

Wer integriert hier wen?

Integrierte Versorgung, Gemeindepsychiatrie und der Kostendruck.

Jahrestagung des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie 9.–11.9.2004 in Köln

Von Christian Zechert

Zergliedert und wenig aufeinander abgestimmt ist die psychosoziale Versorgungslandschaft auch nach der Beseitigung des früheren Hin- und Herschiebeparkplatzes zwischen örtlicher und überörtlicher Sozialhilfe. Ein bekanntes Problem ist nach wie vor die Verdrängung der schwerst Abhängigkeitskranken aus den Reha-Kliniken ins Nirwana der Wohnungslosenhilfe oder die Abschiebung der chronisch psychisch Kranken in Heime aller Art. Letztlich geht es immer um die Frage, wer denn eigentlich zuständig ist, wenn verschiedene Dienste und Einrichtungen am gleichen Klienten herumdoktern ... Zahlreiche sozialpsychiatrische Initiativen versuchen, die im System der Gesundheitsversorgung angelegte Zersplitterung zu überwinden: der »Gemeindepsychiatrische Verbund«, das einrichtungsübergreifende Fallgespräch und Casemanagement sind Beispiele eher selbstorganisierter trägerübergreifender Zusammenarbeit. Aber auch sozialpolitische Initiativen versuchen, das Grundsatzproblem aufzugreifen: Ein aktuelles Vorhaben der Aktion Psychisch Kranke zielt z.B. darauf, die Rehabilitationsleistungen von LVA, BfA, Sozialhilfe/Eingliederungshilfe, Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaften etc. zu einem abgestimmten Leistungspaket zu bündeln. Den Auftrag für dieses Projekt hat die Bundesregierung erteilt. Ulla Schmidt postulierte in einer Presseklärung vom Februar 2003: »Die integrierte Versorgung soll künftig das Kennzeichen für das gesamte deutsche Gesundheitswesen werden«. Gemeint ist damit, dass innovative Modelle, die sektorübergreifend zu höherer Effizienz führen, ökonomisch belohnt werden sollen. Ist nun der Ruf nach »integrierter Versorgung« eine nur scheinbar neue, alte Zauberformel nutzende Wunschvorstellung, um Geld zu sparen? Geht es wirklich darum, den Patienten nützlichere Hilfen anbieten zu können?

Informativer und basisnaher Austausch von Praxiserfahrungen

Diesen Fragen ging der Dachverband Gemeindepsychiatrie im September dieses Jahres in seiner Jahrestagung in Köln

nach. »Integrierte Versorgung, Gemeindepsychiatrie und der Kostendruck« so lauteten die Stichworte der von gut 300 Teilnehmerinnen besuchten Fachtagung in der Pädagogischen Hochschule. Es war auch die erste Jahrestagung mit dem neu-



en 1. Vorsitzenden Günter Ernst-Basten an der Spitze des Dachverbandes. Ernst-Basten, Geschäftsführer der Brücke Schleswig-Holstein, weiß also wovon er spricht. In Schleswig-Holstein ist man z.B. im Kreis Steinburg schon dabei, Leistungsanbieter und Kostenträger übergreifende Jahresbudgets zu schaffen, um aus einer Hand, je nach individuellem Bedarf des Klienten, sowohl ambulante, teilstationäre oder stationäre Leistungen finanzieren zu können.

Die Auswahl der Referentinnen und Themen waren gut getroffen: Joachim Speicher, Zugpferd und praxiserprobter Verfechter des persönlichen Budgets aus Mainz, ließ keinen Zweifel offen, dass er auf integrierte Versorgung setzt. Sachkundig und erzählfreudig demonstrierte er anhand von SGB V, SGB IX und SGB XI, wie im Sozialrecht integrierte Versorgung auf den Ebenen von Patient, Organisation und Recht etabliert werden kann. Über Einzelverträge können Trägerverei-

ne ihren Mitarbeiterinnen jeweils die Rollen verpassen, die der Klient (und der Anbieter) gerade benötigen – integrierte Versorgung par excellence durch die Hintertür.

Einen Blick, so hoffen wir alle, nicht in die Zukunft, sondern nur über den Ozean lieferte Ursula Vogt-Elsaß. Sie berichtete in ihrem sehr sachkundigen und informativen Beitrag von der Entwicklung in den USA, wo als Konsequenz einer ganz anders verstandenen integrierten Versorgung die Wahl von Patienten und Arzt eingeschränkt wird, weil dies eben finanziell günstiger für beide ist. Patienten, die

sich die Zugehörigkeit zu dem System nicht leisten können, und dies sind häufig auch psychiatrische Patienten, haben als z.T. kostenintensive Gruppe ein eher eingeschränktes Angebot. Allerdings bestehe für diejenigen Patienten, die leistungsberechtigt sind, dann eine hohe Nutzerfreundlichkeit geprägt von Respekt und langen Praxisöffnungszeiten. Eine wirkliche Begrenzung der Kosten könne man aber beim amerikanischen System letztlich nicht feststellen. Während in Deutschland (noch) die Politik bestimme, sei es in den USA eindeutig der Markt.

Achim Dochat griff anschließend in seinem Vortrag die in der Sozialpsychiatrie bekannten Formeln und Anforderungen für Gemeindepsychiatrie auf. Die Orientierung an der Lebenswelt des Patienten, die aktive Einbeziehung der Nutzer, die Bedeutung von Geduld, Beziehungsgestaltung, von Zeit und der Sinn von Umwegen. Er fragte eher kritisch, ob denn das, was als integrierte Versorgung auf

Malte Ira Folwill »Die erste Blume«

uns zukäme, denn wirklich die bessere Versorgung sei. Hier hätte ich mir einen etwas kritischeren Umgang mit den bisherigen Schwächen der Gemeindepsychiatrie gewünscht. Die Frage ist, ob denn unsere jetzige Gemeindepsychiatrie sich an den eigenen hehren Zielen messen lassen kann, oder selbst an desintegrierenden Strukturen wie zwischen Psychiatrie und Wohnungslosenhilfe beteiligt ist. Sechs Arbeitsgruppen konkretisierten dafür die zuvor vorgestellten Themen: Wie lässt sich für psychotisch Erkrankte integrierte Versorgung realisieren? Wie für depressive Menschen, für behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche, wie für alte Menschen, wie arbeitet ein Service-Haus, das »Alles« unter einem Dach anbietet? Die Workshops waren gut besucht und stellten wie so häufig für alle Teilnehmer ein ebenso wichtiges Element der Veranstaltung dar wie die Vorträge. Der nächste Tag bot in diesem Sinne gleich acht Foren, die von der Soziotherapie bis zur Bürgerhilfe reichten. Es war also genug Zeit zum Reden und Sichaustauschen.

Den Abschluss bildete die Podiumsdiskussion, an der neben Dieter Otte (Angehöriger) und Klaus Laupichler (Psychiatrie-Erfahrener) Rainer Kukla als ehemaliges Mitglied einer Arbeitsgruppe des BMG zur integrierten Versorgung, Frank Bergmann für den Bundesverband Deutscher Nervenärzte sowie Detlef Chruscz für die Krankenkassen teilnahmen. Ergebnis der Diskussion: Es ist noch zu früh, die Umsetzung der integrierten Versorgungsmodelle zu bewerten. Im Grundsatz stimmten alle dem Ziel einer integrierten Versorgung zu, befürchteten jedoch, dass die dahinter stehenden ökonomischen Modelle Oberhand gewinnen können.

Einig waren sich Podium und Publikum, dass in der Gemeindepsychiatrie sich der Integrationsbegriff keinesfalls auf den Krankenhaussektor einerseits und Eingliederungshilfe andererseits verkürzen lässt. Gemeindepsychiatrie steht geradezu für die Überwindung institutioneller und rechtlicher Grenzen. Aber auch die noch immer bestehenden Vorbehalte zwischen Kliniken und gemeindepsychiatrischen Trägern müssen überwunden werden.

Integrierte Versorgung braucht Verbände mit verschiedenen Interessensvertretungen

War mit der Fachtagung auch das neue Ziel des Dachverbandes deutlich geworden? Gelingt es dem jetzigen Vorstand »Gemeindepsychiatrie« informativ und



angemessen zu vertreten, gelingt es, Trägervereine für einen Dachverband Gemeindepsychiatrie zu mobilisieren? Kann der Dachverband die Trägervereine ohne Vernachlässigung des quadrologischen Prinzips (also plus Bürgerhilfe!) mit seiner Kompetenz und Fachlichkeit an den Tisch des Dachverbandes binden? Die Antworten darauf sind noch offen, denn Tagungen sind eine Sache, Geschäftsführungen an einen Spitzenverband durch inhaltliche und konzeptionelle Überzeugung zu binden, ist eine andere. Noch muss Überzeugungsarbeit geleistet werden und eine Tagung wie diese trägt dazu bei, weil sie basisnah und informativ war. Fazit: Mit dieser Tagung stellte der Dachverband unmissverständlich klar, dass Gemeindepsychiatrie stets den Anspruch hat, übergreifend zu sein, und sich nicht zwischen Klinik hier und Trägerverein dort aufteilen lassen kann. Praktische Modelle integrierter Versorgung sind allerdings noch weiter zu entwickeln und populär zu machen. ■■■

Prävention bei psychischen Erkrankungen

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat sich auf gemeinsame Eckpunkte zur Prävention verständigt (www.bmgs.bund.de/deu/gra/aktuelles/pm/bmgs04/6040_6166.cfm), der Gesetzentwurf ist für Anfang des Jahres

angekündigt. Jedes psychiatrische Projekt, das für sich in Anspruch nimmt, Präventionsarbeit zu leisten, hat noch Gelegenheit, sich zu überlegen, wie man sich in die politische Diskussion einbringen und sich dort positionieren kann. Dazu helfen kann der nun vorliegende Band 31 der Aktion psychisch Kranke, »Prävention bei psychischen Erkrankungen – Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung«, der die gleichnamige Tagung vom 12.–13. Mai 2004 in Berlin dokumentiert und kostenlos erhältlich ist bei der Geschäftsstelle der APK, Brungsgasse 4–6, 53117 Bonn, Telefon: (0228) 67 67 40, Telefax: 67 67 42, E-Mail: apk@psychiatrie.de ■■■ (kk)

IBRP aktualisiert

Auf der Internetseite www.ibrp-online.de ist eine neu gestaltete und technisch verbesserte Version des IBRP (Integrativer Behandlungs- und Rehabilitations-Plan) veröffentlicht worden. Das Thema Arbeit und Beschäftigung soll in Zukunft mehr Gewicht bekommen. Dies hat schon einen ersten Niederschlag gefunden. Im A-Bogen, dem IBRP im engeren Sinn, bekam »Arbeit« etwas mehr Raum. Der Anamnesebogen wurde überarbeitet, ebenso der Bogen C zur Tages-/Wochen-Gestaltung. Dies ist nur der aktuelle Stand der Bearbeitung, weitere Änderungen kommen noch bzw. werden z.T. erst in Modell-Regionen erprobt.

In Kürze soll auf dieser Seite für Einrichtungsträger, die den IBRP als Dokumentation benutzen wollen, eine komplette Datenbank-Software zum Download zur Verfügung stehen.

Parallel wurde die Druckfassung des IBRP samt der Anleitung, die Arbeitshilfe 11 des Psychiatrie-Verlages »Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung« aktualisiert und deutlich erweitert. Ihr liegt eine CD-Rom bei, die neben den Inhalten von [ibrp-online](http://www.ibrp-online) einen Link zur programmierten Bearbeitung des IBRP enthält. Erscheinungstermin: Ende Januar 2005 (ISBN 3-88414-384-0, ca. 180 Seiten mit CD-ROM 29,90 Euro). ■■■

Manfred Becker, Bonn