankungsrisiko und –art von pflegenden Angehörigen nach. 700 der Versicherten im Alter zwischen 31 und 60 Jahren, die pflegende Angehörige sind, wurden berücksichtigt und mit einer ansonsten ähnlichen Gruppe von Versicherten, die keinen Angehörigen pflegten, verglichen. Es stellte sich heraus, dass pflegende Angehörige in vielfacher Hinsicht kränker sind, so lagen z.B. die Zahl der Diagnosen von chronischen und schwerwiegenden Krankheiten pro Person um bis zu 51 % höher als bei der Vergleichsgruppe (Braun, 2011).

Demographischer Wandel und der Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen für Menschen mit einem Pflegebedarf wird diese Risikogruppe künftig noch wachsen lassen, so dass präventive Angebote zur Unterstützung angezeigt sind. Denkbar wären der Ausbau von Beratungsangeboten, eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit, die Förderung von Netzwerkstrukturen, durchdachte aufsuchende Angebote nicht nur für pflegebedürftige sondern auch für pflegende Menschen, Ermöglichung von Auszeiten. An diese Stelle wird erneut auf den Bericht zur Pflegestruktur der Landeshauptstadt Mainz verwiesen.

14 NICHTPROFESSIONELLE HILFESYSTEME

14.1 Selbsthilfe

Die Selbsthilfe ist als Teil der Gesundheitsversorgung nicht mehr wegzudenken, gegenseitige Hilfe und Erfahrungswissen ergänzen ambulante, stationäre und rehabilitative professionelle Leistungen. Die freie Entscheidung von Patientinnen und Patienten sowie die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung haben auch vor dem Hintergrund der UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen erheblich an Bedeutung gewonnen.

In der gemeindenahen psychiatrischen Versorgungslandschaft nehmen die Selbsthilfevertretungen eine besondere Stellung ein. In Mainz sind nach Auskunft der Stelle für Gesundheitsförderung mindestens zehn Selbsthilfegruppen im Bereich psychiatrischer Erkrankungen tätig, die teilweise störungsbilderbezogene Schwerpunkte haben. Auf der einen Seite können psychisch erkrankte Menschen hier die Möglichkeit zum Austausch unter Gleichgesinnten erhalten, aber auch geeignete Unterstützung, um sich um ihre Belange (wieder) selbst kümmern zu können. Auf der anderen Seite kann ein Hilfesystem nur unter Einbezug der Menschen, denen es nutzen soll, gestaltet werden damit es funktioniert. Grundsätzlich sind in allen Bereichen in den letzten Jahren Patientenrechte und Patientenbeteiligung an Entscheidungsprozessen gestärkt, Einschränkungen von Persönlichkeitsrechten zusätzlich begrenzt worden. Gleichwertig wird nicht erst seit der UN-Behindertenrechtskonvention sondern auch schon im Expertenbericht der Bundesregierung der Anspruch von Menschen auf gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bekräftigt. Daher gibt es in Mainz die gute Tradition die Vertreter psychiatrieerfahrener Menschen in den Gremien, Netzwerken und Arbeitsgruppen zu beteiligen und so ihre Meinung einzubeziehen. Allerdings lässt sich eine krank-

heitsbedingt schwankende Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen in der Selbsthilfe feststellen, die immer wieder der Unterstützung und Motivation bedarf.

Dies gilt auch für die Vertretung der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen. In Angehörigengruppen bietet Territorio e.V. die Möglichkeit, sich unter Gleichgesinnten über ihre Lebenssituation auszutauschen und verständlich aufgearbeitetes Fachwissen über die Erkrankung z.B. des Partners, der Mutter oder der Tochter zu erhalten. Gerade hinsichtlich des Normalisierungsprinzips bilden Angehörige im Unterstützungssystem einen wichtigen Baustein, da sie die Krankheitsphasen oder krisenhafte Entwicklungen oft hautnah miterleben und aufzufangen versuchen. In den Gremien und Bündnissen vor Ort ist diese Gruppe ebenfalls regelhaft vertreten, um ihre Interessen -und ggf. die der erkrankten Angehörigen- zu Gehör zu bringen. Darüber hinaus veranstaltet Territorio e.V. eigene Fachtagungen zu relevanten Themen und lädt Experten für Vorträge oder Workshops ein.

Die verschiedenen Selbsthilfegruppen werden von der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Rheinland-Pfalz / Saarland (KISS) Mainz nach Kräften unterstützt und auch die kommunale Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie unterhält einen guten Kontakt zur Selbsthilfe.

14.2 Ehrenamtliche Hilfe

Der Bereich ehrenamtlicher Hilfe im Gesundheitsbereich wächst in jüngster Vergangenheit beständig. Die Ursachen dafür sind vielfältig, neben dem erhofften Einsparpotential kann dies am vielzitierten Fachkräftemangel oder einer grundsätzlichen Umsteuerung im Gesundheitssystem liegen.

In der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung divergieren die Auffassungen über Einsatzmöglichkeiten von sog. Laien zwischen der Haltung, dass auf Grund der Herausforderungen nur Fachkräfte in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen tätig sein können und der Meinung, dass es nur positiv sein kann, wenn in einem professionell ausgestalteten Hilfesystem ehrenamtlich tätige Menschen ein Stück Normalität hineinbringen. Beide Seiten haben eine Berechtigung.

In diesem Bereich ist die Auswahl möglicher ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer ebenso entscheidend wie ein gut gewählter Einsatzort und eine enge fachliche Begleitung unterstützt vom professionellen Team. Grundsätzlich spricht nichts dagegen, wenn unter diesen Voraussetzungen auch nichtprofessionelle Kräfte zum Einsatz kommen. Allerdings hat der psychiatrische Bereich häufig ein Problem, überhaupt ehrenamtliche Unterstützung zu finden. Dies hängt vermutlich mit fehlendem Wissen und Vorurteilen gegenüber psychisch erkrankten Menschen zusammen. In Mainz ist das nicht anders als an anderen Orten, dennoch gibt es vereinzelt gelungen, freiwillige Helferinnen und Helfer zu gewinnen und sie gewinnbringend für alle Beteiligten zu integrieren. Beispielhaft kann angeführt werden, dass eine pensionierte Sportlehrerin in einer Tagesstätte beliebte Tanzkurse gibt.

14.3 Unterstützung im Sozialraum

Psychisch erkrankte Menschen können wie nicht erkrankte Menschen alle Angebote ihres Sozialraums in Anspruch nehmen, wie Sport- und Freizeitangebote, Beratungsmöglichkeiten, Seniorencafés oder ähnliches. Häufig sind jedoch Vorbehalte und Vorurteile auf beiden Seiten zu beobachten. Die betroffenen Menschen sind sich z.B. nicht sicher, ob sie von ihrer Erkrankung erzählen können oder sie haben Angst, dass sie mit gesunden Menschen leistungsbezogen nicht mithalten können. Der Sozialraum kann hingegen Vorbehalte gegenüber psychisch kranken Menschen haben, ist sich im Umgang mit ihnen unsicher oder denkt unbeabsichtigt gar nicht daran, beeinträchtigte Menschen einzubeziehen.

Trotz der erheblichen Veränderungen und Verbesserungen der letzten Jahrzehnte gilt es weiter, an dieser Stelle Aufklärungsarbeit zu leisten und Wissen zu vermitteln, um Vorurteile abzubauen und Handlungsspielräume im Umgang miteinander zu eröffnen.

Dies sind Aufgaben für die kommunale Sozial- und Gesundheitspolitik, die Sozialplanung, das Quartiersmanagement, der Nachbarschaftsinitiativen und anderen sozialraumorientierten Einrichtungen. Hier sind aber auch die Mitglieder des GPV als Teile des Sozialraums gefragt, ihre Angebote ebenfalls durchlässig zu gestalten, um auch die direkte Nachbarschaft zu erreichen.

In Bezug auf die Teilhabeplanung für konkrete Unterstützung sind nichtpsychiatrische Hilfen immer ein gleichwertiger Baustein und werden dann einbezogen, wenn sie die psychiatrischen Hilfen ergänzen oder ersetzen können. Zu nennen wären Schuldnerberatung, Erziehungsberatung oder aber auch diverse Kurs- und Freizeitangebote.

Nachdem ein entsprechendes Vorprojekt erfolgreich beendet werden konnte, haben mit der Gesellschaft für Psychosoziale Einrichtungen und dem commit Club zwei Leistungsanbieter des GPV einen Antrag bei Aktion Mensch gestellt, in dem es um ein Inklusionsprojekt geht, das mit zwei verschiedenen thematischen Schwerpunkten (Familie / Arbeit) in Mainz-Marienborn und in der Neustadt angesiedelt ist. Im Mittelpunkt von „Inklusives Mainz“ stehen Nutzung und Ausbau bestehender nachbarschaftlicher Strukturen und Netzwerke, sie sollen dabei Menschen mit Behinderungen besser zugänglich gemacht werden. Das Projekt könnte zu einer Verbesserung der Zugänge auch für psychisch erkrankte Menschen in diesen Bereichen führen und die Auswertung sollte im Blick behalten werden.

15 KOOPERATION UND VERNETZUNG

15.1 *Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV)*

Wie bereits im Kapitel zum gemeindepsychiatrischen System erläutert, ist seit 2002 die Zusammenarbeit der entscheidenden Leistungserbringer im Bereich der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung durch deren Zusammenschluss im Gemeindepsychiatrischen Verbund geregelt. Im Jahr 2005 wurde diese durch einen Kooperationsvertrag besiegelt, in dem sich die Mitglieder zu einer Versorgungsverpflichtung der Mainzer Bürgerinnen und Bürger bekennen. Die Kommune, das zuständige Gesundheitsamt und die Vertretung der Selbsthilfe sind ebenfalls Mitglieder im Verbund. Mitglieder des GPV sind wiederum in etlichen anderen Bündnissen und Zusammenschlüssen zu finden und tragen so einen großen Teil zur Vernetzung der verschiedenen regionalen Initiativen bei und gestalten diese aktiv mit. Dies ist aus Sicht einer kooperativ angelegten psychiatrischen Versorgung ausdrücklich zu begrüßen.

15.2 *Mainzer Bündnis gegen Depression e.V.*

Das Mainzer Bündnis gegen Depression e.V. hat sich auf Initiative des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie gegründet. Bündnismitglieder sind die Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen, das Netz für seelische Gesundheit Mainz e.V. und der Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz e.V. Öffentlichkeitsarbeit im Sinne von Aufklärung über die Erkrankung ist erklärter Arbeitsschwerpunkt. Weiterhin stellt es ein regionales Netzwerk von Institutionen und Menschen, die mit der Erkennung, Behandlung und Bewältigung von Depressionen zu tun haben, dar. Hilfsangebote sollen so besser verknüpft und koordiniert werden.

15.3 *Kontaktgespräch Suchthilfe und Gemeindepsychiatrie*

Die Hilfesysteme im Suchtbereich und in der gemeindepsychiatrischen Versorgung erfahren Überschneidungen in der gemeinsamen Teilhabekonferenz und bei Klientinnen und Klienten mit einer expliziten Doppeldiagnose. Darüber hinaus sind die Übergänge zwischen einem Hilfebedarf auf Grund einer psychiatrischen oder einer Suchterkrankung nicht immer trennscharf. Mit dem Kontakttreffen Suchthilfe und Gemeindepsychiatrie hat die Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie im Jahr 2010 ein Kooperationstreffen der Systeme installiert, zu dem sich in regelmäßigen Abständen alle Protagonisten des Gemeindepsychiatrischen Verbunds, des Suchthilfesystems und der

Wohnungslosenhilfe zusammenfinden. Diese Initiative geht auf die Auswertung der Besuchsgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV) zurück, mit der eine stärkere Vernetzung der Hilfesysteme angeregt wurde. Neben inhaltlichem Austausch, fachlichem Input und persönlicher Kontaktpflege stehen auch Absprachen für eine bessere Zusammenarbeit im Zentrum der Treffen. Bisher ist es bedauerlicherweise nicht gelungen, niedergelassene Fachärzte in das Kontaktgespräch zu integrieren, dies steht künftig an vorderster Stelle der Bemühungen.

15.4 Dialogtreffen mit der Altenhilfe

Künftig werden in den Bereichen Altenhilfe und gemeindenaher Psychiatrie verstärkt die Bedürfnisse der älter werdenden psychisch erkrankten Menschen zu berücksichtigen sein. Dieser Entwicklung folgend haben die Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie und die zuständige kommunale Sozialplanung im Jahr 2012 zu einem Dialog zwischen dem Gemeindepsychiatrischen Verbund und den in Mainz bestehenden Altenhilfeangeboten eingeladen. Aufgeteilt wurden diese Treffen auf gemeinsame Termine des GPV jeweils mit den Pflegediensten, den Pflegestützpunkten und den Wohnangeboten der Altenhilfe. Diese ersten Zusammentreffen dienten vorrangig einem gegenseitigen Kennenlernen sowie einem Problemaufriss hinsichtlich der Versorgungslage. Die Resonanz auf die Dialogtreffen war gut, daher ist geplant, diese künftig fortzuführen.

15.5 Netz für Seelische Gesundheit Mainz

Im Netz für seelische Gesundheit Mainz e.V. sind niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater, Psychotherapeutinnen und –therapeuten, Kliniken, Einrichtungen und andere Interessierte zusammengeschlossen, um den Austausch der verschiedenen Disziplinen untereinander zu fördern und die medizinisch-therapeutische Versorgung psychisch erkrankter Menschen gut zu gestalten.

Es gibt keine geregelte Kooperation mit der kommunalen Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie, jedoch punktuelle Anknüpfungspunkte. Etliche Mitglieder des GPV sind auch in diesem Netzwerk vertreten.

15.6 Netzwerk Kinderpsychiatrie und Jugendhilfe

Entstanden aus dem Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie des GPV haben sich in diesem Netzwerk interessierte Protagonisten aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe zusammengefunden, um die Versorgungsstrukturen in diesem Arbeitsfeld genauer zu beleuchten. Hier geht es in erster Linie um die Kontaktpflege, die Absprache von Verfahrenswegen, aber auch die Betrachtung sozialrechtlicher Schnittstellen. Der GPV und die Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie sind ebenso vertreten wie z.B. die Angehörigenselbsthilfe und Vertreter des Behandlungsbereichs.

16 GREMIEN

16.1 Besuchskommission

Die Besuchskommission ist von der Landeshauptstadt Mainz nach dem Landesgesetz für psychisch kranke Personen (PsychKG) eingesetzt. Danach hat die Besuchskommission stationäre Einrichtungen, wie die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz, regelmäßig zu besichtigen und zu überprüfen, ob die vom Gesetz vorgesehenen Unterbringungsbedingungen gewahrt werden. Bei Zwangseinweisungen sind zwar bestimmte Einschränkungen notwendig, diese sind aber gesetzlich genau festgelegt und müssen dem Zweck der Unterbringung oder der Aufrechterhaltung der Sicherheit und Ordnung der Einrichtung dienen. Hierbei kann es im Einzelfall Klärungsbedarf für die untergebrachten Patientinnen oder Patienten geben. Die Besuchskommission wacht darüber, ob die Rechte der untergebrachten Bürgerinnen und Bürger gewahrt bleiben.

Solche Rechte sind z.B. Recht auf persönlichen Besitz, Besuchsrecht, Recht auf das Führen von Telefonaten, Recht auf regelmäßigen Aufenthalt im Freien oder das Recht auf Schriftwechsel und Information.

Die Besuchskommission setzt sich nach den Empfehlungen des Landespsychiatriebeirats zusammen aus:

- einem Arzt, einer Ärztin für Psychiatrie,
- einer Person mit der Befähigung zum Richteramt,
- einer Vertretung der Angehörigen psychisch kranker Menschen,
- einer Vertretung der psychiatrieeerfahrenen Personen,
- einem Mitglied des Psychiatriebeirates und
- einer Vertretung nach den örtlichen Begebenheiten.

Die Besuche in den Kliniken können unangekündigt oder angekündigt durchgeführt werden, i.d.R. mindestens zwei Mal jährlich. Hierbei wird Akteneinsicht genommen und es werden Gespräche mit Ärzten, Pflegepersonal und den nach PsychKG untergebrachten Personen geführt. Seit 2012 wird neben der pflichtversorgenden Klinik im Erwachsenenalter ebenfalls die für das Kindes- und Jugendalter besucht. Nach einem Verfahrensraster wird anschließend ein Protokoll erstellt, das die Beteiligten zur Kenntnis erhalten, und dem Landesamt für Versorgung und Soziales als aufsichtführende Behörde übermittelt wird. Der Stadtrat kann sich durch Berichte über die Arbeit der Besuchskommission informieren lassen.

16.2 Fachgruppe Psychosoziale Arbeit

Nach § 7 Abs. 2 PsychKG sollen in den Kommunen und Landkreisen Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, zusammengesetzt aus unterschiedlichen Beteiligten der psychosozialen Versorgung vor Ort, dem Psychiatriebeirat zuarbeiten. In Mainz hat sich aus dieser Arbeitsgemeinschaft die sog. Fachgruppe Psychosoziale Arbeit gebildet. Sie trifft sich ca. fünf Mal pro Jahr, arbeitet an versorgungsrelevanten Fragestellungen und informiert sich über die aktuellsten rechtlichen, medizinischen und politischen Entwicklungen. Hier sind insbesondere die Berufspraktikerinnen und -praktiker zusammengeschlossen. Die Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie hat die Geschäftsführung inne. Die Fachgruppe trägt ausgewählte Themen nicht nur in den Psychiatriebeirat, sondern führt auch Fachveranstaltungen durch, zuletzt zum Beispiel über die Entwicklungen im Hinblick auf Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie.

16.3 Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecher in den Kliniken haben die gesetzlich festgelegte Aufgabe, Beschwerdestelle und damit auch Interessenvertretung für behinderte und nicht behinderte Patientinnen und Patienten zu sein. Die Patientenfürsprecher, die einen jährlichen Bericht über die Patientenbeschwerden verfassen, werden, soweit sie in einem Krankenhaus tätig sind, das keinen konfessionellen Träger hat, von der Stadt Mainz mit einer Aufwandsentschädigung versehen. Grundlage für die Arbeit und Aufgaben der Patientenfürsprecher und -sprecherinnen bildet das Landeskrankenhausgesetz Rheinland-Pfalz.

In Mainz sind derzeit zwei Patientenfürsprecherinnen eingesetzt, die auch den psychiatrischen Bereich abdecken: an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz und der Tagesklinik der Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit. Die Rheinhessen-Fachklinik Mainz hat erst zum Januar 2012 ihre Arbeit aufgenommen und ist noch in der Konstituierungsphase, erste Gespräche über den Einsatz eines Patientenfürsprechers oder einer Patientenfürsprecherin haben bereits stattgefunden.

16.4 Psychiatriebeirat

Die Landeshauptstadt Mainz hat entsprechend der Vorgaben des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen (PsychKG) Mitte der 1990er Jahre einen Psychiatriebeirat installiert. Er soll die Kommune in allen Angelegenheiten der gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgung beraten und unterstützen und vertritt die Interessen psychisch erkrankter und seelisch behinderter Bürgerinnen und Bürger.

Thematisch werden Entwicklungen, Versorgungsprobleme und Kooperationsfragen im Rahmen der Versorgung besprochen und notwendige politische Entscheidungen vorbereitet. Eine enge Zusammenarbeit besteht mit dem Gemeindepsychiatrischen Verbund der Stadt Mainz und dessen Unterarbeitsgruppen. Die Amtszeit des Psychiatriebeirates beträgt entsprechend dem Turnus der Kommunalwahlen fünf Jahre. Er tritt mindestens zwei Mal jährlich unter der Geschäftsführung der Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie zusammen. Die Mitgliedschaft muss auf Empfehlung der Mitglieder und Entscheidung des Dezernats für Gesundheit vom Stadtrat bestätigt werden.

Dem ehrenamtlich tätigen Beirat gehören neben dem städtischen Gesundheitsdezernenten insbesondere Vertreterinnen und Vertreter an der psychiatrischen Versorgung beteiligter Organisationen, einschließlich der Leistungs- und Kostenträger, Verwaltungsvertreter, den Behandlungssektor, sowie Vertreterinnen und Vertreter von psychisch erkrankten Menschen und ihrer Angehörigen an. Von politischer Seite her sind alle Fraktionen des Stadtrates beteiligt. Eine enge Kooperation besteht mit dem kommunalen Behindertenbeirat.

16.5 Mainzer Trialog

Der Mainzer Trialog für psychisch erkrankte Menschen, Angehörige und Fachkräfte besteht schon seit den 1990er Jahren und schließt sich einer bundesweiten Bewegung und Entwicklung an, in deren Kern es um die Verständigung und den Austausch von psychiatriee erfahrenen Menschen, Angehörigen und Profis geht, die miteinander ins Gespräch kommen möchten. Ziel ist es, eine gemeinsame Sprache zu finden und auf Augenhöhe miteinander zu kommunizieren. Durch den Mainzer Trialog soll ein besseres Verständnis darüber gewonnen werden, was eine psychische Erkrankung für den Erkrankten selbst und auch für die verschiedenen Beteiligten bedeutet und welche Hilfen benötigt werden.

Der Mainzer Trialog wird von einer festen Gruppe vorbereitet. Die jeweiligen Veranstaltungen stehen unter interessanten Themen, die von allen Teilnehmenden des Trialogs vorgeschlagen werden können. Es kann dabei sowohl um spezifische Aspekte, wie Fragen der medizinischen Versorgung gehen, aber auch um den ganz persönlichen Einblick in den Umgang mit psychischen Krisen oder die Möglichkeiten, seinen Alltag zu meistern. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich, die Teilnahme kann auch anonym erfolgen. Der Trialog findet regelmäßig statt, der Termin wird durch Aushang, persönliche Einladung und über einen Veranstaltungshinweis in der Tagespresse bekannt gemacht. In den letzten Jahren nehmen Kontinuität und Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bedauerlicherweise sukzessive ab, so dass sein künftiges Fortbestehen kritisch hinterfragt werden muss.

TEIL 3

HANDLUNGSFELDER, ZIELGRUPPEN UND EMPFEHLUNGEN

17 HANDLUNGSFELDER

Die intensive Betrachtung der aktuellen Situation in Mainz hat etliche Aspekte der gemeindenahen Psychiatrie sichtbar gemacht, die als künftige Handlungsfelder identifiziert werden können und einer Optimierung bedürfen. Diese werden im folgenden Abschnitt aufgegriffen, unabhängig davon, in wessen Zuständigkeitsbereich sie fallen.

17.1 Leistungen nach SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung

17.1.1 Zugangsprobleme zur psychotherapeutischen Behandlung

Die Fachgruppe Psychosoziale Versorgung, die nach PsychKG dem Psychiatriebeirat thematisch zuarbeiten soll, hat sich in mehreren Sitzungen in den Jahren 2011 und 2012 mit dem Themenkomplex der psychotherapeutischen Versorgungssituation in Mainz befasst. Im Mittelpunkt stand hierbei insbesondere die Problematik schwer chronisch psychisch erkrankter Menschen oder Menschen mit komplexen Problemlagen z.B. mit Doppeldiagnosen, die auf Grund der Schwere ihrer Beeinträchtigung einen besonders hohen Unterstützungs- und Behandlungsbedarf aufweisen und diesen krankheitsbedingt nicht immer selbst für sich einfordern können. Im Folgenden werden die wichtigsten Erkenntnisse aufgeführt, die diesen Bereich als Handlungsfeld begründen.

Die gesammelten Praxis-Erfahrungen in Mainz zeigen, dass sich insbesondere die Suche nach einem Therapieplatz als problematisch gestaltet. Es werden zu diesem Zweck von kassenärztlicher Vereinigung, Psychotherapeutenkammer und Krankenkassen verschiedene Listen mit Therapeuten und Therapeutinnen ausgegeben. Diese Listen bilden aber nicht die tatsächliche und aktuelle Behandlungssituation ab und Aussagen über verfügbare Behandlungsplätze werden nicht getroffen, was den Zugang zu Therapie erschwert. Die Frustration bei therapiebedürftigen Menschen ist allein durch die wenig erfolgreiche Suche hoch. Nicht selten wird durch sogar eine neue Krise ausgelöst. Fachkräfte der psychosozialen Betreuung bemühen sich, diese Anbahnung der Therapie zu unterstützen. Eine gemeindepsychiatrische Einrichtung hat im Jahr 2011 erhoben, dass bei 44,2 % aller Maßnahmeteilnehmer ein psychotherapeutischer Behandlungsbedarf identifiziert wurde, es aber nur in 6 % aller Fälle gelungen ist, den jeweiligen Teilnehmer einer Therapie zuzuführen.

Manche stationären Aufenthalte kommen nur wegen fehlender ambulanter Therapiemöglichkeit zustande und wären vermeidbar.

Die Möglichkeit des Kostenerstattungsverfahrens, durch das eine Therapie bei nicht kassenzugelassenen Therapeutinnen und Therapeuten in Anspruch genommen werden kann, ist umständlich und erfordert ein strukturiertes Vorgehen, welches wiederum bei dem im Mittelpunkt stehenden Personenkreis nicht voraussetzbar ist. Von einigen Therapeuten wird das Kostenerstattungsverfahren wegen des hohen bürokratischen Aufwands gar nicht angeboten, einige Krankenkassen bestreiten diese Option trotz Rechtsanspruch (§13 Abs. 3 SGB V) bereits im Beratungsgespräch und die Kassenärztliche Vereinigung fordert Therapeuten offen dazu auf, das Verfahren zu umgehen.

Für spezielle Zielgruppen liegen darüber hinaus besondere Schwierigkeiten vor, fachliche Hilfe zu finden:

- Migranten / Sprechbehinderte Menschen = Sprachbarrieren
- Menschen mit Körperbehinderungen = räumliche Barrieren
- Menschen mit Lernbehinderungen = Umgangsbarrieren
- Sexuell traumatisierte Menschen = Belastung für Therapeuten

Handlungsideen, die vor Ort greifen, sind nicht einfach zu entwickeln, da Bedarfsbemessung und Zulassung an anderen Stellen gesteuert wird und sich durch das relative neue GKV-Versorgungsstrukturgesetz noch zu verschlechtern droht. Dennoch wurde die Versorgungslage im Jahr 2012 dem Psychiatriebeirat vorgestellt, um die kommunalen Akteure für die Problematik zu sensibilisieren. Als praktische Hilfe für Betroffene wurde darüber hinaus eine Dokumentationshilfe entwickelt, die bei der Beantragung des Kostenerstattungsverfahrens hilfreich sein kann, sie ist im Internet unter www.mainz.de/psychiatriekoordination abrufbar.

Die Problemstellung wird auf der Agenda behalten. Eine Thematisierung im kommunalen Sozial- und Gesundheitsausschuss ist in Vorbereitung. Im nächsten Schritt sind nun Politik, gesundheitliche Selbstverwaltung und Gesetzgebung gefragt, um sich im Sinne der beeinträchtigten Menschen gemeinsam für eine gute psychotherapeutische Versorgungssituation einzusetzen.

17.1.2 Wartezeiten in der ambulanten medizinisch-psychiatrischen Behandlung

Praktikerinnen und Praktiker sowie psychisch erkrankte Menschen berichten übereinstimmend von immer längeren Wartezeiten, um bei den niedergelassenen Fachärzten einen Termin zu bekommen.

Derzeit ist von mindestens sechs Wochen bis zu 14 Wochen auszugehen, was bei einer Ersterkrankung zur Abnahme der Bereitschaft, sich in ärztliche Behandlung zu begeben, führen kann oder in akuten Krisenzeiten eine Verschlechterung der Situation mit sich bringen kann. Auf Grund der komplexen und teilweise veralteten Berechnungsgrundlage zur Bedarfslage von Fachärzten in Regionen ist mit einer Verbesserung der angespannten Situation derzeit nicht zu rechnen, im Gegenteil kann von einer Verschärfung der Lage ausgegangen werden. Insbesondere Personengruppen mit komplexen Hilfebedarfen, schweren chronischen Erkrankungen und Doppeldiagnosen sind von dieser unzureichenden Versorgungslage betroffen. Aus dem Suchthilfesystem kommt die Rückmeldung, dass vor allem von illegalen Drogen abhängige Menschen, die zudem an einer Psychose leiden, so gut wie keinen Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten haben. Aktuell scheinen einige Krankenkassen auf diese Problemlage zu reagieren und arbeiten vereinzelt an Konzepten von Koordinationsstellen, was sicherlich ein erster guter Schritt in die richtige Richtung sein könnte (vgl. Löll, 2013).

Es wäre wünschenswert, wenn die bestehenden Praxissitze nach ihrer Nutzung hin überprüft werden könnten, da es immer wieder Hinweise darauf gibt, dass bestehende Praxissitze für die ärztliche Behandlung ganz oder teilweise nicht mehr genutzt werden. Es könnten weiterhin neue Ideen entwickelt und verfolgt werden, zum Beispiel könnte eine offene Kurzsprechstunde für Entlastung der langen Wartezeiten mit sich bringen. Auch hier sind die Berufsverbände, aber auch die Politik und Krankenkassen gefragt.

17.1.3 Einschränkung des Personenkreises in der integrierten Versorgung

Projekte zur Integrierten Versorgung nach § 140 a-d SGB V werden in den kommenden Jahren vermutlich vermehrt an Bedeutung gewinnen, u.a. weil sie den Anbietern eine Flexibilisierung ihrer Leistungsbausteine ermöglicht und neue, innovative Konzepte zielgerecht eingesetzt werden können.

Neben all den positiven Effekten, die für die Versorgungsstruktur eintreten können, muss aber die Bevorzugung von Patientinnen und Patienten bestimmter Krankenkassen kritisch betrachtet werden. Dieses neu geschaffene Klassen-System kann chronisch psychisch erkrankte Menschen, die nicht Mitglied einer der anbietenden Krankenkassen sind, noch weiter an den Rand drängen und ihren Zugang zu einer bedarfsgerechten Behandlung und Begleitung weiter erschweren. Weiterhin könnten bestehende Verbundstrukturen zugunsten neu erforderlicher Kooperationsbündnisse aufgeweicht werden, obwohl diese erst den Boden für eine qualitativ gute Versorgung bereitet haben. Stationäre Behandlung, die mit den Integrierten Versorgungsmodellen ausdrücklich verhindert wer-

den soll, gerät darüber hinaus in die Schwierigkeit, eine regionale Verpflichtung erfüllen zu müssen, ohne aber ähnlich flexible Angebote in den teilstationären und ambulanten Behandlungsbereich hinein regelhaft entwickeln zu können. Kritisch zu sehen ist auch, dass sich Integrierte Versorgung bisher nur auf den SGB V-Bereich bezieht. „Dies leistet der strukturell bedingten Tendenz Vorschub, dass die nötige kooperative Leistungserbringung über verschiedene Sozialgesetzbücher hinweg aus dem Blick gerät.“ (AG Psychiatrie, 2012).

An dieser Stelle sind auf der einen Seite die Leistungsanbieter Integrierter Versorgung (IV) in der Pflicht, zu versuchen, weitere Krankenkassen für ein und dasselbe IV-Modell zu gewinnen und auf der anderen Seite sollten sie den Gemeindepsychiatrischen Verbund in diese Entwicklung so einbinden, dass alle in Mainz vorgehaltenen Leistungen und Angebote weiterhin aus einem Guss erbracht werden können. Von den Krankenkassen wäre im Sinne einer qualitativ guten Versorgung aller Menschen mit einer psychischen Erkrankung eine Bereitschaft zur Kooperation mit anderen Kostenträgern wünschenswert.

17.1.4 Fehlendes Soziotherapie-Angebot

Im Abschnitt den Aspekten der medizinisch-therapeutischen Behandlung wurden Voraussetzungen, Inhalte, Vor- und Nachteile von Soziotherapie bereits ausführlich beleuchtet. Soziotherapie als Krankenkassenleistung könnte bei einer vermutlich nicht unerheblichen Anzahl von psychisch erkrankten Menschen in Mainz eine echte Alternative zu Leistungen der Eingliederungshilfe darstellen, vorausgesetzt, ihre Erkrankung wird durch das Diagnosespektrum abgedeckt. Inhaltlich wäre dies insbesondere dann der Fall, wenn durch psychosoziale Begleitung vorrangig die medizinisch-fachärztliche Behandlung eingeleitet und sichergestellt werden soll. Für die psychisch erkrankten Menschen selbst gäbe es so auch die Möglichkeit, ohne ihr Vermögen oder Einkommen einsetzen zu müssen, eine adäquate Unterstützung zu erhalten.

In Mainz sollten mehr Anbieter dafür gewonnen werden, Soziotherapie anzubieten. Idealerweise wären diese im Gemeindepsychiatrischen Verbund verwurzelt. Im Hinblick die damit verbundene Verbesserung der Angebotsstruktur wäre aber auch der Einbezug qualifizierter Dienste von außerhalb denkbar, wenn diese sich an einer Kooperation beteiligen. Die Kommune hat als Träger der Eingliederungshilfe mit Blick auf die Vorrangigkeit des Kostenträgers Krankenversicherung ein besonderes Interesse daran, die Implementation regelhafter Alternativ-Angebote im Stadtgebiet voranzutreiben. Die Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie plant dazu eine Fachveranstaltung durchzuführen, in der potentielle Anbieter über die Voraussetzungen und Inhalte aufgeklärt und Fachärztinnen und -ärzte an die Möglichkeiten der Verordnung erinnert und weitergehend informiert werden sollen.

17.1.5 Keine ambulante psychiatrische Pflege

Ambulante psychiatrische Pflege nach § 92 und § 132 a SGB V wird derzeit in Mainz nicht vorgehalten, obwohl sie eine regelhafte und sinnvolle Kassenleistung ist, auf die seit 2005 bundesweit Anspruch besteht, sofern die einbezogenen Diagnosen vorliegen. Sie ist eine Sonderform der Krankenpflege und eine Ergänzung zur ärztlichen Behandlung. Primäres Ziel ist die Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten. Die Patienten und Patientinnen sollen durch diesen aufsuchenden Dienst darin bestärkt werden, Eigenverantwortlichkeit im Rahmen ihres Behandlungsprozesses zu übernehmen. Als Hauptgründe für ein Fehlen dieses Angebots in Mainz können Hürden für Zulassung und Betrieb, wie die hohen Anforderungen an die Personalstruktur oder die Erreichbarkeit, genannt werden. Die psychiatrische Pflege könnte am ehesten von Kliniken erbracht werden.

Verhandlungen von potenziellen Leistungsanbietern in Mainz mit Vertretern von Krankenkassen über notwendige Veränderungen der Bedingungen waren bislang nicht erfolgreich und werden hoffentlich weiterverfolgt, damit Mainzer Bürgerinnen und Bürger auf die ambulante psychiatrische Pflege ebenso selbstverständlich wie auf die ambulante häusliche Krankenpflege zugreifen können.

ten. Die Kommune hat in diesem Zusammenhang keine nennenswerten Interventionsmöglichkeiten, außer an die Bereitschaft beider Verhandlungspartner zu appellieren, dieses Angebot vor Ort regelmäßig zugänglich zu machen.

17.2 Inklusion auch für Menschen mit psychischen Behinderungen

Spätestens seit der UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen (UN-BRK), ist die Forderung nach Inklusion von Menschen mit Behinderungen in der Gesellschaft in aller Munde.

Häufig wird in dieser Debatte jedoch übersehen, dass es neben den Körper-, Sinnes- und Geistesbehinderungen auch seelische Behinderungen gibt. Menschen, die davon betroffen sind, scheitern an anderen Barrieren und Hürden, als Menschen der vorgenannten Gruppen. Beispielhaft sollen hier kommunikationsbezogene Barrieren benannt werden, die z.B. durch unverständliche, komplexe und bedrohlich wirkende bürokratische Formalien erzeugt werden, mit denen psychisch erkrankte Menschen, die Störungen im sozialen Kontakt und der Kommunikation haben können, häufig im Umgang mit Ämtern und Behörden konfrontiert werden. Diese Barrieren müssen systematisch identifiziert und abgebaut werden.

Der Einbezug der Gemeindepsychiatrie in die Mainzer Entwicklungen ist bisher durch die Zusammenarbeit des Behindertenbeirats und der dialogischen Arbeitsgruppe zum gleichen Thema sichergestellt. So konnten zu bestimmten Themenfeldern des in Vorbereitung befindlichen Aktionsplans zur Umsetzung der UN-BRK Zuarbeit geleistet werden. Deutlich wurde dabei, dass sich eine große Herausforderung bei der Bearbeitung der Themen Zwang und Gewalt ergibt, die sich quer durch die Behinderungsarten zieht und unterschiedliche Ausprägungen und Schwerpunkte hat.

Eine echte Inklusion, die bezweckt, dass Menschen mit Einschränkungen aller Art gemeinsam mit nichteingeschränkten Menschen leben können, kann nur im Sozialraum gelingen. Hier können Fortschritte und Reformideen gemeindenaher psychiatrischer Versorgung unter dialogischer Beteiligung nutzbar gemacht werden, wenn sich nun Behindertenbeauftragte, -beiräte und -planer in Kommunen aufmachen, Aktionspläne für eine Umsetzung zu erarbeiten. Eine Ausweitung des Konzepts der Inklusion auf den Abbau sozialer Ungleichheit und Benachteiligung scheint an dieser Stelle notwendig.

17.3 Krisenhilfe

In Mainz gibt es keine ausgebaute Hilfe für Menschen, die sich in einer psychischen Krise befinden. Außerhalb von regulären Öffnungszeiten, z.B. des Sozialpsychiatrischen Dienstes, müssen sich Hilfesuchende direkt an die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie wenden – was sie im Übrigen wegen Scham und Angst häufig noch nicht einmal machen. Oftmals geht aber einer eigentlichen Krankheitsphase eine Krise voraus, die im medizinisch-therapeutischen Sinne noch nicht behandlungsbedürftig ist und somit eine Aufnahme in die Klinik gar nicht angezeigt ist. Würde eine solche Krise aber gut begleitet werden, kann ein Ausbruch der Erkrankung verhindert oder abgemildert werden. Wird eine Krise nicht adäquat aufgefangen, können sich in der Spätfolge Suizidalität oder Fremdgefährlichkeit entwickeln, aber auch eine Chronifizierung, Somatisierung, Abhängigkeit oder der Übergang in manifeste psychiatrische Krankheiten sind möglich (vgl. Welschehold, 2010).

Diese Erkenntnis wurde vieler Orts, z.B. in Stuttgart, Trier und Berlin, bereits aufgegriffen und „Krisenintervention hat sich als eigenständiger, spezifischer (Be-)Handlungsansatz mit standardisiertem Vorgehen etabliert“ (Welschehold, 2010). Diese sog. Krisendienste sind meist mit einem ambulant aufsuchenden Basisdienst besetzt, der telefonisch außerhalb der regulären Öffnungszeiten erreichbar ist und oftmals noch durch einen Facharzt oder eine Fachärztin verstärkt wird. Hilfesuchende können dann telefonisch oder persönlich Unterstützung in einer Beratungsstelle erhalten oder auch über Hausbesuche Hilfe erfahren. Im Rahmen psychosozialer Krisendienste können Mitarbeiterinnen Mitarbeiter aus dem Kreis psychiatrisch Tätiger (wie Fachkrankenpflege oder

Sozialwesen) in Krisensituationen schnell zur Stelle sein und als unbeteiligte Außenstehende oftmals wirksam zur Entspannung der Situation beitragen und gegebenenfalls erforderliche weitere Hilfen einleiten. Er erreicht darüber hinaus häufig die Menschen, die im regulären Hilfesystem aus unterschiedlichsten Gründen keine Zugangsmöglichkeit haben.

18 BESONDERE ZIELGRUPPEN

Im psychiatrischen Versorgungssystem gibt es unterschiedliche Zielgruppen, bei denen trotz aller Bemühungen Unterstützungsleistungen entweder nicht ankommen, nicht nachhaltig wirken oder die Hilfsangebote von vorneherein nicht annehmen (können). Die Qualität eines Versorgungssystems sollte sich immer wieder daran messen lassen, ob es diese besonderen Zielgruppen dennoch im Blick hat und fortlaufend daran arbeitet, die Angebote entsprechend zu modifizieren und noch individueller und niedrighschwelliger zu gestalten. In Mainz versuchen die Mitglieder des Gemeindepsychiatrischen Verbunds, der Fachgruppe Psychosozialer Arbeit, des Psychiatriebeirats, des Kontaktgesprächs Suchthilfe und Gemeindepsychiatrie, des Dialogs und die Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie spezielle Problemlagen zu identifizieren, deren Ursachen zu beleuchten und mit vereinten Kräften die Versorgung zu verbessern. Dies ist in Zeiten knapper Kassen jedoch schwierig und im besonderen Maße von den Protagonisten und deren Haltung zu den Schwächsten der Gesellschaft abhängig.

18.1 Psychisch erkrankte Menschen mit herausforderndem Verhalten

In der täglichen Arbeit der Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie und im engen Austausch mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und den weiteren Leistungsanbietern im Stadtgebiet wurde in den letzten Jahren deutlich, dass die Gruppe der Menschen, die psychiatrische und psychosoziale (Grund-)Versorgung auf Grund massiver krankheitsbedingter Einschränkungen nötig hätte, diese Notwendigkeit jedoch nicht erkennt und sich gegen jede Form der Unterstützung, sei es von professioneller oder familiärer Seite, wehrt, immer mehr zunimmt. Der GPV Mainz beschäftigt sich daher seit 2011 systematisch mit dieser besonderen Zielgruppe, die auch in der Fachwelt seit einigen Jahren verstärkt wahrgenommen wird.

Als theoretischer Input wird eine Studie der Universität Greifswald in Zusammenarbeit mit Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie „Zum Umgang mit Heavy-Usern und Systemsprengern“ herangezogen, wonach diese Personengruppe wie folgt beschrieben wird: Heavy User neigen zu einer häufigen und intensiven Beanspruchung des stationären Systems, die Subgruppe der „Systemsprenger“ sprengen sozialpsychiatrische Strukturen und weisen eine hohe Ausprägung in den Merkmalsgruppen Aggressivität, Unangepasstheit und Impulsivität, Suizidalität, Delinquenz, Konsum, Manipulation und Belästigung auf. Es gibt keine einheitliche Diagnosegruppen, jedoch sind F 2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung) und F 6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörung) häufigste Diagnosen, gefolgt von F1 (Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen) und F7 (Intelligenzminderung).

In der Studie wurde herausgearbeitet, dass delinquentes Verhalten verstärkt auftritt und zu häufigen stationären Aufenthalten führt, durch die Verweigerung psychiatrischer Behandlung verkürzt sich jedoch die Aufenthaltsdauer. Dieser kleine Anteil der Patienten beläuft sich auf ca. 10-30%, verursacht aber ca. 50-80% aller Kosten in den unterschiedlichen Finanzierungssystemen, daher lohnt sich der Blick auf diese Zielgruppe auch aus monetären Gründen.

Es gibt vielfältige Schwierigkeiten der Integration in das Hilfesystem, so dass den Betroffenen zumindest für begrenzten Zeitraum häufig Unterbringungen in geschlossenen oder beschützten Einrichtungen drohen, da sie durch ihr übergriffiges Verhalten auffallen und darin kaum zu beschwichtigen sind.

Mit einer vorliegenden Komorbidität (sprich einer zusätzlichen Diagnose, v.a. Sucht und Persönlichkeitsstörungen sowie chronische Symptomatik und Suizidalität) steigt das Phänomen des Systemsprengens. In der Gruppe der psychisch kranken Obdachlosen, die das Hilfesystem bewusst verlassen oder gar nicht erst auftauchen, dürfte sich ein größerer Anteil von Systemsprengern verbergen.

Diese Problematik zeigt eine Schwäche des hochdifferenzierten Versorgungssystems, in dem häufig besonders Gruppenfähigkeit und Krankheitseinsicht im Vordergrund stehen und damit dem Unterstützungsbedarf der Betroffenen zuwider laufen. Die Möglichkeiten, variabel und individuell auf einen Betroffenen einzugehen und Hilfeangebote mit hoher Passgenauigkeit zu entwickeln und umzusetzen, müssten viel weiter ausgeschöpft werden, als es manchmal der Fall ist. Wichtig ist auch die Identifizierung von Systemsprengern dort, wo die Anpassung an Gruppen am meisten gefordert wird. Hält ein System alle möglichen Angebote vor und ist die Durchlässigkeit gegeben, so zeigen Erfahrungen aus Mecklenburg-Vorpommern, scheint diese Variabilität unterschiedlicher Möglichkeiten eine gelingende Unterstützung zu befördern. Dies wird als wichtiges Indiz dafür gewertet, dass in einer Versorgungsregion das gesamte Interventionsspektrum, einschl. optional geschlossener Heimplätze, zu Verfügung stehen sollte, um den personenbezogene Hilfeansatz umsetzen zu können (Freyberger et. al., 2008).

18.1.1 Ergebnisse der Arbeitsgruppe Heavy User / Systemsprenger des GPV Mainz

Im GPV Mainz wurde auf Basis dieser Erkenntnisse eine Arbeitsgruppe zu dem Thema eingesetzt. Die Zielsetzungen waren im ersten Schritt 1. Daten zu sammeln, um eine verlässliche Einschätzung des Problems vornehmen zu können und 2. die Strukturen des GPV Mainz auf die besonderen Anforderungen dieser Personengruppen hin zu überprüfen. Die Personengruppe wurde in dieser AG als „Personen mit besonders komplexen Hilfebedarfen und Vermittlungshemmnissen“ (PKHV) definiert. Diese Personengruppe fällt durch eine intensive Nutzung der stationären Angebote auf, die meist akut in aktuellen Krisensituationen / Eskalationen in Anspruch genommen werden. Oft kann das Ende der Behandlung und eine Überleitung in die ambulante Versorgung nicht zufriedenstellend geplant und umgesetzt werden. Im ambulanten System werden diese Menschen an die Anbieter des GPV vermittelt oder verwiesen. Es finden umfassende Informations- und Clearing- und Beratungsgespräche statt. Aufgrund schwieriger Problemlagen kann die notwendige Hilfe innerhalb der bestehenden Angebote des GPV dann jedoch häufig nicht oder nur teilweise installiert bzw. umgesetzt werden.

Die Arbeitsgruppe hat einen Fragebogen entwickelt, mit dem soziodemographische Daten, Hilfebedarfe, Zugänge sowie Teilaspekte „schwierigen Verhaltens“ als auch die Versorgungssituation aus fachlicher Sicht erhoben werden sollten. Zentraler Inhalt der Erhebung war die Erfassung auch komplexer Hilfebedarfe und Vermittlungshemmnisse in den Angeboten des GPV. Die Befragung richtete sich an alle Mitglieder des gemeindepsychiatrischen Verbundes Mainz und an die Betreuungsvereine der Stadt Mainz. Die Teilnehmer wurden über die Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie schriftlich gebeten, den strukturierten Fragebogen zu jenen Klienten auszufüllen, bei denen die Einleitung einer Maßnahme der Eingliederungshilfe trotz bestehendem Hilfebedarf nicht oder nur teilweise möglich war oder eine bestehende Maßnahmen abgebrochen werden mussten. Die Befragung verlief anonymisiert, der Rücklauf der Fragebögen kann nicht auf einzelne Träger, Vereine oder betroffene Menschen zurückgeführt werden. Die Fragebögen wurden von psychosozialen Fachkräften ausgefüllt.

Im Erhebungszeitraum vom 01.05.12 bis 31.10.12 wurden zu 106 Klienten als psychisch erkrankte Menschen mit Vermittlungshemmnissen identifiziert. Soziodemographisch zeichnete sich ab, dass ein hoher Anteil der Klienten in prekären Wohnsituationen lebt. 34% leben ohne festen Wohnsitz oder sind von Wohnungslosigkeit bedroht, 14% leben bei Eltern oder Angehörigen, einer der Befragten lebt in einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe. Die Altersangaben setzten sich insgesamt heterogen zusammen, wobei 35% der Klienten sich in der Altersspanne zwischen 18 und 30 Jahren, 12% zwischen 31 und 36 Jahren befinden. Von den identifizierten schwierigen Klienten erhalten ca.

75% bereits professionelle Hilfen, davon werden 20% durch eine psychosoziale Einzelfallhilfe betreut, 29% stehen bereits unter gesetzlicher Betreuung. Inwiefern sowohl eine gesetzliche Betreuung als auch eine weitere Hilfeform gleichzeitig installiert ist, kann nicht nachvollzogen werden, die Möglichkeit besteht jedoch.

Aufgrund der fachlichen Einschätzung der Hilfebedarfe wurde deutlich, dass es sich in der überwiegenden Zahl um komplexe Hilfebedarfe handelt. Durchschnittlich wurden pro Klient fünf verschiedene Hilfebedarfsgruppen gesehen. Die Themenbereiche Arbeit, Freizeit, Tages- und Wochenstruktur mit ca. 60% gefolgt von der Unterstützung bei Ämter- und Behördenangelegenheiten mit 46% sowie der problematische Umgang mit Alkohol und Drogen. Wohnungssuche sowie die Regelung von Finanzen und Schulden mit ca. 40% stellten sich als Hauptbedarfsgruppen heraus.

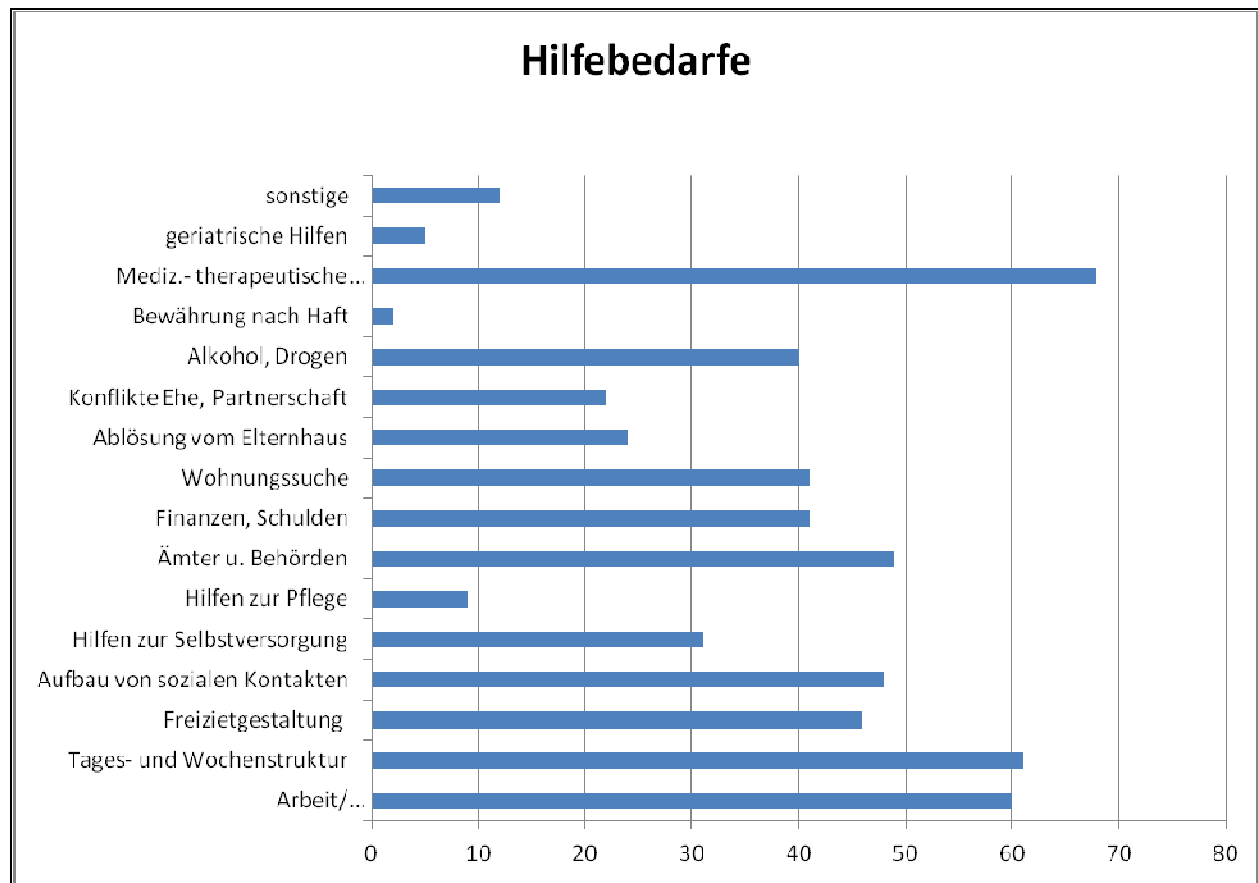


Abbildung: Hilfebedarfe von Personen besonders komplexen Hilfebedarfen und Vermittlungshemmnissen (GPV Mainz 2012)

Auch in Bezug auf die erforderlichen Hilfen bilden sich aus fachlicher Sicht komplexe Hilfebedarfe ab. Insbesondere individuelle Unterstützung in Form von Einzelfallhilfe wäre in mehr als 70% der betrachteten Fälle notwendig gewesen, andere Unterstützungsleistungen, z.B. aus den Bereichen Arbeit und Beschäftigung, gesetzliche Betreuung oder eine engmaschige ggf. stationäre Wohnform wären bei ca. 30% angezeigt gewesen, medizinisch-therapeutische Behandlung immerhin für über 10%.

In 50% der Fälle war eine Einleitung der Hilfen nicht möglich, in 37% der Fälle konnte zumindest teilweise eine Hilfe implementiert werden. Bei 16% wurden die Hilfen nach kurzer Zeit eingestellt oder von Seiten des Klienten abgebrochen. Als Hauptgrund für Vermittlungshemmnisse wurden mangelnde Krankheitseinsicht (50%), mangelnde Absprachefähigkeit (34%), Ablehnung der Medikamenteneinnahme (23%), mangelnde Erreichbarkeit (21%), unkontrollierter Alkoholkonsum (19%), Verstöße gegen die Regeln und Drogenkonsum (12%) gesehen.

Deutlich wurde auch, dass körperliche Gewalt und/oder sexuelle Übergriffe eine untergeordnete Rolle spielen und nicht für die Beendigung oder das nicht zu Stande kommen einer Hilfe verantwortlich waren.

18.1.2 Schlussfolgerungen der Arbeitsgruppe

Anhand der Sammlung von qualitativen Fallbeispielen und der Befragung des GPV lässt sich folgern, dass es eine Gruppe von Personen mit besonders komplexen Hilfebedarfen und Vermittlungshemmnissen in Mainz gibt, die Angebote des GPV nicht nutzt oder nicht nutzen kann.

Die Auswertung der Befragung verdeutlicht, dass es sich nicht um Einzelfälle handelt, sondern um eine relevante Zahl von Menschen, die einen von Fachkräften erhobenen Hilfebedarf haben, dieser aber nicht von den Angeboten des GPV abgedeckt werden kann. Es zeigte sich, dass häufig eine Korrelation zwischen komplexen Hilfebedarfen und Vermittlungshemmnissen besteht, die eine Nutzung der bestehenden Angebote erschwert oder die Schwellen des Hilfesystems für die Betroffenen zu hoch sind. Bei der Auswertung anderer Angebote für die beschriebene Personengruppe wurde festgestellt, dass vor allem flexible und niederschwellige Hilfen von dieser Personengruppe akzeptiert werden und der häufigen stationären Behandlung in Krisensituationen entgegen wirken können.

Wirkungsvolle Unterstützungsmöglichkeiten wären z.B.:

- Niedrigschwellige Beratungsmöglichkeiten ohne Zugangsbarrieren und Formalitäten auch über einen längeren Zeitraum
- Zeitnahes Clearing und Überleitung zu passenden Hilfsangeboten
- Passgenaue Wohnangebote und leichter Übergang zwischen verschiedenen Wohnformen
- Verfügbarer, bezahlbarer und einfacher Wohnraum
- Schnelle Unterstützung bei drohendem Wohnungsverlust und Obdachlosigkeit
- Unterstützungsmöglichkeiten in Krisensituationen (z.B. Krisentelefon, Krisentagesstätte, Krisenbett)
- Flexible Übergänge zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten.

Entscheidend ist darüber hinaus ein einheitlicher Kenntnisstand aller am Einzelfall Beteiligten professionellen Fachkräfte (GPV Mainz, 2012).

Im Jahr 2013 steht diese Thematik weiter auf der Agenda des Gemeindepsychiatrischen Verbunds aber auch der Fachgruppe Psychosoziale Arbeit. Der GPV hat die Arbeitsgruppe bereits damit beauftragt, ein gutes und tragfähiges Angebot zu entwickeln. Dieses Hilfekonzept dann in die Mainzer Praxis umzusetzen ist in der Folge sicher eine große Herausforderung, insbesondere wenn es die Grenzen regulärer Finanzierungsmöglichkeiten betrifft, die durch kreativ ausgestaltete, ambulante, individuelle Unterstützungskonzepte meist erreicht werden. Der beschriebene Bedarf kommt jedoch immer mehr zum Tragen, so dass das bestehende Hilfesystem dringend an diese neuen Herausforderungen angepasst werden sollte.

18.2 *Wohnungslose psychisch erkrankte Menschen*

Psychische Krisen können Auslöser und Anlässe für Wohnungslosigkeit sein und Wohnungslosigkeit kann zu psychischen Krisen führen.

Psychisch erkrankte Menschen haben es grundsätzlich schwer, geeigneten Wohnraum zu finden. Ihre teilweise schwierige finanzielle Situation gepaart mit Krankheitssymptomen und anderen psychosozialen Problemlagen erschwert den Zugang zum regulären Wohnungsmarkt. Eine Unterstützung bei der Wohnraumsuche ist häufig notwendig, da krankheitsbedingt die dazu notwendigen persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen oft nicht abgerufen werden können. Entscheidend ist die Bereitstellung von mietpreisgünstigem Wohnraum in kleinen Wohneinheiten, da diese Personen-

gruppe in aller Regel alleinstehend ist und in finanziell prekären Verhältnissen lebt. Trotz Erkrankung sollte menschenwürdiger und gesundheitsfördernder Wohnraum in einem angemessenen Standard auch außerhalb sozialer Brennpunkte zur Verfügung stehen. Bei teilweise eingeschränkter Mobilität sollten im Umfeld Güter des täglichen Bedarfs zu finden sein.

Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind trotz – oder wegen – ihrer Erkrankung im besonderen Maße von (drohendem) Wohnungsverlust betroffen. Die Gründe sind vielfältig, lange Krankheitsphasen mit Klinikaufenthalten und Einkommensausfall können zu Mietrückständen, Erkrankungssymptome oder abweichendes Verhalten zu Problemen mit anderen Mietern und/oder dem Vermieter führen. Besonders in krisenhaften Situationen, die nicht nur der bloßen Mietschuldenübernahme bedürfen, bedarf es einer kontinuierlichen, oft längerfristigen sozialpädagogischen Begleitung, um die Konflikte aufzuarbeiten und den Betroffenen wieder zur eigenständigen Handlungsfähigkeit zu verhelfen. Alltagspraktische Fähigkeiten können vorübergehend eingeschränkt sein, hier wäre eine Unterstützung zur Pflege des Wohnraums angezeigt, um Vermüllung und Verwahrlosung zu vermeiden. Eine Zusammenarbeit mit spezialisierten Unterstützungsangeboten ist sinnvoll.

Die Beratungsstelle für wohnungslose Frauen, ebenfalls ein Angebot der evangelischen Wohnungslosenhilfe, hat im Jahr 2011 Frauen beraten, davon haben 152 Frauen neben anderen Problemen auch psychische Schwierigkeiten als Grund der (drohenden) Wohnungslosigkeit angegeben (Evangelische Wohnungslosenhilfe, 2012).

Für diese Zielgruppe muss daher ein Wohnungsverlust konsequent verhindert werden und ein gezielter Abbau der Wohnungslosigkeit vorangetrieben werden. Diese Ausführungen wurden auch in den internen Themenspeicher zum aktuellen Mainzer Wohnraumversorgungskonzept aufgenommen.

18.3 Menschen mit einer Suchterkrankung und / oder einer Doppeldiagnose

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die notwendigen ambulanten Angebote der Suchtkrankenhilfe in Mainz größtenteils vorhanden sind, häufig aber nicht in ausreichender Menge zur Verfügung stehen. Vorrangige Problemlage ist in den langen Wartezeiten im Bereich der Suchthilfe, der Reha-Beratung oder auch der Psychotherapie zu suchen. Gemeindenahe Versorgung kann durch das rheinland-pfälzische Konzept der zentralen Bereitstellung von Hilfen für chronisch abhängige Menschen nicht umgesetzt werden.

Wie bereits der Bestandsaufnahme zu entnehmen ist, wird die Neuordnung der Suchtberatungsstellen in Mainz eine Umstrukturierung des Hilfesystems zur Folge haben, die bestehende Kooperationsstrukturen und Versorgungsprobleme berücksichtigen sollte. Insbesondere Menschen mit einer Doppeldiagnose sind auf eine möglichst nahtlose Hilfeerbringung angewiesen, die derzeit in Mainz noch nicht ausreichend umgesetzt scheint.

„Entscheidend im Sinne der Betroffenen ist, dass

- das Denken und Handeln sich an dem individuellen Bedarf, den Wünschen und Zielen der Person orientiert und sich die Angebotstrukturen entsprechend entwickeln.
- die Verzahnung der Hilfen insbesondere bei komplexen Hilfebedarfen gewährleistet ist durch transparente Strukturen und verbindliche Koordinations- und Kooperationsvereinbarungen.
- die regionale, qualitätsgebundene Sicherstellung von Hilfen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Suchtproblemen voranschreitet.“ (Holke, 2010).

Das seit 2010 regelmäßig stattfindende Mainzer Kontaktgespräch Suchthilfe und Gemeindepsychiatrie, in dem alle relevanten Akteure der regionale Versorgung beteiligt sind, hat einige Anre-

gungen zur strukturellen Verbesserung der örtlichen Versorgungssituation der Personengruppe gesammelt. Diese beziehen sich auf Aspekte der Zusammenarbeit, der Angebotsentwicklung aber auch der Versorgungs- und Behandlungsstruktur vor Ort. Festgehalten werden kann, dass insbesondere im Bereich der Doppeldiagnosen ein Versorgungsproblem besteht, da der Zugang zu niedergelassenen Psychiatern kaum möglich ist.

Das „Kontaktgespräch Suchthilfe und Gemeindepsychiatrie“ plant 2013/ 2014 weiter an diesem Thema zu arbeiten und die Probleme gezielter zu benennen, damit Kosten- und Maßnahmenträger, aber auch Behandlerinnen und Behandler diese aufgreifen können und eine Anpassung der Versorgungslage vorgenommen werden kann.

18.4 Alt werdende psychisch erkrankte Menschen

Die erwartete demographische Entwicklung der Bevölkerung zu einem deutlichen Überhang älterer und hochaltriger Menschen stellt die gemeindenahe Psychiatrie vor Herausforderungen, die zum Teil jetzt schon spürbar sind, da auch chronisch psychisch erkrankte Menschen immer älter werden und sich diese Gruppe auch vergrößert. Gründe hierfür sind die steigende Lebenserwartung der Betroffenen, die mit dem medizinischen Fortschritt und der dadurch besseren Wirksamkeit und Verträglichkeit der Medikamente einhergeht und der Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge in die letzten Lebensphasen. Zusätzlich hat sich die Altersverteilung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die durch die Greultaten der Nationalsozialisten nach oben hin ausgedünnt war, inzwischen wieder ausgeglichen.

Im Alter können neben der bisher bestehenden Grunderkrankung neue Schwierigkeiten auftreten. Auf Grund der Deaktivierung des Krankheitsprozesses ist mit einem Anstieg der Minussymptomatik zu rechnen, diese ist gekennzeichnet von einer Affekt- und Antriebsverflachung und kann Einsamkeit und Rückzug zur Folge haben. Weiterhin können somatische Erkrankungen in den Vordergrund treten und eine mögliche Tagesstrukturierung kann wegfallen. „Die fachliche Herausforderung besteht darin, die zunehmende Komplexität der Hilfeleistungen in einem Konglomerat aus psychischer Abweichung, Pflegebedürftigkeit und sozialer Isolation zu bewältigen.“ (Konrad et. al., nach Crome, 2007). Die Angebote der gemeindenahen Psychiatrie sind vorrangig auf die Problemlagen eingestellt, die mit der psychischen Erkrankung eingehen, können jedoch auf pflegerische Erfordernisse nicht eingehen. In den Angeboten der Altenhilfe ist es umgekehrt: die Grenzen der fachlichen Konzeption und Kompetenz sind bei abweichendem Verhalten schnell erreicht (Odenwald, 2008).

Diese Entwicklung wurde lange Zeit nicht erkannt und spielte im Aufbau des regionalen Versorgungsnetzes erst einmal keine Rolle. Schließlich war diese Veränderung der Adressaten nicht mehr zu übersehen, so dass sich seit 2007 eine Arbeitsgruppe des GPV mit dieser Thematik befasst und differenziert betrachtet hat. Deren Zwischenergebnisse haben zu einem speziell zugeschnittenen tagesstrukturierenden Angebot „Teilhabechance“ im GPZ des Caritasverbandes geführt. Das Service Center der Gesellschaft für Psychosoziale Einrichtungen hat eine Gruppe ins Leben gerufen, die mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die kurz vor dem Ruhestand stehen die Perspektiven des Älterwerdens und der bevorstehenden Veränderungen thematisiert. Alle Leistungserbringer im GPV konnten durch diesen Anstoß sensibilisiert werden, ihre Angebote auf „Alterstauglichkeit“ hin zu prüfen. Schließlich wurde im Jahr 2012 erstmals der gemeinsame Dialog mit der Altenhilfe gesucht, der in Zukunft auch weitergeführt werden soll und auf Sensibilisierung und Informationsaustausch ausgerichtet ist.

Dennoch ist für diese Personengruppe noch weiterer Handlungsbedarf zu erkennen, dies wurde auch von den Akteuren des Altenhilfesystems deutlich zurückgemeldet. Schwerpunkte sollten hierbei auf die Entwicklung altersgerechter Wohnangebote für psychisch erkrankte Menschen gelegt werden, die auch Außenkontakte sicherstellen und ggf. eine intensivere Betreuung ermöglichen sollen.

Nicht zu unterschätzen ist in diesem Arbeitsfeld die Problematik „Sucht im Alter“, die in den letzten Jahren einen immer größeren Stellenwert einnimmt. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Mechthild Dyckmans, erklärt: „Vor allem der Missbrauch und die Abhängigkeit von Medikamenten, aber auch von Alkohol, sind bei Menschen über 60 Jahren verbreitet. So gehen Schätzungen davon aus, dass bis zu 400.000 ältere Menschen von einem Alkoholproblem betroffen sind.“ (Dyckmans o.A.), der Landesverband der Alzheimer-Gesellschaften NRW ergänzt: „eine Abhängigkeitserkrankung besteht bei 2-3 % der über 60-jährigen Männer und bei bis zu 1 % der über 60-jährigen Frauen.“ (Landesverband der Alzheimer-Gesellschaften NRW o.A.).

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen beklagt, dass bislang nur wenige betroffene Menschen angemessene fachliche Hilfe bekommen, obwohl unabhängig vom Alter jeder Mensch die Chance auf ein Leben ohne Süchte erhalten sollte. Erst in den letzten Jahren wurde der Hilfebedarf dieser Personengruppe etwas bekannter. Diese zeitlich Verzögerung kann auf verschiedene Ursachen zurückgeführt werden, zum einen ist die Datenlage zu dem Problem relativ schlecht, häufig enden gesundheitsbezogene Erhebungen mit dem Erreichen des 65. Lebensjahres, zum anderen sind altersbezogene Süchte ein Tabu, das in unserer Gesellschaft zu wenig in der Öffentlichkeit beachtet wird. Zudem befinden sich insbesondere hochaltrige Menschen oft in Einrichtungen der Altenhilfe und sind im regulären Hilfesystem so nicht mehr sichtbar (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen o.A.). Für Mainz sind keine spezialisierten Unterstützungsangebote bekannt, aus dem Austausch mit den Einrichtungen der Altenhilfe wurde jedoch deutlich, dass diese immer mehr für die Thematik sensibilisiert sind.

Nicht vorhanden sind darüber hinaus spezielle Angebote für besonders auffällige alte Menschen, die in regulären Nachbarschaften ohne Unterstützung von Außen kaum geduldet werden. Auch müssten für diesen besonderen Personenkreis in den Sozialräumen mehr Aufklärung über psychisch Erkrankungen stattfinden, um Verständnis gewonnen und nachbarschaftliche Strukturen besser gestärkt werden. Ebenso in den Blick genommen werden sollten alte Menschen mit einer Suchtproblematik, um sie beim suchtfreien Altern zu unterstützen. Hier wäre eine Sensibilisierung der Angehörigen und der Öffentlichkeit hilfreich, aber auch eine fachliche Qualifizierung von Hausärzten und –ärztinnen, sowie Personal von Altenhilfeeinrichtungen notwendig.

18.5 Migrantinnen und Migranten mit einer psychischen Erkrankung

Anbieter und Kostenträger sozialpsychiatrischer Leistungen werden verstärkt mit psychisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund konfrontiert. Diese Personengruppe wurde in den bisherigen Überlegungen zur Mainzer Versorgungsstruktur noch nicht ausreichend berücksichtigt. Der Arbeitsalltag der letzten Jahre zeigt aber verstärkt, dass eine kultursensible Herangehensweise insbesondere bei psychisch erkrankten Migrantinnen und Migranten erforderlich ist. Hierfür sprechen nicht nur die vorhandenen Sprachbarrieren, die Behandlung und Begleitung – welche nun einmal im Wesentlichen auf Sprache basieren – erschweren. Der Aspekt, dass psychische Krankheiten in allen Ländern unterschiedlich bewertet, wahrgenommen und akzeptiert werden, ist dabei ebenso zu berücksichtigen. Nur so kann eine Hilfeleistung sinnvoll an den eigenen Erfahrungen des Kulturkreises ansetzen und die notwendige Anerkennung auch im familiären Umfeld erfahren.

Zentrale Forderungen für die Zukunft sollten die Entwicklung von mehr interkultureller Kompetenz in den Diensten und Einrichtungen und die strukturelle Berücksichtigung dieser Zielgruppe in der Gesamtausrichtung des Hilfesystems sein (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband NRW, 2011). Es könnte eine Bestandsaufnahme der Versorgung von psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund angestrebt werden, die Rückschlüsse auf die notwendigen nächsten Schritte geben könnte. Denkbar wäre auf kommunaler Ebene eine Zusammenarbeit mit dem Büro für Migration und Integration.

18.6 Massiv traumatisierte Menschen

Ein psychisches Trauma ist ein starker seelischer Schock als Folge grausamer, erschütternder Erlebnisse und im ICD-10 unter F 43 „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörung“

aufgeführt. Besonders häufig betroffen sind Opfer von Kriegserlebnissen, Menschen, die gefoltert wurden, Opfer von Gewaltverbrechen, vergewaltigte Frauen, Unfallopfer oder Opfer von Naturkatastrophen.

Nach einem einschneidenden Gewalt-Erlebnis entwickelt etwa jedes vierte Opfer eine manifeste psychische Störung, die behandelt werden muss. Insgesamt leidet etwa ein Prozent der Bevölkerung an einer chronischen Belastungsstörung als Folge eines Traumas.

Im Hilfesystem tauchen immer häufiger traumatisierte Menschen auf, die sich auf Grund ihrer Erlebnisse extreme Reaktions- und Verhaltensweisen angeeignet haben, um zu überleben. Diese fest verinnerlichten Handlungsmuster erweisen sich im alltäglichen Leben oft als dysfunktional und erschweren die Alltagsbewältigung in unterschiedlichem Ausmaß, so dass neben der notwendigen Traumatherapie eine Unterstützung zu Teilhabe im Leben in der Gemeinschaft notwendig werden kann (Universitätsklinikum Heidelberg, o. A.). Traumatisierte Menschen waren bisher keine klassische Zielgruppe der gemeindenahen Psychiatrie, sie wurden und werden häufig durch den psychosomatischen Behandlungszweig versorgt, was vor allem dem dort verorteten Fachwissen geschuldet ist. In Mainz gibt es beispielsweise an der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und – psychotherapie der Universitätsmedizin eine Traumaambulanz, die sich auf Grundlage des Opferentschädigungsgesetzes mit diesem Personenkreis beschäftigt. Auch gibt es von Therapeutinnen und Therapeuten, Mitgliedern von Polizei, Justiz und diversen Beratungsstellen einen fachlich ausgerichteten „Runden Tisch Trauma“, der Hilfen für traumatisierten Menschen vernetzen und besser aufstellen möchte. Eine regelhafte Vernetzung mit dem Bereich der gemeindenahen Psychiatrie ist hierbei noch nicht erfolgt.

Wie sich in der Vergangenheit gezeigt hat, können Anfragen an das herkömmliche gemeindepsychiatrische Angebot bisher nicht immer im erforderlichen Maße begegnet werden, da spezielle Qualifikationen im Hinblick auf Stabilisierungstechniken notwendig sind, der Betreuungsaufwand hoch sein kann und sowohl die Fachkraft als auch das gesamte Team unterstützende Supervision benötigen. Hier wäre ein Konzept sinnvoll, das die ambulante Begleitung dieser Zielgruppe in den Blick nimmt.

18.7 Psychisch auffällige Kinder und Jugendliche

In der Fachöffentlichkeit werden die im Kapitel 9 vorgestellten Daten- und Versorgungslagen sowie die Konsequenzen daraus kontrovers diskutiert. Unklar ist zum Beispiel, ob Krankheitsfälle bei Kindern und Jugendlichen vermehrt vorkommen oder ob die Sensibilität bei den Eltern oder in den Schulen für psychische Problemlagen gestiegen ist.

Allgemeine Aussagen zur Versorgungsqualität bezogen auf Mainz können nicht ohne weiteres getroffen werden, da in diesem Bereich durch die Verantwortlichkeit der Eltern, dem Wächteramt der öffentlichen Jugendhilfe sowie der Schulpflicht noch mehr Schnittstellen zum Tragen kommen, als im Erwachsenenbereich. Es bleibt jedoch festzuhalten, dass wie in dem gesamten Feld der psychischen Erkrankungen auch bei Kindern und Jugendlichen immer das Normalitätsprinzip im Vordergrund stehen sollte, ohne ihnen aber dringend notwendige medizinisch-therapeutische und psychosoziale Hilfen zu versagen. Dies ist insbesondere im Hinblick auf eine Früherkennung von gravierenden gesundheitlichen Problemlagen wichtig, damit eine Chronifizierung möglichst verhindert werden kann und Chancen für ein selbstbestimmtes Leben eröffnet werden. Hierbei ist insbesondere die Weichenstellung durch die schulische Bildung hin zu einem qualifizierten Berufsabschluss richtungweisend.

Das Amt für Jugend und Familie stellt fest, dass derzeit die Gruppe der Jugendlichen, die mit den üblichen Hilfen zur Erziehung nicht zu erreichen sind, eine große Herausforderung für die Jugendhilfe darstellt. Es sind Jungen und Mädchen, die sich offenbar allen Angeboten entziehen und weder in einer ambulanten noch einer stationären pädagogischen Hilfeform zu halten sind. In diesen Fäl-

len stellt sich häufig die Frage nach dem Bedarf an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abklärung und nach gegenseitiger Unterstützung. Es sind Jugendliche, die durch ständiges Entweichen auffallen, sich dadurch in Gefährdungssituationen begeben, die keine Einsicht in ihre eigene Gefährdungslage zu haben scheinen, die selbstverletzendes Verhalten zeigen, die aber auch eine Gefährdung für Dritte darstellen, indem sie beispielsweise Erzieher in Einrichtungen bedrohen, andere Jugendliche aus Einrichtungen bedrohen oder verletzen.

Die Entwicklung einer Hilfe, auf die sich diese Jugendlichen einlassen können und die die anzustrebenden Ziele erreicht, ist oftmals schwierig. In der Praxis müssen sie immer wieder in Notaufnahmeeinrichtungen oder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen werden.

Insbesondere für diese Problemlagen wurden die in Kapitel 9.4.1 beschriebenen interdisziplinären Fallbesprechungen eingeführt.

Aus Sicht der Jugendhilfe kann für Mainz allgemein festhalten werden, dass die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie einschließlich der ansässigen niedergelassenen kinder- und jugendpsychiatrischen Fachärzte und Fachärztinnen gut ist. Gleichzeitig ist es aber auch zutreffend, dass die Bearbeitung besonders schwieriger Einzelfälle sowohl die Jugendhilfe wie auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie vor ganz erhebliche Herausforderungen stellt, die mitunter nicht immer befriedigend gelöst werden können. Die gemeinsame Entwicklung standardisierter Kooperation, wie sie durch die anstehende Vereinbarung in Planung ist, kann ein Schritt in die richtige Richtung sein.

18.8 Kinder psychisch erkrankter Eltern

Entsprechend der Ausführungen im Kapitel 12.1 sind auch Kinder psychisch erkrankter Eltern eine besondere Zielgruppe, die es in den Fokus zu rücken gilt. Ein gut abgestimmtes Konzept frühzeitiger Unterstützung aller Beteiligten, wie Angehörige, Behandlerinnen und Behandler, Schule, Kindergärten und –horte, Amt für Jugend und Familie etc., kann präventiv auf den eigenen Lebensverlauf wirken und erkrankte Eltern in der Wahrnehmung ihrer Elternschaft begleiten. Erste Schritte sind in Mainz bereits erfolgt, diese gilt es jedoch intensiver miteinander abzustimmen und besser zu vernetzen.

Vorrangige künftige Aktivitäten sollten daher darauf abzielen, im Bereich psychische Gesundheit Kinder und Jugendliche noch mehr zu informieren und Fachleute weiter dafür zu qualifizieren, die notwendigen Bedingungen, die ein psychisch gesundes Aufwachsen von Kindern ermöglichen, strukturell in den Blick zu nehmen.

19 ZUSAMMENFASSENDE BEWERTUNG UND EMPFEHLUNGEN

Der Grad der Ausdifferenzierung und Vernetzung der Hilfen gemeindenaher psychiatrischer Versorgung in Mainz kann – gemessen am aktuellen fachlichen Diskussionsstand – als gut bezeichnet werden. Verglichen mit dem Konzept aus dem Jahr 1991 sind alle damals für erforderlich gehaltenen Hilfsangebote und Dienste auf- und ausgebaut worden. Von der guten Qualität zeugen u.a. die große Vielfalt an psychosozialen Leistungserbringern, unter deren Angeboten hilfesusuchende Menschen auswählen können, die Einbindung angrenzender Arbeitsfelder, wie das der Wohnungslosen- und der Suchthilfe, sowie die Bandbreite an Arbeitsmöglichkeiten für psychisch erkrankte Menschen, die geschaffen wurden.

Die grundlegenden Versorgungsstrukturen, die durch die Psychiatriereform gefordert wurden und sich im PsychKG wiederfinden, werden in Mainz vorgehalten. Es ist früh gelungen, im Psychiatriebeirat alle relevanten Akteure der Region in einem Gremium zusammenzubringen und die hohe Fachlichkeit der Themenauswahl belegt das große Interesse an einer Weiterentwicklung der Versorgung quer über die unterschiedlichen Kosten- und Leistungsträger hinweg.

Der Einsatz von Besuchskommission und von Patientenfürsprecherinnen und –sprechern an den klinisch-psychiatrischen Einrichtungen zeigt, dass die Stadt Mainz großes Interesse an der Einhaltung von Patientenrechten hat und so deren Umsetzung in dem rechtlich sensiblen Bereich der Psychiatrie voranbringt.

Die Ausgestaltung der Koordinierungsstelle für gemeindenahere Psychiatrie als Vollzeitstelle und Stabstelle sowie deren Besetzung mit einer ausgewiesenen Fachkraft ist der Aufgabe angemessen. Eine solche Ausstattung findet sich nicht in allen Regionen in Rheinland-Pfalz und weist darauf hin, dass in Mainz die Koordination des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems als Schlüsselaufgabe wahrgenommen wird. Die vertrauensvolle Kontaktpflege zwischen Stabstelle Gesundheit der Landeshauptstadt Mainz und der Abteilung für Gesundheitswesen der Kreisverwaltung Mainz-Bingen als zuständigem Gesundheitsamt wird regelhaft wahrgenommen und ist entscheidend für die Ausgestaltung der psychosozialen Basisversorgung der Mainzerinnen und Mainzer.

Dem Grundsatz, dass gute psychiatrische Hilfen nur kooperativ gelingen können, wird in Mainz Folge geleistet. Sehr gelungen ist die hohe Verbindlichkeit, mit denen die aufgestellten Qualitätsstandards im Gemeindepsychiatrischen Verbund verlässlich umgesetzt werden. Die Mitgliedschaft des GPV in der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände und dessen Einschätzungen der regionalen Kooperationsstrukturen belegt diese Qualität. Besonders positiv zu bewerten ist die aktive Rolle des Amtes für Soziale Leistungen im Gemeindepsychiatrischen Verbund, die insbesondere eine schnelle Klärung von Zuständigkeits- und Verfahrensfragen ermöglicht und so erst die angestrebte Umsetzung der Vorgabe, Hilfen möglichst ambulant statt stationär zu erbringen, ermöglicht.

Über diese grundsätzlich positive Bestandsaufnahme hinaus, bestehen in der Versorgungslandschaft Verbesserungs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten. Dies liegt insbesondere darin begründet, dass seit der ursprünglichen Konzeptionierung inzwischen beinahe 25 Jahre vergangen sind. In dieser Zeit konnten grundlegende Bausteine der Psychiatriereform erfolgreich umgesetzt werden, jedoch haben sich neue Entwicklungen und Aufgaben ergeben, an denen sich das Versorgungssystem künftig orientieren soll und messen lassen muss.

Bedarfsanpassung, Angebotsentwicklung und regionale Versorgung

Im Sinne einer weiteren Verbesserung muss sich das regionale Versorgungssystem die kritischen Fragen stellen, ob die Hilfeerbringung wirklich beim Schwächsten beginnt, wie es eine Forderung der Sozialpsychiatrie seit Jahren ist, und ob nichtpsychiatrische Hilfen immer vorrangig ausgeschöpft und genutzt werden. Wie unlängst im Bericht zur bundesweiten Lage der Psychiatrie durch die Arbeitsgruppe Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden festgestellt wurde, ist „...das in der Psychiatrie-Reform errungene, bundesweit fortschrittliche System der wohnortnahen, lebensweltorientierten Hilfen für psychisch kranke und suchtkranke Bürgerinnen und Bürger [...] zu konsolidieren und mit dem Fokus auf Personenzentrierung, Qualitätssicherung sowie Ausbau der ambulanten Behandlungsstrukturen und der sektorenübergreifenden Versorgung weiterzuentwickeln.“ (AG Psychiatrie, 2012, S. 47). Das gilt auch für Mainz.

Konsolidierung und Optimierung der Versorgungslage

Auch wenn die gemeindenahere psychiatrische Landschaft die wichtigsten Bausteine entwickelt hat, sollte einer Verschlechterung des Status Quo unbedingt entgegengewirkt werden. Anzeichen hierfür lassen sich u.a. in der steigenden bzw. konstant hohen Anzahl von Interessentinnen und Interessenten in den platzrelevanten Hilfeangeboten oder aber der gleichbleibenden finanziellen Ausstattung dieser Angebote bei steigender Nachfrage und erhöhten Fallzahlen, erkennen.

Die Unterstützung psychisch erkrankter Mainzer Bürgerinnen und Bürger muss weiterhin leistungsbereichübergreifende stationäre, ambulante und komplementäre Angebote umfassen und nach individuellem personenzentrierten Bedarf flexibilisiert einsetzbar sein. Hierzu sollten künftig auch neue, innovative Konzepte und Versorgungsmodelle gezielt recherchiert und für Mainz nutzbar gemacht werden. Dies gilt insbesondere für Hilfen bei der Wohnraumbeschaffung und -erhaltung, sowie die bedarfsgerecht abgestimmte Angebotsentwicklung moderner Wohn- und Teilhabeformen, um Wohnungslosigkeit in Folge einer psychischen Erkrankung vorzubeugen bzw. zu vermeiden.

Wohnortnahe Angebote im Fokus

Ein Grundsatz der Psychiatriereform lautet, jedem psychisch erkrankten Menschen die Unterstützung vor Ort anbieten zu können, die er benötigt. Um den betroffenen Mainzerinnen und Mainzern wirklich alle notwendigen Hilfen anbieten zu können, ist jedoch eine weitere Angebotsausweitung angezeigt.

Hier sind vor allem das eingeschränkte Angebot an alternativen ambulanten Wohnformen, vor allem im intensiv-betreuungsaufwendigen Bereich, und vor allem die unzureichende Ausstattung mit stationären, ggf. auch fakultativ geschlossenen, Wohnplätzen, zu nennen. Die große Zahl von 95 Menschen aus Mainz, die in einem Wohnheim außerhalb der Versorgungsregion leben, sollte ausreichend Anlass für eine Überprüfung geben, worin die Ursachen dafür begründet liegen. Entsprechend dieser Rechercheergebnisse ist in einem nächsten Schritt eine gezielte Anpassung vorzunehmen.

Grundsätzlich wünschenswert im Hinblick auf stationäre Wohnformen wäre – im Sinne der Personenzentrierung und der Dezentralisierung – eine Flexibilisierung von Aufnahmemodalitäten, eine Entzerrung von intensiv betreuten Wohnangeboten auf das Stadtgebiet und die Möglichkeit, kurzfristige Krisenaufnahmen oder auch langfristiges Probewohnen zu ermöglichen. Dafür müssten bestehende Kapazitäten aufgestockt, alternative Wohnmodelle ausprobiert und neue Finanzierungswege beschritten werden. Eine Weiterentwicklung in diesem Bereich könnte allerdings bedeuten, dass entgegen der Vorgaben der Landespolitik auch gezielt neue stationäre Wohnplätze geschaffen werden müssten. Die Voraussetzungen dafür müssten von Verwaltung, Politik und Interessenvertretung intensiv geprüft werden, damit mögliche Argumente dafür im Sinne der wohnortnahen Versorgung vertretbar sind.

Zielgruppengerechte Anpassungen

Das regionale Gesundheits- und Sozialsystem sollte darüber hinaus auf die vordringlichsten Veränderungen der Zielgruppe reagieren:

- schwer chronisch erkrankte Menschen auch mit Doppeldiagnosen und / oder einer Suchtproblematik müssen bessere medizinische Behandlungs- und psychosoziale Betreuungsbedingungen in ihrer Heimatstadt vorfinden,
- niedrigschwellige Angebote für psychisch erkrankte Menschen mit besonders komplexen Hilfebedarfen, Vermittlungshemmnissen oder herausforderndem Verhalten müssen entwickelt und bereitgestellt werden,
- junge psychisch erkrankte Menschen sollen abgestimmte und differenzierte Hilfestellungen aus einer Hand mit der Perspektive auf ein so normal verlaufendes Leben wie möglich erhalten, Schnittstellen zu dem zuständigen Jugendhilfesystem untersucht und ggf. verbessert werden,
- Mütter oder Väter mit einer seelischen Störung sollen mit dem Ziel, das Kind adäquat zu versorgen und zu erziehen, in ihrer Elternschaft begleitet werden und
- alt werdenden Betroffenen muss ein menschenwürdiger Lebensabend entweder mit Hilfe von ambulanter psychiatrischer Pflege in ihrem gewohnten Lebensumfeld ermöglicht werden oder durch Spezialisierungen von Wohnprojekten und Altenpflegeheimen auf krankheitsbedingte Erfordernisse sichergestellt werden.

Hier können durchaus innovative und bereits erprobte Konzepte aus anderen Regionen als Vorbild herangezogen werden. Es zeigt sich im Hinblick auf diese besonderen Zielgruppen darüber hinaus besonders deutlich, dass einmal installierte Hilfen einer regelmäßigen gezielten Überprüfung und Anpassung auf neue Anforderungen bedürfen.

Des Weiteren sollten bisher wenig untersuchte Personenkreise mehr in den Blick genommen werden, um deren Situation besser beurteilen zu können. Hier wären psychisch auffällige Kinder und Jugendliche, Menschen mit Migrationshintergrund und einer psychischen Erkrankung, traumatisierte Menschen, sowie von Wohnungslosigkeit betroffene psychisch erkrankte Menschen zu berücksichtigen. Denkbar wäre auch eine Fortschreibung der Psychiatrieberichte unter der besonderen Berücksichtigung von aufgeführten Zielgruppen, um deren Versorgungslage besser erfassen zu können. Auf Grundlage dessen könnten entsprechende Anpassungen konzeptioniert und vorgenommen werden.

In der Verantwortung sind an dieser Stelle sowohl die Kommune, zuständig für die Gesamtstruktur und Kostenträger der Leistungen, sowie andere, vorrangige Kostenträger, als auch die Leistungserbringer im Gemeindepsychiatrischen Verbund als Anbieter der Hilfen und Kooperationspartner der Kommune.

Bereitstellung niedrigschwelliger Angebote

Insbesondere dem Faktor „Arbeit“ kommt weiterhin eine hohe Bedeutung zu, der einen großen Teil zu Sinnhaftigkeit, Auskommen und Tagesgestaltung beitragen kann. Auch wenn es bereits vielfältige Möglichkeiten in Mainz gibt: Niedrigschwellige Beschäftigungs- und Zuverdienstangebote auch und gerade für Menschen, die nicht in der Lage sind, länger als drei Stunden einer Tätigkeit nachzugehen, sind nicht ausreichend vorhanden. Sie sollten weiterentwickelt und unkompliziert bereitgestellt werden. Eine Möglichkeit wäre es, diese an bestehende Angebote der Mitglieder des GPV zu koppeln, andere Möglichkeiten wären auch denkbar.

Die sich auf Landesebene abzeichnende Verschlechterung der finanziellen Ausstattung der an den Tagestätten angegliederten Kontaktstellenfunktion ist aus Sicht der Gesamtversorgung kritisch zu bewerten. Mit dieser Entwicklung wird eine Reduzierung der unkompliziert zugänglichen Hilfen einhergehen, die von vielen erkrankten Bürgerinnen und Bürger genutzt werden, und das Hilfesystem läuft Gefahr, sich noch weiter zu spezialisieren.

Vorrangig sind zwei negative Folgen zu befürchten:

- Menschen, die aus fachlicher Sicht einen hohen Hilfebedarf haben, aber gleichzeitig krankheitsbedingt bürokratische und formale Hürden nicht nehmen können, haben noch weniger Zugang zum Hilfesystem und
- die Kostenbelastung für die Eingliederungshilfe kann in diesem Segment steigen, da direkte Unterstützung in diesem Rahmen nicht mehr geleistet werden kann und unter Umständen für die kurzfristige Bearbeitung von Problemlagen ein Antrag auf Leistungen nach SGB XII notwendig werden würde.

Nicht zu unterschätzen ist auch die unterstützende Wirkung sozialer Kontakte, die der Vereinigung von alleinstehenden psychisch erkrankten Menschen entgegenwirken kann.

Sinnvoll wäre es, alternative Finanzierungsmöglichkeiten in den Blick zu nehmen und der anstehenden Reduzierung der ohnehin schon spärlichen finanziellen Ausstattung entgegenzutreten. Immerhin wird der Kontaktstellenfunktion schon im Bericht der Expertenkommission große Bedeutung zugemessen, die sich auf der praktischen Ebene seit vielen Jahren bestätigt hat und in einer Vielzahl anderer Regionen zu eigenständigen Kontakt- und Beratungsangeboten geführt hat.

Ein weiterer niedrigschwelliger Baustein in der psychiatrischen Landschaft sind Krisendienste oder Krisentelefone, die außerhalb von regulären Öffnungszeiten Entlastung für Betroffene und Angehörige bieten können und im besten Fall psychiatrische Unterbringungen nach PsychKG in der Klinik vermeiden können. Sie übernehmen eine hochkomplexe Aufgabe und tragen dazu bei, Fehlansprachnahmen andernorts zu reduzieren und risikobehaftete Verzögerungen zu vermeiden. Mainz hält kein Angebot dieser Art vor. Wünschenswert wäre es, wenn das Dezernat für Soziales, Kinder, Jugend, Schule und Gesundheit der Stadt Mainz unter Einbezug der zuständigen Abteilung für Gesundheitswesen prüfen würde, ob und unter welchen Voraussetzungen ein solches Angebot geschaffen werden könnte. Nach Vorbild von Stadt und Landkreis Trier wäre z.B. eine enge Kooperation mit dem angrenzenden Landkreis möglich.

Psychiatrieplanung als kommunale Aufgabe

Psychiatrieplanung wird in Mainz derzeit auf kommunaler Ebene nicht als eigenständige Planungsaufgabe definiert, sondern im Rahmen der allgemeinen Sozialplanung in Kooperation mit der Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie wahrgenommen. Einen größeren Schwerpunkt könnte sie durch Aufnahme als eigenständigen Themenkomplex in den Bereich Planung erhalten.

Auf gesetzliche und gesellschaftliche Veränderungen frühzeitig reagieren

Ansprüche an das Versorgungssystem, dessen fachliche Ausrichtungen, Finanzierungsvoraussetzungen und finanzielle Ressourcen sind nur einige der Aspekte, die im Bereich der gemeindenahen Psychiatrie beständigen Veränderungen unterliegen. In naher Zukunft wird sich die Stadt Mainz zum Beispiel den neuen Anforderungen, die sich aus der UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen – auch für die Psychiatrie – und der neuen Gesetzgebung hinsichtlich von Unterbringungsmaßnahmen ergeben, stellen müssen. Die Zahl der Menschen, die an einer psychischen Störung leiden und Unterstützung benötigen, verzeichnet ebenfalls Zuwächse, so dass das bestehende Hilfesystem an seine Grenzen zu stoßen droht. Aus diesem Grund müssen ggf. gesundheitspolitische Weichenstellungen vorgenommen werden, die im Vorfeld systematisch eruiert werden müssen. Eine differenzierte Psychiatrieplanung würde es erlauben, künftige Entwicklungen gezielt anzugehen und unterschiedliche Veränderungen möglichst frühzeitig einzuplanen.

Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung

Im Mittelpunkt einer gelingenden Psychiatrieplanung steht wiederum eine aussagekräftige und fortlaufende Gesundheitsberichterstattung, die rheinland-pfalz-typisch für die Versorgungsregion Mainz derzeit eine untergeordnete Rolle einnimmt. Künftig könnte dies durch die Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie mehr in den Blick genommen werden. Als Grundlage wäre eine regelmäßige Erhebung von Basisdaten sinnvoll, dies könnte in enger Verzahnung mit der Abteilung

für Gesundheitswesen als zuständigem Gesundheitsamt, aber auch mit den relevanten öffentlichen Kosten- und Leistungsträgern und dem Gemeindepsychiatrischen Verbund geschehen.

Aktivierung vorrangiger Leistungen voranbringen

Die Forderung von 1991, nach der die psychiatrische Versorgung außerhalb von Behandlung und Rehabilitation nicht alleine durch die Eingliederungshilfe sichergestellt werden darf, ist aktueller denn je. Alternativen zu Eingliederungshilfeleistungen nach SGB XII in Mainz sind weiterhin ausbaufähig, damit die betroffenen Bürgerinnen und Bürger nicht ausschließlich auf Sozialhilfeleistungen angewiesen sind. Eine Verbesserung dieser Situation würde auch positive Aspekte auf die gesamte Angebotslandschaft haben, da sich diese noch mehr an den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen der psychisch erkrankten Menschen orientieren könnte.

Psychisch erkrankte Menschen profitieren von verschiedenen Pflichtleistungen der Krankenkassen:

- wenig, wie von der Soziotherapie, (s. Kapitel 6.1.4)
- gar nicht, wie von der Ambulanten Psychiatrischen Pflege oder
- nur nach langen Wartezeiten, wie bei psychotherapeutischen Maßnahmen und dann oft auch nur unzureichend (s. Kapitel 6.1.3).

Hier sollten weiterhin energische Versuche unternommen werden, diese Leistungen in Mainz anzusiedeln bzw. zu verbessern. Wünschenswert, mit Blick auf die Vorrangigkeit der Leistungen und die zugrundeliegenden Rahmenempfehlungen, wäre vor allem die Ausweitung des soziotherapeutischen Angebots insbesondere im Gemeindepsychiatrischen Verbund.

Vorrangige Kostenträger in die Verantwortung nehmen

Die Kommune als Träger der Eingliederungshilfe sollte im Hinblick auf psychisch erkrankte Menschen in einen regelhaften Dialog mit der gesundheitlichen Selbstverwaltung – und damit mit den zuständigen Kostenträgern – treten, u.a. auch um deren Leistungen besser kennenzulernen und verlässliche Kooperationen sicherzustellen. Jetzt bereits nutzbare Leistungen müssen vor der Bewilligung von Eingliederungshilfeleistungen abgerufen werden. Alternative Leistungserbringer vor Ort sollten bei der Ausübung aktiv unterstützt werden.

Die Vielfalt der Angebote und Möglichkeiten können Hilfe suchende Menschen u.U. überfordern, gezielte Beratungen sind hier erforderlich. Dies kann auf der einen Seite durch die kommunale Sicherstellung der Beratungsmöglichkeiten im GPV erreicht werden, aber auch durch die Forderung, die bereits gesetzlich verankerten gemeinsamen Servicestellen der vorrangigen Kostenträger nach SGB IX fachlich und personell besser auszustatten, unterstützt werden.

Prävention verhindert Behinderung

Unter den drei Teilgruppen der Menschen mit wesentlichen Behinderungen weist die Personengruppe der Menschen mit psychischen und seelischen Behinderungen bundesweit seit Jahren die stärksten Zuwächse auf. Aus diesem Grund sollte der Prävention in diesem Bereich besonderes Augenmerk geschenkt werden. Wie im Abschnitt 13 ausführlich ausgeführt, gibt es Risiko- und Zielgruppen, die mit präventiven Maßnahmen gut erreicht werden können und somit eine Stärkung ihrer seelischen Gesundheit erfahren können. Dieses Aufgabenfeld sollte trotz der allgemein schwierigen Finanzsituation von dem allgemeinen Gesundheits- und Sozialwesen sowie der Stadt Mainz mehr Beachtung finden.

Netzwerke und Kooperationen stärken

Die Netzwerkarbeit in Mainz ist lebendig und gut ausgestaltet. Die Erbringung der Hilfen wie aus einer Hand dient hier als Leitsatz. Die Protagonisten sind engagiert mit der Sache befasst, was sich auch in der praktischen Arbeit z.B. hinsichtlich kurzer Wege positiv auswirkt. Dennoch könnten die bestehenden Netzwerke darauf hinarbeiten, ihre Strukturen kritisch zu betrachten und ggf. daraufhin optimieren, die gemeinsamen Ziele verstärkt zusammen anzugehen. Hier können als Bespiele

Aufklärungsarbeit, Präventionskampagnen oder auch gesundheitspolitische Stellungnahmen benannt werden. Erste Schritte sind dafür bereits getan, dennoch könnten die sektorübergreifende Schnittstellenarbeit von einer verbesserten Kooperation untereinander profitieren.

Keine Inklusion ohne Einbezug des Sozialraums

Eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben kann nur mit Hilfe des Sozialraums erreicht werden. Auch wenn das Konzept der Gemeindepsychiatrie von jeher eine Integration psychisch erkrankter Menschen in die Gemeinde als Leitmotiv definiert hat, muss dieses nun im Sinne der Inklusionsdebatte, die innerhalb der Kommune schon aktiv geführt wird, neu belebt werden. Psychische Behinderungen sollten im Zuge dessen mehr in den Blickpunkt genommen werden, sie dürfen nicht automatisch zu Armut und Verelendung führen, soziale Ungleichheit und Benachteiligung müssen abgemildert oder vermieden werden.

An dieser Stelle wären verschiedene Ansätze, orientiert an den Leitgedanken der Inklusion, möglich:

- die Nutzung regulärerer, nichtpsychiatrischer Hilfeangebote der Stadtteile könnte für psychisch erkrankte Menschen vereinfacht werden
- es könnte eine weitere Öffnung gemeindepsychiatrischer Angebote in die Nachbarschaft hinein angestrebt werden
- dezentrale allgemeine Anlaufstellen in den Stadtteilen, die allgemeine psychosoziale Problemlagen der Bewohnerinnen und Bewohner im Fokus haben, könnten ebenfalls Hürden nehmen und Schwellenängste abbauen
- die beständige Aufklärung der Bevölkerung über seelische Gesundheit und psychische Beeinträchtigung sollte vorangetrieben werden
- Barrieren für Menschen mit einer psychischen Behinderung sollten definiert werden, um deren Abbau bzw. Verringerung in einem nächsten Schritt gezielt angehen zu können.

Diese und weitere Aspekte könnten durch eine trialogisch besetzte Arbeitsgruppe, die Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie, die Beauftragte für die Belange behinderter Menschen sowie mit Hilfe der beiden zugeordneten Beiräte und ggf. weitere Beteiligte durch gezielte Situationsanalysen und weitergehende Empfehlungen gemeinsam bearbeitet werden.

Ausblick

Der Bericht zur Situation der gemeindenahen Psychiatrie in Mainz macht deutlich, an welchen Stellen das Versorgungssystem in der Stadt gut funktioniert und wo dessen Vorzüge liegen. Er liefert aber auch entscheidende Hinweise, an welchen Stellen neuen Anforderungen Rechnung getragen werden sollte und andere Schwerpunkte gesetzt werden sollten.

Die weiteren Entwicklungen in diesem Bereich müssen daher im Blick behalten werden und die gewonnen Erkenntnisse für die Stadtverwaltung Mainz nutzbar gemacht werden.

- Es ist daher beabsichtigt, über die gemeindepsychiatrische Versorgungslage eine regelmäßige Bestandserhebung alle fünf Jahre durchzuführen.
- Weiterhin sollen aufgeworfene verwaltungsinterne Themen bearbeitet werden, dazu ist geplant, dass die relevanten Beteiligten innerhalb der kommunalen Verwaltung bis zum Jahr 2015 schnittstellenübergreifende Strategien entwickeln.
- Schließlich soll ein Maßnahmenkatalog mit Priorisierungen sowie Projektanregungen erarbeitet werden, der die wichtigsten Handlungsempfehlungen aus dem Bericht aufgreift.

Aufgabe der Psychiatriekoordination wird es sein, die vorgenannten konzeptionellen Planungen fachlich voranzutreiben und mit der Kommune, den möglichen Kostenträgern wie auch mit dem psychiatrischen Fachsystem zu erörtern, um weiterhin eine gemeinsame, inhaltlich fundierte und passgenaue Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen erreichen zu können.

Im Mittelpunkt steht bei all diesen Bemühungen weiterhin, Menschen mit psychischen Erkrankungen und / oder seelischen Behinderungen in ihrer Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zu fördern, ihnen Möglichkeiten der Mitbestimmung und der vollen gesellschaftlichen Teilhabe zu eröffnen.

20 LITERATURVERZEICHNIS

- Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (Hg.). Psychiatrie in Deutschland - Strukturen, Leistungen, Perspektiven. 2012.
- Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden. Psychiatrie in Deutschland - Strukturen, Leistungen, Perspektiven. Tabellenanhang. 2012.
- Ärzte Zeitung. Psychisch Kranke landen zu oft in der Warteschleife. 22.06.2011. Online-Ressource. 04.08.2011.
- Braun, Bernhard. Erkrankungsrisiken von pflegenden Familienangehörigen oft höher als die von nichtpflegenden Vergleichspersonen. Online-Ressource. www.forum-gesundheitspolitik.de 01.10.2012. 14.00 Uhr.
- Bundesministerium der Justiz (Hg.). Betreuungsrecht. Mit ausführlichen Informationen zur Vorsorgevollmacht. Berlin. 2012.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.). 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin. 2009.
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hg.). Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn. 1988.
- Bundespsychotherapeutenkammer. Langzeitstudie der Techniker Krankenkasse belegt: Psychotherapie ist nachhaltig wirksam. Pressemitteilung. Berlin. 2011.
- Bundespsychotherapeutenkammer. Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Berlin. 2011.
- Dachverband Gemeindepsychiatrie (Hrsg.). Factsheet Soziotherapie. Bonn. 2010.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Online-Ressource. <http://www.unabhaengig-im-alter.de/>
- Deutscher Bundestag. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bundestagsdrucksache 7/4200. 1975.
- Deutscher Bundestag. Drucksache. 17/9478. 17. Wahlperiode. 30. 04. 2012.
- Deutscher Bundestag. Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bundestagsdrucksache 7/1124. 1973.
- Deutscher Bundestag. Über- und unterversorgte ärztliche Planungsbereiche in Verbindung mit der Relation Ärzte/Ärztinnen zur Bevölkerung. Drucksache 17/4643. Berlin. 2011.
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband NRW. Arbeitshilfe Migration und Psychiatrie. Köln. 2011.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.) Moderne Sucht- und Drogenpolitik. Der Mensch im Mittelpunkt. Berlin. 2010. S. 5.
- Dyckmans, Mechthild. Online-Ressource. <http://drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/suchstoffuebergreifende-themen/alter-und-sucht.html>
- Evangelische Wohnungslosenhilfe (Hg.). Jahresbericht 2011 Wendepunkt. Mainz. 2012.
- Freyberger, Harald J. et al. Am Rande sozialpsychiatrischer Versorgungsstrukturen – eine Untersuchung zur „Systemsprengerproblematik“ in Mecklenburg-Vorpommern. Artikel. Fortschritte Neurologischer Psychiatrie 2008. 76(2): 106-113.
- Gehrmann, Jochen. Vortrag zur Fachtagung “Kinder psychisch kranker Eltern“. Mainz. 2006.

- Gemeindepsychiatrischer Verbund Mainz. Interne Auswertung der AG Heavy User / Systemsprenger. Mainz, 2012.
- Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit. Online-Ressource. <http://www.gps-rps.de/mainz/einrichtungen-und-angebote/psychiatrie/tagesklinik-fuer-psychiatrie-und-psychotherapie> 15.12.2012. 15.40 Uhr.
- Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen. Online-Ressource. www.gpe-mainz.de 28.11.2012.
- Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen. Vortrag zum Mainzer Aktionstag der Seelischen Gesundheit 2012. unplugged macht Schule. Ein Präventionsprojekt zur Förderung seelischer Fitness von Schülern. Online-Ressource. <http://www.mainz.de/C1256D6E003D3E93/files/VortragSchulprojekt.pdf/%24FILE/VortragSchulprojekt.pdf> 23.01.2013. 10.43 Uhr.
- GKV-Spitzenverband. Online-Ressource. www.gkv-spitzenverband.de 21.03.2012. 12.04 Uhr.
- Häfner, Heinz. Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik. In: Helfen und heilen 1965; 4: 1-8.
- Holke, Jörg. Präsentation. Sozialrecht und Gemeindepsychiatrie. Einführung Sozialrecht. Bonn. 2011.
- Holke, Jörg. Suchthilfe und Psychiatrie – Verbund statt Konkurrenz. Artikel. Psychosoziale Umschau 3/2010.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Bundesarztregister der KBV. 2011. Online-Ressource www.kbv.de 29.11.2012.12.47 Uhr.
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz. Online-Ressource. www.unimedizin-mainz.de/psychiatrie/patienten/ambulanzen 22.11.2012. 13.24 Uhr.
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz. Online-Ressource. www.unimedizin-mainz.de/psychiatrie/patienten/ueberblick 22.11.2012. 14.00 Uhr.
- Koeppel, Armin et al. Zur Lebenslage pflegender Angehöriger psychisch kranker alter Menschen. Empirische Studie. Köln. 2003.
- Konrad, Andreas. Berichterstattung im Psychiatriebeirat der Stadt Mainz. Mainz. 2011.
- Konrad, Michael et al. Nach Crome, Andreas. Altwerdende psychisch kranke und geistig behinderte Menschen. Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen. In: Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.). Bonn. 2007. S. 298-305.
- Kreisverwaltung Mainz-Bingen. Online- Ressource. www.mainz-bingen.de/deutsch/verwaltung/GB_IV/gesundheit_veterinaer/sozialpsychiatrischer_dienst.php 10.09.2012.
- Kunze, Heinrich. In: Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.). 25 Jahre Psychiatrie-Enquête. Band 27. Tagung am 22. und 23. November 2000 in Bonn – Bad Godesberg. Bonn. 2001.
- Landesamt für Jugend, Soziales und Versorgung Rheinland-Pfalz. Online-Ressource www.lsjv.rlp.de/arbeit-und-qualifizierung/integrationsamt/integrationsfachdienste 30.11.2012 11.40 Uhr.
- Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung des Landes Rheinland-Pfalz (Hg.) Tagestättenverordnung. Konzeption und Verwaltungsverfahren. 1995
- Landeshauptstadt Mainz (Hg.). Mainzer Handlungskonzept gegen Kinderarmut. Mainz 2009.
- Landeshauptstadt Mainz. Amt für Stadtentwicklung, Statistik und Wahlen. Einwohner der Landeshauptstadt Mainz laut Melderegister. Mainz. 2012.
- Landeshauptstadt Mainz. Mainz auf dem Weg zu einer Präventionskette. Präsentation. Mainz. 2012.
- Landespsychiatriebeirat Rheinland-Pfalz. Empfehlungen für die Arbeit der Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Rheinland-Pfalz. Mainz. 1988.

- Landespsychiatriebeirat Rheinland-Pfalz. Empfehlungen für die Arbeit der Tagesstätten für chronisch psychisch kranke Menschen in Rheinland-Pfalz. 2012.
- Landesregierung Rheinland-Pfalz (Hg.). Ministerialblatt. Mainz. 2013.
- Landesverband der Alzheimer-Gesellschaften NRW. Online-Ressource. http://www.alzheimer-nrw.de/files/downloads/krankheitsbilder_sucht_im_alter.pdf 30.11.2012. 14.00 Uhr.
- Leipert, Matthias et al. Sterilisation und Euthanasie in Galkhausen 1933-1945. Köln. 1987: S. 22-38.
- Melchinger, Heiner. Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Expertise. Hannover. 2008.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Demografie (Hg.). Therapie schafft Sicherheit. Mainz. 2008.
- Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen Rheinland-Pfalz (Hg.). Kinderschutz und Hilfen zur Erziehung Evaluationsbericht zur Umsetzung § 8a SGB VIII in den Jugendämtern (2010). Mainz, 2012.
- Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (Hg.). Hilfe und Unterstützung für psychisch kranke Menschen in Rheinland-Pfalz Mainz. 2009.
- Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie. Suchthilfesystem. Online-Ressource <http://www.sozialaktiv.rlp.de/soziales/suchtprevention-suchtkrankenhilfe/suchtkrankenhilfesystem/> 21.01.2013. 11.46 Uhr.
- Müller, Kay-Maria. Odenwald, Jessica. Zurück zur Lebensqualität durch Versorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund. Artikel. Info Neurologie und Psychiatrie. 6/2011.
- Nützel, Jakob et. al. Ulmer Heimkinderstudie. Ulm. 2005.
- Obert, Klaus. In: Bundesverband Angehöriger Psychisch Kranker (Hg.). Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige. Bonn. 2009.
- Odenwald, Jessica. Anforderung an Hilfen für alt werdende psychisch erkrankte Menschen am Beispiel von Mainz und Frankfurt. Masterthesis. Wiesbaden. 2008.
- Robert-Koch-Institut. KiGGS-Studie. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin. 2007.
- Schmutz, Elisabeth. Aktuelle Situation der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Vortrag. Online-Ressource. [www.mainz.de/C1256D6E003D3E93/vwLookuPlimagesforLoad/SchmutzMainzSeelischeGesundheit.pdf/\\$FILE/SchmutzMainzSeelischeGesundheit.pdf](http://www.mainz.de/C1256D6E003D3E93/vwLookuPlimagesforLoad/SchmutzMainzSeelischeGesundheit.pdf/$FILE/SchmutzMainzSeelischeGesundheit.pdf) Mainz. 2011.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung.
- Löll, Christiane. Kasse will Wartezeiten auf Psychotherapie verkürzen. Artikel. Online-Ressource. <http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/kasse-will-wartezeiten-auf-psychotherapie-verkuerzen-a-897643.html>. SPIEGEL online. 07.05.2013. 15.33 Uhr.
- Stadt Mainz (Hg.). Vorschläge zur Realisierung einer gemeindepsychiatrischen Versorgung in der Stadt Mainz. Mainz. 1991.
- Statistisches Landesamt. Datenkompass Bevölkerung und Gebiet. Kreisfreie Stadt Mainz. Online-Ressource. <http://www.statistik.rlp.de/regionaldaten/datenkompass/> 08.03.2012. 14.00 Uhr
- Statistisches Landesamt. Gesundheitsberichterstattung. Online-Ressource. <http://www.statistik.rlp.de/staat-und-gesellschaft/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/> 08.03.2012. 16.30 Uhr.

- Statistisches Landesamt. Gesundheitsberichterstattung. Online-Ressource. <http://www.infothek.statistik.rlp.de//neu/gbe/comment.aspx?pid=3619&id=18> 08.03.2012. 14.30 Uhr.
- Statistisches Landesamt. Statistische Monatshefte Rheinland-Pfalz 09/2006. Online-Ressource www.statistik.rlp.de 27.01.2012 14.10 Uhr.
- Strozka, Hans (Hg.). Psychotherapie. 2. Auflage. München. 1978.
- Universitätsklinikum Heidelberg. Online-Ressource. <http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Psychisches-Trauma.116746.0.html> 01.02.2013. 10.50 Uhr.
- Universitätsmedizin Mainz. MaiStep – ein Erfolgsmodell in der Prävention von Essstörungen. Online-Ressource <http://www.unimedizin-mainz.de/kinderpsychiatrie/forschung/maistep-wie-alles-begann.html> 30.01.2013, 10.15 Uhr.
- Welschehold, Michael. Präsentation. Warum wir Krisenhilfe brauchen. Flächendeckend. Rund um die Uhr. München. 2010. Online-Ressource http://www.bezirk-oberbayern.de/media/custom/379_3419_1.PDF 01.03.2013. 14.00 Uhr.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Erläuterungen zum Beitrag Ärzte je 100.000 Einwohner. Berlin. 2012. Online-Ressource. www.versorgungsatlas.de 29.11.2012.
- Zentren für Psychiatrie in Baden-Württemberg (Hg.). Forensik-Fibel. Kleines ABC des Maßregelvollzugs. Stuttgart. 2012³.

21 ANHANG

21.1 Exemplarische Fallbeschreibungen aus dem Arbeitsfeld „Beratung“

Um den Beratungsbereich nach Kapitel 7.1 besser zu illustrieren, werden im Folgenden beispielhaft drei Beratungsverläufe kurz skizziert. Alle Beschreibungen wurden von den jeweiligen Leistungserbringern formuliert.

21.1.1 unplugged – Das Beratungscafé der Gesellschaft für Psychosoziale Einrichtungen

Die Mutter eines 19-jährigen Schülers fragt nach einem Beratungstermin, da sie sich Sorgen um ihren Sohn mache, der sich nur noch zurück ziehe. Im Beratungsgespräch wird deutlich, dass der Sohn unter den Symptomen einer Depression leidet. Der Sohn isoliert sich immer mehr und bekommt Probleme in der Schule. In Behandlung hat er sich noch nicht befunden.

Die Mutter erhält im Beratungsgespräch Informationen und Möglichkeiten der Entlastung. Der Sohn ist bereit, sich auf ein Beratungsgespräch einzulassen. Im Gespräch offenbart er seine Situation und seine psychischen Probleme. Wir erarbeiten gemeinsam Möglichkeiten, wie er seine Situation verbessern kann.

Es wird ein Therapeut vermittelt. In einem Gespräch mit der Schule wird der Lehrerin die Situation des Schülers dargestellt und gemeinsam nach Wegen gesucht, wie er den verpassten Stoff wieder aufholen kann. Insgesamt werden ein Gespräch mit der Mutter und drei Gespräche mit dem Sohn geführt, ein Termin findet in der Schule statt. Nach der erfolgreichen Anbindung bei einem Therapeuten kann der Beratungsprozess abgeschlossen werden.

21.1.2 Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ) der Gesellschaft für Psychosoziale Einrichtungen

Die 51-jährige psychisch erkrankte Frau X. aus Mainz besucht das GPZ seit ca. zehn Jahren sporadisch zu offenen Angeboten. Gelegentlich wendet sie sich mit dem Wunsch nach einem Einzelgespräch an die Mitarbeiter.

Im Jahr 2011 nehmen diese Kontakte zu, Fr. X. nutzt nachmittags das Angebot, Kontakt zu anderen aufzunehmen, einen Kaffee zu trinken und sich zu unterhalten. Den Mitarbeitern fällt auf, dass Frau X. einen zunehmend verwahrlosten Eindruck macht. Nach ihren Berichten hält sie sich auch so gut wie nie in ihrer eigenen Wohnung auf, sondern nächtigt bei Bekannten oder auf der Straße.

Frau X. absolviert Schnuppertage in der Tagesstätte und bittet um Aufnahme auf die Warteliste. Als eine Aufnahme möglich ist, versuchen die Mitarbeiter Kontakt zu ihr aufzunehmen, gehen auch zu ihr nach Hause und werfen Nachrichten in den Briefkasten.

Nach einigen Wochen erhalten wir einen Brief von der gesetzlichen Betreuerin der Frau X. Fr. X. ist schwer erkrankt und befindet sich in der Uniklinik. Ein Besuch der Tagesstätte ist zum derzeitigen Zeitpunkt nicht möglich.

Anfang 2012 nimmt Frau X. wieder Kontakt zum GPZ auf. Sie ist körperlich gezeichnet von ihrer Krankheit, hat Schwierigkeiten mit Ernährung, Hygiene und Alltagsbewältigung. Ihre Betreuerin hat ihr zwischenzeitlich eine neue Wohnung organisiert und hilft ihr bei der Gestaltung. Krankheits-einsicht in ihre psychische Krankheit zeigt Frau X. kaum.

Frau X. steht nun wieder auf der Warteliste für die Tagesstätte. Es fand außerdem ein Gespräch mit den Kollegen des Betreuten Wohnens statt, in dem Frau X. ihren Bedarf an psychosozialer Einzelbetreuung deutlich machen konnte. Ab Mitte 2012 wird sie diese Unterstützung voraussichtlich erhalten.

21.1.3 Evangelische Wohnungslosenhilfe – Mission Leben

Im Oktober 2011 stellte sich Herr L., 52 Jahre, erstmalig, in Begleitung eines uns bekannten ehemaligen Klienten, zur Beratung vor.

Problemfelder waren damals:

- Kündigung der Arbeitsstelle seitens des Arbeitgebers wegen unentschuldigter Fehlzeiten
- Drohender Wohnungsverlust wegen Mietschulden
- Einstellung des ergänzenden ALGII-Bezuges

Im Laufe des Beratungsgespräches kristallisierte sich heraus, dass Herr L. alkoholkrank ist, und dies für die og. Schwierigkeiten als ursächlich angenommen werden musste.

Im Beratungsprozess wurde zur Sicherung der Grundbedürfnisse Kontakt aufgenommen mit der Stadt Mainz, Abteilung Wohnraumhilfe (Übernahme Mietschulden geregelt), dem Vermieter, dem Arbeitgeber (erforderliche Unterlagen für ALGII - Bezug angefordert) und dem Job-Center (ALGII - Antrag gestellt und Abtretung direkt an Vermieter geklärt).

Zwischen dem Hilfesuchendem und der Beraterin entstand eine gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit. In einem nächsten Schritt wurde die Anbindung an eine Fachärztin für Psychiatrie geschaffen. Diese hält eine psychosoziale Unterstützung für sinnvoll und angemessen. Mitte Mai wird er in der Teilhabekonferenz vorgestellt.

21.2 Psychiatriekompass der Landeshauptstadt Mainz

Polizei / Feuerwehr		110 / 112
Rettungswagen		19222
Amtsgericht		
Ernst-Ludwig-Straße 9, 55116 Mainz		06131 - 1410
Arbeit und Beschäftigung		
Agentur für Arbeit, Untere Zahlbacher Straße 27, 55131 Mainz		06131 - 2480
ARGE Mainz - Job-Center f. Arbeitsmarktintegration, Am Rodelberg 21, 55131 Mainz		06131 - 88080
Service Center, Galileo-Galilei-Straße 9a, 55129 Mainz		06131 - 6694010
ATRIUM - Zentrum für Arbeitsdiagnostik, Rehabilitation und Berufswegebegleitung, Nikolaus-Otto-Straße 27, 55129 Mainz		06131 - 90600700
Integrationsfachdienst Berufsbegleitung, VITA, Kaiserstraße 42, 55116 Mainz		06131 - 238658
Integrationsfachdienst Vermittlung, ZSL, Rheinstraße 43-45, 55116 Mainz		06131 - 146743
Beratung allgemein		beraten-in-mainz.de
Krankenhäuser		
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz		06131 - 172920
Psychiatrische Institutsambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Untere Zahlbacher Straße 8, 55131 Mainz		06131 - 172146
Psychose-Früherkennungsambulanz Rheinhessen		06131 - 178264 (AB)
Psychiatrische Institutsambulanz der GPS		06131 - 789638
Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der GPS		06131 - 789627
Drechslerweg 25, 55128 Mainz		06131 - 78960
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		06131 - 172841
Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Untere Zahlbacher Str. 8, 55131 Mainz		06131 - 172999
Rheinhessenfachklinik Mainz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Tagesklinik und Institutsambulanz, Hartmühlenweg 2-4, 55122 Mainz		06131 - 3782300
Kommunale Dienstleistungen		
Betreuungsbehörde, Stadtverwaltung Mainz	E, P, S, J, M D, G, H, O, X, Y, Z, W, I B, C, L, N, U, V F, K, Q, R, T, A	06131 - 122539 06131 - 123771 06131 - 122607 06131 - 123053
Eingliederungshilfe, Stadtverwaltung Mainz		06131 - 123737
Rechts- und Ordnungsamt (Unterbringungsbehörde), Stadtverwaltung Mainz		06131 - 122365 und 122366
Sozialpsychiatrischer Dienst, Große Langgasse 29, 55116 Mainz		06131 - 693334252
Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie, Stadtverwaltung Mainz		06131 - 122551
Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten (Quelle: www.kv-rlp.de)		
Frau Bayer-Fieberg Augustinerstraße 23, 55116 Mainz		06131 - 280776
Frau Dahlhoff-Götz, Emmeransstraße 27, 55116 Mainz		06131 - 1444744
Dr. Fischer-Mertens, Michael-Müller-Ring 38, 55128 Mainz		06131 - 368767
Dr. Gerken, Höfchen 6, 55116 Mainz		06131 - 221852
Frau Grimm-Süß, Rheinstraße 33, 55116 Mainz		06131 - 225059
Dr. Grindel, Bahnhofplatz 4, 55116 Mainz		06131 - 912735
Gemeinschaftspraxis Dr. Klingler, Dr. Lorscheider, Dr. Rossbach, Holzhofstraße 5, 55116 Mainz		06131 - 222344
Dr. Kahl, Uferstraße 57, 55116 Mainz		06131 - 6171283
Dr. Kurucam, Emmeransstraße 3, 55116 Mainz		06131 - 231805
Dr. Luther, Walpodenstraße 19, 55116 Mainz		06131 - 1433465
Dr. Plümer, Emmeransstraße 34, 55116 Mainz		06131 - 235923
Dr. Rauber, Rheinstraße 4L, 55116 Mainz		06131 - 223817
Dr. Ruppert-Schwirz, Walpodenstraße 19, 55116 Mainz		06131 - 231900
Dr. Schwarze, Ballplatz 2, 55116 Mainz		06131 - 221022
Dr. Sprung-Gather, Neckarstraße 27-29, 55118 Mainz		06131 - 677212
Dr. Stephan, Vogelsbergstraße 63, 55129 Mainz		06131 - 582814

Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten (Quelle: www.kv-rlp.de)	
Dr. Riedell-Heger, Breite Straße 29, 55124 Mainz	06131 - 941416
Dr. Wöhrlin, Karmeliter Platz 4, 55116 Mainz	06131 - 234618

Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche (Quelle: www.kv-rlp.de)	
Dr. Anders, Johannes-Lüft-Str. 19, 55129 Mainz	06131 - 555654
Dr. Franke, Heidesheimer Straße 26, 55124 Mainz	06131 - 42000
Dr. Marx-Mollière, Schottstr. 2, 55116 Mainz	06131 - 9083330
Praxisgemeinschaft Rebmann, Dr. Berg, Rhabanusstr. 3, 55118 Mainz	06131 - 2141430
Dr. Simchen, Bonifaziusplatz 4a, 55118 Mainz	06131 - 618711

Schuldnerberatung	
Caritas, für Menschen unter 25 Jahren, Aspeltstr. 10, 55118 Mainz	06131 - 9083255 oder 9083256
Caritas, für suchtkranke Menschen, Backmuhlstr. 10, 55120 Mainz	06131 - 9629218
SPAZ, Wilhelm-Quetsch-Str. 1, 55128 Mainz	
Telefonberatung Mo 10:00 - 12:00 & 14:00 - 16:00, Di 10:00 - 12:00, Do 11:00 - 12:00	06131 - 277000
Stadt Mainz, für suchtkranke Menschen „Brücke“, Münsterstr. 31, 55116 Mainz	06131 - 23457778

Selbsthilfegruppen	
Anonyme Alkoholiker	06131 - 19295
Borderline Selbsthilfegruppe Mainz	0170 - 7304904
Burnout-Betroffene	06131-210772
Depressiv erkrankte türkisch sprechende Mainzerinnen und Mainzer	0171 - 2005900
EA – Emotions Anonymous (Seelische Gesundheit)	0611 - 1473736
Freundeskreis Seelische Gesundheit	06131 - 511630
Fuerto Nuevo, wohnungslose / ehemals wohnungslose Menschen m. Suchtproblemen	06131 - 570210
KIISS Kontakt- & Informationsstelle f. Selbsthilfe d. Paritätischen Wohlfahrtsverbandes	06131 - 210 772
PE Mainz, Initiative Mainzer Psychiatrieerfahrener	0176 - 32479822
Selbsthilfegruppe für Depressionen	06131 - 471387
Territorio e.V., Angehörige von Menschen mit psychischer Erkrankung	06131 - 53972
Weiß-Schwarz für manisch-depressiv erkrankte Menschen	06131 - 381723

Suchtberatung	
Caritas, für Menschen mit Spielsucht, Backmuhlstraße 10, 55120 Mainz	06131 - 962920
Kreuzbund e.V., Aspeltstraße 10, 55118 Mainz	06131 - 56675
Stadt Mainz, Brücke, Münsterstraße 31, 55116 Mainz	06131 - 234577 oder 234578
Stadt Mainz, Café Balance, Augustusstraße 29a, 55131 Mainz	06131 - 574784

Tagesgestaltung, Wohnen, psychosoziale Begleitung, Beratung	
Commit cfb., Josefsstr.54-56, 55118 Mainz	06131 - 672911
Deutsches Rotes Kreuz, Mitternachtsgasse 6, 55116 Mainz	06131 - 26938
Caritas, Rhabanusstr.5, 55118 Mainz	06131 - 233782
Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit, Landwehrweg 5, 55131 Mainz	06131 - 55790
Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen, Schießgartenstr. 9a, 55116 Mainz	06131 - 6690710
unplugged – Das Beratungscafé, Leibnizstr. 47, 55118 Mainz	06131 - 9067600
Sozialdienst Metzger, Rheinstr. 101, 55116 Mainz	06131 - 501777
Sozialtherapeutische Beratungsstelle / Betreuungsverein, Rheinallee 17, 55118 Mainz	06131 - 616776

Telefonseelsorge	
Evangelische/ Katholische Telefonseelsorge	06131 - 220511

Wohnungslosenhilfe	
mission leben, Wallstr. 13, 55122 Mainz	06131 - 570210
Heinrich-Egli-Haus, Fritz-Kohl-Straße 14, 55122 Mainz	06131 - 375050
START-HILFE, Zitadelle, Bau F, 55131 Mainz	06131 - 227774
Thaddäusheim, An der Goldgrube 13, 55131 Mainz	06131 - 530100
Wendepunkt, Haus für Frauen in Wohnungsnot, Nahestraße 7, 55118 Mainz	06131 - 275550

Abbildung: Psychiatriekompass der Landeshauptstadt Mainz (Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie 05/2013)