

Psychiatriebericht 2011



Psychiatrie 2011 Bericht und Planung

Gesundheitsamt

Kontakt

Bezugsadresse:
Gesundheitsamt, Abt.535
Neumarkt 15-21
50667 Köln

Redaktion: Birgit Gunia-Hennecken
Datenauswertung: Birgit Gunia-Hennecken

bei Rückfragen: 0221/ 221-2 45 60
Mail: birgit.gunia-hennecken@stadt-koeln.de

Impressum



Der Oberbürgermeister

Dezernat V, Soziales, Integration und Umwelt
Gesundheitsamt
Amt für Presse -und Öffentlichkeitsarbeit

Satz:
con-dere

Druck:
Cede Druck

www.stadt-koeln.de

13-Si/53/500/06.2011

Inhalt

Strukturdaten der Stadt Köln im Überblick	7
A. Psychische Störungen	8
I. Definition und Klassifizierung.....	8
II. Häufigkeit und Auswirkungen	8
B. Psychiatrieplanung in Köln	11
I. Grundlagen	11
II. Leitlinien der psychiatrischen Versorgung in Köln	12
1. Gleichstellung von Menschen mit psychischen Störungen mit körperlich kranken Menschen	12
2. Prävention und Vermeidung von Stigmatisierung	12
3. Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung von allen Menschen mit psychischen Krankheiten bzw. Störungen	12
4. Zielgruppenspezifische psychiatrische Versorgung	12
5. Gemeindenaher Versorgung	13
6. Teilhabe und Inklusion	13
7. Empowerment.....	13
8. Ambulant vor Stationär	13
9. Kooperation	14
10. Selbsthilfe	14
11. Optimierung und Weiterentwicklung	14
III. Gesetzliche Rahmenbedingungen.....	15
IV. Demographische Daten.....	15
1. Bevölkerungsstruktur.....	15
2. Migrationsdaten	16
3. Sozialdaten.....	16
V. Die Psychiatriekoordination des Gesundheitsamtes	17
1. Aufgaben der Psychiatrieplanung	17
2. Strukturelle Arbeitsschwerpunkte der Psychiatriekoordination	18
a. Individuelle Hilfeplanung.....	18
b. Hilfeplankonferenzen.....	19
3. Themenzentrierte Arbeitsschwerpunkte der Psychiatriekoordination.....	20
a. Soziotherapie.....	20
b. Persönliches Budget.....	22
c. Krisendienst	22
4. Zielgruppenorientierte Arbeitsschwerpunkte der Psychiatriekoordination.....	23
a. Junge Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen	23
b. Kinder psychisch kranke Eltern	24
c. Menschen mit psychischen Erkrankungen und Migrationshintergrund.....	25
d. Wohnungslose psychisch kranke Menschen	26
e. Menschen mit psychischen Erkrankungen und längerfristigem Behandlungsbedarf	27

f. Straftäter mit einer psychischen Erkrankung.....	28
g. Ältere Menschen mit einer psychischen Erkrankung	28
5. Geschäftsführung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft	29
a. Struktur.....	29
b. Aufgaben	30
c. Perspektive.....	31
6. Gremienarbeit der Psychiatriekoordination.....	31
 C. Das psychiatrische Hilfesystem in Köln.....	32
I. Behandlung und Therapie.....	33
1. Ärzte für Psychiatrie und/oder Nervenheilkunde/ Psychotherapie	33
2. Psychotherapie	34
3. Ergotherapie	34
4. Ambulante medizinische Rehabilitation.....	34
5. Psychiatrische Kliniken.....	34
a. Sektorzuständigkeit	35
b. Kapazitäten im teilstationären und stationären Bereich	36
c. Weiterentwicklung	37
 II. Wohnen	38
1. Ambulante Eingliederungshilfe	38
a. Stand der Entwicklung.....	38
b. Form und Art der Hilfe.....	39
c. Weiterentwicklung.....	39
2. Stationäre Eingliederungshilfe	40
a. Stand der Entwicklung.....	40
b. Form und Art der Hilfe.....	41
c. Weiterentwicklung.....	42
 III. Arbeit und Beschäftigung	42
1. Bedeutung der Arbeit	43
2. Rechtliche Grundlagen	43
3. Form und Art der Maßnahmen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation	43
a. Arbeitstherapie und Ergotherapie	43
b. Medizinische Rehabilitation	43
c. Begleitende Beratung und Vermittlung	43
d. Orientierung/ Abklärung/ Berufsfindung	44
e. Berufliche Trainingsmaßnahmen.....	44
f. Beschäftigung und Integration	45
aa. Tagesstätten für Menschen mit psychischer Behinderung	45
bb. Werkstätten für Menschen mit psychischer Behinderung	45
g. Ausbildung und Umschulung.....	46
h. Integrationsbetriebe	46
i. Niedrigschwellige Beschäftigungsangebote – Zuverdienst	46
4. Weiterentwicklung.....	47
 IV. Sozialpsychiatrische Zentren	47
1. Kontakt- und Beratungsstelle	48
2. Betreutes Wohnen/ Hilfe zum selbständigen Wohnen	49

3. Ambulante psychiatrische Pflege.....	49
4. Tagesstätte.....	50
5. Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes	50
a. Rechtliche Grundlagen	51
b. Form und Art der Hilfe.....	51
c. Exkurs zum Thema Unterbringungen nach PsychKG NRW	52
6. Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrischen Zentren	54
 D. Selbsthilfe.....	55
I. Psychiatrie-Erfahrene	55
II. Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen	55
 E. Erreichter Stand und weiteres Vorgehen	57

Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser!

Der Psychiatriebericht der Stadt Köln verfolgt das Ziel, die vielen unterschiedlichen Facetten der psychiatrischen Versorgung darzustellen, die Öffentlichkeit für die Situation von psychisch kranken Mitbürgerinnen und Mitbürgern zu sensibilisieren sowie Politik und Verwaltung Empfehlungen an die Hand zu geben, um eine bedarfsgerechte und individuell ausgerichtete Versorgungsstruktur zu sichern und qualitativ weiterzuentwickeln.

Die Kölner Psychiatrieplanung orientiert sich an den Grundsätzen einer personenzentrierten und gemeindenahen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Hilfen sollen demnach den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechen und individuell so ausgestaltet sein, dass ein Verbleib in der gewohnten häuslichen Umgebung so lange wie möglich bestehen bleibt. Die Ressourcen des Umfelds und die sozialen Bezüge sollen dabei unterstützend genutzt werden.

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen oder Behinderungen übernehmen in Köln eine Vielzahl von Institutionen, Einrichtungen und Diensten. Das Angebot ist überaus vielschichtig und beinhaltet Hilfen, die sich auf unterschiedliche Lebenssituationen beziehen. Gerade die Komplexität der vorhandenen Angebote und Leistungsanbieter macht eine Strukturierung und Planung der psychiatrischen Versorgung in einer Millionenstadt wie Köln so bedeutend. Ein Schwerpunkt wird hier auf eine starke Vernetzung gelegt, um eine enge Kooperation zu ermöglichen und Synergieeffekte sinnvoll auszuschöpfen.

Zu einer Psychiatrieplanung gehört sowohl eine Bestandsaufnahme und die kritische Einschätzung der Angebotsstruktur, als auch eine themenzentrierte Zielbestimmung. Sie bildet die Grundlage für eine Bedarfsplanung und die Entwicklung eines Maßnahmenprogramms. Darüber hinaus werden bisherige Planungsprozesse beschrieben und die Rahmenbedingungen erläutert.

Dieser differenzierte Bericht zur aktuellen Situation wird abgerundet durch eine Darstellung der geplanten Weiterentwicklung, um den erreichten Stand möglichst noch zu verbessern.

Jürgen Roters

Strukturdaten der Stadt Köln im Überblick

Für eine bedarfsgerechte Psychiatrieplanung ist es erforderlich, die sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen der Stadt Köln zu kennen und sie in die Weiterentwicklung von Maßnahmen und Hilfen einzubeziehen. Die Einwohnerstruktur sowie die Lebenssituation im Stadtgebiet beeinflusst die konkrete Planung und schafft Voraussetzungen, die mitbedacht werden sollten.

Mit 1.020.303 Einwohnern im Jahr 2009 auf einer Gesamtfläche von 40.516 Hektar hat Köln die Millionengrenze weit überschritten. Davon sind 497.576 Personen männlich und 522.727 weiblich.

Die Zahl der Kölnerinnen und Kölner ist in 2009 um 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. Bei einer Geburtenrate von 10.000 und einer Sterberate von 9500 entstand in 2009 ein Geburtenüberschuss von 500.

Mit 56.900 Zuzügen wurde in Köln ein neuer Höchstwert erreicht. Dennoch ist die Zahl der Zuzüge und Fortzüge in 2009 fast ausgeglichen, so dass sich für die Gesamtbevölkerungszahl nur ein leichtes Plus von 250 Zuzügen ergeben hat.

Das Durchschnittsalter der Bevölkerung Kölns beträgt 41,8 Jahre. Die Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner zwischen 15-17 Jahren hat sich im Vergleich zum Vorjahr um 590 verringert, während die Zahl der Menschen über 65 Jahren um 1.120 zugenommen hat.

468.546 Menschen sind in Köln ledig, während 410.011 verheiratet, 61.112 verwitwet und 77.649 geschieden sind. Von insgesamt 531.197 Haushalten ist der Anteil der Einzelpersonshaushalte (265.587) und der Anteil der Mehrpersonenhaushalte (265.610) fast identisch.

Bei einer Gesamtbevölkerung von 1.020.303 Menschen liegt die Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner mit Migrationshintergrund in Köln mit 320.448 bei über 31 %.

460.210 Menschen waren in 2009 sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Gleichzeitig waren 52.956 Kölnerinnen und Kölner arbeitslos. Sozialhilfeleistungen sowie Grundsicherung erhielten in 2009 insgesamt 15.664 Menschen.

Als größte Stadt in Nordrhein-Westfalen teilt sich Köln in 9 Stadtbezirke auf, die sich insgesamt aus 86 Stadtteilen zusammensetzen. Die Stadtteile haben bezogen auf ihre Infrastruktur, Lage und Entwicklungsgeschichte jeweils ein ganz unterschiedliches Erscheinungsbild. Zum Stadtgebiet gehören sowohl Hochhaussiedlungen als auch ländliche Regionen mit fast dörflichem Charakter.

Köln bietet somit ein für Nordrhein-Westfalen nicht untypisches aber doch sehr buntes Bild.

A. Psychische Störungen

I. Definition und Klassifizierung

Der wertneutrale Begriff der psychischen Störungen hat inzwischen Bezeichnungen wie psychische Krankheit oder psychische Erkrankung abgelöst. So wird der Begriff der psychischen Störungen im Vergleich als weit aus weniger stigmatisierend eingeschätzt.

Störungen der Psyche sind Beeinträchtigungen der normalen Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens, die sich als Störungen der Wahrnehmung, der Denkprozesse, des Handelns und der Gefühle zeigen können. Inwieweit diese Störungen einen Krankheitswert besitzen und somit behandlungsbedürftig sind, ist oftmals schwer einzuschätzen. Als zusätzliches Kriterium für die Diagnose einer psychischen Störung wird heute neben der Abweichung von der Norm häufig auch psychisches Leid auf Seiten der Betroffenen vorausgesetzt.

Zur weiteren Differenzierung und Erklärung des Phänomens einer psychischen Störung kann die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellte Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10, engl.: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, die 10 bezieht sich auf die Anzahl der Revisionen der Klassifikation) herangezogen werden. Sie wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ins Deutsche übertragen und wird nach wie vor in der jeweils aktualisierten Fassung herausgegeben. Sie dient der weltweiten Erforschung der Erkrankungs- und Sterblichkeitsrate (Morbidität und Mortalität) mit einer international einheitlichen Systematik und verschlüsselt sowohl Todesursachen als auch Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung.¹

Zur Klassifikation psychischer Störungen wird das Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen – DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) angewandt. Es beschreibt alle Diagnosen von psychischen Störungen, gruppiert die erforderlichen und optionalen Merkmale nach Ähnlichkeit oder Kernmerkmalen und kommentiert diese ausführlich.

Ergänzend zur Krankheitsklassifikation des ICD 10 verwendet die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person.²

Es handelt sich hier also um eine Klassifikation von Gesundheitscharakteristika der Menschen im Kontext mit ihrer Lebenssituation und den jeweiligen Umwelt einflüssen.

Es wird hier unterschieden nach:

- Beeinträchtigung der körperlichen Funktion, der geistigen Fähigkeiten oder der seelischen Gesundheit,
- Störungen der Aktivitäten und
- Störungen der sozialen Teilhabe, als Folge der zu Grunde liegenden Funktionsbeeinträchtigungen.

Auf der Grundlage des ICF wird sowohl die medizinische als auch die soziale Komponente aus verschiedenen Blickwinkeln heraus beschrieben. Das heißt, nicht die Störungen sind von zentralem Interesse, sondern die Interaktion der betroffenen Menschen mit ihrer Umwelt und ihr sozial-emotionales Verhalten.

II. Häufigkeit und Auswirkungen

Psychische Störungen bzw. Erkrankungen sind weit verbreitet. Nach den Ergebnissen des Bundes-Gesundheits-surveys von 1998, erstellt vom Robert-Koch-Institut im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums, erkranken etwa 27 Prozent der erwachsenen Europäer im Laufe eines jeden Jahres an einer psychischen Störung. Das Lebenszeitrisiko, an einer psychischen Störung zu erkranken, liegt allerdings mit über 50 Prozent der Bevölkerung wesentlich höher.³

Die WHO geht in ihrem Bericht zur psychischen Gesundheit von 2006⁴ davon aus, dass jede vierte Person einmal im Leben erkrankt. Von den 870 Mio. in der Europäischen Region lebenden Menschen leiden nach Schätz-

1 International Classification of Diseases (ICD-10), 10. Revision, Version 2008: www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2008/fr-icd.htm.

2 www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm.

3 Wittchen, Hans-Ulrich/Jacobi, Frank. Psychische Störungen in Deutschland und der EU, 2005.

zungen 100 Mio. an Angstzuständen und Depressionen, über 21 Mio. an Störungen durch Alkohol, über 7 Mio. an einer Alzheimer-Krankheit bzw. anderen Formen von Demenz, ca. 4 Mio. an Schizophrenie, 4 Mio. an bipolaren affektiven Störungen und 4 Mio. an Panikstörungen.

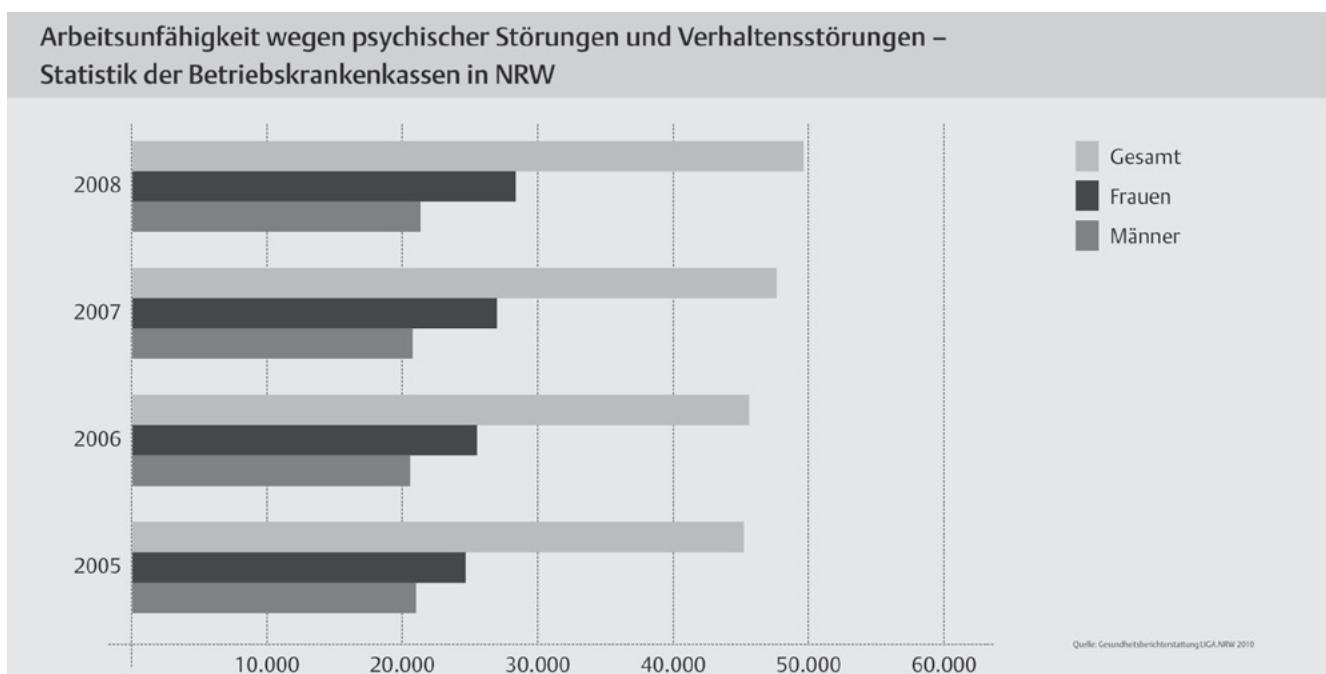
Damit kommen psychische Störungen öfter vor als allgemein wahrgenommen. Die häufigsten Diagnosen sind Angststörungen, Störungen durch psychotrope Substanzen (insbesondere Alkohol), affektive Störungen (vor allem Depression) sowie somatoforme Störungen (körperliche Beschwerden ohne ausreichende organische Ursache).⁵

Die Gesundheitsreporte einiger großer Krankenkassen belegen, dass psychische Erkrankungen immer häufiger diagnostiziert werden. So stellt der Gesundheitsreport

wachsende Anteil der Frauen, die wegen psychischer Störungen und Verhaltensstörungen arbeitsunfähig sind verantwortlich.

Ein Anstieg der Prävalenz von psychischen Störungen zeigt sich besonders bei den depressiven Erkrankungen. Zu dieser Einschätzung gelangt auch der Gesundheitsbericht des Bundes von 2006. Der Bericht besagt, dass Depressionen weltweit zu den häufigsten Formen psychischer Erkrankungen gehören.

Neuere Studien zeigen, dass in Deutschland inzwischen bei 15 Prozent der Frauen und 8 Prozent der Männer innerhalb eines Jahres eine depressive Phase eintritt. Auch Angsterkrankungen (z. B. Angst vor großen Menschenmengen, geschlossenen Räumen, Höhenangst



2009 der Barmer GEK Krankenkasse dar, dass in den letzten 6 Jahren psychische Störungen und Erkrankungen als Ursache für arbeitsbedingte Fehlzeiten zugenommen haben.⁶ Dieser Trend, der weiter anzusteigen scheint, wird auch von anderen Krankenkassen bestätigt.

Die Grafik der Betriebskrankenkassen in NRW macht deutlich, dass die Zahl der Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Störungen und Verhaltensstörungen im Verlauf der letzten 4 Jahre deutlich zugenommen hat. Für die Steigerung der Gesamtzahl ist der kontinuierlich

und Flugangst) sind in Deutschland weitverbreitet. Innerhalb eines Jahres erfährt jede fünfte Frau und fast jeder zehnte Mann eine Angststörung.⁷

Das Risiko für Frauen an einer psychischen Störung zu erkranken ist weit größer als bei Männern, insbesondere bei Störungen wie Angst, Depression und somatoforme Störungen. Da auch Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen, wie beispielsweise Alkohol, zur Gruppe der psychischen Störungen gezählt werden, ist auch hier nach Beurteilung der Deutschen Hauptstelle

4 www.euro.who.int: Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen, 2006.

5 Der SF-36 im Bundes-Gesundheitssurvey: Erste Ergebnisse und neue Fragen, 1998/99.

6 http://www.barmer.de – Gesundheitsreport, 2009.

7 Statistisches Bundesamt Deutschland Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2006.

für Suchtfragen e.V. insgesamt ein Anstieg zu verzeichnen.⁸ In Bezug auf die Substanzabhängigkeit liegt das Risiko für Männer deutlich höher.

Die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung sind für die Betroffenen und für die Angehörigen sehr weitgreifend. Zu Beginn fällt es oftmals schwer, die Anzeichen einer Erkrankung frühzeitig zu deuten. Hinzu kommt, dass es für die Betroffenen nicht leicht ist, die Krankheit zu akzeptieren und entsprechende Hilfen zuzulassen. Ihre Angst vor der Zukunft, den Folgen einer medikamentösen Behandlung oder auch der Stigmatisierung durch das soziale Umfeld ist zu groß. Für diese Menschen ist es oftmals besonders schwierig, Kontakte zu anderen aufzunehmen und diese zu halten, so dass sie sich mehr und mehr isolieren und sehr zurückgezogen leben. Die Bewältigung der Anforderungen des Alltags werden immer mehr als Überforderungen wahrgenommen.

Deutlich wird, dass psychische Störungen häufig auftreten und keine seltene Erkrankung sind. Jeder Mensch kann im Laufe seines Lebens davon betroffen werden. Bei dieser offensichtlichen Relevanz für die gesundheitliche Situation der Bevölkerung ist es erforderlich, dass sowohl Behandlung als auch psychosoziale Betreuung in einer Kommune sichergestellt werden müssen. Dies gilt besonders wenn man bedenkt, dass viele psychische Störungen bereits vor dem 20. Lebensjahr auftreten und über die gesamte Lebensspanne bestehen bleiben können.

Psychische Erkrankungen sind gegenüber den früher eindeutig überwiegenden somatischen Erkrankungen deutlich in den Vordergrund getreten, mit ihrer Gefahr eines zu späten Erkennens und eines langwierigen Verlaufs. Für die Kommune ergibt sich daher schon aufgrund ihrer Fürsorgepflicht und ihrer letztlich finanziellen Verantwortung die Notwendigkeit für eine regionale Psychiatrieplanung, die Bedarfe frühzeitig erkennt und zur Existenz eines umfassenden sowie nachhaltig wirkenden Versorgungssystems beiträgt.

B. Psychiatrieplanung in Köln

Die Psychiatrieplanung erfolgt auf der Grundlage der §§ 23, 24 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) von 1997 (geändert in 2005). Das ÖGDG legt die Ziele, Grundsätze und Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes, zu dem das Gesundheitsamt zählt, fest. In diesem Zusammenhang nennt der § 23 ÖGDG unter anderem die Koordination der psychiatrischen Versorgung wie auch der Suchtkrankenversorgung als eine der zentralen Leistungen.

I. Grundlagen

Bis in die 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts hinein wurde in Köln, wie in der gesamten Bundesrepublik, die Versorgung von psychisch kranken Bürgerinnen und Bürgern an kommunale Zweckverbände delegiert. In Nordrhein-Westfalen übernahmen diese Aufgabe im Wesentlichen die Landschaftsverbände, die große Landeskrankenhäuser betrieben. Auch Krankenhäuser von Trägern wie der Alexianer Brüdergemeinschaft versorgten einen Anteil der Patientinnen und Patienten. Klinikaufenthalte dauerten oft Jahrzehnte lang, zum einen, weil die schnell wirkende Pharmakotherapie noch ganz am Anfang stand und zum anderen, weil andere Betreuungsformen in den Kommunen nicht vorhanden waren.

Die ambulante Behandlung wurde von (einigen wenigen) niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten geleistet. Eine vermittelnde Hilfeinstanz zwischen den stationären und ambulanten Versorgungsbereichen gab es noch nicht.

In dieser insgesamt trotz vieler positiver Einzelbemühungen eher ratlosen und stagnierenden Situation beauftragte die Bundesregierung eine Enquête-Kommission. 1975 entstand die sogenannte Psychiatrie-Enquête, die nicht nur schonungslos unhaltbare Zustände aufzeigte, sondern auch konstruktive Verbesserungsvorschläge machte. Diese Verbesserungsvorschläge wurden zu einem großen Teil innerhalb des sogenannten „Modellprogramms Psychiatrie“ in ausgewählten Regionen realisiert und wissenschaftlich ausgewertet. Die Ergebnisse führten dann zu den sehr dezidierten und differenzier-

ten Handlungsvorschlägen, die 1988 von der Bundesregierung als „Empfehlungen der Expertenkommission“ veröffentlicht wurden.⁹

Die Expertenkommission empfahl im Bereich der allgemeinpsychiatrischen Versorgung, Regionen zwischen 100.000 – 150.000 Einwohnern zu bilden, um die Überschaubarkeit zu erhöhen, Zuständigkeiten klar erkennen zu lassen, Koordination der Hilfeangebote zu ermöglichen und die Kooperation der Beteiligten zu verbessern.¹⁰

Für Köln setzten die Empfehlungen schrittweise ein. Im klinischen Bereich konnte ein neues psychiatrisches Fachkrankenhaus des Landschaftsverbandes in Betrieb genommen werden, das als Novum keine Langzeitstationen mehr vorsah. Das kurzfristig aus einem ehemaligen Arbeitshaus entstandene Rheinische Landeskrankenhaus Brauweiler war zu diesem Zeitpunkt für Langzeitpatientinnen und -patienten zuständig. Es wurde 1979 geschlossen. Hinzu kam, dass die psychiatrische Abteilung der Universitätsklinik kommunale Versorgungsaufgaben übernahm. Mit der Tagesklinik Alteburger Straße wurde ein ganz neuer, teilstationär orientierter Krankenhaustyp eröffnet, und das Alexianer-Krankenhaus in Porz machte sich auf seinen Weg zur jetzigen modernen Klinik.

Die Zahl der niedergelassenen psychiatrischen Fachärztinnen und Fachärzte stieg zunächst langsam aber kontinuierlich. Noch einschneidend aber waren die Bewegungen im nichtärztlichen, sogenannten komplementären Bereich. Es entstanden Kontakt-, Wohn- und Beschäftigungsangebote sowie Trainings- und Arbeitsplätze in Werkstätten für Menschen mit psychischen Behinderungen. Von 1988 bis heute entstand in der Stadt Köln ein differenziertes, leistungsfähiges und bedarfsgerechtes Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen. Die Trägerschaft der meisten Angebote liegt dabei weitestgehend bei der freien Wohlfahrtspflege.

Die Stadt konzentrierte sich auf die gesetzlichen Pflichtaufgaben nach dem PsychKG (Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten),

⁹ Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich, Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hg.) 1988.

¹⁰ Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung, S.612ff.

indem sie den Sozialpsychiatrischen Dienst aufbaute und parallel entsprechend ihrem Auftrag zur Planung und Steuerung, die Funktion der Psychiatriekoordination schuf.

II. Leitlinien der psychiatrischen Versorgung in Köln

Die Leitlinien orientieren sich an den in der Psychiatrie-Enquête entwickelten Vorgaben und spiegeln den aktuellen wissenschaftlichen und von der Fachwelt vertretenen Kenntnisstand wider.

1. Gleichstellung von Menschen mit psychischen Störungen mit körperlich kranken Menschen

Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen haben grundsätzlich die gleichen Rechtsansprüche wie Menschen mit somatischen Erkrankungen. Sie haben einen Anspruch darauf, nach den neuesten medizinischen Erkenntnissen behandelt zu werden, die ihnen eine größtmögliche Teilnahme am Leben in der Gesellschaft sichern. Eine Gleichstellung bezieht sich jedoch nicht nur auf medizinische Aspekte. Auch gesellschaftlich sollten Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen auf das gleiche Verständnis und die gleiche Akzeptanz treffen, die somatisch erkrankten Menschen zuteil wird.

Dementsprechend sollten Maßnahmen zur Behandlung und Rehabilitation vorgehalten werden, die auf die spezifischen Bedürfnisse der Betroffenen zugeschnitten sind. Dabei kommt es im besonderen Maße darauf an, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen eine Unterstützung erhalten, die auf persönlichen Kontakten und Beziehungsangeboten fußt.

2. Prävention und Vermeidung von Stigmatisierung

Wie eingangs bereits dargestellt sind psychische Erkrankungen weitverbreitet. Hinzu kommt, dass viele leichte psychische Störungen oftmals nicht erkannt werden. Die Situation macht es notwendig, mit präventiven Maßnahmen zur Früherkennung und -intervention einer Chronifizierung entgegenzuwirken.

Eine breite Öffentlichkeitsarbeit, die viele Personen erreicht, ist eine wirkungsvolle Möglichkeit der Unterstützung, um eine frühzeitige Inanspruchnahme von Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen zu erzielen. Eine intensive Aufklärung macht es den Betroffenen leichter, sich einer psychiatrischen Diagnose zu stellen. Öffentlichkeitsarbeit kann auch als wirkungsvolles Mittel

gegen die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eingesetzt werden und hilft dabei, Vorbehalte der Bevölkerung abzubauen.

Anzeigt und in gewissem Umfang auch erfolgreich ist die weitestgehende Annäherung an die Normalität in Form einer Teilnahme an Aktivitäten beispielsweise der Vereine und Kirchengemeinden.

3. Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung von allen Menschen mit psychischen Krankheiten bzw. Störungen

Die Beeinträchtigungen durch eine psychische Erkrankung können sich auf alle Lebensbezüge auswirken und neben dem persönlich erlebten erkrankungsbedingten Leid unter anderem zu sozialer Isolation und beruflicher Ausgrenzung führen.

Es entstehen Benachteiligungen für die Betroffenen, die es möglichst lebensfeldnah auszugleichen gilt. Dabei ist neben einer umfassenden medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung im besonderen Maße die psychosoziale Hilfe in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Freizeit und soziale Kontakte von Bedeutung.

Hilfe muss daher den Menschen als Ganzen im Blick haben und individuell nicht nur auf einen Aspekt des menschlichen Lebens abzielen, sondern das Potenzial und die unterstützende Wirkung aller Bereiche ausschöpfen. So kann beispielsweise eine sinnvolle Beschäftigung und der Kontakt zu den Kolleginnen und Kollegen eine rehabilitative Wirkung haben und sowohl stabilisieren als auch die Lebensqualität maßgeblich steigern.

4. Zielgruppenspezifische psychiatrische Versorgung

Gilt allgemein der Grundsatz, dass die Versorgung der Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen lebensnah gestaltet werden muss, so ist doch zu berücksichtigen, dass unterschiedliche Situationen sowie Krankheitsformen auch unterschiedliche Hilfeansätze erfordern.

Junge erwachsene psychisch kranke Menschen formulieren beispielsweise Hilfebedarfe, die jugendspezifische Schwerpunktsetzungen notwendig machen. Migratinnen und Migranten mit psychischen Erkrankungen benötigen insbesondere Angebote mit kulturellen und sprachlichen Kompetenzen. Frauen mit psychischen Erkrankungen wünschen spezifische Angebote, die auf die teilweise traumatischen Erlebnisse speziell eingehen

können. Es müssen demnach zielgruppenspezifische Angebote geschaffen werden, die individuelle Hilfe leisten können, ohne das Ziel der Inklusion aus den Augen zu verlieren.

5. Gemeindenahе Versorgung

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen sollte wohnortnah erfolgen. Die sogenannten gemeindenahen Angebote gewährleisten, dass Betroffene in ihren sozialen Bezügen verbleiben können. Dienste und Einrichtungen zur Versorgung psychisch kranker Menschen müssen daher gut erreichbar und innerhalb überschaubarer und zusammenhängender regionaler Lebens- und Versorgungsräume vorhanden sein.

Auch wenn eine intensivere Hilfe beispielsweise in einer betreuten Wohneinrichtung notwendig wird, sollte auch dieses Angebot, abweichend von der früheren Praxis der zentralen Großeinrichtungen, klein und dezentral im Stadtgebiet zu finden sein.

Insgesamt betrachtet sollte das Angebot aus einander ergänzenden Hilfeformen bestehen und übergreifend von den in der Region tätigen Trägern (Verbände, Vereine etc.) im Sinne einer gemeinsamen Versorgungsverantwortung auf der Grundlage einer regionalen und sozialräumlichen Planung sichergestellt werden. Bedarfsgerechte Angebote sollten ressourcenorientiert und auf die Versorgungsregion passgenau geplant und übergreifend koordiniert werden. Das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen sollte schon bei Planung und Aufbau weiterer Angebote Berücksichtigung finden.

6. Teilhabe und Inklusion

Lange Jahre wurde der Begriff der Integration in der Gesundheits- und Behindertenhilfe verwandt. Mit Integration wurde die Forderung des Einbezugs aller Menschen in die Gesellschaft verbunden. Diese Forderung bildet die Grundlage des Sozialgesetzbuches IX, das sich speziell der Teilhabe von behinderten Menschen und von Behinderung bedrohten Menschen widmet.

Heute wird nicht nur in der Psychiatrie der Begriff „Soziale Inklusion“ verwandt. Inklusion bedeutet, dass jeder Mensch in seiner Individualität akzeptiert wird und die Möglichkeit erhält, an der Gesellschaft teilzuhaben. Der Begriff meint die Gleichwertigkeit eines Individuums, ohne „Normalität“ vorauszusetzen. Übersetzt bedeutet dies, dass jeder die Chance erhält, sich mit seinen

Besonderheiten in die Gesellschaft einzubringen und einbezogen wird. Die Definition macht deutlich, dass Inklusion über den Anspruch an Integration hinausgeht und weniger das Aufnehmen als Teil einer Gemeinschaft, sondern das aktive Einbringen und die Nutzung des daraus resultierenden Potenzials im Sinne einer Durchmischung meint.

7. Empowerment

Ziel aller Hilfeformen und -arten ist es, die Handlungsaufonomie von Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen zu stärken und Betroffene zu befähigen, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen. Um dies zu gewährleisten ist ein niedrigschwelliges und leicht zugängliches System an unterschiedlichen Unterstützungsleistungen notwendig. Die Hilfsangebote ermöglichen Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen Mitwirkungs- und Beteiligungsrechte und greifen den Autonomiedenkungen in ihrer täglichen Arbeit mit den Betroffenen auf. Der seit Anfang 2009 bestehende Rechtsanspruch auf ein persönliches Budget für Menschen mit Behinderungen im Rahmen des SGB IX ist in diesem Zusammenhang ein weiterer Schritt zur Umsetzung von Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung.

Ein gut ausgebautes und fortlaufend aktualisiertes Informationssystem der Bürgerinnen und Bürger über Internet und Printmedien gibt Interessierten und Betroffenen die Möglichkeit, sich selbstständig ohne Zugangsbarrieren ein Bild über die Psychiatrieangebote in Köln zu machen.

8. Ambulant vor Stationär

Der in den Leistungsgesetzen festgelegte Grundsatz des Vorrangs von ambulanten vor stationären Hilfen soll auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen im Rahmen ihrer Möglichkeiten verwirklicht werden. Denn ambulante Leistungen tragen erheblich zum Erhalt von Fähigkeiten wie auch zu einer Verselbstständigung der Menschen bei und setzen den Gedanken der Eigenverantwortung konsequent um. Die Betroffenen erlangen so größtmögliche Autonomie und Selbstbestimmung mit dem Ziel der dauerhaften Eingliederung in die Gesellschaft. Dabei sollte die Unterstützung bedarfsgerecht, das heißt sowohl inhaltlich als auch vom Umfang her angemessen sein.

Ein ambulantes Betreuungskonzept schließt auch die Ressourcen des sozialen Umfelds mit ein. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben die Möglichkeit, sich

ein Netz von Unterstützungsleistungen aufzubauen, das eine professionelle Hilfe sinnvoll ergänzt.

Der besonders in den letzten Jahren durch die Kostenträger vorangetriebene Ausbau der ambulanten und teilstationären Angebote und die daraus gewonnenen Erfahrungen zeigen, dass vollstationäre Aufenthalte durch individuelle ambulante Unterstützungsmöglichkeiten verkürzt und sogar vermieden werden können. So bedarf heute ein vergleichsweise sehr viel geringerer Teil des Personenkreises der chronifiziert erkrankten Menschen einer längerfristigen stationären Betreuung bzw. Behandlung.

9. Kooperation

Kooperation bezieht sich auf die Versorgung wie auch auf die Planung der Hilfestrukturen. So ist eine enge Zusammenarbeit aller Einrichtungen und Dienste in einer Region im Hinblick auf eine Angebotsabstimmung, wie auch auf die individuell ausgerichtete Einzelfallhilfe, erforderlich.

Das bereits analog zu den Empfehlungen der Expertenkommission entwickelte Sektorprinzip meint eine regional festgelegte Zuständigkeit auf Stadtbezirksebene. Es ermöglicht eine individuelle Betreuung und die koordinierte Überleitung von einem Betreuungssetting ins nächste. Hierzu hat die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Köln „Standards der Zusammenarbeit“ entwickelt, die die Grundlage der Kooperation insbesondere zwischen den ambulanten und stationären Hilfe- und Behandlungssystemen bilden.

Im Bereich der Planung und Weiterentwicklung sollten Zielsetzungen nicht nur auf der psychiatrischen Fachebene besprochen, sondern vielmehr trialogisch angegangen werden. In einer trialogisch gestalteten Zusammenarbeit fließen gleichermaßen die Meinungen, Positionen und Vorschläge von Angehörigen und von Psychiatrie-Erfahrenen ein und wirken in gleicher Form handlungsleitend.

Planungen im Psychiatriebereich sollten demnach nicht über den Köpfen der Betroffenen und Angehörigen hinweg, sondern auf gleicher Augenhöhe erfolgen. Ebenfalls ist der intensive Austausch mit den Akteuren des Psychiatriefachsystems im Sinne einer abgestimmten Psychiatrieplanung unbedingt erforderlich. Die Erfahrungen aus der Praxis dienen der Realitätsüberprüfung, um noch mehr die Interessen und Bedürfnisse im Wandel der Zeit berücksichtigen zu können.

10. Selbsthilfe

Die Selbsthilfe ist im Bereich der Suchtrehabilitation seit Jahrzehnten bekannt und nicht mehr wegzudenken. Auf diesen Erfahrungen konnte die Psychiatrie aufbauen. Selbsthilfe dient im Wesentlichen dem Informations- und Erfahrungsaustausch von Betroffenen und Angehörigen, der gegenseitigen emotionalen Unterstützung und Motivation sowie der praktischen Lebenshilfe zum Beispiel in Krisensituationen.

Auf regionaler bzw. überregionaler Ebene gibt es Zusammenschlüsse von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen in Vereinen und Gruppen. Die Selbsthilfe hat mittlerweile ihren Platz im Hilfesystem gefunden. Sie gehört in der Psychiatrie zu einem der wesentlichen Bestandteile der gesundheitlichen Versorgung. Auch in Köln und Umgebung haben sich inzwischen mehrere Initiativen und Gruppen gebildet, die als selbstorganisierte Zusammenschlüsse von Menschen mit gleichen Problemen bzw. Anliegen sich gegenseitig unterstützen und Netzwerke aufgebaut haben.

Aufgrund der hohen Bedeutung müssen Selbsthilfeaktivitäten grundsätzlich unterstützt werden und – soweit gewünscht – in die Psychiatrieplanung einbezogen werden.

11. Optimierung und Weiterentwicklung

Psychiatrische Versorgung kann dann effizient und effektiv sein und bleiben, wenn die Veränderungen der Bedarfe erkannt und aufgegriffen werden. Ein Verharren in bekannten und langjährig praktizierten Methoden und Strukturen kann auf Dauer gesehen einer bedarfsgerechten Versorgung nicht mehr genügen. Die Qualitätssicherung und -weiterentwicklung ist das zentrale Ziel einer abgestimmten Planung. Aussagen hierzu lassen sich allerdings nur mit Hilfe eines Dokumentationssystems bzw. einer Evaluation der Ergebnisse treffen. Ausgehend von den Leistungsanalysen der einzelnen Einrichtungen müssen gemeinsame Vorstellungen über die Qualität des Versorgungssystems in der Region weiterentwickelt werden.

Verbesserungen in der psychiatrischen Versorgung werden nicht zwangsläufig durch Zusetzung von weiteren Angeboten erzielt. Veränderungen können mittels Optimierung von Hilfeangeboten erreicht werden. Impulse aus der Praxis können aufgenommen und einbezogen werden, um sowohl Effizienz als auch Effektivität des Leistungsspektrums zu steigern. Dies schließt einen fle-

xiblen Umgang mit den Ressourcen zur konzeptionellen Weiterentwicklung mit ein.

III. Gesetzliche Rahmenbedingungen

Das **Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalens** (ÖGDG) wurde im November 1997 beschlossen und trat im Januar 1998 in Kraft. Unter anderem wird in § 23 ÖGDG die Koordination der psychiatrischen Versorgung als Pflichtaufgabe der unteren Gesundheitsbehörde, das heißt der Kommune, zugeordnet. Dementsprechend ist die Psychiatrie- und Suchtkoordination in Köln eine wesentliche Aufgabe des Gesundheitsamtes.

Das zweite Gesetz, das neben dem ÖGDG kommunale Gesundheitsleistungen betrifft, ist das **PsychKG Nordrhein-Westfalen** (Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten NRW). Es nennt verschiedene Hilfen für den Personenkreis und regelt die Rechtssicherheit der Kranken insbesondere bei der Durchführung von Schutzmaßnahmen. Dabei wird Menschen mit psychischen Erkrankungen ein Recht auf Behandlung sowie auf vorsorgende und nachgehende Hilfen eingeräumt. Leistungserbringer ist das Gesundheitsamt, namentlich der Sozialpsychiatrische Dienst.

Die folgenden Sozialgesetzbücher gehen über den kommunalen Leistungsbereich hinaus. Das **Sozialgesetzbuch XII** trifft in den Kapiteln 3, 4 und 8 konkrete Aussagen zu den Hilfen zum Lebensunterhalt, der Grundsicherung und zu den Hilfen zur Überwindung von besonderen sozialen Schwierigkeiten. Das 6. Kapitel nennt in den Paragraphen 53 ff. die nachfolgend noch häufig erwähnte Eingliederungshilfe für behinderte Menschen bzw. für solche, die von einer Behinderung bedroht sind. Ziel der Eingliederungshilfe ist vor allem, den besonderen Bedürfnissen dieser Menschen Rechnung zu tragen und die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

Als weitere gesetzliche Grundlage ist das **Sozialgesetzbuch V** zur gesetzlichen Krankenversicherung zu nennen. Es beinhaltet unter anderem die Vorschriften zur ambulanten Pflege, Ergotherapie, Soziotherapie und medizinischen Rehabilitation. Der § 37 Absatz 1 und 2 SGB V legt die Bedingungen zur häuslichen Krankenpflege fest, die sich gleichermaßen auch auf die ambulante psychiatrische Pflege (APP) beziehen. In § 37 a SGB V

wird die Anspruchsgrundlage der Soziotherapie für Menschen mit psychischen Erkrankungen genannt.

Das **Sozialgesetzbuch II** regelt die Grundsicherung für Arbeitssuchende. Es beschäftigt sich unter anderem mit den Leistungen zur Eingliederung in Arbeit und ist daher auch relevant für Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen, die einen besonderen Förderbedarf zur Entwicklung einer beruflichen Perspektive haben.

Im **Sozialgesetzbuch IX** befinden sich die Vorschriften zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Hier werden verschiedene Leistungen zur Teilhabe, wie beispielsweise das Persönliche Budget oder die Beschäftigung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen genannt. Die grundsätzlich für eine schnelle Ermittlung der Leistungszuständigkeit und ebenso des Rehabilitationsbedarfs eingesetzten „gemeinsamen Servicestellen“ konnten bisher die in sie gesetzten Erwartungen nicht erfüllen.

Das SGB IX löst mit der primären Zielsetzung von Selbstbestimmung und Teilhabe den in der Behindertenhilfe über viele Jahre praktizierten Versorgungs- und Betreuungsansatz ab und geht mit dem Behindertengleichstellungsgesetz von 2002 einher.

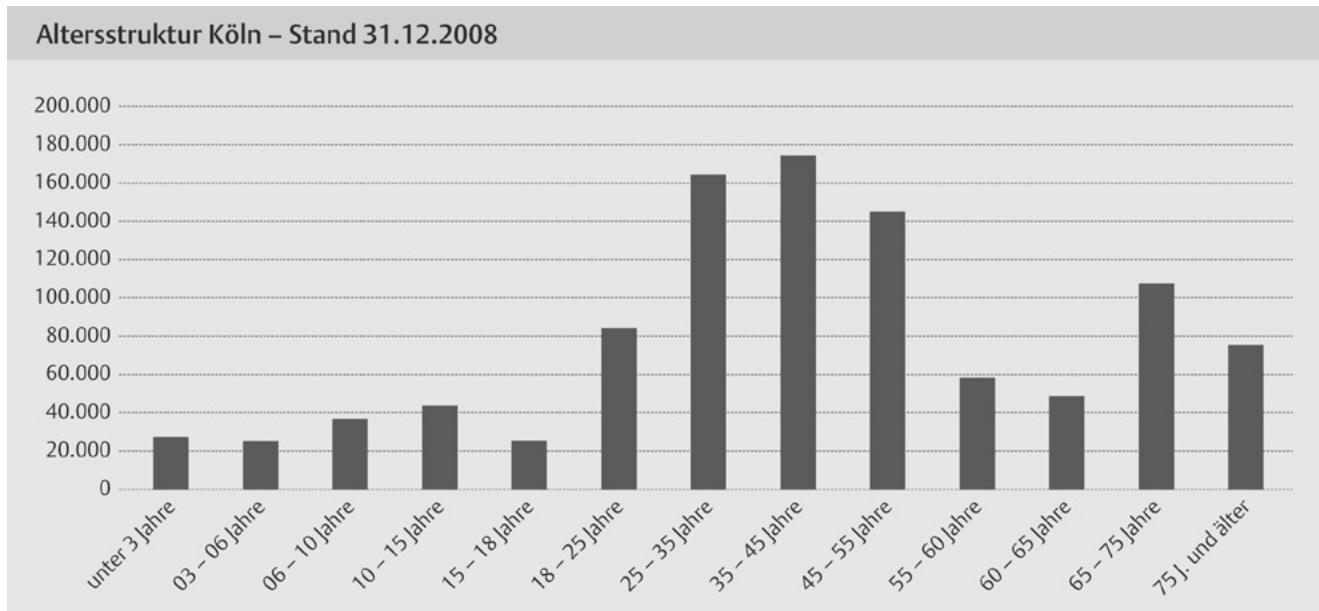
Die seit März 2009 für Deutschland gültige UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen legt die Vorgaben für eine Behindertenpolitik fest. Sie umfasst das Recht auf Selbstbestimmung und Partizipation für Menschen mit Behinderungen und fordert eine barrierefreie und inklusive Gesellschaft.¹¹

IV. Demografische Daten

Die Entwicklungen der Bevölkerungsstruktur in Köln beeinflusst die Psychiatrieplanung sowohl quantitativ als auch qualitativ. Die sich verändernden Bezugsgrößen wirken sich auf die Bedarfe aus und machen eine fortlaufende Überprüfung der Zielsetzungen einer Psychiatrieplanung als Bestandteil einer Sozial- und Gesundheitsplanung einer Kommune erforderlich.

1. Bevölkerungsstruktur

Im Folgenden wird eine Auswahl an demographischen Daten dargestellt, die Auskunft über die regionalen und sozialen Bedingungen geben können. (Siehe Grafik Seite 16)



Die Altersverteilung zeigt, dass in Köln die Gruppe der Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahre insgesamt 15,44 Prozent der Gesamtbevölkerung ausmacht. Die Gruppe der über Sechzigjährigen hingegen beläuft sich auf ca. 22,83 Prozent.

Perspektivisch ist zu erwarten, dass die Gruppe der Menschen die 65 Jahre und älter sind, weiter ansteigen wird. Köln ist als Studienstadt und Medienmetropole ein attraktiver Wohnort für junge Menschen, dennoch wird auch hier die Zahl der älteren Menschen weiter zunehmen.¹² Verantwortlich für den so genannten demographischen Wandel, also die Veränderung der Zusammensetzung der Altersstruktur einer Gesellschaft, sind verschiedene Faktoren. Hierzu gehören beispielsweise der Anstieg der Lebenserwartung und der Rückgang der Geburtenraten.

Als Konsequenz des Anstiegs von älteren Menschen in Kombination mit einer höheren Lebenserwartung ist ein wachsender Bedarf an Hilfen für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen zu erwarten, so dass sich das Hilfesystem dieser Situation anpassen muss. Schon heute ist die Zahl der Menschen mit Demenz in den Kölner Pflegeeinrichtungen eine relevante Größe.

Im Bereich der Allgemeinpsychiatrie ist 2002 erstmals der Begriff der „alt gewordenen psychisch kranken Menschen“ in einer vom Gesundheitsamt in Kooperation mit der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft durchgeföhrten Untersuchung benannt worden. Die gezielte Auswertung zeigte, dass die Anzahl der älteren psychisch

kranken Menschen (ab 50 Jahren) schon zu diesem Zeitpunkt ca. ein Drittel der im psychiatrischen Fachsystem versorgten Personen ausmachte.

Die damaligen Handlungsvorschläge zum Ausbau von altersspezifischen Angeboten im ambulanten Bereich und die Schaffung von neuen Wohnformen, die eine pflegerische Versorgung ergänzend sicherstellen, wurden teilweise bereits umgesetzt und sind noch heute relevant.

2. Migrationsdaten

Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Köln liegt mit Stand vom 31.12.2008 bei 322.119 Personen (31,6 %).¹³ Wichtig ist in diesem Zusammenhang zu wissen, dass der Begriff „Migrationshintergrund“ sehr weitreichend ausgelegt wird. Die Zahlen zur Abgrenzung der Einwohner mit Migrationshintergrund werden durch Kombination verschiedener Merkmale aus dem Einwohnermeldeverfahren ermittelt. Zu dieser Gruppe können beispielsweise auch Menschen gehören, die bereits in der zweiten Generation in Deutschland leben und inzwischen die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. (Siehe Grafik Seite 17)

Für die Psychiatriekoordination untermauern diese Zahlen einen Handlungsbedarf in Richtung passgenauer Hilfen unter Berücksichtigung von kulturellen und sprachlichen Gesichtspunkten.

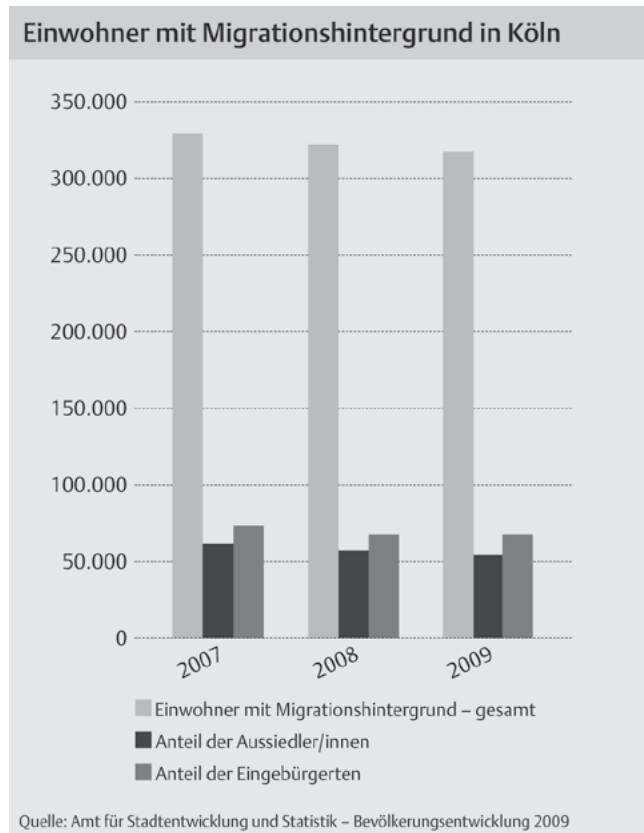
3. Sozialdaten

Es ist vielfach gesichert, dass die wirtschaftliche Situa-

12 Handlungskonzept Demographischer Wandel der Stadt Köln, 2009.

13 Statistisches Jahrbuch 2008 Stadt Köln.

tion der Bevölkerung in signifikantem Zusammenhang mit ihrer gesundheitlichen Entwicklung steht. Arbeitslosigkeit und geringe soziale Absicherung gehen mit einem erhöhten Anteil an psychischen Erkrankungen einher.



Aufgrund dieses Zusammenhangs ist es nur wenig verwunderlich, dass Stadtbezirke mit einer durchschnittlich geringen Einkommenshöhe und einem hohen Anteil an Haushalten die Leistungen gemäß SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) oder SGB XII (Sozialhilfe) erhalten, auch einen erhöhten Bedarf an psychosozialen Hilfen aufweisen.

Meist korrespondiert das Auftreten einer größeren Anzahl von sozial benachteiligten Menschen mit der Struktur des Stadtbezirks. Dabei stößt eine von der Stadt gewünschte siedlungspolitische Durchmischung der Wohngebiete schnell an ihre Grenzen. Die geringe Einkommenshöhe bestimmt die Wohnsituation und lässt in der Wahl des Wohnortes, orientiert am Mietspiegel, nur wenig Spielraum.

Bei der Entwicklung von Versorgungsstrukturen ist demzufolge eine sozialraumorientierte und kleinräumige Betrachtung der Wohnquartiere vorzunehmen, um eine lebensfeldbezogene Planung zu gewährleisten.

V. Die Psychiatriekoordination des Gesundheitsamtes

In Köln gehört die Psychiatriekoordination in den Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsamtes und hat so den Vorteil, sehr eng vernetzt mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst zusammenzuarbeiten. Der Sozialpsychiatrische Dienst berät die Psychiatriekoordination in fach-psychiatrischen Fragestellungen. Die darüber hinausgehenden Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes werden in einem späteren Kapitel genauer beschrieben.

Die Psychiatriekoordination kooperiert eng mit den an der Versorgung von Menschen mit einer psychischen Behinderung beteiligten Ämtern. Insbesondere mit dem Amt für Soziales und Senioren, das Eingliederungshilfen für Menschen mit Behinderungen leistet, erfolgt ein intensiver Austausch.

1. Aufgaben der Psychiatrieplanung

Die Psychiatriekoordination hat die Aufgabe, die Versorgungssituation laufend zu beobachten, Bedarfe von psychisch kranken Menschen zu erkennen, Strategien und Konzepte zu entwickeln und diese in Kooperation mit der freien Wohlfahrtspflege und den Kostenträgern abzustimmen und umzusetzen. Die Koordinationsleistung konzentriert sich hier auf die angebotsorientierte Ebene und bezieht in ihren Überlegungen Leistungen zur Behandlung, Beratung, Begleitung und Betreuung in den Lebensbereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit mit ein.

Bei der Planung von Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen müssen in besonderem Maße auch die aktuellen Gesetzgebungen und Finanzierungsmöglichkeiten berücksichtigt werden. Im Vordergrund steht eine zielorientierte Weiterentwicklung bestehender Hilfen sowie die Steuerung verschiedener Maßnahmen, um deren Wirksamkeit zu optimieren und Synergieeffekte zu nutzen. Es gilt jedoch auch im Bedarfsfall neue Angebote zu entwickeln, abzustimmen und in ihrem Aufbau zu begleiten.

Koordination und Steuerung haben das Ziel, bedarfsgerechte Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsprozesse aufeinander abzustimmen, um gut zugängliche Hilfen sicherzustellen, die sowohl effektiv als auch wirtschaftlich sind. Grundlage bildet hierbei eine intensive Kooperation mit allen relevanten Akteuren mittels themenorientierter Fachgespräche. Ein zentrales Gremium bildet dabei die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Köln (PSAG). Da die Psychiatrie-

koordination die Geschäftsführung der PSAG leistet, besteht eine enge Zusammenarbeit und die direkte Möglichkeit des fachlichen Austausches auf verschiedenen Ebenen. Mit Hilfe von eigens entwickelten Bedarfsanalysen und Expertenbefragungen erhält die Psychiatriekoordination einen detaillierten Einblick in sich verändernde Prozesse sowohl auf quantitativer als auch auf qualitativer Ebene.

Im Sinne des Gender Mainstreaming sollte bei einer Weiterentwicklung der Angebotsstruktur die Gleichstellung der Geschlechter beachtet werden. Nicht das biologische Geschlecht, mit den „typischen Merkmalen“ ist von Bedeutung, sondern das soziale Geschlecht und die damit verbundene Sichtweise der eigenen Rolle in der Gesellschaft. Für die Psychiatrieplanung bedeutet dies, dass die Interessen und Bedürfnisse beider Geschlechter gleichermaßen in die Konzeptgestaltung einfließen. Eine wesentliche Aufgabe der Psychiatriekoordination ist es, die Politik über Veränderungen und Trends zu informieren und politische Entscheidungsprozesse vorzubereiten. Die Politik wird über die Fachausschüsse laufend von neuen Entwicklungen in Kenntnis gesetzt.

Bürgerinnen und Bürger wie auch die Fachöffentlichkeit werden mit Hilfe von Broschüren, Wegweisern und Flyern aktuell und zeitnah informiert. Dabei hat das Internet besonders in den letzten Jahren mehr und mehr an Bedeutung gewonnen. Es gibt Interessierten die Möglichkeit, jederzeit aktuelle Informationen abzurufen und stärkt so das Selbsthilfepotenzial der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Dieser Entwicklung Rechnung tragend, gestaltet und pflegt die Psychiatriekoordination zum einen den Internetauftritt der Stadt Köln zum Thema Psychiatrie (www.stadt-koeln.de/3/gesundheit/psychiatrie) und zum anderen das Psychiatrieportal der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Köln (www.psychiatrie-koeln.de).

Aufgaben der Psychiatriekoordination im Überblick:

- Bestandsaufnahme regionaler Versorgungs- und Kooperationsstrukturen.
- Analyse der psychosozialen Versorgungslandschaft, Präsentation der Ergebnisse und Entwicklung von Handlungskonzepten, Vorstellung und Diskussion der Konzepte und Planungen in der Fachöffentlichkeit und Beschlussvorbereitung für politische Gremien.
- Entwicklung von passgenauen und bedarfsgerechten Hilfeangeboten in Kooperation mit den Trägern der freien Wohlfahrtspflege.
- Erstellung eines Gesamtplans (Strategie) im Bereich

Psychiatrie, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit in Bezug auf Beratung, Betreuung, Wohnen und Beschäftigung.

- Beratung bei der Projektplanung, Unterstützung in der Verhandlung mit den Kostenträgern, Erstellung eines Konzeptes bzw. Beratung bei der Erstellung eines Konzeptes.
- Unterstützung bei der Umsetzung von Projekten, Begleitung und Evaluation.
- Klärung und Darstellung von Finanzierungsmöglichkeiten.
- Sicherung und Fortschreibung des ambulanten gemeindenahen Hilfesystems, Weiterentwicklung der vorhandenen Projekte, um Effektivität und Effizienz zu steigern.
- Förderung eines fachbezogenen Informationsaustausches in Gremien sowie die Organisation von Fachgruppen und Expertengesprächen.
- Installierung von Arbeitsgruppen bis hin zur Etablierung von neuen Netzwerken.

2. Strukturelle Arbeitsschwerpunkte der Psychiatriekoordination

a. Individuelle Hilfeplanung

Ende 1999 beschäftigte sich die Psychiatriekoordination in Abstimmung mit der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Köln erstmals intensiv mit den Grundlagen der individuellen Hilfeplanung für psychisch kranke Menschen im Sinne der Empfehlungen der Aktion Psychisch Kranke e. V.. Ziel der individuellen Hilfeplanung ist, den Hilfebedarf unter Beteiligung der Betroffenen selbst und ihrer persönlichen Ressourcen zu definieren.

Ab 2001 wurde der von der Aktion Psychisch Kranke e. V. entwickelte Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) im Rahmen eines zweijährigen Pilotprojektes in der Praxis getestet. Obwohl sich der IBRP in der Praxis sehr bewährte, wurde der Plan in Köln letztlich nicht eingesetzt, da die Zuständigkeit für die Gewährung von ambulanter Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen ab Juli 2003 gemäß Rahmenvereinbarung NRW an den Landschaftsverband Rheinland überging. Im Zuge dieser Veränderung entwickelte der LVR einen Individuellen Hilfeplan (IHP), der sich auf die Erfahrungen mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) stützt.

Auch der IHP fasst alle erforderlichen Hilfen zusammen und gibt den Betroffenen die Möglichkeit, eigene Lebensziele zu formulieren. Auf diese Weise können individuelle Hilfebedarfe unter Berücksichtigung der

persönlichen Ressourcen definiert werden. Diese Hilfen können aus verschiedenen Elementen bestehen und sich beispielsweise auf die Bereiche Wohnen, Beschäftigung und soziale Kontakte beziehen.

Im Verlauf der Nutzung des individuellen Hilfeplanes wurde dieser gemeinsam mit Fachleuten aus den Kommunen aktualisiert und fortgeschrieben. Seit Mitte 2010 wird der sogenannte IHP 3 genutzt, der die Zielstruktur einer individuellen Hilfeplanung weiter verfolgt und die Beteiligung der Betroffenen an ihrer Lebensgestaltung erleichtert. Grundlage des Bogens bildet die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die nicht die Störungen, sondern die Interaktion der betroffenen Menschen mit ihrer Umwelt und ihr sozial-emotionales Verhalten in den Vordergrund rückt.

Der individuelle Hilfeplan trifft Aussagen, in welchem Umfang und von wem die Unterstützung geleistet werden kann. Bedarfsweise und in zunehmendem Maße werden neben den professionellen Hilfen auch Unterstützungsmöglichkeiten aus dem Lebensumfeld berücksichtigt. Der IHP 3 ist grundsätzlich ein geeignetes Instrument, um die konkreten Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen erkennen und erfassen zu können. Vielfach wird allerdings kritisiert, dass meist der zukünftige Leistungsanbieter zusammen mit dem Antragsteller den IHP 3 ausfüllt und damit Einfluss auf die Art und den Umfang des beantragten Hilfebedarfes nimmt.

Zielsetzung und weitere Planung:

Die individuelle Hilfeplanung wurde in die Leitlinien der Psychiatrieplanung aufgenommen und ist eine der Grundlagen einer bedarfsgerechten Versorgung und eine reelle Möglichkeit der Qualitätssicherung von Hilfe. Die Psychiatriekoordination setzt sich weiterhin für die trägerübergreifende Planung von komplexen Hilfebedarfen ein. Dabei sollte der Hilfeplan nicht als Instrument zur Beantragung von Hilfen zum „Selbständigen Wohnen“ dienen, sondern vielmehr die Interessen und Fähigkeiten der Betroffenen aufzeigen und wenn nötig, verschiedenartige Hilfen bündeln und sichtbar machen. Der Plan sollte klare Zielsetzungen und Vorschläge zur Umsetzung beinhalten, die für alle Beteiligten handlungsleitend sind und eine enge Zusammenarbeit notwendig machen.

Mit der individuellen Hilfeplanung wurden in Köln Standards gesetzt, die keinen Status quo beschreiben sollen, sondern vielmehr die Grundlage für eine Weiter-

entwicklung bilden. Die Psychiatriekoordination fordert nach wie vor eine Evaluation der Hilfepläne ein, um noch genauer Entwicklungen beobachten zu können und Planungsgrundlagen zu schaffen. Ein entsprechendes EDV-System des Landschaftsverbandes steht nach wie vor nicht zur Verfügung. Neben der Datenerfassung ist der fachliche Austausch zwischen dem Landschaftsverband und der Stadt Köln maßgeblich für die weitere Planung.

b. Hilfeplankonferenzen

Zur Realisierung der Hilfeplanung mit Hilfe des individuellen Hilfeplans (IHP) rief der Landschaftsverband rheinlandweit Hilfeplankonferenzen ins Leben, die als fachkompetentes Gremium zur Nachvollziehbarkeit des Hilfeplanes und der vorgeschlagenen Hilfeformen inhaltlich Stellung beziehen.

Die zentrale Aufgabe der Hilfeplankonferenz (HPK) ist die Zusammenführung der regionalen Fachkompetenz zur Förderung einer personenzentrierten, qualitätsgesicherten Hilfeleistung für Menschen mit Behinderungen im Sinne des § 53 SGB XII.

In den Hilfeplankonferenzen werden die Ergebnisse der Hilfeplanung eingeschätzt und Maßnahmen beschlossen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bringen dabei gegebenenfalls eigene Anregungen und Empfehlungen für die komplexe Hilfeleistung ein.

Die Aufgaben der Hilfeplankonferenzen wurden in einer Geschäftsordnung für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen festgelegt. In der Regel ist im Rheinland der LVR für die Geschäftsführung zuständig. In Köln haben die Koordinatorinnen und Koordinatoren der Sozialpsychiatrischen Zentren die Geschäftsführung der Hilfeplankonferenzen übernommen. Darüber hinaus ist es gelungen, dass weitere Kostenträger wie beispielsweise das Jobcenter Köln und einzelfallbezogen auch das Jugendamt und das Amt für Soziales und Senioren an den Konferenzen teilnehmen. Köln hat den Gedanken einer Hilfeplanung, die Komplexleistungen mit unterschiedlich zusammengesetzten Kostenträgerschaften ermöglichen soll, im Vergleich zu den meisten Kommunen im Rheinland realisiert.

Für den Personenkreis der Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Behinderungen arbeitet eine Hilfeplankonferenz pro Stadtbezirk (insgesamt sind es 9 Hilfeplankonferenzen in Köln). In den Sitzungen werden auch Hilfebedarfe von Menschen mit einer Doppeldia-

Anzahl der Hilfepläne im Vergleich zu den Vorjahren				
	Menschen mit psychischen Behinderungen	Menschen mit einer Alkohol-/Medikamentenproblematik	Menschen mit einer Doppeldiagnose (meist Psychose und Sucht)	insgesamt
2005	1103	147	Wurde nicht erhoben	1250
2006	1327	127	29 (Wurde nur in Einzelfällen erhoben)	1483
2007	1505	119	218	1842
2008	1615	102	366	2083
2009	1907	122	422	2451

Quelle: Auswertung Gesundheitsamt, Psychiatriekoordination

gnose (meist Psychose und Sucht) aber auch von Menschen mit einer Alkohol- bzw. Medikamentenproblematik besprochen.

Seit 2005 untersucht die Psychiatriekoordination das von Stadtbezirk zu Stadtbezirk sehr unterschiedlich auftretende Fallvolumen bezogen auf die genannten Zielgruppen, um die Gesamtsituation, einzelne Entwicklungen und Zusammenhänge erkennen und einschätzen zu können. (Siehe Tabelle)

Die Analyse zeigt, dass die Anzahl der Menschen, die Hilfen in Anspruch nehmen, fortlaufend steigt. Dies deckt sich auch mit den Untersuchungen des Landschaftsverbandes Rheinland.

Die Zahl der Menschen mit einer Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit ist leicht zurückgegangen, während die Anzahl der Menschen mit Doppeldiagnose stark angewachsen ist.

Die Eingliederungshilfe wird in so genannten Fachleistungsstunden bemessen. Die Fachleistungsstunde setzt sich aus 50 Minuten direkter Betreuungsleistung und 10 Minuten mittelbarer, kundenbezogener Tätigkeit zusammen. Im Stundensatz werden alle direkten, mittelbaren und indirekten Leistungen einbezogen. Laut Statistik des Landschaftsverbandes zum Stichtag 30.06.2009, werden für Menschen mit psychischer Behinderung durchschnittlich in Köln 2,87 Fachleistungsstunden und rheinlandweit 3,16 Fachleistungsstunden bewilligt.

Zielsetzung und weitere Planung:

Die Erfahrungen haben inzwischen gezeigt, dass die Hilfeplankonferenzen im Interesse der Betroffenen zeitnahe Empfehlungen für den Kostenträger aussprechen, die sowohl nachvollziehbar als auch bedarfsgerecht sind. Dadurch erhalten die Entscheidungen des Landschaftsverbandes eine größere Transparenz, sind fachlich

fundiert und lassen sich, je nach individueller Situation, flexibel anpassen.

Die „Begleitgruppe Hilfeplankonferenzen“ des Landschaftsverbandes hat, unter Beteiligung der Psychiatriekoordination, in 2009 Qualitätskriterien für die Arbeit der Hilfeplankonferenzen entwickelt. Die Kriterien beschreiben den Einsatz von Hilfeplankonferenzen als geeignetes Verfahren zur fallspezifischen Steuerung. Sie fassen die wesentlichen Aufgaben der Hilfeplankonferenzen zusammen und nennen über die Geschäftsordnung hinausgehende Durchführungsmerkmale.

Insgesamt haben sich die Hilfeplankonferenzen in der Praxis bewährt, auch wenn das Verfahren den Einsatz von personellen und zeitlichen Ressourcen in besonderem Maße erforderlich macht. Dennoch sind die Auswirkungen im Ergebnis so positiv, dass der Aufwand im Interesse der vielen Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen lohnenswert erscheint.

Die Psychiatriekoordination arbeitet eng mit den Geschäftsführerinnen und Geschäftsführern der Hilfeplankonferenzen zusammen und untersucht, wie oben dargestellt, die fortlaufende Entwicklung. Darüber hinaus nimmt sie auch an den regionalen und überregionalen Gremien teil und ist so an den Prozessentwicklungen unmittelbar und häufig auch impulsgebend beteiligt.

3. Themenzentrierte Arbeitsschwerpunkte der Psychiatriekoordination

Folgende Themen sind für die Weiterentwicklung der Versorgung und damit für die künftige Psychiatrieplanung von besonderer Bedeutung.

a. Soziotherapie

Die ambulante Soziotherapie wurde als Angebot für psychisch kranke Patientinnen und Patienten mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 im Sozialgesetzbuch V

(§ 37 a SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung) verankert. Sie ist demzufolge eine Regelleistung der Krankenkassen und keine Sozialhilfeleistung. Hierzu beschloss der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Richtlinien zur Durchführung der Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung.¹⁴ Die Richtlinien legen unter anderem die Voraussetzungen sowie die Art und den Umfang der Versorgung mit Soziotherapie fest. Sie traten am 1. Januar 2002 in Kraft.

2006 erstellte die Aktion Psychisch Kranke e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit einen Bericht zur „Evaluation der Umsetzung des § 37a SGB V (Soziotherapie)“. Laut Bericht gab es bis zu diesem Zeitpunkt nur wenige soziotherapeutische Leistungserbringer und lediglich eine geringe Anzahl von durchgeföhrten Soziotherapien. Diese Situation hat sich seitdem kaum verändert.

Die Soziotherapie verfolgt das Ziel, Klinikaufenthalte zu vermeiden, ärztliche Maßnahmen sicherzustellen und die Patientinnen und Patienten zu einer selbstständigen Inanspruchnahme von Hilfeangeboten zu motivieren und zu befähigen. Die Soziotherapie wird ärztlich verordnet und von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erbracht, die laut Richtlinie über Erfahrungen im fachpsychiatrischen Bereich verfügen. Diese definieren zusammen mit den Patientinnen und Patienten in Kooperation mit dem behandelnden Arzt bzw. mit der behandelnden Ärztin die Therapieziele.

Ein Bedarf im Hinblick auf die Zielsetzung wird besonders bei den jüngeren psychisch kranken Menschen gesehen, die meist noch keine Berührungen mit dem Hilfesystem hatten bzw. bei denen noch keine gezielte Planung vorgenommen wurde. Dies gilt gleicher Maßen auch für psychisch kranke Menschen, die möglicherweise noch keine institutionelle Krankheitsgeschichte haben und bei denen gezielte Interventionen noch relativ erfolgversprechend sind. Gemeint ist hier ein Personenkreis, der bisher noch nicht ins System eingebunden ist und bei dem mit Hilfe eines erfahrenen Leistungserbringens die vielen Stationen eines Krankheitsverlaufes mit den dazugehörigen sozialen Einbußen und Konsequenzen vermieden werden soll.

Aus Sicht der Psychiatriekoordination werden folgende Umsetzungshindernisse gesehen, die sich auf die Richtlinien zur Durchführung der Soziotherapie beziehen:

1. Die Vergütung der möglichen Leistungsanbieter ist nicht kostendeckend.
2. Die Vergütung der Leistungen des behandelnden Arztes, gemessen an dem erforderlichen Aufwand im Rahmen der Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplanes, wird ebenfalls als zu gering eingeschätzt.
3. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, die Soziotherapie verschreiben, müssen speziell dazu über eine Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung verfügen.
4. Die Anforderungen an die Leistungserbringer sind sehr ausdifferenziert und umfangreich.

Trotz dieser bisher kaum überwindbaren Situation bemühte sich die Psychiatriekoordination, Lösungsansätze zu erarbeiten. Als der Gesundheitsausschuss des Landschaftsverbandes Rheinland in seiner Sitzung am 21.09.2007 die Förderung von Verbundkooperationen der LVR-Kliniken beschloss, wurde diese Maßnahme als neue Chance zur Installierung von Soziotherapie gesehen. Das entsprechende Konzept des Landschaftsverbandes, Abteilung 8, sieht die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Kliniken und dem ambulanten Hilfesystem auf der konkreten Einzelfallebene vor. Als Arbeitsinhalte werden unter anderem die Erarbeitung von Patienten- und Informationspfaden zwischen den beteiligten Einrichtungen und die Implementierung eines einrichtungsübergreifenden Casemanagements sowie die Umsetzung von gemeinsamen Angeboten genannt. Das Konzept der Verbundkooperation beinhaltet zudem die Zielsetzung, Leistungen im Rahmen des SGB V einzubeziehen.

Die Reichweite und Ausgestaltung des Konzeptes wurden in 2008 und 2009 mit der LVR-Klinik Köln und dem Landschaftsverband Rheinland ausführlich erarbeitet. Gemeinsam wurde der Versorgungssektor Köln-Mülheim ausgewählt und die Möglichkeit der Umsetzung von Soziotherapie auf der Grundlage des Konzeptes abgestimmt. Es konnte ein Leistungsanbieter gefunden werden, der bereit war, die Verhandlung mit den Krankenkassen aufzunehmen. Die Krankenkassen haben die neu gegründete Praxis für Soziotherapie des Kölner Vereins für Rehabilitation e. V. im Sommer 2009 anerkannt. In den Verhandlungen wurde der Träger durch die Psychiatriekoordination intensiv unterstützt. Um die Finanzierbarkeit der Hilfe für den Träger zu gewährleisten, erhält dieser ergänzende Projektmittel. Inwieweit zukünftig andere Finanzierungsmöglichkeiten zur Verfügung gestehen, wird derzeit geprüft.

b. Persönliches Budget

Die Leistungsform des Persönlichen Budgets gemäß § 17 SGB IX wurde zum 01. Juli 2008 eingeführt und legt fest, dass Menschen mit Behinderungen von den Rehabilitationsträgern anstelle von Dienst- und Sachleistungen zur Teilhabe am Leben der Gesellschaft ein Budget wählen können. Aus diesem Budget werden die Aufwendungen bezahlt, die zur Deckung des persönlichen Hilfebedarfs erforderlich sind.

Ziel der Einführung des Persönlichen Budgets ist, Menschen mit Behinderungen mehr Möglichkeiten der Selbstbestimmung zu geben. Sie sollen eigenständig entscheiden können, wann, wo, wie und von wem sie Teilhabeleistungen in Anspruch nehmen. Mit dem Persönlichen Budget werden sie zu Käufern, Kunden und manchmal auch zu Arbeitgebern.

Der Antrag auf ein Persönliches Budget kann bei einem der Rehabilitationsträger gestellt werden. Hierzu gehören beispielsweise die Kranken- und Pflegekassen, der Rentenversicherungsträger und der örtliche oder überörtliche Träger der Sozialhilfe. Möglich ist auch ein trägerübergreifendes Budget als Komplexleistung, wenn mehrere Leistungsträger unterschiedliche Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen in ein Budget zusammenfassen.

Trotz bundesweiter Öffentlichkeitsarbeit, flankiert durch gezielte Informationsveranstaltungen des Amtes für Soziales und Senioren, des Landschaftsverbandes Rheinland und der Träger der Hilfen für Menschen mit Behinderungen der freien Wohlfahrtspflege wird das Persönliche Budget nur in Einzelfällen beantragt. Häufiger als Menschen mit psychischen Behinderungen nehmen Menschen mit Körperbehinderungen das Persönliche Budget in Anspruch. Aus der Praxis wird immer wieder gemeldet, dass sich viele Menschen mit psychischen Behinderungen die selbstständige Verwaltung eines Budgets nicht zutrauen. Des Weiteren wird das Procedere der Antragstellung von vielen als zu schwierig angesehen, obwohl entsprechende Beratungsangebote bei den Leistungsträgern und bei einigen Trägern der Behindertenhilfe zur Verfügung stehen.

So erklärt sich der Umstand, dass in Köln bisher nur wenige Persönliche Budgets existieren. Im Bereich der Menschen mit psychischen Behinderungen gibt es lediglich eine geringe Zahl von Einzelfällen. So scheint es, dass für Menschen mit psychischen Behinderungen ein solches Angebot nicht richtig greift. Die Psychiatriekoordination steht im engen Austausch mit dem örtlichen

und überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die ihrerseits die Inanspruchnahme regelmäßig analysieren.

c. Krisendienst

Die Einrichtung eines Krisendienstes für Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen wird in Köln seit vielen Jahren mit Vertretern der Freien Wohlfahrtspflege, der psychiatrischen Fachkliniken, der beteiligten Ämter der Stadt Köln und der möglichen Kostenträger intensiv diskutiert.

Im Jahr 2000 gründete die Psychiatriekoordination eine Projektgruppe, an der die oben genannten Vertreterinnen und Vertreter des Fachsystems, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige teilnahmen. Die Projektgruppe entwickelte damals insgesamt 3 Modelle, die sich teilweise ergänzen bzw. miteinander kombiniert werden konnten. Anlass war unter anderem die steigende Zahl der Menschen, die gemäß PsychKG (Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten NRW) in Köln zwangseingewiesen werden.

Modell 1: Krisendienst auf Stadtbezirksebene für die bereits im System betreuten Klientinnen und Klienten – Handybereitschaft der psychosozialen Fachkräfte, die im Bezirk ambulante Angebote vorhalten – Telefonberatung oder Hausbesuche.

Modell 2: Konsildienst für die Allgemeinkrankenhäuser Fachberatung der Allgemeinkrankenhäuser, die eine somatische Notfallversorgung von Menschen in psychischen Krisen durchführen. Der Konsildienst soll von den psychiatrischen Fachkliniken und von kooperierenden niedergelassenen Nervenärzten geleistet werden.

Modell 3: Krisendienst Köln

Aufbau eines Krisendienstes mit 2-3 Teams, die jeweils aus einer ärztlichen sowie einer psychosozialen Fachkraft bestehen und außerhalb der üblichen Dienstzeiten und am Wochenende tätig sind. Hierzu wurde ein dezidiertes Anforderungsprofil erstellt.

Rückblickend ist festzustellen, dass die Anbieter von ambulanten Leistungen mittlerweile individuelle Wege gefunden haben, eine Ansprechbarkeit im Krisenfall für ihr Klientel herzustellen. Auch konnten einige Konsildienste mit besonders häufig im Krisenfall frequentierten Krankenhäusern ins Leben gerufen werden. Für die Umsetzung eines Krisendienstes, der außerhalb der üblichen Dienstzeiten telefonisch erreichbar ist und im

Bedarfsfall Hausbesuche macht, konnte keine Finanzierung gefunden werden.

2005 erstellte die Psychiatriekoordination eine vergleichende Analyse von insgesamt 8 Kommunen, die inzwischen über einen Krisendienst verfügen. Die Analyse zeigte, dass die Krisendienste größtenteils eine telefonische Erreichbarkeit sicherstellen und meist nicht-ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tätig sind (evt. mit ärztlicher Rufbereitschaft im Hintergrund). Deutlich wurde auch, dass die Krisendienste häufig von Menschen in Lebenskrisen und weniger von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Anspruch genommen wurden.

Die bereits erwähnte Projektgruppe beschäftigte sich in den folgenden Jahren damit, Kooperationspartner zu finden, um die Kosten für einen Krisendienst durch Synergieeffekte zu reduzieren. Es wurde mit verschiedenen Telefondiensten, der Feuerwehr und den psychiatrischen Fachkliniken verhandelt. Letztlich konnte jedoch keine adäquate Lösung gefunden werden.

Im Zuge der Vorstellung der landesweiten Untersuchung im Herbst 2005 (Kommunale Gesundheitsberichterstattung über psychiatrische Unterbringungen der Uni Siegen ...) stellte Gesundheitsminister Laumann in einer Pressemitteilung des Kölner Stadt-Anzeigers Anfang 2006 die Notwendigkeit einer Anlaufstelle, die rund um die Uhr ansprechbar ist, heraus. Im April 2006 bat die Gesundheitsdezernentin Herrn Minister Laumann um Unterstützung bei der Umsetzung eines Krisendienstes für Köln.

Das Antwortschreiben des Ministers verwies auf die bisherigen Aktivitäten der Kommunalen Spitzenverbände sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen im Hinblick auf die Erarbeitung entsprechender Hilfeansätze. Eine Rückmeldung hierzu blieb allerdings bis heute aus.

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. versuchte daraufhin, einen Vorschlag zum Aufbau von Krisendiensten im Rahmen der Integrierten Versorgung gemäß §§ 140 a – d SGB V den Krankenkassen vorzustellen, die jedoch kein großes Interesse zeigten.

Der Aufbau eines Krisendienstes wird von Kölner Psychiatrie-Erfahrenen nachhaltig verfolgt, um das Thema weiter zu transportieren und auf der Basis der Selbsthilfe eine Umsetzung voranzutreiben.

Im März 2009 beschloss der Sozialausschuss des Landschaftsverbandes Rheinland den Aufbau von regionalen

Krisendiensten mit einem 24-Stunden-Krisentelefon zu initiieren. Ziel soll sein, die Leistungen der Hilfeanbieter für Menschen mit Behinderungen in Notfall- und Krisensituationen zu optimieren und zu vernetzen.

Ein solches Krisentelefon soll in Verbindung mit den Koordinations-, Kontakt- und Beratungsstellen für Menschen mit geistiger Behinderung und den Sozialpsychiatrischen Zentren für Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen geplant werden, die das Herzstück eines regional aufsuchenden Krisendienstes bilden sollen. Hierzu wird der Landschaftsverband finanzielle Ressourcen zur Verfügung stellen. Inwieweit Köln hier profitieren wird, ist bisher noch nicht bekannt.

Die Psychiatriekoordination prüft derzeit erneut, inwiefern sich im Rahmen einer integrierten Versorgung gemäß §§ 140 a-d SGB V eine Lösung finden lässt.

4. Zielgruppenorientierte Arbeitsschwerpunkte der Psychiatriekoordination

Menschen mit psychischen Erkrankungen haben je nach Alter oder Lebensumständen unterschiedliche Bedürfnisse und Voraussetzungen, die eine individuelle Versorgung aus Sicht der Psychiatriekoordination notwendig machen. Die Versorgungskonzepte gehen spezifischer auf den jeweiligen Personenkreis ein, um passgenaue Hilfeformen anbieten zu können.

a. Junge Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen

In der psychiatrischen Versorgung besteht seit jeher eine klare Trennung zwischen den Hilfen für Kinder bzw. Jugendliche und den Hilfen für Erwachsene. Angebote, die den Übergang von Jugendpsychiatrie zur Erwachsenenpsychiatrie abdecken gibt es bislang nicht. Junge Erwachsene die aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie wechseln oder junge psychisch kranke Menschen, die erstmalig mit dem Hilfssystem für psychisch kranke Erwachsene in Kontakt kommen, werden mit Strukturen konfrontiert, die sich deutlich von den Strukturen der Jugendhilfe bzw. -psychiatrie unterscheiden und ihnen nicht gerecht werden.

Auch in der nicht-klinischen, ambulanten Versorgung existieren in Köln kaum bedarfsgerechte Angebote, die auf die Bedürfnisse dieser jungen psychisch kranken Menschen spezifisch ausgerichtet sind.

Das Angebot der bestehenden Sozialpsychiatrischen Zentren wird von dieser Gruppe kaum angenommen

aufgrund eines gefühlten (und auch objektiv vorhandenen) deutlichen Unterschieds in der Lebensproblematik und den Interessen der Nutzerinnen und Nutzer.

Die Lebensphase zwischen 18 und 25 Jahren ist von Veränderungen gekennzeichnet und beinhaltet eine Weichenstellung für eine berufliche und soziale Integration. Viele der jungen Menschen sind nicht in der Lage, die altersüblichen Entwicklungsschritte zu gehen. Sie benötigen frühzeitig adäquate Hilfen, damit eine Chronifizierung der Erkrankung verhindert werden kann.

Auf der Grundlage der Bedarfsmeldungen aus der Praxis, in Verbindung mit einer Einschätzung der Aufnahmезahlen der psychiatrischen Kliniken, entwickelt die Gesundheitsverwaltung in Kooperation mit der freien Wohlfahrtspflege ein Konzept zur Einrichtung eines Angebots für junge psychisch kranke Menschen an den Sozialpsychiatrischen Zentren.

Das Sozialpsychiatrische Zentrum mit einem Kontakt- und Beratungscafé soll sich an junge Erwachsene mit einer psychischen Erkrankung bzw. Störung im Alter zwischen ca. 18 und 25 Jahren richten. Es soll ein Ort sein, an dem junge Menschen aus dem gesamten Stadtgebiet zwanglos ihre Freizeit verbringen und anderen Menschen in ähnlichen Situationen begegnen können. Darüber hinaus sollen die Besucherinnen und Besucher die Möglichkeit bekommen, Einzelberatungen ohne Zugangsbarrieren oder Anmeldeverfahren in Anspruch zu nehmen. Auch Eltern und Partner können sich beraten lassen, um mehr Verständnis für die Problematik zu entwickeln und in Frage kommende Unterstützungs möglichkeiten kennen zu lernen.

Die Psychiatriekoordination wird sich weiter für die Realisierung dieses Konzeptes einsetzen und mit möglichen Kostenträgern eine Umsetzung planen, da diese Aufgabe aus den Mitteln, die den Sozialpsychiatrischen Zentren zur Verfügung stehen, nicht zu leisten ist. Ergänzend hierzu werden die Träger der freien Wohlfahrtspflege bei der Entwicklung neuer ambulanter Wohnkonzepte für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen beraten. Oberstes Ziel der Planung ist, das Versorgungsangebot für diese Zielgruppe sukzessive auszubauen und zu vernetzen.

b. Kinder psychisch kranker Eltern

Eine psychische Erkrankung ist nicht nur für die Betroffenen selbst eine sehr schwierige Lebenssituation – sie bringt die ganze Familie aus dem Gleichgewicht. Dies betrifft nicht nur die häufig schwer zu regelnde Versorgungskonstellation, sondern auch die mentale Bewältigung einer sich völlig verändernden Familienstruktur.

Kinder psychisch kranker Eltern werden in den Behandlungskonzepten von Kliniken, niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten nicht ausreichend berücksichtigt. Die Aufmerksamkeit konzentriert sich auf die Betroffenen und die Behandlung ihrer Krankheitssymptome. Dabei wird häufig versäumt, auch für eine Stärkung ihrer Erziehungskompetenz und für eine Unterstützung der im Haushalt lebenden Kinder zu sorgen.

Kennzeichnend ist, dass nicht einmal fundiertes Datenmaterial über die Anzahl der Kinder mit psychisch kranken Eltern vorliegt. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass in Köln relativ viele von der Problematik betroffen sind. Allein der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes gibt an, dass ca. 10 Prozent der hilfesuchenden Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen Kinder haben. Insgesamt 7 Prozent (über 350 Personen) leben mit ihren Kindern in einem Haushalt, während 3 Prozent der Kinder psychisch kranker Eltern beim anderen Elternteil, bei den Großeltern, im Heim oder in Pflegefamilien wohnen bzw. untergebracht sind.¹⁵

Studien zufolge ist zu befürchten, dass die enorme Belastung und die hohe Erwartung an die Anpassungsleistungen der Kinder eine psychische Störung bei ihnen bewirken kann.¹⁶ Um dies zu verhindern, muss eine präventive Arbeit frühzeitig einsetzen. Erste Anlaufstelle ist die Jugendhilfe, die allerdings mit der Psychiatrie zusammenarbeiten und ein vernetzt agierendes Hilfesystem bilden sollte, um gemeinsam den Blick auf die Unterstützung der gesamten Familie zu richten. Konkrete Pläne befinden sich hierzu bereits in der Umsetzung (gemeinsame Fachtagungen, gegenseitige Fortbildungen, Zusammenarbeit auf Einzelfallebene).

Überdies soll sozialraumorientiert die gegenseitige Beratung und Abstimmung exemplarisch erprobt und perspektivisch auf das gesamte Stadtgebiet übertragen werden. Geplant ist ferner, dass zunächst eine der gro-

15 Statistik des Sozialpsychiatrischen Dienstes Köln von 2008.

16 Dr. Sabine Wagenblass, Forschungsergebnisse und Aktuelle Trends, in: Landschaftsverband Rheinland, Einer ist krank – alle leiden, Dokumentation der gemeinsamen Fachtagung des LVR, Köln 2004, S.11.

ßen psychiatrischen Fachkliniken (LVR-Klinik Köln) einen speziellen Fragebogen in das stationäre Aufnahmeverfahren integriert, um die Belange der Kinder in den Fokus zu rücken.

Speziell für Kinder psychisch kranker Eltern sowie für ihre Eltern bietet in Köln die Beratungsstelle KIMM (Kinder Mut machen) und der Kinderschutzbund Hilfen an. Des Weiteren unterstützt der Angehörigenverein Rat und Tat e.V. eine angeleitete Selbsthilfegruppe mit Kindern psychisch kranker Eltern im Jugendalter.

Der Unterarbeitskreis "Kinder psychisch kranker Eltern" der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Köln entwickelte ein kostenloses Beratungsangebot, das sich an Eltern und Kinder wendet, die auf der Suche nach Hilfe sind oder einfach das Bedürfnis haben, ihre Situation vertraulich zu besprechen. Außerdem erstellte der Unterarbeitskreis einen Wegweiser, der alle Hilfeangebote bündelt. Beide Maßnahmen sollen Eltern und Kinder befähigen, Informationen und Unterstützungsleistungen selbstständig zu recherchieren.

Ergänzend zu den bereits geschaffenen Hilfen sollte auf der gesetzlichen Grundlage der Sozialgesetzbücher V, VIII und XII ein niederschwelliges und flexibles Unterstützungsangebot geschaffen werden, das neben der Befriedigung der aktuellen Hilfebedürftigkeit aller Familienmitglieder auch einen präventiven Effekt für die weitere Entwicklung der Kinder bietet.

c. Menschen mit psychischen Erkrankungen und Migrationshintergrund

Wie bereits im Kapitel B. IV dargestellt, hat in Köln ca. ein Drittel der Einwohnerinnen und Einwohner einen Migrationshintergrund. Die Kölner Gesundheitspolitik ist daher grundsätzlich integrativ angelegt, muss allerdings erkennen, dass Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede und unzureichende Kenntnisse über die Funktionsweise des deutschen Gesundheitswesens den Zugang zu den verschiedenen Leistungs- und Hilfeangeboten sowohl im somatischen als auch im psychiatrischen Bereich erschweren.

Schwierigkeiten in der sprachlichen Verständigung können zudem dazu führen, dass ausländische Patientinnen und Patienten ihre Beschwerden nicht umfassend schildern können. Auch die fehlenden Kenntnisse über die jeweiligen kulturellen Hintergründe beeinträchtigen die Beziehung zwischen deutschen Ärzten/ Psychologen/

Therapeuten und Patientinnen bzw. Patienten mit Migrationshintergrund.

Um dieser Situation entgegenzuwirken, unterstützt die Psychiatrie- und Gesundheitskoordination des Gesundheitsamtes die Arbeitsgruppe „Migration und Gesundheit“ der Kölner Gesundheitskonferenz, die ein Gesundheitskonzept für Menschen mit Migrationshintergrund erstellt hat, das auf die psychosoziale Situation Bezug nimmt. Ebenso entwickelte die Arbeitsgruppe einen Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten, der Adressen zahlreicher Arztpraxen, Kliniken, Therapeuten und Beratungsstellen sowohl mit zusätzlichen Sprachkompetenzen als auch mit spezifischen Angeboten beinhaltet.

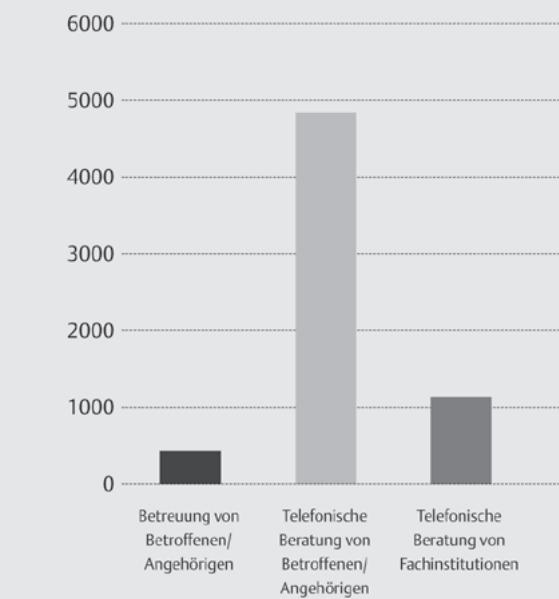
Die psychiatrischen Fachkliniken haben teilweise inzwischen Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Migrationshintergrund entwickelt. Die LVR-Klinik Langenfeld und das Alexianer-Krankenhaus in Köln-Porz bieten im Rahmen ihrer Institutsambulanzen eine spezifische Behandlung und Beratung für Migrantinnen und Migranten und deren Angehörige an. Die LVR-Klinik Köln beschäftigt insgesamt ca. 140 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die 33 Fremdsprachen beherrschen. Zusätzlich verfügt die Gerontopsychiatrische Ambulanz der LVR-Klinik Köln im Stadtbezirk Köln-Mülheim über eine Sprechstunde für ältere türkischsprachige Migrantinnen und Migranten.

Besonders in der ambulanten Regelversorgung wird ein Mangel an Psychiaterinnen und Psychiatern und im besonderen Maße an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wahrgenommen. Zentraler Punkt der gesamten Gesundheitsversorgung ist das Gesundheitszentrum für MigrantInnen mit seiner beratenden und vermittelnden Funktion. (Siehe Grafik Seite 26)

Die hohe Diskrepanz zwischen der persönlichen und telefonischen Beratung ist zum einen zurückzuführen auf die begrenzten Personalressourcen, die nicht immer einen persönlichen Kontakt zulassen, und zum anderen auf die ausgeprägte Vermittlungstätigkeit, die sich in einem größeren Umfang telefonisch erledigen lässt.

Ein wichtiges Arbeitsfeld liegt noch im unmittelbaren Lebensfeld der Migrantinnen und Migranten. So führte das Gesundheitszentrum für MigrantInnen im Jahr 2009 insgesamt 26 Informationsveranstaltungen in Moscheen, Schulen usw. durch.

Beratungsleistungen des Gesundheitszentrums für Migrantinnen 2009



Quelle: Tätigkeitsbericht des Gesundheitszentrums für MigrantInnen vom 2009

d. Wohnungslose psychisch kranke Menschen

Mitte der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts wurde in Köln erstmals ein steigender Bedarf an Unterbringungs- und Betreuungsangeboten speziell für wohnungslose Personen mit psychischen Auffälligkeiten bzw. psychischen Erkrankungen wahrgenommen. Die Tendenz, dass Wohnungslose zusätzlich zu ihrer speziellen Problematik noch psychische Erkrankungen zeigen, nimmt seitdem kontinuierlich zu.

Die meisten dieser Menschen definieren sich mehr als wohnungslos statt als psychisch krank, daher ist ihre Bereitschaft zu einer Versorgung im Hilfesystem der Psychiatrie fast aussichtslos gering. Die im Rahmen der Eingliederungshilfe gemäß § 53 SGB XII vorhandenen Angebote entsprechen oftmals nicht den Bedürfnissen der Betroffenen. Hinzu kommt, dass viele die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der Hilfe erst gar nicht erfüllen können.

Da die Unterbringung und die Betreuung dieses Personenkreises in qualitativ angemessener Art und Weise schon allein aufgrund der Größenordnung dringend notwendig erschien, entwickelten die beteiligten Ämter (Amt für Soziales und Senioren, Gesundheitsamt, Amt für Wohnungswesen) Anfang 1997 das Konzept der „betreuten Hotelunterbringung“. Ziel des Projektes soll-

te in erster Linie sein, die Lebensbedingungen von psychisch kranken Wohnungslosen zu verbessern und den Kreislauf des Rotierens zwischen Klinik und Notunterbringung zu durchbrechen. Dabei stehen die individuellen Bedürfnisse, die Ressourcen und die Problemlagen der Menschen mit ihren jeweils besonderen Ausprägungen im Mittelpunkt.

Im September 1997 entstand das erste von insgesamt drei „Hotel Plus“ für wohnungslose psychisch kranke Menschen aus Köln. An jedem Standort bietet das Deutsche Rote Kreuz e. V. das „Plus“ in Form eines Beratungs- bzw. Begleitungsangebots für die Bewohnerinnen und Bewohner an. Die Häuser mit ihren insgesamt 36 Plätzen sind klein und überschaubar und haben ihren Hotelcharakter beibehalten.

2002 wurde das Konzept um einen neuen Baustein erweitert. Es entstand ein ambulantes Betreuungsangebot (Hotel Plus Mobil), das psychisch kranke wohnungslose Menschen in den Unterkünften, die sie gemäß Ordnungsbehördengesetz zugewiesen bekommen (Hotelbetten) aufsucht. Beide Projekte werden von der Psychiatriekoordination fortlaufend begleitet und evaluiert. Kostenträger des Angebots ist das Amt für Soziales und Senioren.

Das Versorgungskonzept hat inzwischen auch andere Kommunen inspiriert, ähnliche Angebote für wohnungslose psychisch kranke Menschen zu schaffen. In 2009 hat erstmals ein überregionales Treffen in Köln stattgefunden, um einen regelmäßigen fachlichen Austausch anzustoßen.

Doch bei allen positiven Entwicklungen haben die Erfahrungen der letzten Jahre gezeigt, dass eine Unterbringung von wohnungslosen psychisch kranken Menschen, die auch noch zusätzlich eine ausgeprägte Suchtproblematik aufweisen, mit dem bestehenden Betreuungskonzept des Hotel Plus nicht versorgt werden können. Das Leben im Hotel Plus wie auch die Betreuung durch das Hotel Plus Mobil setzt ein gewisses Maß an Selbständigkeit und Eigenverantwortung voraus, die diese Menschen kaum aufbringen können. Die Psychiatriekoordination hat daher in Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst und dem Deutschen Roten Kreuz ein Konzept entworfen, dass speziell die Bedarfe von wohnungslosen psychisch kranken Menschen mit einem Suchtmittelmissbrauch bzw. einer Suchtabhängigkeit (Drogen oder Alkohol) aufgreift.¹⁷ Für die Realisierung

17 Psychiatriekoordination des Gesundheitsamtes Köln: Ambulantes, behandlungsgestütztes Wohnprojekt Plus – Konzeptentwurf – Stand 04.01.2007.

ließ sich bisher jedoch keine Finanzierungsform finden. Im Hotel Plus lebt inzwischen ein Teil von Menschen, die ohne eine längerfristige und regelmäßige Ansprache und Betreuung wieder in die Wohnungslosigkeit zurückkehren würden. Für diesen Personenkreis wurde inzwischen eine Konzeption erstellt, die eine Wohnversorgung in einem Objekt mit Einzelapartments und Räumlichkeiten für den Betreuungsträger vorsieht. Die Unterbringung in einem Apartmenthaus mit ambulanter Betreuung bietet für die Betroffenen eine Perspektive außerhalb der Wohnungslosenhilfe und schafft eine breitere Differenzierung des Angebots. Ein derartiges Projekt befindet sich zurzeit in konkreter Planung.

Eine besondere Herausforderung in der Versorgung von wohnungslosen psychisch kranken Menschen, ist die in der Praxis nicht ganz leicht zu treffende fachliche Zuordnung in die jeweiligen Hilfesysteme. Während der Personenkreis aufgrund der vorliegenden Erkrankungen Hilfen aus dem psychiatrischen Bereich benötigt und auch erhalten sollte, werden diese von den Betroffenen selbst nicht in Anspruch genommen. Das Selbstbild wie auch die Einstellung und Wahrnehmung der eigenen Situation lässt psychiatrische Hilfe für die Betroffenen oftmals als nicht notwendig erscheinen.

Ziel der Psychiatriekoordination ist, die Zusammenarbeit der Fachsysteme zu fördern und die Vernetzung voranzutreiben, um generell eine Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken wohnungslosen Menschen in den unterschiedlichen Lebenszusammenhängen zu ermöglichen. Besonderes Augenmerk wird nach wie vor auf die medizinische Versorgung gelegt. Angesichts der Multi-Morbidität leistet der Mobile Medizinische Dienst des Gesundheitsamtes auch für den Personenkreis der wohnungslosen psychisch kranken Menschen entscheidende Versorgungsanteile.

Perspektivisch wird sich die Psychiatriekoordination für die Belange von psychisch kranken wohnungslosen Menschen einsetzen, die aufgrund ihrer sozialen Situation zusätzliche Ausgaben zur Behandlung oder Therapie ihrer somatischen Erkrankungen nicht aufwenden können. Das Gesundheitssystem berücksichtigt nicht, dass viele Menschen weder Eigenanteile noch Zuzahlungen leisten können oder in der Lage sind, die Kosten für rezeptfreie Medikamente und Pflegeprodukte zu tragen.

e. Menschen mit psychischen Erkrankungen und längerfristigem Behandlungsbedarf

In den psychiatrischen Kliniken Kölns wurde in den

vergangenen Jahren eine Patientengruppe identifiziert, die ein spezielles Behandlungsangebot benötigt, das zum einen längerfristig angelegt und zum anderen auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten abgestimmt ist.

Es handelt sich hier um Menschen, die nach einer relativ kurzen Krisenintervention die Klinik auf eigenen Wunsch wieder verlassen, obwohl aus Sicht der Klinikärztinnen und -ärzte eine medizinische Behandlung noch weiter erforderlich ist. Diese Menschen sind bereits über einen längeren Zeitraum erkrankt und gehören zur Gruppe der sogenannten „Drehtürpatienten“, die immer wieder mittels gerichtlichem Beschluss oder auch auf eigenen Wunsch stationär aufgenommen werden. Nach Verlassen der Klinik brechen sie in der Regel die medikamentöse Behandlung ab und suchen keine niedergelassene Fachärztin bzw. keinen Facharzt auf.

In der Kürze ihres Krankenhausaufenthaltes können weder Behandlung noch Therapie wirksam auf den Gesundheitszustand der Betroffenen Einfluss nehmen. Aus Sicht der Mediziner wäre eine längerfristige Sicherstellung eines Behandlungssettings die einzige Chance, eine Veränderung herbeizuführen. Viele dieser Menschen haben keine sozialen und familiären Bezüge mehr. Oftmals ist auch keine dauerhafte Wohnsituation sichergestellt.

Konzeptionell käme für diese Personen eine Wohnform mit einem zugehenden Behandlungs- und Therapieangebot in Frage, das in erster Linie den Patientinnen und Patienten die notwendige Zeit zur Stabilisierung liefert. Die Psychiatriekoordination hat bereits 2005 in Kooperation mit der LVR-Klinik Köln eine Bedarfseinschätzung erstellt. Dabei wurde deutlich, dass es sich meist um jüngere Männer handelt, die bereits im Jugendalter erkrankt sind und mehrfach im Jahr, ohne erkennbare Fortschritte, stationär behandelt werden.

In 2009 wurden alle Kölner Fachkliniken bezüglich dieser Patientengruppe befragt. Die Auswertung der Umfrage bestätigte einen Bedarf in Höhe von ca. 20 – 25 Patientinnen und Patienten. Die konzeptionellen Vorüberlegungen zusammen mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst und möglichen Kostenträgern hinsichtlich der Versorgungsform (klinisch, nicht-klinisch) und der Finanzierung, sind jedoch bisher noch zu keinem Ergebnis gekommen.

f. Straftäter mit einer psychischen Erkrankung

In Köln werden bereits seit einigen Jahren in einer Maßregelvollzugsabteilung der LVR-Klinik Köln eine vergleichsweise geringe, jedoch stetig angestiegende Zahl von psychisch kranken Straftätern behandelt und therapiert. Maßregelvollzug ist damit in Köln Teil der psychiatrischen Versorgung geworden. Die in NRW insgesamt zunehmende Anzahl von forensischen Patientinnen und Patienten veranlasste das Land NRW zu einer Ausweitung der bestehenden Unterbringungskapazitäten. In Köln wurde eine Forensische Klinik in Köln-Porz mit 150 Betten geplant, die im Herbst 2009 belegt wurde. Die 60 Betten der Maßregelvollzugsabteilung der LVR-Klinik Köln (mit Standort in Köln-Merheim) werden erhalten bleiben, so dass in Köln insgesamt 210 Betten zur Verfügung stehen.

Während der Planungsphase wurde unter der Leitung des Landschaftsverbandes Rheinland ein Beirat ins Leben gerufen. Aufgabe der Psychiatriekoordination im Planungsbeirat war vor allem, die Integration der forensischen Psychiatrie in die Gemeindepsychiatrie mit zu gewährleisten.

Träger der Forensischen Klinik ist die LVR-Klinik Köln. Die Stationen mit ca. 25 Patienten, aufgeteilt in 2 Gruppen, werden sehr differenziert an Hand eines Therapiemodells mit Struktur- und Prozesskomponenten betrieben. Behandelt werden männliche Maßregelvollzugspatienten, die gemäß § 63 Strafgesetzbuch untergebracht werden müssen und eine schwere psychische Störung bzw. Krankheit aufweisen.

Die Entlassung der Patienten wird sorgfältig vorbereitet. Der endgültigen Aufhebung des Maßregelvollzugs geht dabei gewöhnlich eine Beurlaubung in eine Wohneinrichtung voraus. Während dieser Phase erfolgt eine enge Beratung des Wohnheimträgers durch die forensische Ambulanz der Klinik. Eine jederzeitige Rückführung des Patienten in die Klinik – zum Beispiel bei nicht anders handhabbaren Krisen – ist möglich. Die Betreuung der Wohneinrichtungen setzt eine eng strukturierte Konzeption voraus. Erst in einem zweiten Schritt kann eine Verselbständigung in eigenem Wohnraum mit ergänzenden ambulanten Hilfen erfolgen.

Die nicht-klinische Betreuung muss integrativ in das Gesamtversorgungssystem erfolgen, das heißt spezielle

Forensiknachsorgeeinrichtungen mit einer Konzentration von (ehemaligen) Maßregelvollzugspatienten ist in Köln wie in ganz Nordrhein-Westfalen nicht vorgesehen. Diese fachlich notwendige „Durchmischung“ erfordert angesichts der jährlich zu erwartenden Entlassungen von Maßregelvollzugspatienten eine bisher nicht vorhandene Kapazität an Wohnbetreuungseinheiten. Bei 550 Plätzen in verschiedenen Wohneinrichtungen ist zu erwarten, dass die Nachsorgemöglichkeiten in Köln an ihre Grenzen stoßen werden. Dies gilt sicherlich auch für den Bereich der Arbeits- und Beschäftigungsangebote.

g. Ältere Menschen mit einer psychischen Erkrankung

Die mehr als 70 Pflegeeinrichtungen in Köln, verzeichnen bereits seit Jahren einen deutlichen Anstieg von Menschen mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen. Hierzu gehören die Demenzerkrankungen (die bekannteste ist die Demenz vom Typ Alzheimer) sowie Depressionen und Angststörungen.

Suchterkrankungen sowie wahnhaften Störungen spielen im höheren Alter auch eine nicht unerhebliche Rolle. Das Risiko, beispielsweise an einer Demenz zu erkranken, nimmt proportional je älter der Mensch wird zu. Im Alter zwischen 65 und 69 Jahren ist jeder Zwanzigste betroffen. In der Altersgruppe der Menschen ab 90 Jahren liegt der Anteil an Demenzerkrankungen zwischen 28 und 40 Prozent. Schätzungsweise leiden in Deutschland ca. 1,1 Millionen Menschen an einer Demenz. Da der Anteil älterer Mitbürger entsprechend zunehmen wird, ist auch eine steigende Zahl von Demenzerkrankungen zu erwarten. So rechnen Experten für das Jahr 2030 mit 2,5 Millionen Betroffenen.¹⁸ Damit kommt auf eine Großstadt wie Köln ein erhebliches Versorgungsproblem zu.

Das Durchschnittsalter der Bewohnerinnen und Bewohner in den Pflegeheimen liegt inzwischen bei weit über 80 Jahren. Für die Pflegeheime bedeutet dies, dass auch die Anforderungen an die Betreuungsleistungen der Einrichtungen weiter ansteigen. Die Pflegeeinrichtungen müssen daher ihre Konzepte weiterentwickeln, um vorhandene Potenziale der Bewohnerinnen und Bewohner zu fördern und aktiv zu unterstützen.

Auch hier gilt der Grundsatz „ambulante vor stationärer Versorgung“. Dabei hilft das inzwischen gut ausgebauten System an ambulanten und teilstationären Hilfen, die es vielen älteren Menschen mit psychischen Störungen

¹⁸ Bundesministerium für Bildung und Forschung: Der Kampf gegen das Vergessen. Demenzforschung im Fokus, 2004.

möglich machen, so lange es geht, in ihrem bekannten und vertrauten Wohnumfeld zu verbleiben. In den vergangenen Jahren konnten in Köln drei Gerontopsychiatrische Zentren mit einem komplexen Hilfeangebot und unterschiedlichen Bausteinen geplant und realisiert werden.

Die LVR-Klinik Köln ist Träger der Gerontopsychiatrischen Zentren (GPZ) in Köln-Mülheim und in Köln-Bilderstöckchen (GPZ Nord-West). Das Alexianer Krankenhaus betreibt ein GPZ für den südlichen Versorgungsbereich der Stadt in Köln-Rodenkirchen.

Die ambulanten Angebote entlasten gezielt die pflegenden Angehörigen und leisten bedarfsgerecht eine psychosoziale wie auch medizinische Unterstützung. An allen oben genannten Standorten bieten die Kliniken eine Gerontopsychiatrische Fachberatung, eine Fachambulanz und eine Tagespflege an. Tageskliniken sind in den Gerontopsychiatrischen Zentren in Köln-Mülheim und Köln-Rodenkirchen zu finden. Alle Bereiche arbeiten sowohl mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten als auch mit den Einrichtungen und Diensten des Fachsystems eng vernetzt zusammen.

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes kooperiert im Bereich der älteren psychisch kranken Menschen mit den gerontopsychiatrischen Fachabteilungen der Kliniken und hat in der Versorgung der Betroffenen in erster Linie die Aufgabe, die Problematik des Einzelfalls zu erkennen und dafür zu sorgen, dass diese Menschen eine diagnosespezifische Unterstützung erhalten.

Das Gerontopsychiatrische Zentrum in Köln-Bilderstöckchen (Nord-West) wird perspektivisch die gesamte Versorgung des linksrheinischen Kölner Nordens übernehmen. Es ist vorgesehen, ein Gebäude in Köln-Chorweiler zu errichten, das auch Raum für eine Tagesklinik bieten wird.

Auf Grund der hohen Nachfrage ist die Psychiatriekoordination daran interessiert, dass Überlegungen im Hinblick auf den Ausbau von ambulanten Hilfen ange stellt werden. So wird ein Bedarf an einem weiteren Gerontopsychiatrischen Zentrum für Köln deutlich gesehen. Im Rahmen der Weiterentwicklung sollte nach wie vor verstärkt auf integrierte Ansätze für Migrantinnen und Migranten geachtet werden. Die bisherigen Erfahrungen in der Behandlung von älteren türkisch-sprechenden Migrantinnen und Migranten

des Gerontopsychiatrischen Zentrums in Köln-Mülheim bilden die Grundlage für weitere Planungen. Als besonders hilfreich erweist sich hier die Arbeit des Demenz-Servicezentrums (Träger: Alexianer Krankenhaus Köln GmbH), das als Teil des Landesprogramms in Köln einige innovative Angebote für Angehörige und Betroffene angestoßen und umgesetzt hat.

5. Geschäftsführung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Köln gründete sich im September 1979 auf Beschluss des Rates der Stadt Köln. Die Stadt Köln setzte damit einen Reformvorschlag der Enquête-Kommission von 1975 zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland um.

a. Struktur

Die PSAG ist ein Zusammenschluss von Fachkräften, ehrenamtlichen Helfern, Angehörigen und Betroffenen aus den Arbeitsfeldern und Einrichtungen der Gesundheits-, Jugend-, Sozial-, Alten- und Behindertenhilfe, in denen psychosoziale Belange von Bedeutung sind.

Die Arbeitskreise sind nicht nur berufsübergreifend, sondern auch träger- und einrichtungsübergreifend zusammengesetzt. Ihre Mitglieder kommen vor allem aus:

- Krankenhäusern, Heimen, Rehabilitationseinrichtungen
- ambulanten Diensten
- Fachämtern der Stadtverwaltung und anderer Behörden
- Selbsthilfeorganisationen, Angehörigenvereinigungen
- Wohlfahrtsverbänden etc. ...

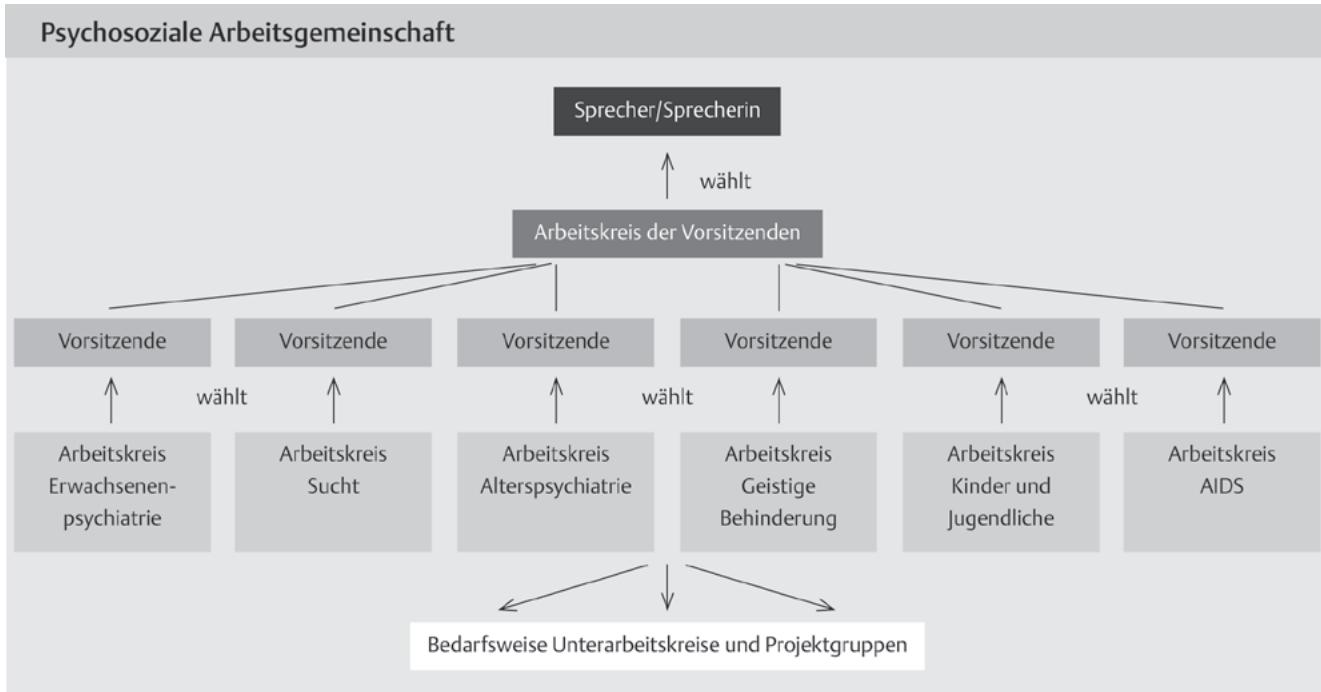
(Siehe Grafik Seite 30)

Zu den einzelnen Arbeitsfeldern haben sich Arbeitskreise gebildet, die sich seit vielen Jahren kontinuierlich für die Belange der unterschiedlichen Gruppen einsetzen.

Im Einzelnen sind dies:

- Arbeitskreis Erwachsenenpsychiatrie
- Arbeitskreis Sucht
- Arbeitskreis Psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- Arbeitskreis Alterspsychiatrie
- Arbeitskreis geistige Behinderung / Lernschwierigkeiten
- Arbeitskreis AIDS
- Arbeitskreis der Vorsitzenden

Darüber hinaus sind ständige Unterarbeitskreise bzw. zeitlich befristete Projektgruppen zu aktuellen Themen im Rahmen der PSAG tätig.



Die Arbeitskreise und Unterarbeitskreise wählen aus ihrer Mitte Vorsitzende und Stellvertreter, die ihrerseits den Arbeitskreis der Vorsitzenden bilden.

In einem Erlass des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) aus dem Jahre 1976 wurden die Gesundheitsämter für die Einrichtung von Geschäftsstellen benannt. So wurde im Ratsbeschluss von 1979 dem Gesundheitsamt der Stadt Köln die Geschäftsführung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft im Sinne einer organisatorischen Koordination übertragen. Die Psychiatriekoordination nimmt diese Aufgabe innerhalb des Gesundheitsamtes wahr und steht über die Geschäftsführung hinaus in einem engen Austausch mit der PSAG.

In Zusammenarbeit mit der PSAG erstellt die Psychiatriekoordination Bedarfserhebungen und initiiert Fachgespräche und Expertengremien. Die Arbeitskreise der PSAG liefern der Psychiatriekoordination wichtige Hinweise für die weitere Planung. Sie wird zu allen grundsätzlichen Angelegenheiten der psychiatrischen Versorgung um Stellungnahme gebeten. Der PSAG kommt bei der Weiterentwicklung der psychiatrischen/ psychosozialen Versorgung insbesondere in Bezug auf Vernetzung, Planung und Umsetzung eine sehr wichtige Funktion zu.

b. Aufgaben

Die PSAG hat sich unter anderem zur Aufgabe gemacht, die fachliche Zusammenarbeit zwischen den im Psychiatriebereich tätigen Verbänden, Vereinen und Diensten

zu verbessern, Bedarfsmängel in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung Kölns aufzudecken und Lösungsansätze zu erarbeiten. Sie versteht sich als Interessensvertretung der Betroffenen gegenüber der Fachwelt, der Politik, der Verwaltung und der Öffentlichkeit.

Die einzelnen Fachgremien der PSAG organisieren im Rahmen ihrer Tätigkeit unterschiedliche Veranstaltungen zu den verschiedenen Schwerpunktthemen. Darüber hinaus führt die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft mit Unterstützung der Geschäftsführung öffentlichkeitswirksame Aufklärungsaktionen durch. In Zusammenarbeit mit der Psychiatriekoordination gibt die PSAG regelmäßig Informationsschriften und Broschüren heraus. Seit 2008 unterhält die PSAG zum Themenbereich Psychiatrie ein eigenes Internet-Portal (www.psychiatrie-koeln.de), das maßgeblich von der Psychiatriekoordination gestaltet und fortlaufend betreut wird.

Ein wesentlicher Schritt im Hinblick auf die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den an der Versorgung von psychisch kranken Menschen beteiligten Akteuren sind die in 2006 gemeinsam abgestimmten und im August 2008 ergänzten Standards der Zusammenarbeit. Die Standards wurden von den Mitgliedern des Arbeitskreises Erwachsenenpsychiatrie entwickelt und sollen der Optimierung individueller Hilfen dienen.

Der Arbeitskreis Erwachsenenpsychiatrie rief ebenfalls den **Beschwerderat Psychiatrie** ins Leben. Es handelt sich hier um ein unabhängiges, fachübergreifendes

Gremium, das sich aus Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen von psychisch kranken Menschen, interessierten Bürgerinnen und Bürgern und Personen, die im Psychiatriebereich tätig sind, zusammensetzt.

Der Beschwerderat kann von Betroffenen, ihren Angehörigen und Bezugspersonen sowie von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller Einrichtungen und Dienste der psychiatrischen Versorgung bei allen Fragen und Problemen hinzugezogen werden, die mit einer Behandlung, Therapie oder Betreuung im Zusammenhang stehen.

Aufgabe des Gremiums ist es, eingehende Beschwerden unvoreingenommen ernst zu nehmen, ihnen nachzugehen und darauf hinzuwirken, dass eine Lösung gefunden wird. Der Beschwerderat soll Unterstützung bei der Klärung von Sachverhalten und Verantwortlichkeiten anbieten und kann bei Bedarf Empfehlungen aussprechen.

Anfang 2000 gründete die PSAG den Verein Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Köln e.V.. Mitglieder sind die jeweiligen gewählten Sprecherinnen und Sprecher der einzelnen Arbeitskreise. Der Verein hat satzungsgemäß die Aufgabe, die Aktivitäten der PSAG zu unterstützen.

c. Perspektive

Die PSAG feierte im Jahr 2009 ihr 30jähriges Bestehen und gehört somit zu den ältesten Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften Deutschlands. Sie ist ein Garant für den Austausch auf fachlicher Ebene und stellt die Beteiligung sowohl von Betroffenen als auch von Angehörigen sicher. Sie greift aktuelle Themen auf und nutzt die Ressourcen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, um Informationen abzulegen und eine gewinnbringende Diskussion voranzutreiben.

Als unabhängiges Gremium kann die PSAG sich an Politik und Verwaltung wenden, um deren Aufmerksamkeit auf dringende Anliegen zu richten. Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft pflegt die kooperative und trägerübergreifende Zusammenarbeit und kann so immer wieder neue Impulse setzen.

Wichtiges Element zur Organisation der zahlreichen Arbeitskreise mit ca. 500 Mitgliedern ist eine Geschäftsstelle, die Präsenz zeigt, Kontinuität in der Betreuung leistet und sich fachlich wie auch strukturell in die Arbeit einbringt. Aufgabe der Geschäftsführung ist es auch, die Verzahnung zwischen Planung und Praxis zu gewährleisten.

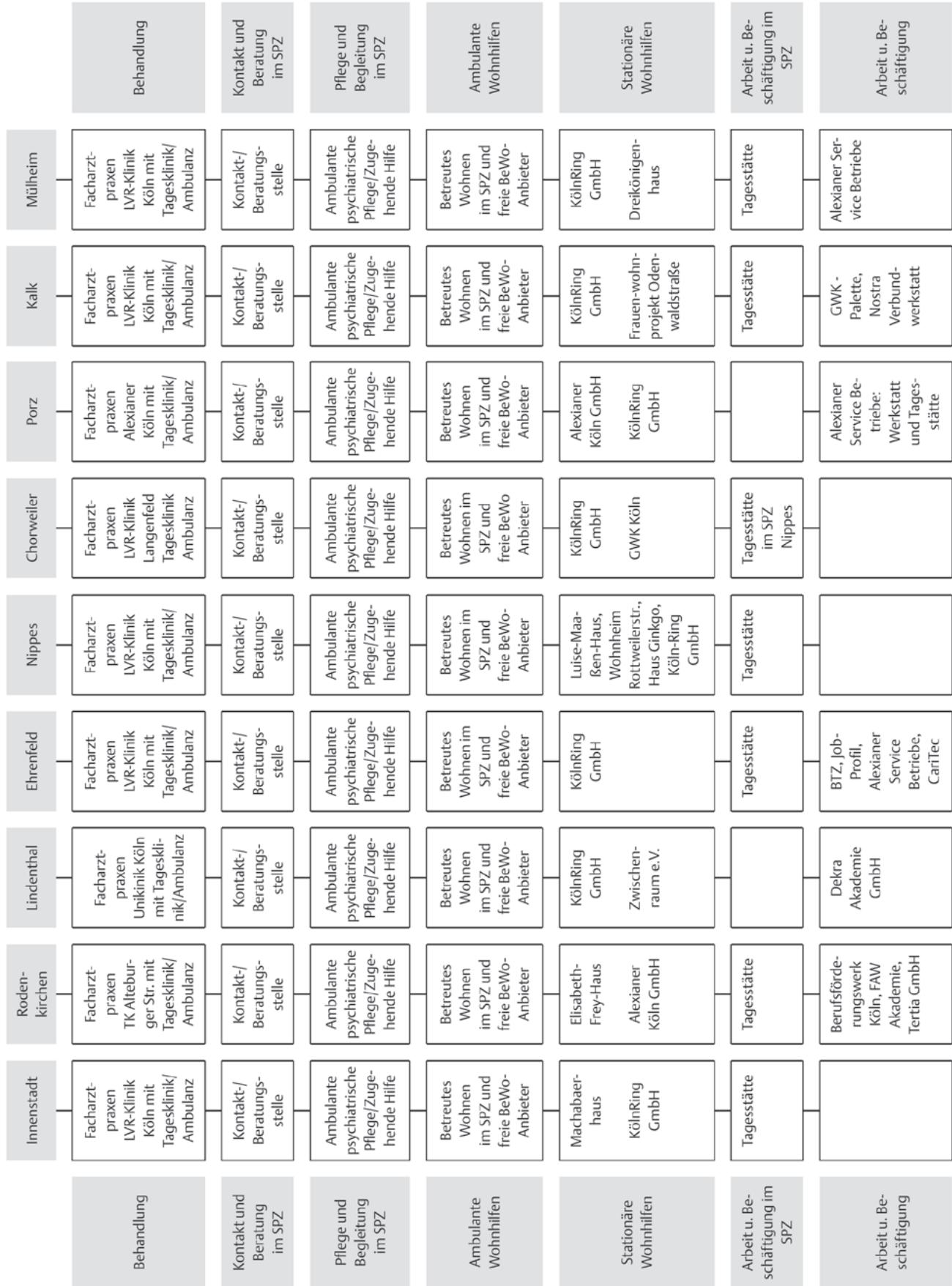
6. Gremienarbeit der Psychiatriekoordination

Die Psychiatriekoordination initiiert eine Reihe von Fachtreffen bzw. nimmt an Arbeitskreisen teil und ist jeweils fachbezogen an der inhaltlichen Vorbereitung und Ausgestaltung beteiligt. Ziel ist, den Austausch auf unterschiedlichen Ebenen zu fördern.

Hierzu gehören exemplarisch folgende Gremien:

- Planungsgruppe des Dezernates unter Teilnahme des Amtes für Soziales und Senioren, des Gesundheitsamtes und des Jobcenters Köln
- Treffen mit den ärztlichen Direktorinnen und Direktoren der sektorversorgenden Fachkliniken
- Sitzung des Gesundheitsamtes mit der Liga der freien Wohlfahrtsverbände
- Koordinationsrunde Hotel Plus
- Quartalsgespräch zur Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen zusammen mit dem Amt für Soziales und Senioren und den Landschaftsverband Rheinland
- Begleitgruppe „Hilfeplankonferenz“ des Landschaftsverbandes Rheinland
- Regionalkonferenz zur Eingliederungshilfe für die Stadt Köln
- Fachtreffen der rheinischen Psychiatriekoordinatorinnen und Psychiatriekoordinatoren
- Stadtarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenpolitik des Amtes für Soziales und Senioren
- Arbeitskreis mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren der Sozialpsychiatrischen Zentren

C. Das psychiatrische Hilfesystem in Köln



Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen steht in Köln ein Hilfeangebot zur Verfügung, dass auf verschiedene Lebensbereiche und Bedürfnisse ausgerichtet ist. Die folgende Übersicht stellt die einzelnen Maßnahmen vor und liefert eine Einschätzung zur aktuellen Situation sowie zu den Entwicklungsmöglichkeiten bzw. -bedarfen.

I. Behandlung und Therapie

1. Ärzte für Psychiatrie und/oder Nervenheilkunde/ Psychotherapie

Die ambulante psychiatrische Behandlung leisten in Köln insgesamt 114 Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und/oder Nervenheilkunde. Ein großer Teil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte haben neben ihrer medizinischen auch eine psychotherapeutische Ausbildung und führen psychiatrische Behandlungen und/oder Psychotherapien durch.

Doch nicht alle Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen suchen einen Facharzt auf. Es ist bekannt, dass eine nicht unerhebliche Anzahl von ihren Hausärztinnen und Hausärzten behandelt wird. Genaue Angaben liegen hierzu allerdings nicht vor.

In jedem Stadtbezirk Kölns gibt es eine unterschiedlich hohe Zahl von psychiatrischen Fachärztinnen und Fachärzten. Die meisten Praxen befinden sich in der Innenstadt, während in den Stadtbezirken Chorweiler und Ehrenfeld, gemessen an der Einwohnerzahl, die Versorgung im fachpsychiatrischen Bereich vergleichsweise gering erscheint.

Rein als statistische Messgröße gesehen, ist die Zahl der

niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Psychiatrie angemessen und dem Bedarf entsprechend. Die Defizite zeigen sich hier eher in den einzelnen Versorgungssegmenten. Zu nennen ist hier vor allem die zu geringe Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, die über Sprach- und Kulturkenntnissen verfügen, um Menschen mit ausländischer Herkunft behandeln zu können.

Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen, die zum Teil eine fehlende Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft aufweisen, sind allerdings vom Regelsystem nicht erreichbar, da dort lange Wartezeiten bestehen, keine Hausbesuche gemacht werden und bei Behandlungsabbrüchen keine weitere Fallverfolgung geschieht. Diese Patientinnen und Patienten sind eher das Klientel des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Die Bedeutung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf die medizinische Behandlung der Betroffenen unter Einbeziehung von ambulanter psychiatrischer Pflege, Soziotherapie oder Ergotherapie ist entsprechend hoch. Umso wichtiger ist daher eine enge Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und dem psychosozialen Hilfesystem.

Voraussetzung für eine gute Kooperation ist, den Kenntnisstand der Ärztinnen und Ärzte über das gesamte Versorgungssystem fortlaufend zu verbessern – zur eigenen Information und zur Weitergabe an die Patientinnen und Patienten. Infolgedessen bemüht sich die Psychiatriekoordination, die Ärzteschaft direkt oder über die Kassenärztliche Vereinigung von Entwicklungen und Neuerungen in Kenntnis zu setzen, um Informationsmöglichkeiten (Broschüren, Internetportale) leicht zugänglich zu machen.

Fachärztinnen und Fachärzte pro Stadtbezirk		
Stadtbezirke	Einwohnerzahl (Statistisches Jahrbuch 2008)	Ärzte für Psychiatrie und/oder Nervenheilkunde/Psychotherapie
Innenstadt	127.033	44
Rodenkirchen	100.936	8
Lindenthal	137.552	24
Ehrenfeld	103.621	4
Nippes	110.092	9
Chorweiler	80.870	2
Porz	106.520	8
Kalk	108.330	6
Mülheim	144.374	9
Insgesamt	1.019.328	114

2. Psychotherapie

Psychotherapie ist die Behandlung von psychisch und psychosomatisch bedingten Krankheiten, Leidenszuständen oder Verhaltensstörungen mit Hilfe psychologischer, das heißt wissenschaftlich fundierter Methoden – wie psychotherapeutischen Gesprächen, Entspannungsverfahren oder kognitiven Techniken. Auf diese Weise werden Störungen des Denkens, Handelns und Erlebens identifiziert und therapiert.

In Köln sind insgesamt 553 psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Krankenkassenzulassung tätig.¹⁹ Dennoch ist die Nachfrage so hoch, dass häufig längere Wartezeiten bis zum Beginn der Therapie üblich sind. Um hier gezielt zu unterstützen, hat die Kassenärztliche Vereinigung eine Zentrale Informationsbörsen Psychotherapie (ZIP) eingerichtet, die kostenlos Fragen zu den verschiedenen Therapieangeboten beantwortet und freie Therapieplätze nennt.

Trotz der hohen Anzahl an ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gibt es für Menschen mit Migrationshintergrund nur wenige Fachleute, die sowohl Sprach- als auch Kulturkenntnisse vorweisen können. Diese Thematik ist von der Kölner Gesundheitskonferenz unter anderem im Rahmen des Gesundheitskonzeptes für Menschen mit Migrationshintergrund in Köln aufgenommen worden.

Noch schwieriger ist die Situation für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung. Die Einrichtungen der Behindertenhilfe machen seit längerer Zeit darauf aufmerksam, dass mehr Menschen mit geistiger Behinderung auch psychisch erkranken bzw. Störungen zeigen und Therapiemöglichkeiten benötigen. In Köln gibt es kaum Psychotherapeuten, die für diese Zielgruppe ein Angebot machen.

3. Ergotherapie

Die ambulante Ergotherapie gemäß SGB V unterstützt Menschen, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel der Hilfe ist, die Verbesserung bzw. Wiederherstellung der beeinträchtigten Fähigkeiten und Funktionen, um eine möglichst große Selbstständigkeit im Alltag zu erreichen. Im Vordergrund steht die Stärkung der vorhandenen Ressourcen.

Trainiert wird beispielsweise die Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, der Körperwahrnehmung, der Konzentration sowie der Fähigkeit zur sozialen Interaktion. Die Therapie wird von der behandelnden Ärztin bzw. von dem behandelnden Arzt verordnet. Die Kosten trägt in der Regel die jeweilige Krankenkasse. Die Ergotherapie findet je nach Wunsch als Einzel- oder auch Gruppentherapie statt.

In Köln hat die Anzahl der Ergotherapiepraxen in den letzten Jahren stark zugenommen. Weit über 20 Praxen bieten speziell Therapien für Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen an, die gut angenommen und von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten als wirkungsvolle Maßnahme anerkannt werden.

Die ambulante Ergotherapie ist eine sehr effiziente Möglichkeit, die eigenen Fähigkeiten auszuloten und gegebenenfalls den Einstieg bzw. die Rückkehr in ein Berufsleben vorzubereiten.

4. Ambulante medizinische Rehabilitation

Ambulante medizinische Rehabilitation ist bei körperlichen Erkrankungen eine etablierte Methode, um nach einer intensiven Krankenbehandlung den Gesundungsprozess weiter zu unterstützen. Sie schließt sich meist an einen Krankenhausaufenthalt an und dient der Stabilisierung und Wiederherstellung der beeinträchtigten Fähigkeiten. Seit 2007 können Menschen mit psychischen Erkrankungen auch in Köln eine entsprechende Weiterbetreuung nach einem Klinikaufenthalt nutzen.

Die ambulante medizinische Rehabilitation bietet fachärztliche Diagnostik, Arbeitsdiagnostik und Rehabilitationstherapie individuell oder in Gruppen an. Nach der Zustimmung des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Ärztin wird die Kostenübernahme beim Rentenversicherungsträger oder beim Sozialhilfeträger beantragt.

Die ambulante medizinische Rehabilitation ist ein weiterer wichtiger Baustein in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen geworden.

5. Psychiatrische Kliniken

In Köln stehen insgesamt fünf psychiatrische Fachkliniken zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen zur Verfügung. Die

Kliniken bieten eine vollstationäre aber auch eine teilstationäre tagesklinische Behandlung an.

Jede Klinik verfügt über eine Institutsambulanz. Hauptzielgruppe der Ambulanzen sind die chronisch kranken Patientinnen und Patienten mit besonders schwierigem Krankheitsverlauf sowie mangelnder Bereitschaft und Fähigkeit zur Behandlung durch die niedergelassene Ärzteschaft. Für diese Patientinnen und Patienten stellen die Institutsambulanzen in den meisten Fällen das einzige längerfristig angelegte Behandlungsangebot bereit.

Ebenso wie die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte haben auch die Institutsambulanzen eine reine Kommunikationsstruktur. Die nachgehende und aufsuchende Hilfe obliegt auch hier dem – dafür nicht hinreichend personal ausgestatteten – Sozialpsychiatrischen Dienst.

In den LVR-Kliniken Köln und Langenfeld sowie im Alexianer Krankenhaus können die Patientinnen und Patienten während ihres Klinkaufenthaltes über die ärztliche Versorgung hinaus, eine Arbeitstherapie beginnen und sie nach der Klinikentlassung gegebenenfalls fortsetzen.

a. Sektorzuständigkeit

Die psychiatrischen Kliniken sind im Notfall für die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner bestimmter Stadtbezirke bzw. Stadtteile Kölns (siehe Tabelle) zuständig. Bei einer freiwilligen Aufnahme in eine Klinik besteht – sofern ein Bett frei ist – prinzipiell die Möglichkeit der freien Krankenhauswahl.

Die LVR-Klinik Köln versorgt als größtes Kölner Fachkrankenhaus insgesamt fünf der neun Stadtbezirke. Die Sektoren der anderen drei Fachkliniken (Alexianer Kran-

kenhaus, Universitätsklinikum Köln, Tagesklinik Alteburgerstraße) sind wesentlich kleiner zugeschnitten.

Zurzeit ist die LVR-Klinik Langenfeld für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Stadtbezirk Chorweiler und für die gerontopsychiatrische Versorgung in Köln-Nippes zuständig. Dies wird sich voraussichtlich nach Fertigstellung der geplanten Tagesklinik in Köln-Chorweiler verändern. Dann wird die LVR-Klinik Köln auch für die Behandlung der Menschen mit psychischen Erkrankungen und Störungen im Kölner Norden zuständig sein. Die Zuständigkeitsverlagerung wird für die Betroffenen und Angehörigen eine Erleichterung im Hinblick auf eine bessere Erreichbarkeit bedeuten.

Die Sektorzuständigkeit der Kliniken bringt für die Kooperation zwischen den stationären und den ambulanten Versorgungsbereichen erhebliche Vorteile. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in der Zusammenarbeit miteinander vertrauter, so dass die Überleitungen der Patientinnen und Patienten von einer Hilfeform in die nächste gemeinsam geplant werden können. Sie haben so die Möglichkeit, mit dem Klinikpersonal Behandlungsvereinbarungen abzuschließen, die konkrete Absprachen bei einer erneuten Klinkaufnahme beinhalten und der gegenseitigen Vertrauensbildung dienen. Die Anwendung von Behandlungsvereinbarungen wird leider nicht von allen Kliniken offensiv angeboten, obwohl sie für beide Seiten nur Vorteile bringen.

Im Zuge von konzeptionellen Umstrukturierungen gehen die Fachkliniken inzwischen dazu über, Stationen mit speziellen Behandlungsschwerpunkten (Borderline, Depression, Doppeldiagnosen) zu schaffen. Diese Vorgehensweise wirkt sich unter anderem auf die Zusam-

Versorgungsgebiete der Fachkliniken	
Kliniken	Stadtbezirk bzw. Stadtteile
LVR-Klinik Köln	Stadtbezirke Innenstadt incl. Stadtteil Deutz, Ehrenfeld, Nippes, Mülheim, Kalk
LVR-Klinik Langenfeld	Stadtbezirk Chorweiler, Stadtbezirk Nippes nur für Alterspsychiatrie, in der Regel ab 60 Jahre
Universitätsklinikum – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Stadtbezirk Lindenthal
Alexianer-Krankenhaus	Stadtbezirk Porz und Stadtbezirk Rodenkirchen Allgemeinpsychiatrie nur Stadtteile: Rodenkirchen, Rondorf, Meschenich, Hahnwald, Weiß, Immendorf, Godorf, Sürth
Tagesklinik Alteburgerstraße	Stadtbezirk Rodenkirchen nur Stadtteile: Bayenthal, Marienburg, Raderberg, Raderthal, Zollstock Innenstadt: Altstadt-Süd, Neustadt-Süd

Kapazitäten im teilstationären und stationären Bereich			
Erwachsenenpsychiatrie	Betten	tagesklinische Plätze	Gesamt
LVR-Klinik Köln	408	90	498
Uni-Klinik Köln	93	20	113
Alteburger Straße gGmbH	40	56	96
Alexianer-Krankenhaus Köln-Porz	150	25	175
Summe	691	191	882

Quelle: Landschaftsverband Rheinland – Stand 12.05.2009

menarbeit mit den ambulanten Hilfeanbietern aus, da mit mehreren Stationen nicht in der gleichen Intensität kooperiert werden kann, wie zuvor nach dem durchgängigen Sektorprinzip. Zum jetzigen Zeitpunkt schließen sich Spezialisierung und gemeindenähe Orientierung in der Praxis noch aus. Obwohl die Schwerpunktbehandlung auf speziellen Stationen eine Reihe von Vorteilen mit sich bringt, sollte mit dieser Entwicklung nicht die bisher aufgebaute Zusammenarbeit zwischen den stationären und ambulanten Versorgungssystemen gefährdet werden.

b. Kapazitäten im teilstationären und stationären Bereich

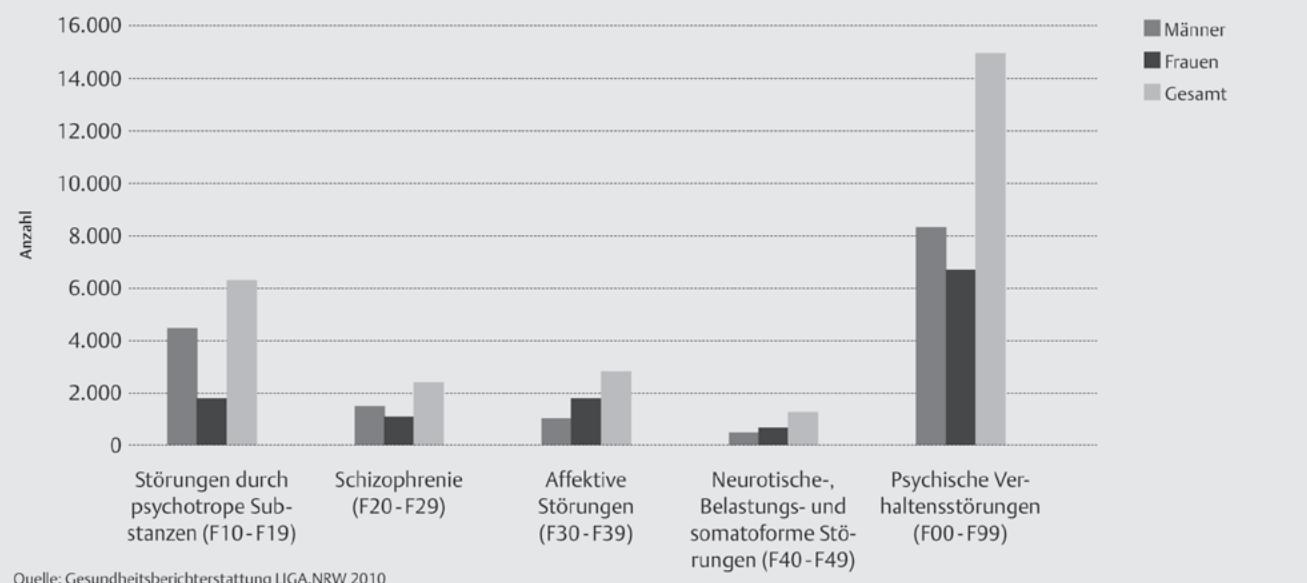
Die Anzahl der Krankenhausbetten ist dem Trend entsprechend in den vergangenen Jahren rückläufig. Die Schaffung von tagesklinischen Plätzen konnte nur zu Lasten der Bettenzahl umgesetzt werden. Die Krankenhausplanung des Landes legt zur Bedarfsberechnung einen Richtwert von 0,6 Promille (600 Betten bei ca.

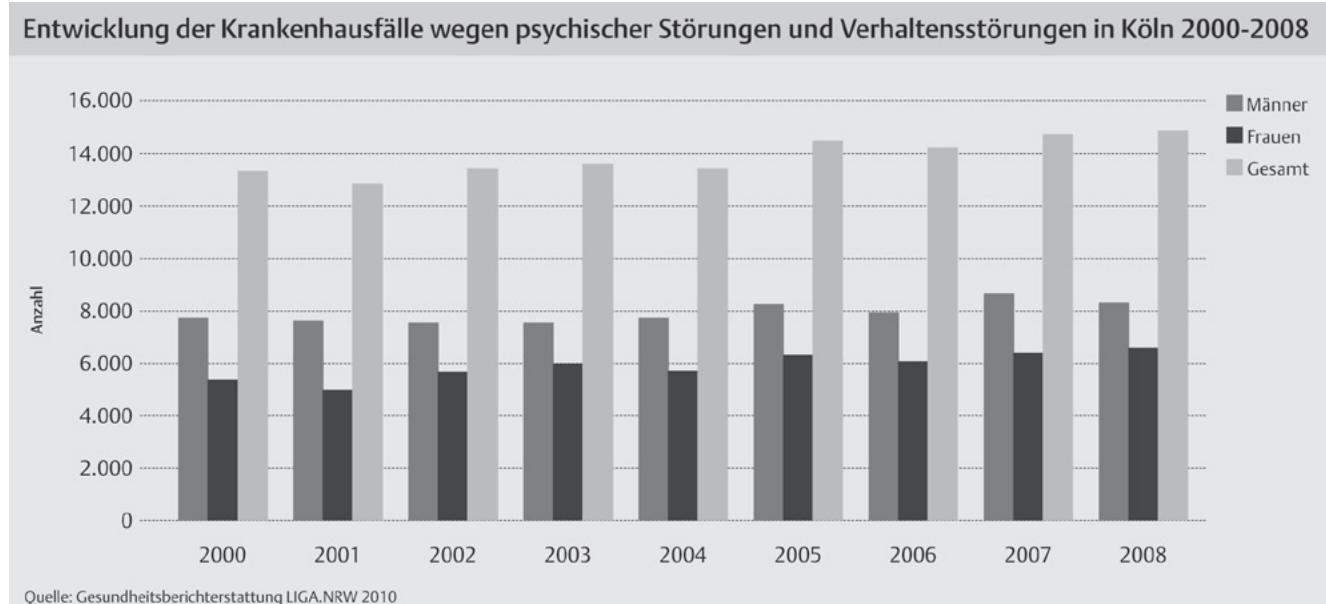
1 Mio. Einwohner/innen) für die Erwachsenenpsychiatrie zu Grunde. Köln liegt mit seinen tatsächlichen Kapazitäten darüber, jedoch signalisieren die sehr hohen Belegungsquoten einen entsprechenden Bedarf.

Die LVR-Klinik Köln, als Kölner Fachkrankenhaus mit der größten Bettenanzahl für ein Einzugsgebiet mit ca. 600.000 Einwohnern, nimmt pro Jahr ca. 5000 Patientinnen und Patienten auf den Stationen der Allgemeinpsychiatrie, der Sucht und der Gerontopsychiatrie auf.

In 2008 wurden insgesamt fast 15.000 Kölnerinnen und Kölner wegen psychischer Störungen und Verhaltensstörungen im Krankenhaus behandelt. Dabei überwiegt insgesamt der Anteil der Männer deutlich. Der Geschlechtsunterschied variiert je nach Diagnoseform. Während bei den affektiven Störungen und den neurotischen Belastungsstörungen und somatoformen Störungen die Frauen häufiger vertreten sind, ist der Anteil der Männer bei Schizophrenie leicht und bei substanzbedingten Störungen weit höher.

Krankenhausfälle wegen psychischer Störungen und Verhaltensstörungen in Köln – 2008





Die Zahl der Krankenhausfälle wegen psychischer Störungen und Verhaltensstörungen zeigt über fast ein Jahrzehnt einen zwar leicht schwankenden aber insgesamt kontinuierlichen Anstieg. Dabei bleibt die Verteilung zwischen Männern und Frauen bemerkenswert ähnlich, indem der Anteil der Männer beständig überwiegt.

Die in den letzten Jahren entstandene Veränderung der Krankenhausverweildauern steht mit der steigenden Krankenhausfällen möglicherweise im Zusammenhang. Während früher Patientinnen und Patienten durchaus für einen längeren Zeitraum stationär behandelt werden konnten, ist heute ein Klinikaufenthalt nach durchschnittlich ca. 20 Tagen beendet. Diese, unter ständigen Kostendruck entstandenen Verkürzungen der Verweildauern, lassen oftmals eine der Schwere der Krankheit angemessene Behandlung nicht zu. Es kommt daher regelmäßig vor, dass Patientinnen und Patienten entlassen werden, die eine intensive Nachsorge benötigen. Umso wichtiger ist eine gute Entlassvorbereitung, um in abgestimmter Form notwendige Unterstützungs-möglichkeiten organisieren zu können. Dies verdeutlicht die Relevanz einer guten Kooperation zwischen der niedergelassenen Ärzteschaft, den ambulanten Hilfseinrichtungen und den psychiatrischen Fachkliniken.

Alle Krankenhäuser verfügen zusätzlich über eine Tagesklinik. Auf diese Weise können Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu Hause wohnen und tagsüber behandelt und therapiert werden. Der Ausbau von tagesklinischen Plätzen in Köln ist ein großer Gewinn, sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehöri-

gen. Die Tageskliniken befinden sich teilweise direkt im Stadtbezirk. Damit haben die Kliniken ein gemeindenahe Angebot geschaffen, das mit anderen Diensten und Einrichtungen im Stadtbezirk gut vernetzt zusammenarbeiten kann.

c. Weiterentwicklung

Wie bereits im Punkt „Sektorzuständigkeit“ erwähnt, wird der Zusammenarbeit zwischen den Kliniken und den ambulanten Einrichtungen und Diensten ein großer Stellenwert beigemessen. Hier ist es in den vergangenen Jahren zu entscheidenden Entwicklungen gekommen. Beispielsweise engagieren sich Klinikvertreterinnen und -vertreter innerhalb der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, wirken in Fachgremien mit und beteiligen sich an übergreifenden Einzelfallplanungen.

Auch die gemeinsame Arbeit in den Sektor- und Hilfeplankonferenzen in den Sozialpsychiatrischen Zentren hat zu einem engeren Austausch geführt.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten und themenzentrierten Fachangeboten führen Sprech- und Kennenlertreffen für die Patientinnen und Patienten auf den Stationen der Fachkrankenhäuser durch.

Die LVR-Klinik Köln beteiligt sich darüber hinaus an einem Projekt des Landschaftsverbandes zur Verbesserung der Verbundkooperation, um Überleitungsprozesse der Patientinnen und Patienten zu optimieren. Doch trotz der vielen positiven Entwicklungen gibt es für Köln auch weiterhin eine Notwendigkeit, Zusammenarbeit auf allen Ebenen zu fördern.

II. Wohnen

1. Ambulante Eingliederungshilfe

Die 2003 in Nordrhein-Westfalen vorgenommene Verlagerung der Zuständigkeit war zunächst auf 7 Jahre begrenzt und wurde aber bereits 2008 um 5 Jahre verlängert. Für die Gewährung der ambulanten Eingliederungsleistungen zum selbständigen Wohnen sind seitdem nicht mehr die Kommunen, sondern die Landschaftsverbände zuständig. Man spricht in diesem Zusammenhang von der so genannten „Hochzonung“ der Kostenzuständigkeit vom örtlichen zum überörtlichen Träger der Sozialhilfe.

Mit der Evaluation der Zusammenführung von Hilfegewährung im ambulanten und stationären Bereich wurde das Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen (ZPE) beauftragt, das 2008 einen Abschlussbericht vorlegte.

Als Ziele der Hochzonung wurden formuliert:

- Entwicklung einer flächendeckenden Angebotsstruktur
- Entwicklung einer bedarfsgerechten Angebotsstruktur
- Ausbau von ambulanten Leistungen
- Entwicklung von Instrumenten zur individuell orientierten Leistungsgewährung
- Entgegenwirken des Anstiegs von Fallzahlen und Kosten im stationären Bereich²⁰

Die Veränderung der Zuständigkeit hat das Verfahren der Gewährung deutlich beeinflusst. Ein Hilfeplan wurde entwickelt, Hilfeplankonferenzen ins Leben gerufen und neue Formen der Zusammenarbeit ausprobiert.

Mitte 2009 konnte eine neue Rahmenvereinbarung NRW zwischen den Landschaftsverbänden und den Kommunalen Spitzenverbänden zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfeleistungen gemäß § 55 SGB IX und § 53 SGB XII ausgehandelt werden. Sie beinhaltet die Eckpfeiler der Kooperation zwischen den einzelnen Akteuren der Eingliederungshilfe. Die dort festgelegten Zielsetzungen gehen mit den Zielen der Kölner Psychiatrieplanung größtenteils einher und setzen auf ein vernetzt arbeitendes Hilfesystem. Von größter Bedeutung für die Planung sind dabei der Wechsel von einer institutionell zu einer individuell orientierten Leistungsgewährung sowie die Fokussierung auf ambulante Leistungen. Damit veränderte sich nicht nur die Art der Leistungserbringung, sondern ganz entscheidend auch die Träger-

landschaft. Neben den bisher allein anbietenden Wohlfahrtsverbände trat eine Vielzahl privater Anbieter.

Auf der Grundlage der Rahmenvereinbarung, die bis zum 30.06.2013 gelten wird, haben die Stadt Köln und der Landschaftsverband Rheinland im Frühjahr 2010 eine Vereinbarung zur Umsetzung der Kooperation zu Leistungen der Eingliederungshilfe beschlossen, die sich auf die bereits in 2006 unterzeichnete Zielvereinbarung zwischen den genannten Kooperationspartnern inhaltlich stützt. Die Vereinbarung gibt detailliert über die Regelung der Zuständigkeiten Auskunft. Die Durchführung von Hilfeplankonferenzen sowie die Form der Vernetzung und Kooperation der Angebote für Menschen mit Behinderungen werden dort ebenfalls genannt.

Zur weiteren Abstimmung der Zusammenarbeit wurden verschiedene Planungsgremien ins Leben gerufen, an denen sich die Psychiatriekoordination beteiligt (Regionalkonferenz, Begleitgruppe Hilfeplankonferenz, Quartalsgespräch Kommune – LVR). Die Psychiatriekoordination nimmt hier eine vermittelnde Funktion wahr, die Anregungen aus der Praxis aufgreift, sie in die Gremien transportiert und sich für konstruktive Prozesse der Weiterentwicklung einsetzt.

a. Stand der Entwicklung

Das Betreute Wohnen (der Landschaftsverband favorisiert jetzt den Begriff „ambulante Wohnhilfen“) ist eine Leistung für Menschen, bei denen eine wesentliche Behinderung aufgrund einer Erkrankung ärztlich festgestellt wurde. Die Hilfe erhalten Personen mit einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung.

Die Leistungsanbieter des Betreuten Wohnens bzw. der Hilfe zum selbständigen Wohnen für Menschen mit psychischen Behinderungen sind die Sozialpsychiatrischen Zentren, Dienste und Einrichtungen der Wohlfahrtspflege sowie eine Reihe von freiberuflich tätigen Fachkräften.

Mit Stand vom Juni 2009 waren insgesamt 126 Anbieter berechtigt, Leistungen gemäß § 53 SGB XII (Eingliederungshilfe) anzubieten. Für die ambulante Betreuung von Menschen mit einer psychischen Behinderung stehen in Köln 100 Leistungserbringer zur Verfügung.²¹ Von diesen 100 Anbietern gehören insgesamt 73 zur Gruppe der freiberuflichen Leistungsanbieter.

²⁰ Selbständiges Wohnen behinderter Menschen – Dokumentation zur Vorstellung des Abschlussberichts am 24.09.2008. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW.

²¹ Statistik des LVR – Stand 06/2008.

Zum Stichtag 30.06.2008 erhielten 1482 Menschen mit einer psychischen Erkrankung ein ambulantes betreutes Wohnen.²² Am 30.06.2009 waren es bereits 1757 Personen, also 275 Menschen mehr als im Vorjahr.

Um Leistungsanbieter im Sinne des Betreuten Wohnens/Hilfe zum selbständigen Wohnen zu werden, ist ein Antragsverfahren beim Landschaftsverband erforderlich. Die Psychiatriekoordination und der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes werden vom Landschaftsverband an der Prüfung der fachlichen Eignung der Bewerberinnen und Bewerber beteiligt. Erst wenn erkennbar ist, dass umfangreiche Erfahrungen in der Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen vorliegen, stimmt das Gesundheitsamt der Erteilung einer Leistungsvereinbarung zu. Die weitere Qualitätsüberprüfung obliegt dem Landschaftsverband Rheinland, der hierzu ein Verfahren entwickelt hat.

b. Form und Art der Hilfe

Das Betreute Wohnen verfolgt in erster Linie das Ziel, Menschen mit psychischen Behinderungen in der eigenen Wohnung oder in einer Wohngemeinschaft bei einer möglichst selbständigen Lebensführung zu unterstützen. Die individuelle Hilfe wird gemeinsam mit dem Betroffenen im Rahmen einer umfangreichen Hilfeplanung festgelegt. Die Betreuung umfasst beispielsweise eine Unterstützung und Anleitung bei der Strukturierung des Alltags, der Regelung von Behördenangelegenheiten und der Kontaktpflege mit Angehörigen, Freunden und Bekannten.

Die Beratung und praktische Hilfestellung orientiert sich an den persönlichen Lebenszielen sowie Fähigkeiten und Wünschen der Klientinnen und Klienten. Die Inhalte der Betreuung bestimmen den Hilfeumfang, der relativ flexibel festgelegt werden kann.

Das Betreute Wohnen gibt einerseits vielen Menschen mit psychischen Behinderungen die Chance, in ihrem vertrauten sozialen Umfeld zu verbleiben. Andererseits haben Betroffene mit dieser individuellen Hilfe die Möglichkeit, aus einer Wohneinrichtung auszuziehen und schrittweise eine selbständige Lebensführung zu erproben.

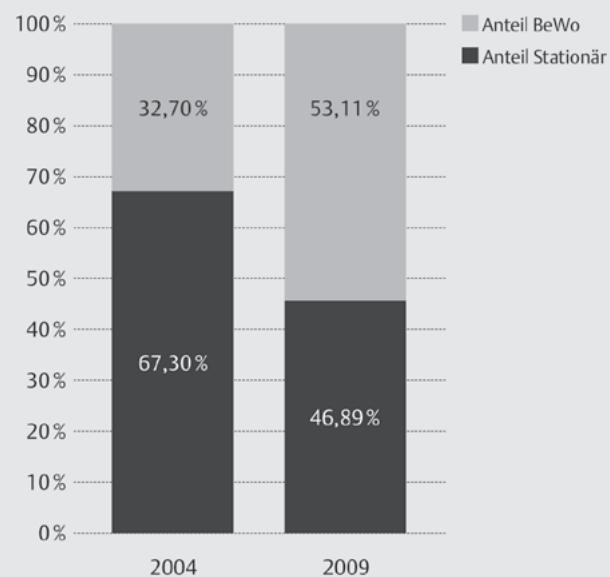
c. Weiterentwicklung

Vor der „Hochzonung“ in 2003 war das Kontingent des Betreuten Wohnens auf eine festgelegte Platzzahl

begrenzt. Bei einer Berechnungsgrundlage von 12 Betreuten pro Vollzeitkraft erhielten in Köln insgesamt ca. 400 Menschen mit psychischen Behinderungen Eingliederungshilfen im Rahmen des Betreuten Wohnens. Inzwischen hat sich die Zahl der Menschen mit seelischen Behinderungen, die ein Betreutes Wohnen erhalten, mehr als verdreifacht.

Aus der Grafik wird ersichtlich, dass sich im Vergleich von 2004 zu 2009 der Anteil des ambulant Betreuten Wohnens gegenüber den stationären Wohnformen grundlegend verändert hat. War es 2004 noch weniger als ein Drittel so ist es 2009 bereits mehr als die Hälfte. Möglicherweise hätten noch mehr Menschen von einer ambulanten in eine stationäre Wohnform übergeleitet werden können, wenn zeitnah geeigneter Wohnraum verfügbar wäre.

**Verhältnis Ambulant zu Stationär aller Zielgruppen
31.12.04 und 30.06.09 in der Stadt Köln**



Quelle: Landschaftsverband Rheinland – Stand 30.06.2009 – Zielgruppe: Menschen mit psychischer Erkrankung, Suchtkranke, geistiger Behinderung, körperlicher Behinderung und Menschen mit einer AIDS-Erkrankung

Mit dem Blick auf die individuellen Bedarfe, die als Grundlage für die Bewilligung dienen, ist das Betreute Wohnen für viele Menschen zugänglicher geworden. Der individuelle Zuschnitt von Leistungen sichert das selbständige Wohnen und macht stationäre Hilfen oftmals nicht oder nicht so bald notwendig. Für die Betroffenen bedeutet dies einen deutlichen Gewinn an Lebensqualität und den Erhalt von Eigenverantwortung und Selbstbestimmung.

Die Psychiatriekoordination begrüßt diese Entwicklung, die mit den Ergebnissen der Bedarfsanlaysen des Gesundheitsamtes von 1998 und 2002 übereinstimmen. Die damaligen Untersuchungen zeigten, dass der Bedarf an ambulanten Hilfen das Angebot sehr deutlich überstieg. Lange Wartelisten machten einen kurzfristigen Einsatz nicht möglich und verhinderten oftmals eine adäquate Versorgung.

Das Ziel der Entwicklung einer bedarfsorientierten ambulanten Hilfeform, die flächendeckend allen Menschen mit einem Eingliederungsbedarf zur Verfügung steht ist aus Sicht der Psychiatriekoordination gelungen. Der größte Teil der Hilfesuchenden kann sowohl mit dem Angebot als auch mit dem Verfahren erreicht werden, wenn auch das Angebotspaket noch Möglichkeiten der weiteren Flexibilisierung offen hält.

Die ambulante Versorgung von Menschen mit komplexen Hilfebedarfen, die über das Betreute Wohnen hinausgehende Hilfestellungen benötigen, ist jedoch nach wie vor schwierig. Die Abstimmung und Kooperation ist im Einzelfall zwar organisierbar, jedoch noch nicht selbstverständlich. Besonders im tagesstrukturierenden Bereich wird ein ergänzender Bedarf gesehen. Nicht-psychiatrische Angebote in den Stadtteilen werden nur selten in die Gesamtplanung einbezogen. Auch hier ist die Forderung nach trägerübergreifender Kooperation unumgänglich.

Die vom Landschaftsverband Rheinland eingangs genannten Ziele können als weitgehend umgesetzt bezeichnet werden. Die Angebotsstruktur hat sich im ambulanten Sektor sowohl bedarfsgerecht als auch flächendeckend entwickelt und konnte mit Instrumenten wie dem Hilfeplan (IHP) weiter optimiert werden.

2. Stationäre Eingliederungshilfe

In Köln wird die stationäre Eingliederung in sehr unterschiedlicher Art und Weise umgesetzt und angeboten. Zu den insgesamt 588 Wohnheimplätzen im gesamten Stadtgebiet gehören sowohl größere Einrichtungen aber auch dezentrale Wohneinheiten mit nur wenigen Plätzen. Alle Wohneinrichtungen haben sich in den letzten Jahren konzeptionell verändert und setzen auf ein aktivierendes Betreuungsmodell mit viel Raum für ein selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft.

Durch die „Hochzonung“ wurde die Gewichtung zwischen ambulanter und stationärer Eingliederungshilfe entscheidend verschoben. Bei der früheren institutionel-

len Förderung und der begrenzten Anzahl von Angeboten war eine Berücksichtigung der individuellen Bedarfe nur eingeschränkt möglich, so dass bei einem größeren Eingliederungsbedarf in der Regel eine stationäre Wohnhilfe folgte.

Die Sicherstellung von stationären Angeboten der Eingliederungshilfe ist originäre Aufgabe des Landschaftsverbandes Rheinland. Wie im Bereich des Betreuten Wohnens handelt es sich bei einer Versorgung in einer Wohneinrichtung ebenfalls um eine Maßnahme der Eingliederungshilfe gemäß § 53 SGB XII. Die Kosten übernimmt der Landschaftsverband, allerdings sind die Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung verpflichtet, ihr Einkommen auch unterhalb der Einkommensgrenzen einzusetzen. Unberücksichtigt bleibt ein Taschengeldbetrag zur freien Verfügung. Die Unterhaltspflicht von Angehörigen wird vom überörtlichen Sozialhilfeträger geprüft und ggf. eingefordert.

a. Stand der Entwicklung

Die Psychiatriekoordination führte 1998 in Zusammenarbeit mit der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Köln eine Bedarfsermittlung durch. Als Ergebnisse der Untersuchung stellte sich unter anderem ein bisher ungedeckter Bedarf an stationären Wohnheimplätzen dar. Eine entsprechende Mitteilung über die städtische Gesamtplanung wurde 1999 dem Sozial- und Gesundheitsausschuss der Stadt Köln vorgelegt. Inhalt der Planung war der sukzessive Ausbau um weitere 100 Plätze.

Basierend auf dem Gedanken einer gemeindenahen Versorgung, beinhaltet das Planungskonzept kleinere Wohneinheiten, ergänzt von dezentralen Außenwohngruppen. Besondere Berücksichtigung fanden die bisher mit stationären Wohnangeboten noch unversorgten Stadtbezirke. Die Planung sah jeweils 20 Plätze in der Kölner Innenstadt, Köln-Rodenkirchen, Lindenthal, Ehrenfeld und Porz vor.

Der Sozial- und Gesundheitsausschuss beauftragte die Psychiatriekoordination, den Ausbau der stationären Plätze voranzutreiben und Planungsgespräche mit dem Kostenträger und den zukünftigen Einrichtungsträgern zu führen. In den folgenden Jahren konnte die Planung nur annähernd umgesetzt werden. In beliebten Stadtbezirken wie Köln-Lindenthal und Köln-Rodenkirchen mangelte es an erschwinglichen Immobilien und auch in Köln-Ehrenfeld konnten trotz des hohen Bedarfs keine zusätzlichen Wohnangebote geschaffen werden.

Es ist auf den ersten Blick sichtbar, dass bei den stationären Wohneinrichtungen der von der Psychiatriekoordination verfolgte Gesichtspunkt der sektororientierten Versorgung (noch) nicht umgesetzt werden konnte.

Die Tabelle zeigt, dass in jedem der neun Stadtbezirke Wohnheimplätze (in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege) zu finden sind. Die Anzahl der Plätze differiert allerdings von Stadtbezirk zu Stadtbezirk sehr deutlich. Die Wohneinheiten reichen von 2-3 Plätzen in dezentralen stationären Wohngruppen bis hin zu größeren Einheiten von über 30 Plätzen an einem Standort. Das Alexianer Krankenhaus, als größter Wohnheimträger, hat in den letzten Jahren viele Wohnheimplätze auf dem Krankenhausgelände konsequent in den Stadtbezirk Köln-Porz ausgelagert. Dort wurden kleinere Wohneinheiten geschaffen, die alle Anforderungen eines zeitgemäßen Wohnens erfüllen.

Um die Reduzierung der Kosten im stationären Bereich umzusetzen, hat der Landschaftsverband Rheinland ein Anreizprogramm mit Laufzeit bis Ende 2008 für den Abbau von stationären Plätzen entwickelt. Einrichtungsträgern wurde eine Prämie für jeden abgebauten Platz in Aussicht gestellt. Das Angebot konnte für den Bereich der Menschen mit psychischen Behinderungen in Köln aufgrund der geschilderten Angebotssituation kaum in Anspruch genommen werden.

b. Form und Art der Hilfe

In Zusammenarbeit mit den Trägern der freien Wohlfahrtspflege konnte in Köln ein stationäres Versorgungs-

konzept kreiert werden, das vorwiegend kleine und überschaubare Versorgungseinheiten vorsieht. Einrichtungen mit mehr als 25 Bewohnerinnen und Bewohner an einem Standort sind in Köln mittlerweile eher die Ausnahme als die Regel.

Heute befinden sich in jedem Kölner Stadtbezirk Wohneime für Menschen mit psychischen Behinderungen, die sich meist in Größe und Aussehen von den umliegenden Wohnhäusern kaum unterscheiden. Die Bewohnerinnen und Bewohner leben in kleineren Wohneinheiten, die wie eine Wohngemeinschaft mit Einzelzimmern und Gemeinschaftsbereichen ausgestattet sind.

Die Wohneinrichtungen bieten ein soziotherapeutisches Betreuungskonzept an, das sich an den tatsächlichen Bedarfen jedes Einzelnen orientiert. Ziel ist es, die vorhandenen Fähigkeiten individuell zu fördern und mögliche Defizite auszugleichen, um ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben mit der Erkrankung führen zu können. Die Bewohnerinnen und Bewohner erhalten unter anderem Unterstützung bei der sinnvollen Gestaltung ihres Tagesablaufs sowie bei der Aufrechterhaltung ihrer sozialen Beziehungen.

Im Unterschied zu den auf eine längerfristige Betreuung angelegten Wohneinrichtungen mit dem Schwerpunkt der sozialen Teilhabe und Eingliederung sind in Köln noch zwei so genannte Übergangswohnheime ansässig, die spezifisch auf eine medizinische und berufliche Rehabilitation ausgerichtet sind. Die Kostenträgerschaft liegt nicht primär beim überörtlichen Träger der Sozial-

Stationäre Plätze in Wohneinrichtungen für Menschen mit psychischen Behinderungen in Köln (Stand 2009)			
Stadtbezirke	Stationäre Plätze	Stationäre Plätze in Sonder-einrichtungen ²³	Insgesamt
Innenstadt	11	16	27
Rodenkirchen	8	36	44
Lindenthal	20	-	20
Ehrenfeld	20	-	20
Nippes	102	18	120
Chorweiler	47	-	47
Porz	181	-	181
Kalk	3	28	31
Mülheim	87	11	98
Insgesamt	479	109	588

²³ Plätze in Übergangswohneinrichtungen, Wohnprojekte für Frauen, Wohnangebote für Mutter-Kind.

hilfe, sondern bei den Rehabilitationsträgern. Das Angebot der Übergangsheime ist maximal auf zwei Jahre begrenzt und wird verstärkt von jüngeren Menschen in Anspruch genommen. Die beiden Übergangseinrichtungen verfügen über insgesamt 34 Plätze und befinden sich in der Innenstadt und im Stadtbezirk Köln-Nippes.

Die Beantragung von stationären Leistungen gemäß § 53 SGB XII erfolgt wie im ambulanten Bereich auf der Basis des Integrierten Hilfeplanes (IHP). Art und Umfang der Hilfen werden in der Hilfeplankonferenz vorgestellt und auf Plausibilität geprüft. Der Landschaftsverband setzt die Laufzeit der jeweiligen Bewilligungen individuell (maximal auf 2 Jahre) fest, um auf Entwicklungsfortschritte frühzeitig reagieren zu können und gegebenenfalls eine Überleitung ins ambulante Hilfesystem möglich zu machen.

Während noch vor der so genannten „Hochzonung“ Warstellen eine kurzfristige Aufnahme in eine Wohneinrichtung unmöglich machten, hat sich nun die Bedarfslage im Verlauf des Ausbaus der ambulanten Hilfen etwas entspannt. Dennoch wird die Zahl der Wohnheimplätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen bezogen auf die Eröffnung der Forensischen Klinik in Köln-Porz für eine Millionenstadt wie Köln nicht als ausreichend angesehen. Besonders für forensische Patienten ist nach jahrelanger Unterbringung der Sprung in die völlige Selbstständigkeit eine zu hohe Anforderung. Sie benötigen zumindest vorübergehend einen geschützten Lebensraum, den nur stationäre Wohneinrichtungen bieten können.

c. Weiterentwicklung

Im Zuge der Flexibilisierung von ambulanten Hilfen sind in den vergangenen Jahren einige Wohnheimträger dazu übergegangen, neben stationären Angeboten auch ambulante Angebote im Sinne eines Wohnverbundes aufzubauen. Diese Struktur lässt eine Veränderung der Betreuungsform zu, ohne dass zwangsläufig ein Beziehungsabbruch zwischen Mitarbeitern und Klienten entsteht.

Mittlerweile halten fast alle der insgesamt neun Träger von stationären Wohnangeboten auch dezentrale stationäre Außenwohngruppen bis hin zu Einzelappartements mit ambulanter Betreuung vor. Der Landschaftsverband Rheinland als Kostenträger unterstützt die Entwicklung von Wohnverbünden, da sie den Übergang von einem

stationären Wohnangebot in ein selbständiges Wohnen erleichtern.

Die Hilfeträger können mit den in der Betreuungsintensität unterschiedlich konzipierten Angeboten wesentlich individueller auf die Bedürfnisse der Menschen mit psychischen Behinderungen eingehen und auf Veränderungen entsprechend reagieren.

Hinzu kommt, dass Träger mit Wohnverbünden Synergieeffekte, insbesondere im Hinblick auf die Sicherstellung von Leistungen nutzen und konzeptionell verzahnt arbeiten können.

III. Arbeit und Beschäftigung

Im Bereich Arbeit und Beschäftigung kann Köln auf ein sehr unterschiedlich ausgestaltetes Angebot zurückgreifen. Das ausdifferenzierte Hilfesystem hat einerseits den Vorteil, individuell auf Bedürfnisse eingehen zu können, andererseits erfordert es einen gewissen Aufwand, um transparent und in seinen Möglichkeiten ausschöpfbar zu sein.

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft war schon sehr früh bemüht, durch gezielte Information an Hand von Broschüren („Wer hilft psychisch kranken Menschen in Köln?“ und „Wege zur Arbeit“) einen breiten Überblick zu schaffen. Schwierig in der Handhabung sind die häufigen Änderungen in der Maßnahmenstruktur und die sich wandelnden Zielgruppen. Die damit verbundenen kurzfristigen Maßnahmewilligungen und -laufzeiten stehen einer kontinuierlichen Betreuung und einer zielgerichteten Rehabilitationsplanung oft entgegen. Eine deutliche Verbesserung entsteht allerdings, wenn die Betreuung durch das Disability Management (DiMa) des Jobcenters, zuständig für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen, erfolgt.

Ergänzend zu den bestehenden Informationstransfers wurde das „Kölner Instrumentarium“²⁴ von namhaften Fachleuten entwickelt, um die verschiedenen Wege in Richtung einer beruflichen Rehabilitation zu verdeutlichen. Es zeigt die unterschiedlichen Phasen der Rehabilitation auf, die schrittweise und aufeinander aufbauend in Angriff genommen werden können. Das „Kölner Instrumentarium“ wie auch die Broschüren der PSAG sollen die Möglichkeiten und die Funktionen der Maßnahmen und Hilfeformen überschaubar und handhabbar machen.

Ziel der Angebote soll eine den individuellen Fähigkeiten angemessene Beschäftigung sein, die für Menschen mit psychischen Erkrankungen Entwicklungspotenzial und eine realisierbare und beständige Perspektive bieten.

1. Bedeutung der Arbeit

Arbeit und Beschäftigung haben innerhalb unserer Gesellschaft eine große Relevanz für die Gestaltung des menschlichen Lebens. Die Arbeit ist nicht nur eine Tätigkeit zur Sicherung des Lebensunterhalts, sondern erfüllt auch eine ganze Reihe von weitergehenden Funktionen. Umgekehrt stellt der Mangel an Arbeit eine nicht unerhebliche Einschränkung für die Betroffenen dar. Gilt seit der großen Erhebung in den 30iger Jahren des vorherigen Jahrhundert,²⁵ dass sich Erwerbslosigkeit auf die Lebensbezüge nachhaltig auswirkt und sogar krank machen kann, so trifft dies um so mehr für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu.

Arbeit und Beschäftigung hilft beispielsweise den Tag zu strukturieren, stärkt das Selbstwertgefühl und ermöglicht gesellschaftliche Kontakte. Menschen, die erwerbstätig sind, erhalten Wertschätzung und gesellschaftliche Anerkennung, die wiederum ihr Selbstvertrauen stützt und sie motiviert, aktiv zu sein. Aufgrund der positiven und multikausalen Effekte der beruflichen Eingliederung, ist sie neben der medizinischen und sozialen Rehabilitation als Teil eines Gesamtkonzeptes zu sehen, das besonders in den letzten Jahren immens an Bedeutung gewonnen hat.

2. Rechtliche Grundlagen

Die Leistungen der beruflichen Integration werden vorrangig auf Basis des SGB II, III, V, VI, IX und XII gefördert. Dies richtet sich nach den jeweiligen Ansprüchen der Leistungsberechtigten. Wie bereits beschrieben, wird die Ergotherapie im Rahmen der Krankenkassenleistungen gemäß SGB V auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung finanziert. Die medizinische Rehabilitation kann zu Lasten des Rentenversicherungsträgers oder des Sozialhilfeträgers gemäß SGB VI und SGB XII in Anspruch genommen werden.

Auf der Grundlage des SGB II vermittelt das Jobcenter Menschen mit psychischen Erkrankungen ganz gezielt in Maßnahmen zur Orientierung und Abklärung, in Bildungs- und Fördermaßnahmen aber auch in speziell für den Personenkreis geschaffene Arbeitsgelegenheiten.

Im SGB IX werden die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen differenziert dargestellt. Es fasst die rechtlichen Grundlagen für die Inanspruchnahme beispielsweise einer Beschäftigung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen zusammen und gibt darüber hinaus viele richtungweisende gesetzliche Vorgaben zur konkreten Umsetzung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen.

3. Form und Art der Maßnahmen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation

a. Arbeitstherapie und Ergotherapie

Schon während eines Klinikaufenthaltes können in der Arbeitstherapie der psychiatrischen Fachkliniken soziale und berufsbezogene Fertigkeiten trainiert und wichtige Aspekte wie beispielsweise Konzentration und Ausdauer eingeübt werden. Die Arbeitstherapie zielt auf eine konkrete Förderung ab, um der Patientin/dem Patienten die Rückkehr in den Arbeitsprozess zu erleichtern bzw. auf das selbstständige Arbeiten in weiterführenden Behandlungseinrichtungen vorzubereiten.

Die ambulante Ergotherapie unterstützt Menschen, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Sie bietet die Möglichkeit, eigene Potenziale zu entdecken und verloren gemeinte Fähigkeiten wiederzuerlangen.

b. Medizinische Rehabilitation

Das bereits unter Punkt C I 4 inhaltlich dargestellte Angebot der ambulanten medizinischen Rehabilitation wurde im Jahre 2007 unter der Bezeichnung „Oskar“ vom Kölner Verein für Rehabilitation e.V. ins Leben gerufen und ist bisher die einzige Einrichtung ihrer Art in Köln. Zur ambulanten medizinischen Rehabilitation gehören die fachärztliche Diagnostik, die Arbeitsdiagnose und die Rehabilitationstherapie. Individuell werden hier Möglichkeiten einer beruflichen Integration abgeklärt und die ersten Weichen gestellt.

c. Begleitende Beratung und Vermittlung

In Köln sind zwei Integrationsfachdienste in unterschiedlicher Trägerschaft und Aufgabenstellung tätig. Der Integrationsfachdienst gGmbH (IFD) – Beratungsstelle für (schwer-)behinderte Menschen – übernimmt schwerpunktmäßig die Beratung und Betreuung bei der Suche nach einem Arbeitsplatz. Der Fachdienst leistet darüber hinaus auch Unterstützung für Arbeitnehmerin-

nen und Arbeitnehmer, die aufgrund ihrer Behinderung am Arbeitsplatz Hilfe benötigen. Der IFD ist tätig im Auftrag des LVR-Integrationsamtes und anderer Rehabilitationsträger. Er arbeitet bei Bedarf eng mit der Agentur für Arbeit sowie anderen Fachdiensten und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation zusammen und bietet auch Beratung und Unterstützung für Arbeitgeber an.

Das Leistungsspektrum des IFD in der Berufsorientierung

- Erstellung einer detaillierten Fähigkeitsdiagnostik – was kann ich?
- Erarbeitung eigener beruflicher Interessen – was will ich?
- Darauf aufbauende gezielte Praktikumsakquise.

Der Integrationsfachdienst – Berufsbegleitung berät und betreut schwerbehinderte Menschen, die im Arbeitsleben oder unmittelbar vor Arbeitsaufnahme stehen und an einer psychischen Erkrankung oder Einschränkung leiden.

Der Dienst versteht sich als Partner sowohl der schwerbehinderten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wie auch der Arbeitgeber und arbeitet bei Bedarf eng mit der Fachstelle für Schwerbehinderte im Arbeitsleben, der Agentur für Arbeit, Ärzten, Therapeuten und anderen Fachdiensten der beruflichen Rehabilitation zusammen.

d. Orientierung/Abklärung/Berufsfundung

In der Phase der beruflichen Abklärung werden die Ressourcen der Betroffenen sowie die Chancen einer Rehabilitation eingeschätzt. Das Thema „Arbeit und Beschäftigung“ sollte frühzeitig Teil einer gezielten Hilfeplanung werden, selbst wenn eine berufliche Tätigkeit noch weit entfernt zu sein scheint. Entscheidend ist, dass Möglichkeiten der Unterstützung ausgeschöpft werden. Ziel der Hilfeplanung soll immer eine langfristig angelegte Teilhabe am Arbeitsleben sein. So sind zeitlich begrenzte Maßnahmen kein wirkliches, auf die Zukunft gerichtetes, Teilhabeziel.

Information und Beratung zur beruflichen Situation für Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen bietet das JobProfil an. Es ist seit Jahren fester Bestandteil des Jobcenter-Maßnahmeportfolios und richtet sich an die Altersgruppe zwischen 18 und 55 Jahren. Ein anschließender vierwöchiger Kurs zur Orientierung und Abklärung in Arbeit und Beruf soll helfen, eine berufliche Perspektive zu entwickeln. In Form eines Abschlussgutachtens mit Empfehlungen zur weiteren beruflichen Förderung werden die gemeinsam festgelegten Ziele dokumentiert.

So genannte Assessments werden im **Berufsförderungswerk Köln gGmbH** durchgeführt, um ein Fähigkeits- und Leistungsprofil zu erstellen und durch Beratung und Diagnostik geeignete berufliche Perspektiven herauszuarbeiten. Die Profile stützen sich auf Informationen über die gesundheitliche Situation, die intellektuellen Fähigkeiten, die berufspraktischen Fertigkeiten sowie die Interessen und Neigungen der teilnehmenden Menschen. Die Dauer der Maßnahme richtet sich nach den zur Klärung anstehenden Fragen und kann von 2 Stunden bis hin zu mehreren Wochen andauern.

e. Berufliche Trainingsmaßnahmen

Bei den beruflichen Trainings- und Integrationsmaßnahmen handelt es sich um Angebote, die auf einen Einstieg oder Wiedereinstieg in eine berufliche Tätigkeit abzielen. Ihre Laufzeit beträgt in der Regel 12 Monate. In diesem Zeitraum soll eine berufliche Perspektive zur dauerhaften Integration in den Arbeitsmarkt entwickelt werden. Ergebnis der Trainingsmaßnahmen kann eine Umschulung, eine Weiterqualifizierung oder auch ein beschütztes Arbeitsverhältnis sein. Kostenträger der beruflichen Trainings- und Integrationsmaßnahmen können die Agentur für Arbeit, das Jobcenter Köln, die Deutsche Rentenversicherung oder auch andere, wie beispielsweise die Berufsgenossenschaften, sein.

Im **Berufstrainingszentrum (BTZ) Köln** können Menschen mit psychischen Vorerkrankungen an einem handlungsorientierten und modular aufgebauten Training teilnehmen. Hierbei steht eine interessenorientierte Qualifizierung im Vordergrund. Während des Trainings können spezielle Kompetenzen im Sinne einer Teilqualifikation in unterschiedlichen Arbeitsfeldern vertieft und Grundarbeitsfähigkeiten eingeübt werden. Praktika in Firmen des ersten Arbeitsmarktes komplettieren das Angebot. Die Dauer der Maßnahmen liegt zwischen 3 und 12 Monaten.

Die berufliche Wiedereingliederung der **DEKRA Akademie GmbH** unterstützt Menschen mit psychischen Erkrankungen bei ihrer Arbeitsaufnahme oder Anschlussqualifikation (z.B. Ausbildung, Umschulung). Das Angebot besteht aus unterschiedlichen Phasen. Die ca. viermonatige Grundphase ist zur psychischen Stabilisierung und Festigung der beruflichen Basisfähigkeiten gedacht sowie zur beruflichen Orientierung und Eignungsfeststellung. In der achtmonatigen Praxisphase erfolgt die Erprobung und Qualifizierung durch Praktika in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes.

Die Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW) gGmbH führt eine gezielte Anamnese und Berufszielplanung wie auch ein individuelles Training zur Belastbarkeit für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen durch. Die Dauer der Maßnahme wird einzelfallbezogen mit dem jeweiligen Kostenträger vereinbart. Das Angebot beinhaltet unterschiedliche Stufen mit verschiedenen Laufzeiten.

Im Fachbereich Rehabilitation der **TERTIA Berufsförderung GmbH & Co. KG** können Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen, die vorübergehend aus dem Arbeitsleben ausgeschieden sind und eine berufliche Wiedereingliederung anstreben, entsprechende Maßnahmen in Anspruch nehmen. Die Lehrgänge in diesem Bereich basieren auf einem dreiteiligen Grundkonzept mit den Schwerpunkten: Entwicklung einer Berufsperspektive, begleitende Einzelbetreuung und praktische Erprobung und Umsetzung. Im ersten Abschnitt der Maßnahme werden grundlegende Berufsperspektiven entwickelt, die dann im Rahmen des zweiten Abschnitts erprobt werden können.

Die Gesellschaft für Beschäftigung, Bildung und soziale Dienste des Internationalen Bundes (IB GmbH) ist ebenfalls in der beruflichen Aus- und Weiterbildung Jugendlicher und Erwachsener tätig. Ein Lehrgang aus dem vielfältigen Angebot des Trägers richtet sich an junge Menschen, die wegen einer psychischen Erkrankung bisher keine Berufsausbildung abschließen oder Arbeit aufnehmen konnten. Während der Maßnahme sollen neben der beruflichen Qualifizierung grundlegende Fähigkeiten wie Durchhaltevermögen und Konzentration trainiert werden. Dabei wird an individuelle Interessen und Motivationen angeknüpft.

f. Beschäftigung und Integration

aa. Tagesstätten für Menschen mit psychischer Behinderung

In Köln stehen Menschen mit psychischen Behinderungen insgesamt sieben Tagesstätten mit jeweils fünfzehn Vollzeitplätzen pro Standort zur Verfügung. Sechs Tagesstätten gehören jeweils zu einem der Sozialpsychiatrischen Zentren. Eine Tagesstätte, in Trägerschaft der Alexianer Service Betriebe, befindet sich in unmittelbarer Nähe zur Werkstatt für Menschen mit psychischen Behinderungen in Köln-Porz.

Die Tagesstätten unterstützen Menschen mit psychischen Behinderungen bei der Strukturierung ihres All-

tags und bereiten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme vor. Darüber hinausgehende Informationen zur Arbeit der Tagesstätten sind im Kapitel C. IV zu finden.

bb. Werkstätten für Menschen mit psychischer Behinderung

Die Werkstätten für Menschen mit Behinderungen bieten an mehreren Standorten in Köln eine Vielzahl von Arbeitsplätzen in ganz unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern an. Durch die Schaffung einer realen Arbeitssituation im Zusammenspiel mit einer fachlichen Qualifizierung wird eine Basis geschaffen, von der aus die (Re-)Integration in ein normales Arbeitsleben möglich ist.

Die Aufgaben einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen regelt der § 136 Sozialgesetzbuch IX zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen von Juni 2001. Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben verfolgen die Werkstätten für Menschen mit psychischen Behinderungen das Ziel einer sozialen und beruflichen Integration im Sinne einer selbstbestimmten Lebensführung. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf die individuelle Betreuung und auf ein ausgewogenes Verhältnis von ganzheitlicher Persönlichkeitsentwicklung und beruflicher Förderung gelegt.

Das Konzept der Werkstätten beinhaltet:

- individuell zugeschnittene Arbeitsplätze bei leistungsbegrenzter Vergütung,
- verantwortungsvolle, marktgerechte Tätigkeiten für unterschiedliche Auftraggeber,
- ein umfangreiches Förder- und Bildungsprogramm,
- Unterstützung in Bezug auf eine persönliche Entfaltung.

Im Bereich „Berufliche Bildung“ werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf das Arbeitsleben vorbereitet. In einem dreimonatigen Eingangsverfahren werden zunächst die Fähigkeiten und Neigungen durch spezielle Übungsarbeiten ermittelt. Anschließend folgt, über einen Zeitraum von ca. zwei Jahren, die fachliche und lebenspraktische Förderung. Nach Abschluss der Berufsbildungsmaßnahme erhalten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einen individuell angepassten Arbeitsplatz in den Werkstätten oder auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Die Werkstätten für Menschen mit psychischen Behinderungen befinden sich sowohl im linksrheinischen als auch im rechtsrheinischen Köln und stehen unter der Trägerschaft der Alexianer Service Betriebe Köln, der

Caritas-Werkstätten Köln und der Gemeinnützigen Werkstätten Köln GmbH. Zum 01.01.2010 waren insgesamt 3.335 Menschen mit Behinderungen in Kölner Werkstätten beschäftigt. Der Anteil der Menschen mit psychischen Behinderungen machte ca. 28 % (935 Personen) aus.²⁶

Die veränderte Arbeitsmarktlage lässt die Bedeutung von geschützten Beschäftigungsverhältnissen noch weiter steigen. Die Chance auf einen Arbeitsplatz des ersten Arbeitsmarktes ist für Menschen mit psychischen Behinderungen nur schwer zu realisieren. Der Weg über eine Qualifizierung im Werkstattbereich ist hier eine denkbare Alternative und kann sich im Hinblick auf eine Rehabilitation für viele als hilfreich erweisen.

g. Ausbildung und Umschulung

Das Berufsförderungswerk Köln gGmbH und die DEKRA Akademie GmbH führen über das bereits geschilderte Angebot zur beruflichen Wiedereingliederung hinaus auch Ausbildungen und Umschulungen in verschiedenen Branchen durch.

h. Integrationsbetriebe

Ein Integrationsbetrieb zeichnet sich durch eine auf Wettbewerbsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und Normalität ausgerichtete Struktur aus, in dem Menschen mit und ohne Behinderung zusammenarbeiten. Das Konzept beinhaltet eine besondere Rücksichtnahme durch die behindertengerechte Ausgestaltung der Arbeitsinhalte, -bedingungen und des -ablaufs. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind sozialversicherungspflichtig beschäftigt und erhalten eine tariflich festgelegte sowie leistungsbezogene Bezahlung. Ziel ist die Schaffung einer beruflichen Perspektive sowie die Qualifizierung, Förderung und Vermittlung von schwerbehinderten Menschen in Arbeit unter Berücksichtigung ihrer individuellen Stärken.

Die folgenden drei Kölner Integrationsbetriebe beschäftigen unter anderem auch Menschen mit einer psychischen Erkrankung bzw. Störung.

Die **Nostra gGmbH** wurde als gemeinnütziges Unternehmen aus einer privaten Initiative heraus mit dem Ziel, Dauerarbeitsplätze für behinderte und sozial benachteiligte Menschen zu schaffen, gegründet. Seit 2006 ist der Johannes Seniorendienste e.V., ein diako-

nischer Träger von Altenhilfeeinrichtungen, Mehrheitsgesellschafter. Derzeit beschäftigt die Nostra gGmbH 135 Personen, die nach dem kirchlichen Tarif BAT (KF) entlohnt werden. Der überwiegende Teil des Personals (ca. 80%) besteht aus behinderten und/oder ehemals sozial benachteiligten Menschen.

Im **Hotel Begardenhof** der Alexianer Brüdergemeinschaft in Köln-Rodenkirchen können Menschen mit Sinnesbehinderungen, psychischen und geistigen Behinderungen eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit in Voll- und Teilzeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern (Hauswirtschaft, Service, Verwaltung) erhalten. Das Hotel mit 54 Betten, einem Restaurant mit Bar sowie zwei Fest- bzw. Tagungsräumen hält insgesamt ca. 10 Arbeitsplätze für die obengenannte Zielgruppe vor. Die Beschäftigten werden arbeitsbegleitend von Integrationsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern betreut.

Die Wäscherei **Volldampf Wäschесervice GmbH** kann von Privat- und Geschäftskunden in Anspruch genommen werden und wurde 2002 als Integrationsbetrieb gegründet. Die Wäscherei bietet besonders benachteiligten Menschen einen Zugang zum ersten Arbeitsmarkt. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Behinderungen werden weit möglichst unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes beschäftigt.

i. Niedrigschwellige Beschäftigungsangebote – Zuverdienst

Das Zuverdienst-Projekt Arleb Probe ist ein Angebot der Alexianer Service Betriebe. Menschen, für die eine Tätigkeit in einem geschützten Bereich wie in einer Werkstatt für Behinderte nicht bzw. noch nicht möglich ist, erhalten hier die Gelegenheit, Arbeitsprozesse kennenzulernen. Die Tätigkeiten in den unterschiedlichen Arbeitsbereichen sollen dabei helfen, Grundfähigkeiten einzubüben, zu fördern und zu stabilisieren. Interessenten haben zunächst die Möglichkeit, stundenweise ihre Leistungsfähigkeit zu erproben. Sie erhalten eine monatliche Prämie entsprechend ihrer Tätigkeit, ein kostenloses Mittagessen und die Erstattung ihrer Fahrtkosten. Betreuende Fachkräfte unterstützen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf Wunsch bei der Entwicklung weiterführender Perspektiven.

4. Weiterentwicklung

Die Teilhabe am Arbeitsleben durch niedrigschwellige Ansätze der beruflichen Integration ist für eine erfolgreiche Eingliederungshilfe von großer Bedeutung. Dabei sollten frühzeitig, schon während eines Klinikaufenthaltes, erste Schritte zu einer Hilfeplanung im beruflichen Sektor eingeleitet werden. Wichtig ist, dass noch in der Klinik ein Kontakt zum ambulanten Fachsystem hergestellt wird, um den Rehabilitationsprozess weiter verfolgen zu können.

Sind im Rahmen einer integrierten Hilfeplanung unterstützende Maßnahmen vorgesehen, so sollte die berufliche Rehabilitation auch Teil des ambulanten Angebotes sein. In stationären Wohneinrichtungen gehören ergotherapeutische Maßnahmen zum Betreuungskonzept dazu, um sowohl tagesgestaltend zu unterstützen als auch berufliche Perspektiven zu entwickeln. Dennoch ist festzustellen, dass das Hilfesystem zwar breit gefächert und differenziert, aber in seiner Kapazität immer noch nicht so weit ist, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen erreicht werden, die zum Teil über Jahre relativ planlos und isoliert leben.

Die geänderte Sozialgesetzgebung hat für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die SGB II-Leistungen erhalten, Vorteile aufgrund der in Köln entstandenen Fördermöglichkeiten erbracht. Die Fallmanager des Jobcenter Köln haben inzwischen viele Betroffene in Maßnahmen vermittelt bzw. ihnen Arbeitsgelegenheiten anbieten können. Die Maßnahmen sind allerdings zeitlich befristet. Die gezielten Förderungen münden zum Teil in eine gewünschte langfristige berufliche Perspektive und zwar vor allem, wenn individuell zugeschnittene Einzellösungen gefunden werden können.

Auch in der Zusammenarbeit mit dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe wird bei der Gestaltung der Schnittstellen und der Koordination der Leistungsangebote ein ständiger Bedarf an Abstimmung gesehen. Dies bezieht sich auf niedrigschwellige Ansätze der Berufsvorbereitung, wie Zuverdienstangebote oder Arbeitstrainingsprogramme.

Zusammengefasst sieht die Psychiatriekoordination im Arbeitssektor folgende Notwendigkeiten bzw. Handlungsbedarfe:

- Stärkere Implementierung des Themas „Beschäftigung“ in Denken und Handeln des psychiatrischen Versorgungssystems.
- Umfassende Information des psychiatrischen Versor-

gungssystems über die Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation.

- Frühzeitige Einbeziehung von beruflicher Rehabilitation in die integrierte Hilfeplanung (vor allem im Betreuten Wohnen, Soziotherapie).
- Ausweitung der Nutzung von Assessments zur Orientierung und Einschätzung des individuellen Leistungsspektrums.
- Schaffung von niedrigschwelligen Beschäftigungsangeboten und Zuverdienstmöglichkeiten für Menschen, die weniger als 3 Stunden pro Tag arbeiten können.
- Ausbau und Flexibilisierung der bestehenden beschäftigungsvorbereitenden Maßnahmen (z. B. Teilzeit, stundenweise Beschäftigung).
- Schaffung von Arbeitsgelegenheiten für Personen, die mehr als 3 Stunden pro Tag erwerbstätig sein können, mit dem Ziel der Qualifizierung.
- Koordinierung der Leistungen der Rehabilitationsträger für mehr Durchlässigkeit und Transparenz, um Chancen auf den Arbeitsmarkt zu steigern.
- Stärkere Außenorientierung der Eingliederungsangebote durch beispielsweise Betriebspraktika und Außenarbeitsplätze.

Für die weitere Planung von Maßnahmen im beruflichen Sektor ist es entscheidend, inwieweit es gelingt, eine langfristige Perspektive für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu schaffen. Förderung und Qualifizierung macht nur dann wirklich Sinn, wenn im Anschluss einer Maßnahme eine Beschäftigung folgt.

IV. Sozialpsychiatrische Zentren

Die Sozialpsychiatrischen Zentren sind 1988 vom Landschaftsverband Rheinland konzipiert und initiiert worden, um die einsetzende gemeindenahme Versorgung zu stärken. Nach Definition des Landschaftsverbandes Rheinland handelt es sich bei den Sozialpsychiatrischen Zentren um gemeindenahme Einrichtungen, die im vor- und nachstationären Bereich ein ambulantes Angebot von Betreuung, Beratung und Hilfen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen innerhalb einer fest umrissenen Region in enger Kooperation mit den übrigen Diensten und Einrichtungen vorhält. Das SPZ soll sich insbesondere an chronisch psychisch kranke Menschen richten und ihnen ein dauerhaftes Betreuungsangebot mit niedriger Zugangsschwelle bieten.

Konzeptionell sind die Sozialpsychiatrischen Zentren durch die Bündelung der verschiedenen Funktions-



bereiche ein ambulantes Pendant zum Krankenhaus. Sie bieten bis auf die ärztliche Behandlung (die durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte abgedeckt wird) die gleichen Leistungselemente wie ein Krankenhaus und bestehen, wie das Schaubild zeigt, aus den Bausteinen Kontakt- und Beratungsstelle, Betreutes Wohnen, ambulante psychiatrische Pflege und Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes. In den Sozialpsychiatrischen Zentren in Köln-Innenstadt, Rodenkirchen, Ehrenfeld, Nippes, Kalk und Mülheim gehört auch eine Tagesstätte zum Gesamtangebot.

Im Zeitraum vom 1989 bis 2003 konnte in jedem der neun Stadtbezirke ein SPZ eingerichtet werden. Um die gewachsene Struktur und die Trägervielfalt zu erhalten, wurden zwei Typen von Sozialpsychiatrischen Zentren realisiert. Zum einen die Sozialpsychiatrischen Zentren, in denen ein Träger über alle Bausteine verfügt und zum anderen die sogenannten integrierten Sozialpsychiatrischen Zentren, in denen sich Bausteine in verschiedener Trägerschaft unter einem SPZ-Dach vertraglich kooperativ zusammengeschlossen haben.

Der Koordinator/Die Koordinatorin jedes Sozialpsychiatrischen Zentrums stimmt im Interesse der Versorgung des Stadtbezirks die einzelnen Bausteine aufeinander ab und ist übergreifend tätig. Die Finanzierung der Vollzeitstelle für die SPZ-Koordination stellt der Landschaftsverband Rheinland sicher. Darüber hinaus beteiligt sich die Kommune im maßgeblichen Umfang an der Finanzierung sowohl der Sach- als auch der Personalkosten.

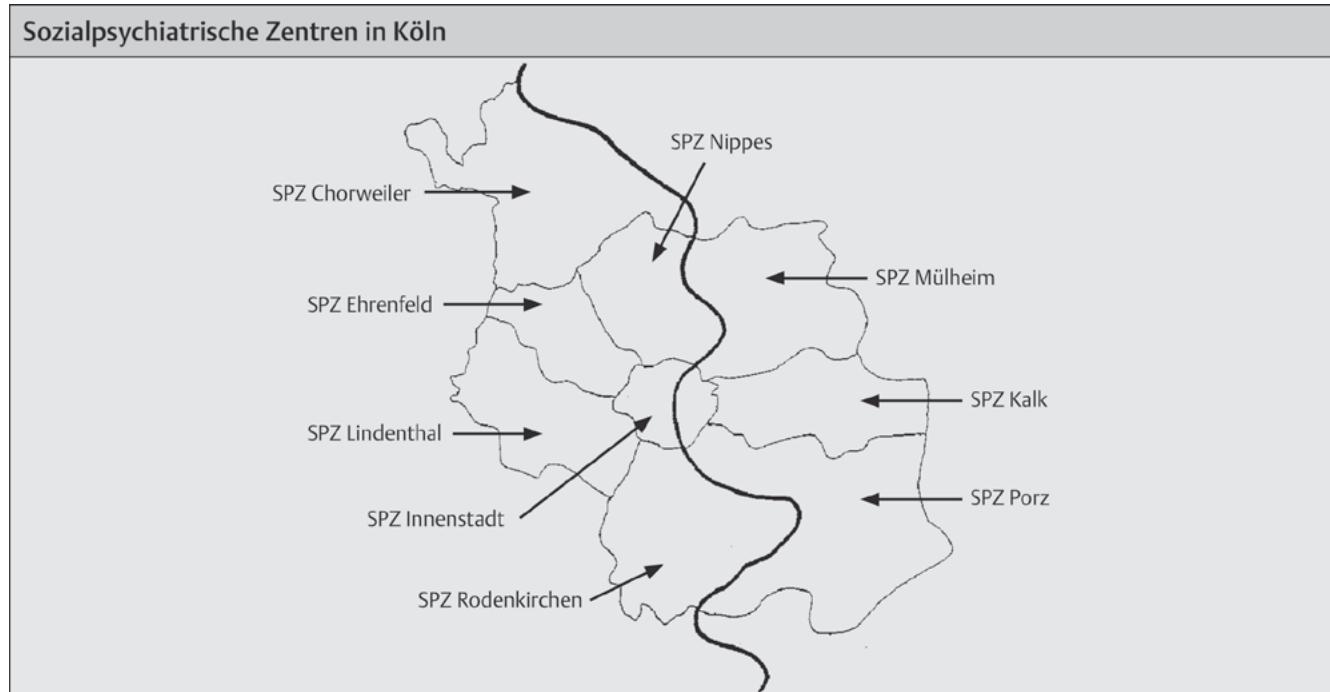
Ergänzt werden die Mittel durch die Eigenleistungen der jeweiligen Träger der Freien Wohlfahrtspflege.

1. Kontakt- und Beratungsstelle

Den Kern jedes Sozialpsychiatrischen Zentrums bildet die Kontakt- und Beratungsstelle. Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen und ihre Angehörigen erhalten dort ein niedrigschwelliges und kostenloses Beratungs- und Begegnungsangebot, dass auf Wunsch auch anonym in Anspruch genommen werden kann.

Die Kontakt- und Beratungsstelle versteht sich als Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen, in der verlässliche und stabilisierende Beziehungen entwickelt und gegebenenfalls weitere Hilfen innerhalb und außerhalb des Sozialpsychiatrischen Zentrums vermittelt werden können. Das Beratungsangebot wird meist intensiv genutzt, um alle Fragen zur Bewältigung des täglichen Lebens zu besprechen.

Die Kontakt- und Beratungsstellen bieten sowohl Schutz- als auch Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten. Das Spektrum der Aktivitäten ist breitgefächert und reicht von einem offenen Treff im Sinne eines Cafés bis hin zu verschiedenen Gruppenangeboten, die bei der Krankheits- und Alltagsbewältigung nützlich sein können. Ergänzend hierzu finden Freizeitaktionen statt, die teilweise von Laienhelfern aber auch von den Nutzern selbst durchgeführt werden. So sorgt die Kontakt- und Beratungsstelle für einen Austausch und eine Annäherung zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern eines Stadtbezirks und



fördert gleichzeitig das ehrenamtliche Engagement. Das Angebot wird von den Nutzerinnen und Nutzern individuell in Anspruch genommen. Ein nicht unerheblicher Teil sucht die Kontakt- und Beratungsstellen regelmäßig, oft sogar mehrmals wöchentlich auf. Andere kommen zwar sporadisch aber kontinuierlich. Wieder andere suchen einmalig zu konkreten Anliegen Rat. In Köln ist die Personalkapazität der Kontakt- und Beratungsstellen von SPZ zu SPZ verschieden. Insbesondere die innerhalb der letzten 10 Jahre geschaffenen Kontakt- und Beratungsstellen benötigen dringend mehr personelle Ressourcen, um den Anforderungen gerecht zu werden. Dies sollte im Interesse der Gleichstellung von Bürgerinnen und Bürgern der bisher unzureichend versorgten Stadtbezirke erfolgen.

2. Betreutes Wohnen/Hilfe zum selbständigen Wohnen

Das Betreute Wohnen wurde zunächst als gemeinsame Leistung des örtlichen und überörtlichen Trägers der Sozialhilfe mit den Trägern der Sozialpsychiatrischen Zentren umgesetzt. Die Sozialpsychiatrischen Zentren, im Verbund mit ihren Kooperationspartnern, waren demnach die ersten Anbieter des ambulanten Betreuten Wohnens in Köln.

Aufgrund der engen Zusammenarbeit mit den anderen SPZ-Bausteinen kann das Betreute Wohnen der Sozialpsychiatrischen Zentren noch ergänzende Hilfen im Bereich von Beschäftigung und Freizeitgestaltung anbieten, die ein selbständiges Wohnen weiter unterstützen. Teilweise haben einige Anbieter inzwischen Wohnungen

anmieten können, um ambulant betreute Wohngemeinschaften einzurichten. Weitere Informationen zum Themenkreis sind im Kapitel C. II. zu finden.

3. Ambulante psychiatrische Pflege (APP)

Die ambulante psychiatrische Pflege ist eine aufsuchende Hilfe, die von Fachkrankenschwestern und Fachkrankenpflegern durchgeführt und von den behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten verordnet wird. Die Kosten hierfür übernimmt die jeweilige Krankenkasse auf der Grundlage des § 37 SGB V.

Mit Unterstützung der ambulanten psychiatrischen Pflege sollen Menschen mit psychischen Erkrankungen die Chance erhalten, ein eigenständiges Leben in ihrem gewohnten Umfeld führen zu können. Zur ihren Aufgaben gehört beispielsweise die Information und Anleitung im Umgang mit den Medikamenten, die Motivation zu medizinischen und therapeutischen Maßnahmen, die Hilfe in akuten Krisensituationen, die Verbesserung der Lebensqualität durch die gezielte Aktivierung lebenspraktischer Fähigkeiten und die Vermittlung von zusätzlich erforderlichen Hilfeangeboten. Sie ist damit ein Verbindungsglied zwischen den psychosozialen und den ärztlichen Hilfen. Alle Maßnahmen sollen eine stationäre Behandlung verkürzen bzw. vermeiden oder eine wiederholte stationäre Klinikaufnahme verhindern und langfristig zu einer gesundheitlichen Stabilisierung führen.

In Köln wurde die APP erstmals im Zeitraum von 1993 bis 1998 im Rahmen des sogenannten Kölner Modells in

der Praxis erprobt. Die Basis bildete eine Vereinbarung zwischen den Wohlfahrtsverbänden, den Krankenkassen und der Stadt Köln. Die Finanzierung erfolgte jeweils zu einem Dritteln durch Mittel des Landes, der Krankenkassen und des örtlichen Trägers der Sozialhilfe. Im Rahmen des Modells konnten Träger gefunden werden, die als Kooperationspartner bis heute die psychiatrische Pflege im SPZ leisten.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat im Juli 2005 die Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege bundeseinheitlich geregelt.²⁷ Die wesentlichen Änderungen beziehen sich auf den Diagnosenkatalog, der festlegt, welche Krankheitsbilder eine psychiatrische Krankenpflege erforderlich machen sowie die Begrenzung des Hilfezeitraums.

Mit der neuen Richtlinie wurde die Dauer der APP in der Regel auf maximal 4 Monate begrenzt. Eine Verlängerung ist zwar in Einzelfällen möglich, erfordert jedoch von den Trägern einen unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand. Trotz bestehender Indikation im Hinblick auf eine ambulante psychiatrische Pflege wird in der Praxis oft auf leichter zu realisierende Hilfeformen ausgewichen. Die Psychiatriekoordination wirkt daher in Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst für eine weitere Verordnung von APP durch die niedergelassene Ärzteschaft und durch die Fachkliniken hin.

Ein Teil der Patientinnen und Patienten kann im Anschluss an eine ambulante psychiatrische Pflege wieder mit Unterstützung des sozialen Umfeldes eigenständig leben. Bei anderen gelingt es, eine Anschlussversorgung sicherzustellen. Doch einige, die immer wieder zur Inanspruchnahme von Hilfe motiviert werden müssen und äußerst zurückgezogen leben, sind mit den bestehenden Angeboten nicht erreichbar.

Explizit für dieses Klientel wurde in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Träger der Sozialhilfe ein niedrigschwelliges, also leicht zugängliches Pflege- und Betreuungsangebot im Rahmen der Eingliederungshilfe entwickelt. Die 'Zugehende Hilfe' wird von den psychiatrischen Pflegekräften geleistet. Sie bedarf keiner Antragstellung durch die Betroffenen. Sie richtet sich an Menschen, die ansonsten keine Hilfe in Anspruch nehmen würden. Die Finanzierung dieser niedrigschwelligen Eingliederungshilfe leistet der örtliche Träger der Sozialhilfe. Die Indikation stellt der Sozialpsychiatrische Dienst.

4. Tagesstätte

Die beschäftigungs- und arbeitsorientierten Angebote der Tagesstätten für Menschen mit psychischen Behinderungen verfolgen das Ziel, durch ein verbindliches tagesstrukturierendes Programm, einer Isolation nach einem Klinik- oder Heimaufenthalt entgegenzuwirken.

Grundlegende Aufgabe der Tagesstätten ist, mittels einer sinnvollen Strukturierung des Alltags eine schrittweise (Re-) Integration in das soziale und berufliche Leben zu erreichen. Im Anschluss kann sich daraus gegebenenfalls eine Perspektive in Richtung einer beruflichen Rehabilitation ergeben.

Die Tagesstätten befinden sich in Köln in den Sozialpsychiatrischen Zentren Köln-Innenstadt, Rodenkirchen, Ehrenfeld, Nippes, Kalk und Mülheim. Dort können in unterschiedlichen Beschäftigungsbereichen neue Interessen entwickelt und verschwunden geglaubte Fähigkeiten wieder aktiviert werden.

Die teilstationären Einrichtungen werden im Rahmen der Eingliederungshilfe durch den Landschaftsverband Rheinland finanziert. Das Angebot richtet sich an Menschen, die noch umfassende Hilfe benötigen und nur wenig Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten haben. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollten allerdings in der Lage sein, regelmäßig mindestens 15 Stunden in der Woche das Angebot zu nutzen.

Die Psychiatriekoordination hat in der Vergangenheit mehrfach über den Bedarf eines Ausbaus mit dem Kostenträger Landschaftsverband Rheinland verhandelt. Die Schaffung von Tagesstätten in allen neun Stadtbezirken bleibt nach wie vor ein wichtiges Ziel.

5. Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes

Der Sozialpsychiatrische Dienst wurde im Zuge des flächendeckenden Aufbaus der Sozialpsychiatrischen Zentren überwiegend in den einzelnen Stadtbezirken verortet. Neben der hierdurch erreichten Bürgernähe, sichert die dezentrale Verortung des Sozialpsychiatrischen Dienstes eine Kooperation mit den im Sozialpsychiatrischen Zentrum tätigen Trägern der freien Wohlfahrtspflege. Die enge Zusammenarbeit bringt eine Transparenz über die jeweiligen wechselseitigen Leistungsmöglichkeiten und stellt eine schnelle sich gegenseitig ergänzende Hilfestellung sicher.

a. Rechtliche Grundlagen

Im § 16 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) wurde die Einrichtung eines kommunalen Sozialpsychiatrischen Dienstes ausdrücklich vorgeschrieben. Der § 14 ÖGDG konkretisiert, dass im Bedarfsfall, über die reine Krisenintervention hinaus, auch aufsuchende Hilfen zu leisten sind.

Das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten des Landes Nordrhein Westfalen (PsychKG NRW) in der Fassung von 1999 bildet die Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Hieraus leiten sich folgende Aufgabenbereiche ab:

- vorsorgende Hilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen nach § 7 bis § 9 PsychKG NRW,
- Mitwirkung bei den Unterbringungsverfahren gemäß § 12 bis § 15 PsychKG NRW, um auf eine adäquate Diagnostik und Therapie sowie Nachsorge hinzuwirken,
- Koordinierung und auch Durchführung der nachsorgenden Hilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen gemäß § 27 bis § 29 PsychKG NRW,
- Zusammenarbeit und Kooperation mit den Leistungsanbietern der psychiatrischen Hilfen und der Suchtkrankenhilfe gemäß § 3 PsychKG NRW,
- Beratung und Abklärung von möglichen Rehabilitationsansprüchen gemäß § 59 SGB XII.

b. Form und Art der Hilfe

Der Sozialpsychiatrische Dienst bietet fachärztliche und sozialarbeiterische Hilfen für Menschen mit psychischen Störungen, Erkrankungen und Behinderungen an. Dies sind akute und chronische Psychosen oder andere schwere psychische Störungen insbesondere Suchterkrankungen, so genannte Doppeldiagnosen und gerontopsychiatrische Erkrankungen. Der Dienst arbeitet multiprofessionell und setzt sich aus Ärztinnen und Ärzten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen und einem Psychologen zusammen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in Kleinteams organisiert und je einem der neun Kölner Stadtbezirken zugeordnet.

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist verpflichtet, auf der Rechtsgrundlage des PsychKG tätig zu werden – in der Regel aufgrund von Fremdmeldungen (von Polizei, sozialem Umfeld etc.), die auf den Hilfebedarf psychisch und suchtkranker oder altersveränderter Menschen hinweisen. Das ein Kontakt zu den Betroffenen auch ohne deren ausdrücklichen Wunsch aufgenommen werden

kann, unterscheidet den Sozialpsychiatrischen Dienst von allen anderen ambulanten Diensten und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Dadurch hat der Sozialpsychiatrische Dienst während der üblichen Dienstzeiten die Funktionen des Krisendienstes. Die wesentliche Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist es darüber hinaus, Menschen die krankheitsbedingt nicht in der Lage sind notwendige Hilfen in Anspruch zu nehmen, zu erreichen und sie bei der Inanspruchnahme dieser Hilfen zu unterstützen. Dabei darf nicht verkannt werden, dass es sich hier oftmals und zunehmend um Menschen mit komplexer Problematik handelt – psychische Erkrankungen in Kombination mit Suchterkrankungen, dissozialer Entwicklung, schweren Persönlichkeitsstörungen, Gewalterfahrungen, sozial randständigen Verhältnissen. Ebenso darf nicht verkannt werden, dass es sich hier in vielen Fällen um existenziell bedrohte Situationen handelt, in denen es um Gefährdungsabweichung und Überlebenssicherung geht – notfalls auch gegen den Willen der Betroffenen.

Die Aufgabenschwerpunkte des Sozialpsychiatrischen Dienstes sind:

- interessenfreie Beratung (§ 59 SGB XII), Hilfevermittlung, Clearing,
- aktiv aufsuchende, nachgehende und motivierende Tätigkeit (Abklärung, Beratung, Hilfeplanung, Begleitung) insbesondere bei Personen mit beeinträchtigtem Hilfesuchverhalten,
- Krisenintervention (subsidiär) entsprechend den Vorgaben des PsychKG NRW,
- Mitwirkung bei Zwangsunterbringungen entsprechend den Vorgaben des PsychKG NRW,
- Medizinischer Dienst der Kommune, Gutachtertätigkeiten für die öffentliche Verwaltung (Amtshilfe), PsychKG-Gerichtsgutachten,
- rehabilitative (Langzeit-) begleitung (subsidiär) von Menschen mit komplexem Hilfebedarf, eingeschränktem Hilfesuchverhalten, „Problemfällen“ und süchtigen Menschen,
- Koordination der individuellen Hilfen bei Beteiligung verschiedener Institutionen und Ämter,
- Beteiligung an Hilfeplankonferenzen, fachliche Stellungnahmen, Mitwirkung bei der Erstellung der individuellen Hilfepläne,
- Initiierung, Teilnahme, Moderation und/oder Leitung der regionalen Gremien der gemeindepsychiatrischen Versorgung und gemeinwesenorientierter Gremien,
- Vernetzung mit Institutionen, Angehörigen- und Betroffenenvertretungen.

Fallzahlenentwicklung des Sozialpsychiatrischen Dienstes								
Jahr	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Fallzahl	3.100	4.012	4.126	4.955	5.054	5.070	5.124	5.388

Quelle: Statistik des Sozialpsychiatrischen Dienstes Köln

Im Verlauf der letzten Jahre konnte auch der Sozialpsychiatrische Dienst die bereits beschriebene steigende Zahl von Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen feststellen. In der Betrachtung der Fallentwicklung über einen Zeitraum von fast 20 Jahren ist die Fallzahl des Sozialpsychiatrischen Dienstes um ca. 67 % angestiegen.

In einem Fünfjahresvergleich schwankt die Geschlechterverteilung über die Jahre leicht, bleibt aber immer bei einem deutlichen Überhang der Männer. Die größte Altersgruppe der Klientinnen und Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist zwischen 41 und 60 Jahre alt. (Siehe Grafik Seite 53) Insgesamt haben sich die Altersgruppen im Verlauf der Jahre allerdings nur wenig verändert.

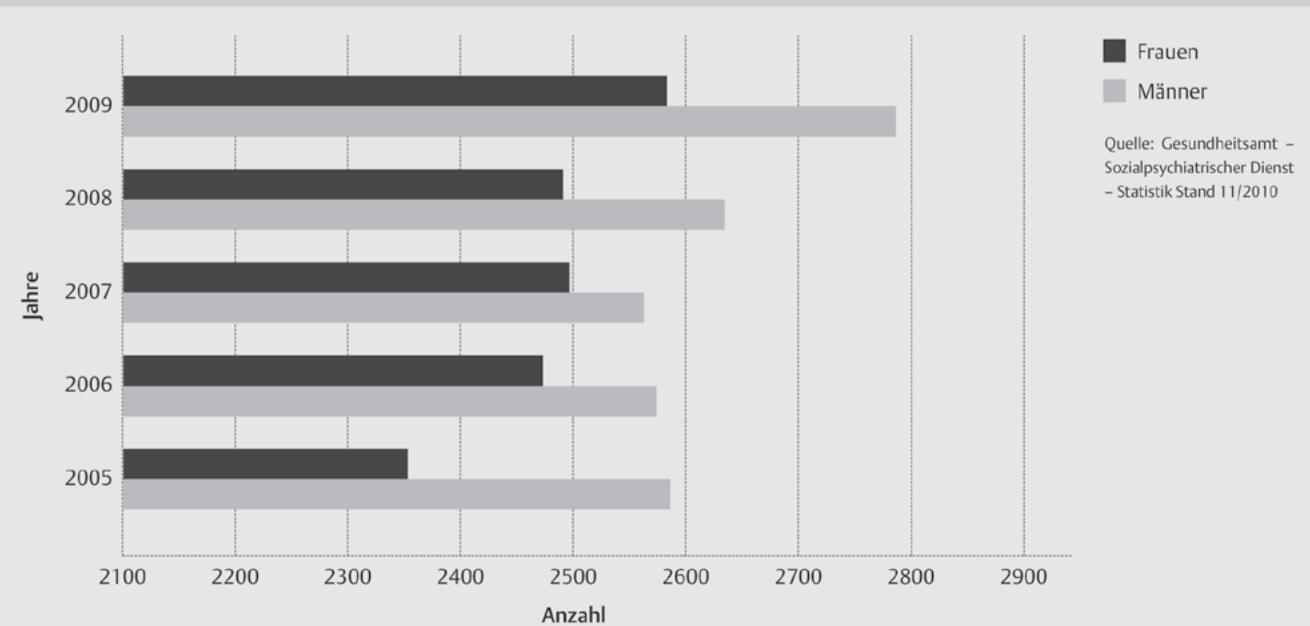
c. Exkurs zum Thema Unterbringungen nach PsychKG NRW

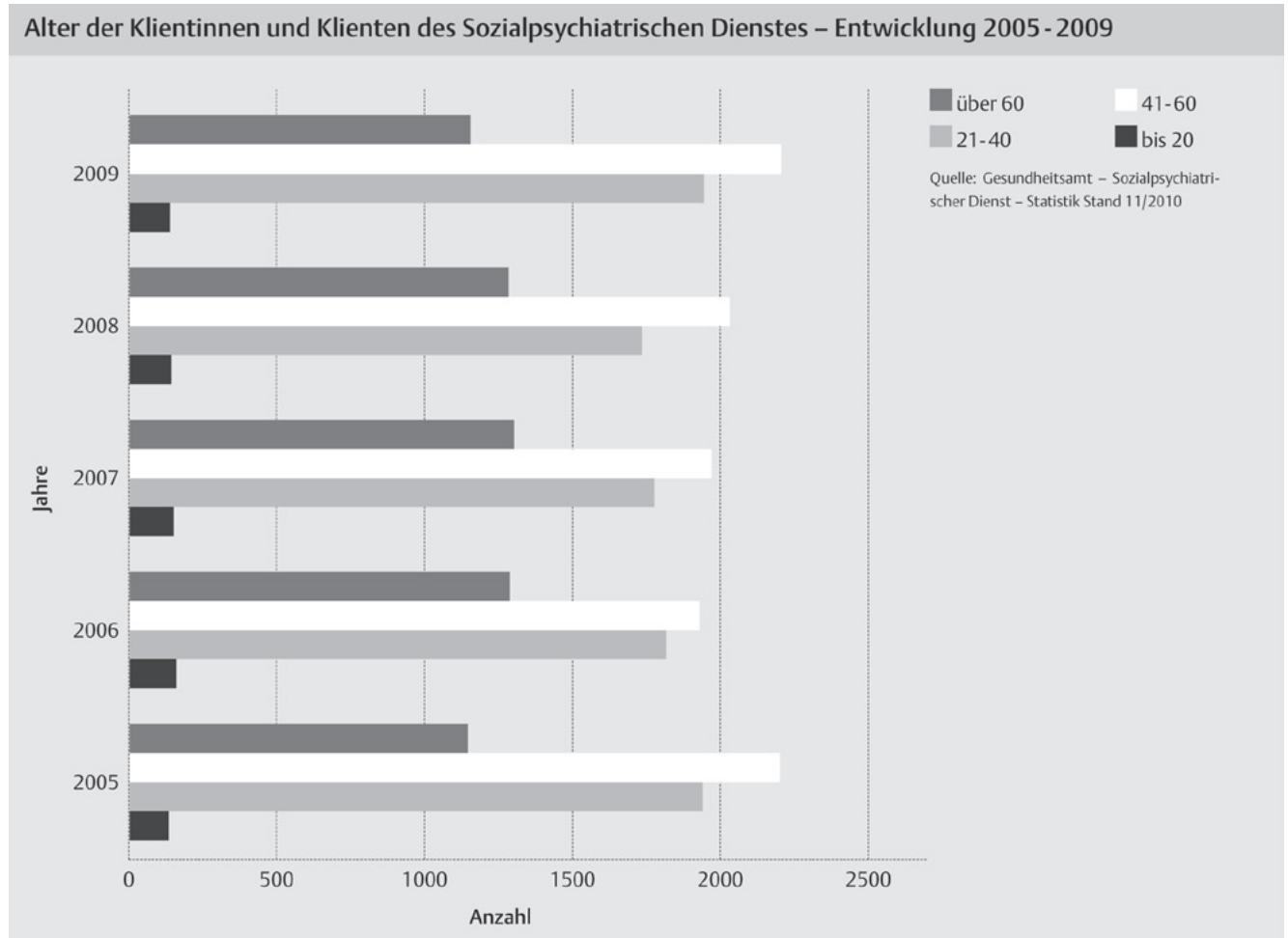
Das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten des Landes Nordrhein Westfalen vom 17.12.1999 (PsychKG NRW) benennt unter anderem Ziele und Regeln zur Durchführung der vor- sorgenden und nachsorgenden Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Im § 2 PsychKG NRW wird

ausdrücklich betont, dass bei allen Hilfen und Maßnahmen aufgrund dieses Gesetzes auf den Willen und die Bedürfnisse der Betroffenen besondere Rücksicht zu nehmen ist.

Die Hilfe soll gemäß § 3 PsychKG NRW durch rechtzeitige und der Art der Erkrankung angemessene medizinische und psychosoziale Vor- und Nachsorge, betroffene Patientinnen und Patienten befähigen, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft führen zu können. Schutz- oder gar Zwangsmaßnahmen sollen möglichst vermieden werden. Art und Dauer der Hilfen richten sich nach den Besonderheiten des Einzelfalls und werden nur geleistet, wenn sie freiwillig angenommen werden. Sie sind gemäß § 3 PsychKG NRW zu gewähren, sobald dem Träger dieser Hilfen ihre Notwendigkeit bekannt wird. Ausdrücklich soll der Träger der Hilfen auch von Amts wegen tätig werden, wenn Anhaltspunkte vorliegen, dass Hilfebedürftige nicht in der Lage sind, Hilfe (selbst) zu beantragen. Die Hilfen werden insbesondere durch Sozialpsychiatrische Dienste geleistet. Nach einer kurzfristigen Absenkung der Unterbringungszahlen in den Jahren 2001 – 2006, ist inzwischen wieder ein Anstieg zu verzeichnen.

Geschlecht der Klientinnen und Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes – Entwicklung 2005 - 2009

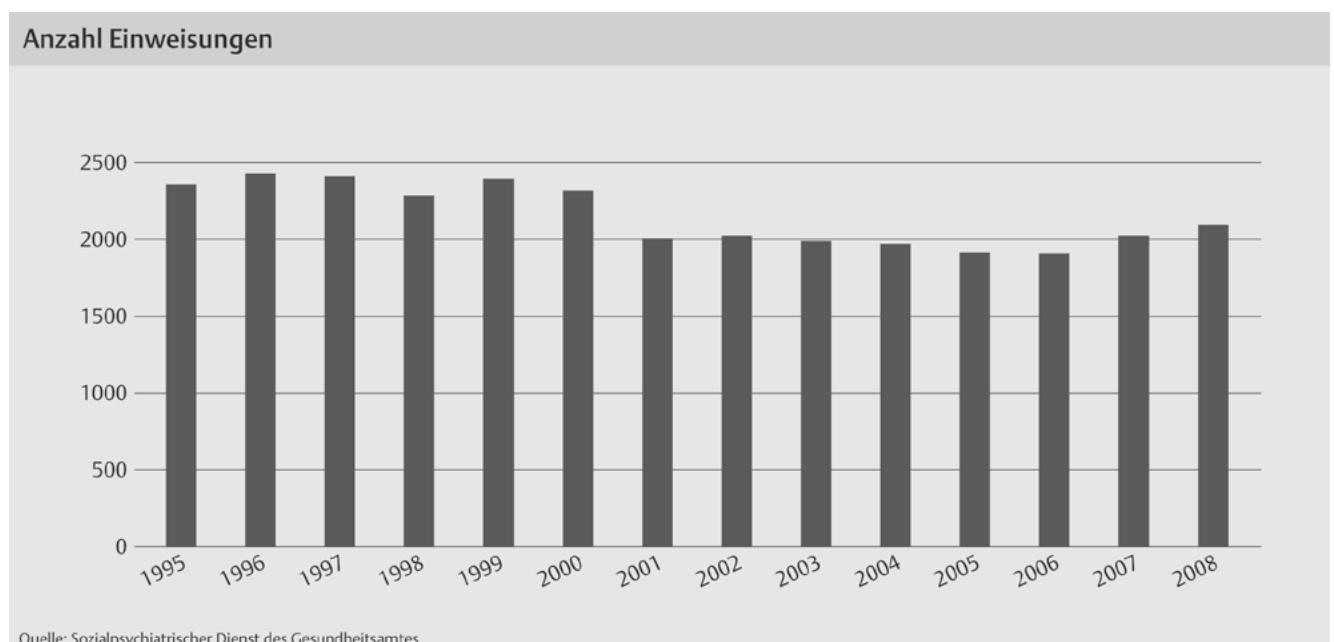




Die genauere Betrachtung der Unterbringungszahlen in der Stadt Köln zeigt sehr deutlich die Problematik einer Großstadt wie Köln. Der Anteil mit der Grobdiagnose Sucht lag 2009 bei 27%. Der Anteil der Menschen mit psychischen Störungen lag bei 57%. Insgesamt 72 % der

PsychKG-Unterbringungen wurden außerhalb der regulären Dienstzeiten beantragt. Der Anteil der vom Gericht abgewiesenen PsychKG-Anträge lag bei 38%.

Im Rahmen einer Studie der Universität Siegen im Auf-



trag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW wurde die Unterbringungspraxis in Köln untersucht und mit anderen Kommunen verglichen. Die Ergebnisse der Studie wurde 2005 vorgestellt. Als Handlungsempfehlung schlug die Universität Siegen unter anderem die Einrichtung eines Krisendienstes vor.

6. Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrischen Zentren

In 2009 regte der Landschaftsverband Rheinland an, allgemeingültige Qualitätsmerkmale für die Sozialpsychiatrischen Zentren im Rheinland zu entwickeln. Vertreterinnen und Vertreter aller 67 Sozialpsychiatrischen Zentren wurden aufgefordert, gemeinsam entsprechende Merkmale zu erarbeiten. Im Verlauf der fachlichen und inhaltlichen Auseinandersetzung wurde deutlich, dass die Kölner Sozialpsychiatrischen Zentren, die inzwischen nach und nach ihrem 20. Bestehen entgegen sehen, sowohl konzeptionell als auch in ihrer Angebotsstruktur innovative Wege beschreiten. Die Weiterentwicklung in Köln ist rheinlandweit verglichen auf einem guten Stand.

Mit Blick auf die insgesamt gute Versorgungsstruktur ist ein Bereich nach wie vor defizitär. Die Psychiatriekoordination hat im erheblichen Umfang Anstrengungen unternommen, um den Ausbau von tagesgestaltenden Maßnahmen bis hin zu geringfügigen Beschäftigungen im Sinne eines Zuverdienstes voranzutreiben. Hierzu sind allerdings finanzielle Ressourcen notwendig, um die allzu dünne Personaldecke nicht weiter zu belasten. Gerade im Bereich der Tagesgestaltung und Beschäftigung wird die Psychiatriekoordination mit den Kostenträgern weiter in Verhandlungen treten. Gleichzeitig werden die Möglichkeiten einer Beschäftigung bzw. Tagesgestaltung für Menschen geprüft, die einen kontinuierlichen jedoch nicht zeitlich umfangreichen Betreuungsbedarf haben. Für diese Menschen mit psychischen Erkrankungen kommt aufgrund des zugrundeliegenden Bedarfes kein Betreutes Wohnen in Frage, dennoch müsste ein Äquivalent geschaffen werden, das sowohl unterstützt als auch die notwenigen Entwicklungschancen bietet. Die Hilfe sollte innerhalb der Kontakt- und Beratungsstellen verortet werden, die niedrigschwellig und interessenzentriert arbeiten.

Zukünftige Zielsetzungen aus Sicht der Psychiatriekoordination sind:

- Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrischen Zentren als ein niedrigschwelliges, ambulantes und sektor-

bezogenes Angebot, vornehmlich für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen.

- Stärkung der Sozialpsychiatrischen Zentren im Hinblick auf ihre ambulante Bündelungsfunktion innerhalb der Versorgungsstruktur im Stadtbezirk.
- Stärkere Orientierung in Richtung Arbeitsleben – bessere Verzahnung zu externen Arbeitsangeboten.
- Ausbau von Aktivitäten gemeinsam mit Bewohnerinnen und Bewohnern des Stadtbezirks – Vernetzung mit anderen nicht-psychiatrischen Akteuren.
- Förderung von Selbsthilfepotenzialen.
- Beteiligung der Nutzerinnen und Nutzer im Sinne einer Mitbestimmung.
- Trialogisch angelegte Planung und Gestaltung des Angebots.

D. Selbsthilfe

Die Selbsthilfe ist ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung geworden. Die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen wurde in den letzten Jahren auf unterschiedlichen Ebenen weiter ausgebaut. Beispielsweise sind die gemäß § 23 PsychKG NRW vorgeschriebenen Besuchskommissionen, die unangemeldet Krankenhäuser aufsuchen, in denen Betroffene nach diesem Gesetz untergebracht werden, trialogisch besetzt. Das bedeutet, dass neben den Fachleuten auch Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige an den Begehung teilnehmen. Sie überprüfen, ob die mit der Unterbringung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verbundenen besonderen Aufgaben erfüllt werden.

Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige werden in die Planung und Durchführung von regionalen und überregionalen Fachveranstaltungen von Verbänden und Vereinen inzwischen einbezogen. Sie berichten über ihre eigenen Erfahrungen und nehmen persönliche Einschätzungen zu den aktuellen Themen in Form von Referaten und Statements vor.

Über die Beteiligung an Gremien und Fachveranstaltungen hinaus organisieren Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige eine Reihe von Angeboten, um Tabus abzubauen und ein gegenseitiges Verständnis zu schaffen. So veranstaltet das Kölner Psychose-Forum in der Volkshochschule Seminare für psychiatrie-erfahrene Menschen, Angehörige, beruflich und ehrenamtlich in der Psychiatrie Tätige sowie interessierte Bürgerinnen und Bürger. Die Veranstaltungen werden trialogisch moderiert und bieten unter anderem einen Erfahrungsaustausch auf gleicher Ebene an.

Seit Anfang 2010 werden Psychiatrie-Erfahrene im Rahmen des EX-IN Projektes (Experienced-Involvement) geschult, um als Mitarbeiterin oder Mitarbeiter in psychiatrischen Diensten oder als Dozentin bzw. Dozent in der Aus-, Fort- und Weiterbildung tätig zu werden. EX-IN ist aus einem europäischen EU-Pilotprojekt hervorgegangen, das als good-practice ausgezeichnet wurde. Die Schulung wird von einem trialogisch zusammengesetzten Ausbildungsteam durchgeführt.

I. Psychiatrie-Erfahrene

Immer mehr Menschen suchen inzwischen Kontakte zu anderen, die sich in ähnlichen Lebenssituationen befinden. Sie schließen sich in Selbsthilfegruppen zusammen, um sich gemeinsam bei der Bewältigung ihrer Probleme zu unterstützen.

Die Selbsthilfeaktivitäten von Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen haben in den letzten 10 Jahren in Köln, wie auch in anderen Kommunen, kontinuierlich zugenommen. Dennoch sind die Zahlen noch nicht mit den im Suchtbereich tätigen Selbsthilfegruppen vergleichbar.

Einige der Gruppen sind Mitglied in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Köln. Sie bereiten Themen vor und bereichern jede fachliche Diskussion durch ihre persönlichen Erfahrungen und Sichtweisen. Menschen mit Psychiatrieerfahrung geben wertvolle Anregungen für die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und wirken in Beiräten sowie Projektgruppen mit. Bedarfsgerechte Hilfeangebote, die den Selbstbestimmungsaspekt der Betroffenen noch mehr berücksichtigen, werden von ihnen gemeinsam erörtert und konzeptionell erarbeitet.

Das Psychose-Netzwerk Köln und Umgebung leistet mit Unterstützung der Selbsthilfe-Kontaktstelle Köln Beratung von Psychiatrie-Erfahrenen für Psychiatrie-Erfahrene. Es wird beispielsweise über Selbsthilfegruppen und alternative Behandlungsmöglichkeiten informiert und über den Umgang mit der psychischen Erkrankung gesprochen. Seit 2010 gibt es im rechtsrheinischen Köln eine Anlaufstelle von Psychiatrie-Erfahrenen für Psychiatrie-Erfahrene, die ebenfalls die Möglichkeit der Beratung und des Erfahrungsaustausches bietet.

II. Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen

1985 hat sich in Köln unter dem Namen Rat und Tat e.V. eine Selbsthilfegruppe von Angehörigen psychisch kranker Menschen gegründet. Der Verein bietet Angehörigen gegenseitige Unterstützung sowie konkrete und praktische Hilfe zur Selbsthilfe an. Rat und Tat e.V. setzt sich ebenso für eine zielgerichtete Interessenver-

tretung in Politik und Gesellschaft ein und ist Mitglied in verschiedenen Gremien.

Zu den Angeboten des Vereins gehören insgesamt neun Gesprächskreise, die wöchentlich stattfinden sowie eine Jugendgruppe ab 13 Jahren für Kinder psychisch kranker Eltern. Darüber hinaus stellt der Verein auch eine Einzelberatung persönlich, telefonisch oder via Internet sicher.

Die Angehörigenarbeit wird ergänzt durch vereinsinterne und öffentliche Informationsveranstaltungen sowie durch einen Erfahrungsaustausch mit anderen Angehörigengruppen und Fachleuten (Mitarbeitern von Institutionen, Kliniken, Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge sowie Trägern von Arbeits- und Wohnangeboten).

E. Erreichter Stand und weiteres Vorgehen

Die Hilfeangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen wurden im Verlauf der letzten 20 Jahre in Köln kontinuierlich aufgebaut. Der aktuelle Stand der Entwicklung ist das Ergebnis intensiver Analysen der Bedarfsstrukturen unter Berücksichtigung der sich verändernden gesellschaftlichen, rechtlichen sowie medizinischen und psychosozialen Voraussetzungen. Wissenschaftliche Erkenntnisse konnten ausgewertet und auf die Bedingungen einer Großstadt wie Köln angewendet werden.

Das bestehende Hilfesystem ist daher in der Bilanz bedarfsgerecht, differenziert und umfassend gestaltet. Es ist auf frühzeitige Intervention und nachhaltige Eingliederung ausgerichtet. Die Zeichen der versorgungspolitischen sowie kostenrechtlichen Neuerungen konnten richtig gedeutet und für die Situation der betroffenen Menschen fruchtbar gemacht werden. Dies ist nicht zuletzt auch ein Resultat der sehr intensiven Kooperation der Stadt in Fachgremien auf Landesebene wie auch mit den an der Versorgung beteiligten Akteuren zum Beispiel im Rahmen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft und in Einzelverhandlungen. Dabei steht auf struktureller Ebene eine fachliche Vernetzung der Angebote sowie auf der Einzelfalleggene eine abgestimmte Hilfeplanung im Vordergrund.

Entscheidend ist nun, den Entwicklungsstand zu halten und gleichzeitig fachliche Weiterentwicklung voranzutreiben. Das Potenzial der bestehenden Angebote bildet eine gute Basis für eine zeitgemäße und bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen. Notwendige Hintergrundbedingungen sind dabei die Berücksichtigung des Gender-Ansatzes und der multikulturellen Zusammensetzung des Klientels ebenso aber auch die gleichberechtigte Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen an den weiteren Entwicklungen. Auf diese Weise lässt sich vermutlich das Inklusionsziels am besten verfolgen.

Im Einzelnen wird besonders in den folgenden Bereichen ein Handlungsbedarf gesehen:

Medizinische und psychotherapeutische Versorgung

Die Weiterentwicklung der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung bezieht sich im Wesentlichen auf zwei Gesichtspunkte. Zum einen die Ver-

besserung des Regelsystems beispielsweise durch die deutliche Steigerung der Anzahl von Ärzten und Psychotherapeuten und zum anderen durch die Förderung der Inanspruchnahme neu hinzugekommener Leistungen, wie Ergotherapie, Ambulante psychiatrische Pflege oder Soziotherapie. Diese sind grundsätzlich als vorrangige Leistungen gegenüber den subsidiären Sozialhilfeleistungen zu sehen und sollten umfassender genutzt und mit möglicherweise anschließenden Sozialhilfeleistungen vernetzt werden. Stichwort wäre hier die kostenträgerübergreifend abgestimmte Komplexleistung.

In der stationären Versorgung sollte ein Versorgungsengpass durch den Abbau von Kapazitäten im klinischen Bereich vermieden werden, der zu unzureichenden Behandlungsdauern und in Folge zu wiederholten stationären Aufnahmen führt.

Zum Themenkomplex der medizinischen Versorgung gehören folgende Aspekte im Überblick:

- Sicherung des Angebots und der Inanspruchnahme von vorrangigen Krankenkassenleistungen gegenüber subsidiären Sozialhilfeleistungen.
- Verbesserung der fachmedizinischen und psychotherapeutischen Versorgung für alle Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen.
- Ausbau von psychosozialen und psychotherapeutischen Hilfen für Menschen mit Migrationshintergrund.
- Erhalt der stationären Behandlungskapazitäten in den Fachkliniken Kölns.

Nachsorge

Die Anschlussversorgung nach einer medizinischen Behandlung bzw. stationären Eingliederungsmaßnahme in einer Wohneinrichtung bildet vielfach die Grundlage für ein Leben mit größtmöglicher Selbstständigkeit. Ambulante Unterstützung und Hilfe hat daher eine hohe Bedeutung und sollte auf die einzelnen Bedürfnisse der Zielgruppen zugeschnitten sein. Schwerpunkt wird hier insbesondere auf junge Menschen gelegt, die spezielle psychosoziale Hilfen benötigen bzw. als Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen erst gar nicht Gefahr laufen sollen, in ihrer Entwicklung beeinträchtigt zu werden.

Menschen mit langen und häufig chronischen Krankheitsverläufen benötigen eine Angebotsstruktur, die

Möglichkeiten offen lässt, individuell gestaltete Hilfen anzubieten. Diese Unterstützungen können in erster Linie die Sozialpsychiatrischen Zentren leisten. Eine besondere Herausforderung an das Hilfesystem bildet die Nachsorge für die Patienten der forensischen Klinik, die im jetzigen Hilfesystem nur vereinzelt versorgt werden können.

Zum Themenkomplex der ambulanten und stationären Nachsorge gehören folgende Aspekte im Überblick:

- Stärkung der Sozialpsychiatrischen Zentren als Bündelung von gemeindenahen und leicht zugänglichen ambulanten Hilfeangeboten, insbesondere für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen.
- Aufbau eines ambulanten Unterstützungsangebots für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen, um Lebensperspektiven zu entwerfen und Chronifizierung zu verhindern.
- Entwicklung von ergänzenden Wohn- und Betreuungsangeboten für junge wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Multimorbidität (Psychose und Sucht).
- Schaffung vernetzter Hilfeangebote mit systemischem Ansatz für Kinder psychisch kranker Eltern und für die erkrankten Elternteile.
- Schaffung von Nachsorgeangeboten zur Reintegration der Patienten aus der forensischen Klinik Köln.
- Ausbau und Vernetzung von ambulanten Hilfen für ältere Menschen mit einer psychischen Erkrankung, um eine weitestgehende Selbstständigkeit so lange wie möglich zu erhalten.

Integration und Rehabilitation

Ergänzend zu den ambulanten Leistungen im Bereich des Wohnens ist eine sinnvolle Beschäftigung wesentlicher Bestandteil einer erfolgreichen Rehabilitation. Dabei kommt es besonders auf eine Förderung von Menschen an, die auf dem Arbeitsmarkt kaum Chancen haben. Dreh- und Angelpunkt ist bei allen Entwicklungsbestrebungen die Schaffung von Arbeitsmöglichkeiten, die nachhaltig eine Perspektive für die Betroffenen bieten.

Zum Themenkomplex der ambulanten Rehabilitation gehören folgende Aspekte im Überblick:

- Aufbau von Fördermaßnahmen zur individuell möglichen Qualifizierung.
- Hinwirkung auf die Schaffung von niedrigschwelligen Beschäftigungsangeboten und Zuverdienstmöglichkeiten, die den Betroffenen eine langfristige berufliche Perspektive ermöglichen.

Vernetzung und Kooperation

Zur Optimierung des Hilfesystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen bekommt der Anspruch von vernetzt arbeitenden Leistungsanbieterinnen unterschiedlicher Fachrichtungen eine große Bedeutung. Die Verknüpfung zwischen stationären Behandlungseinrichtungen und ambulatem Setting ist für die Initiierung von Hilfen maßgeblich. Ebenso ist die Zusammenarbeit zwischen der niedergelassenen Ärzteschaft und dem ambulanten Hilfesystem zu nennen. Ergänzend zu den professionellen Hilfen sollten Selbsthilfeaktivitäten unterstützt werden. Bezogen auf die Versorgung der Betroffenen sichert eine gezielte Hilfeplanung, die sämtliche Bedarfe zusammenfasst, eine fallübergreifende Zusammenarbeit.

Zum Themenkomplex einer gezielten Kooperation auf unterschiedlichen Ebenen gehören folgende Aspekte im Überblick:

- Stärkere Orientierung der psychiatrischen Kliniken in Richtung des ambulanten Hilfesystems zur Verbesserung der übergangslosen Nachsorge.
- Förderung der Kooperation zwischen dem psychiatrischen Versorgungssystem und den niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten.
- Unterstützung und Ausbau der Selbsthilfe von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen in der Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen.
- Sicherung der Zuweisungs- und Durchführungsqualität beim ambulant Betreutem Wohnen (individuelle Hilfeplanung und Hilfeplankonferenzen) sowie Steuerung des Betreuten Wohnens in Richtung einer bedarfsweisen Komplexleistung.

Aufgabe der Psychiatriekoordination wird es sein, die genannten konzeptionellen Planungen nach politischer Entscheidung fachlich voranzutreiben und mit den möglichen Kostenträgern wie auch mit dem psychiatrischen Fachsystem zu erörtern, um weiterhin eine gemeinsame, inhaltlich fundierte und passgenaue Entwicklung der Versorgungsstrukturen erreichen zu können. Tragender Gedanke ist dabei, Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen in ihrer Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zu fördern, ihnen Möglichkeiten der Mitbestimmung und der vollen gesellschaftlichen Teilhabe zu eröffnen.