

Fit für die Zukunft?

Jahrestagung 2007 des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie **Von Birgit Görres**

Unter diesem Motto diskutierten auf der Tagung des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie in Frankfurt vom 13. bis zum 15. Juni 350 Fachleute, Bürgerhelfer, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige aus allen Bereichen gemeindepsychiatrischer Arbeit über Modelle neuer Praxis und Finanzierung in der Gemeindepsychiatrie. Dabei wurde deutlich, dass die Einbeziehung von SGB V-finanzierten Hilfen für die Zukunft der Gemeindepsychiatrie bedeutsamer werden wird. Die gemeindepsychiatrischen Träger in Deutschland haben begonnen, ihr Spektrum an Hilfen um Angebote zur integrierten Versorgung, Soziotherapie und ambulanten psychiatrischen Krankenpflege zu erweitern und werden zunehmend als Vertragspartner für die Krankenkassen interessant.

Globalisierung und Kooperation

Vertreter von Mental Health Europe, Pro Mente Austria und Pro Mente Sana Schweiz betonten in ihren Grußworten die zunehmende Notwendigkeit, in einer globalisierten Welt die internationale Vernetzung auch im Bereich Sozialpsychiatrie voranzutreiben und warben für eine verstärkte projektbezogene Kooperation. Innovative Modelle aus Skandinavien, den Niederlanden und Großbritannien wurden in Vorträgen und Workshops vorgestellt.

Eine Eingangstür

Jaqueline Kok begann ihren Vortrag »Die Gemeindepsychiatrie der Niederlande – ein Modell für Deutschland?« mit einer Darstellung der kulturellen Unterschiede, die die Haltung und das Handeln gegenüber Menschen mit psychischen Problemen prägen. In der niederländischen Praxis erfolgt der Zugang zum Hilfesystem immer über den Hausarzt, der Staat stellt als seine Pflichtaufgabe eine landesweite einheitliche Organisation der Versorgung sicher. Die Politik schuf mit den Instrumenten von Kostendämpfung, konsequenter Extramuralisierung, Organisation von strikt nachfrageorientierten Hilfen und der Verpflichtung, präventive Maßnahmen zu organisieren, die Voraussetzungen für eine Umgestaltung der psy-

chiatrischen Hilfen. Eine Fusionswelle der Anbieter fand Anfang der 90er-Jahre statt und ermöglichte ein übersichtliches und nachfrageorientiertes Netzwerk, die »Geestelijke Gezondheidszorg Nederland« (GGZ). Die niederländische Haltung »Umgang mit Krise betrifft uns alle – jeder kann in krisenhafte Zuspitzungen kommen« hat zur Folge, dass Hilfen interdisziplinär und nach dem Prinzip »Eine Eingangstür für alle« organisiert sind.

Die konkrete Arbeit im Bereich psychiatrischer Prävention stellte Henk Bakker vom Zentrum Prävention innerhalb der GGZ Niederlande in einem Workshop vor. Seit 1980 ist in den Niederlanden psychiatrische Prävention Bestandteil der Versorgung. Ausgangspunkte präventiver Arbeit sind dabei ein stresstheoretisches Modell, ein klar definiertes Interventionsspektrum sowie eine Messung der Wirksamkeit. Henk Bakker verdeutlichte den niederländischen Präventionsansatz unter anderem am Präventionsprogramm der GGZ zu »Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern« (mehr von Henk Bakker zur niederländischen Präventionsarbeit in der nächsten Umschau 1/2008).

Im Rahmen der aufsuchenden Hilfe arbeitet auch das Kieler Projekt »Familienhebamme«. In ihm wirken Hebammen, Erzieher, Sozialpädagogen, systemische Berater sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als Team der ambulanten Kinder-, Jugend- und Familienhilfen zusammen und beraten, begleiten und be-



treuen Schwangere und junge Mütter in problematischen Situationen, um krisenhafte Zuspitzungen zu vermeiden.

Nutzer als Arbeitgeber

Katrin Lange und Torsten Mährlander zeigten mit ihrem Vortrag »Change happens: wie Nutzer in Birmingham zu Arbeitgebern werden«, wie eine gleichberechtigte, bezahlte und auch ehrenamtliche Einbeziehung von Psychiatrieerfahrenen bei der Begleitung von psychischen Krisen (als »Recovery-Guide«) sowohl im Einzelfall hilfreich als auch kulturprägend und gesundheitsfördernd für eine psychiatrische Hilfsorganisation sein kann. Eine Fortführung dieses englischen Modells und seine Anpassung an deutsche Verhältnisse wurde durch die Offene Herberge e. V., Stuttgart, bei der Psychiatrieerfahrenen als Betreuungsmitarbeiter geschult und beschäftigt werden, vorgestellt.

Häusliche Krisenbegleitung

Nils Greve stellte in seinem Vortrag das skandinavische Modell des »Need adapted treatment« vor (s. die Beiträge von Nils Greve und Volkmar Aderhold in dieser Ausgabe und in der 3/3007). Dieses Konzept hat zum Ziel, einen Menschen und ein Familiensystem unter Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes in der häuslichen Umgebung durch eine Krise zu begleiten. Bei dieser Akutbehandlung versucht das interdisziplinäre Team in den ersten Tagen des Kontaktes, eine Neuroleptikagabe ganz zu vermeiden und überhaupt mit wenig Neuroleptika auszukommen. Weitere Prinzipien dieses Ansatzes sind: Soforthilfe, Orientierung am sozialen Netzwerk, Flexibilität und Mobilität, Verantwortung, Kontinuität in der psychologischen Betreuung, Sichtweise von Psychose als Bewältigungsstrategie, Ertragen von Unsicherheit und offenen Fragen, offener Dialog. Die Mitarbeiter der Teams sind alle psychotherapeutisch-systemisch ausgebildet und gestalten ihre Interventionen vor diesem Hintergrund. Am Ende seines spannenden Vortrages stellte Nils Greve ein Modell zur schrittweisen Einführung von Need Adapted Treatment in Deutschland vor und schlug vor, unter dem Dach des Dachverbandes ein bundesdeutsches Netzwerk dazu zu gründen.

»Das Bremer Behandlungsmodell Rückzugsräume – Empfehlungen nach drei Jahren Praxis für andere Regionen« wurde durch Wolfgang Faulbaum-Decke, Ge-

schäftsführer der Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste (Gapsy) in Bremen vorgestellt (s. auch seinen Beitrag in 2/2006). Gapsy ist im Rahmen der integrierten Versorgung verantwortlich für die Sicherstellung der gesamten Versorgung und alleiniger Vertragspartner der Krankenkassen. Das Kosten- und Case-Management erfolgt durch Gapsy. Der Patient kann auf ein 24 Stunden Behandlungs- und Versorgungsangebot vertrauen, auch während einer Krise in seiner eigenen Wohnung bleiben und zusätzlich das Übernachtungsangebot der Rückzugsräume nutzen. Dass die Patienten die Rückzugsräume freiwillig aufsuchen, ist ein wichtiges Merkmal des Konzepts. Ein weiteres ist die Einbindung von Soziotherapie und psychiatrischer Krankenpflege, die sich nach Wolfgang Faulbaum-Decke »als eine große Bereicherung und unverzichtbar für eine verantwortliche gemeindepsychiatrische Versorgung erwiesen haben«.

In den Workshops stieß das Thema »Begleitung/Behandlung in Krisen« auf großes Interesse. So wurden verschiedene Modelle der Organisation und Finanzierung von Krisenintervention und Begleitung vorgestellt und diskutiert.

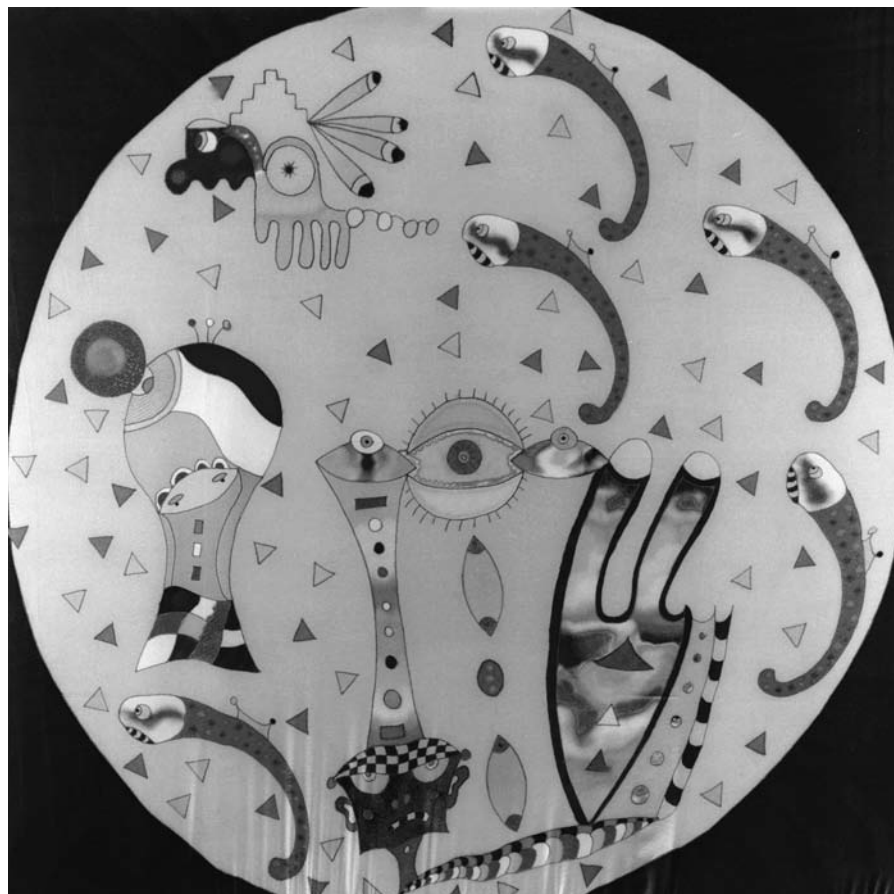
Bürgerrecht auf Behandlung und Rehabilitation einfordern

In ihrem Vortrag »Gesundheitsreform und Gesamtplanung der Hilfen – neue Chancen für individuelle Hilfeplanung in der Region« stellte Prof. Dr. Petra Gromann die provokante Frage »Warum sollte Gemeindepsychiatrie über die »bequemen« Eingliederungshilfeleistungen hinausgehen?« in den Kontext des Rechtes auf Behandlung vor Rehabilitation und Rehabilitation vor Pflege. Sie forderte die Teilnehmenden auf, »unsere Klienten dazu zu motivieren, das Bürgerrecht auf Behandlung und Rehabilitation einzufordern« und ihnen damit Teilhabe am System der Hilfen zu sichern.

Geld ist genug da

In seinem Vortrag »Die Verteilung von Ressourcen in der psychiatrischen Versorgung« stellte PD Dr. Reinhold Kilian eine umfangreiche und aktuelle Bestandsaufnahme der Psychiatrie in Deutschland vor. Trotz hoher Ausgaben – auch im internationalen Vergleich – ist immer noch keine angemessene Versorgung psychisch erkrankter Menschen erreicht. Deutlich wurde, dass immer noch die stationäre Behandlung und die Medikamente den

größten Kostenfaktor in der psychiatrischen Versorgung bilden. Der Anteil der Ressourcen, der für die psychotherapeutische Behandlung schizophrener und depressiver Patienten aufgewendet wird, ist dagegen vergleichsweise gering. Daneben ist nachzuweisen, dass psychische Erkrankungen in Deutschland weiter zunehmen und die stationären Angebote



und neuen Medikamente keine Verbesserung der Erkrankungsrate bewirken. Der volkswirtschaftliche Schaden durch Produktivitätsverlust lässt sich beziffern. So gingen 2002 in Deutschland 737.000 Arbeitsjahre wegen psychischer Erkrankungen verloren. Dies bedeutet für 2002 einen Produktivitätsverlust von 19,4 Milliarden Euro. Daneben sind seit 1996 psychische Erkrankungen in Deutschland die Hauptursache für vorzeitige Berentung – Tendenz steigend. In Anbetracht der hohen Produktivitätsverluste durch psychische Erkrankungen erscheint der Anteil der Ressourcen, der für Rehabilitationsmaßnahmen aufgewendet wird, als zu gering. Auch aus wissenschaftlicher Sicht ist daher ein Umschwenken auf ambulante Hilfsangebote erforderlich. Kilians Fazit lautet: »Geld ist genug da, man muss sich nur der Umgestaltung stellen und sich eventuell von Dingen verabschieden, für die sich keine Evidenz finden lässt«.

Regionen- und einwohnerbezogenes Budget bewährt sich

Der Workshop zu regionen- und einwohnerbezogenen Budgets stieß auf besonders großes Interesse. Stefan Paulaeck von der Gesellschaft für Gemeindepsychiatrie (GGP) Rostock stellte die Rahmenbedingungen bei der Einführung eines perso-

nenbezogenen Finanzierungssystem im Bereich der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Menschen in Rostock vor. Ausgangspunkt war ein Landesmodellprojekt »Kommunale Psychiatrie«, an dem sich die Hansestadt Rostock von 2004 bis 2006 als Begleitregion beteiligt hat. Ziel des Projektes war die Weiterentwicklung der personenzentrierten Versorgungslandschaft Rostocks. Dazu wurde eine Zielvereinbarung zwischen dem Senatsbereich für Umwelt, Jugend, Gesundheit und Soziales der Stadt und dem Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern als Projektträger geschlossen. Ein Schwerpunkt war die Umstellung der Eingliederungshilfefinanzierung für seelisch behinderte Menschen von einer pauschalen Platzfinanzierung zu einer personenbezogenen und leistungsgerechten Finanzierung. Ein Vorhaben, das von Beginn an auch durch den gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbund (GPLV) unterstützt wur-

de. Diese frühzeitigen und umfassenden Kooperationsabmachungen ermöglichten erst den weiteren Prozess bei der Einführung eines personenbezogenen Finanzierungssystems.

Dr. Hans-Joachim Kirschenbauer stellte mit seinem Beitrag »Das einwohnerbezogene Regionalbudget – wie Frankfurt die psychiatrische Versorgung fit für die Zukunft machen will« den Zukunftsentwurf



der Stadt Frankfurt und seinen aktuellen Entwicklungsstand vor.

Erfahrungen aus dem Modellprojekt: »Regionales Teilbudget im Bereich Wohnen in zwei ländlichen Regionen in Hessen« zeigen, dass die Arbeit mit einem Budget positive Auswirkungen auf das gesamte Versorgungssystem hat. Die damit verbundene Initiierung einer verbindlichen trägerübergreifenden Struktur der kooperativen Zusammenarbeit zur Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes wurde von Halgard Bestelmeyer-Grommet als ein wesentliches Ergebnis des Modellprojektes benannt.

Rechtsansprüche auch juristisch durchsetzen

Ein Beispiel zur juristischen Durchsetzung von Psychotherapie gab die Schweriner Rechtsanwältin Sigrun Schön von Anker e. V. Ihre Empfehlungen beinhalten die Schaffung fachlicher Leistungsvoraussetzungen als ersten Schritt sowie die Zugrundelegung einer realistischen Kalkulation. Es sollte keine Vereinbarung über einen Betrag getroffen werden, der unter dem Möglichen liegt, ggf. sollte ein Übergangsbeitrag schriftlich vereinbart werden. Bei einem Scheitern der Verhandlungen ist eine Klage nach Art. 12 GG notwendig. Die Erfahrungen mit einem solchen Vorgehen waren in Schwerin äußerst positiv. Auch Johannes Tack, von der Sozial-

psychiatrischen Initiative (SPI) Paderborn, berichtete von positiven Erfahrungen bei der juristischen Durchsetzung von Interessen einer Trägerkooperation in Westfalen.

Nichtpsychiatrische Hilfen von Bürgern für Bürger als Zukunftsaufgabe

Christian Zechert stellte zehn Thesen zur psychiatrischen Bürgerhilfe vor (vgl. PSU 3/2007), die sehr kontrovers diskutiert wurden. Sein Ziel ist die Eröffnung einer kreativen Streitkultur zur Zukunft der »Bürgerhilfe« in der Psychiatrie. Ohne eine sichere ökonomische Basis, ohne klare Information über die finanziellen Bedingungen kann bürgerschaftliches Engagement jedoch in Zukunft nicht existieren und sich weiterentwickeln. Einige Fragen zur Zukunft der Bürgerhilfe wurden ausführlicher diskutiert. So die nach der »Nachwuchsförderung« in diesem Bereich. Welcher Nutzen, welcher Benefit ist für junge Bürgerhelfer legitim? Ist der Name »Bürgerhelfer« noch zeitgemäß? Welcher könnte an seine Stelle treten? Was erwarten Professionelle, die Psychiatrieerfahrenen, die Angehörigen von den engagierten Bürgern im Jahr 2007? Wo sind die Ausschreibungen, die spannenden Projekte, die Ideen? Wie kann eine Vernetzung mit den anderen Bereichen bürgerschaftlichen Engagements stattfinden? Welche Unterstützung benötigen interessierte Bürger? Es wurde deutlich, dass dieses Thema auf ein großes Interesse stößt und weiter bearbeitet werden muss.

Bei der Tagung zeigte sich, so ein Geschäftsführer, »... wie innovative Projekte und ›knochentrockene‹ Versorgungsforschung die Arbeit und Perspektiven der Träger bereichern«. Es herrschte ein hohes Interesse, nicht nur über die Erweiterung der Finanzierung ambulanter Hilfen durch das SGB V zu diskutieren, sondern auch kollegiale Hinweise und Hilfestellungen bei der Umsetzung zu geben. Daneben blieb ausreichend Raum für die Vorstellung neuer Betreuungs- und Behandlungskonzepte. Viele Mitgliedsvereine des Dachverbands Gemeindepsychiatrie waren an der Gestaltung der Tagung beteiligt – eine hohe Praxisnähe und »Geschäftsführerdichte« war ein Resultat. Es entstand der Wunsch, ein »Netzwerk SGB V« (s. S. 51) und ein »Netzwerk Arbeit und Zuverdienst ins Leben zu rufen. Dies ist zurzeit in Vorbereitung. ■■■

Informationen dazu sowie die Tagungsdokumentation finden Sie unter www.psychiatrie.de/dachverband. Birgit Görres arbeitet als Referentin beim Dachverband Gemeindepsychiatrie.