

Vom Anspruch zur Wirklichkeit

Das Sozialpsychiatrische Zentrum
als Basis des Gemeindepsychiatrischen Verbundes



Dokumentation der Fachtagung
des Landschaftsverbandes Rheinland
am 20. September 2007 in Köln

Impressum

Herausgeber: Landschaftsverband Rheinland, Kennedy-Ufer 2, 50679 Köln
Dezernat Gesundheit / Heilpädagogische Netzwerke
Amt für Planung und Förderung

Redaktion: Beate Kubny-Lüke

Textgestaltung: Monika Grollius

Titelbild: www.pixelio.de

Druck: Hausdruckerei Landschaftsverband Rheinland

Bestellungen: www.lvr.de

Köln im März 2008

1. Auflage 1 - 1.000

Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier aus 100 % Altpapier

Inhalt

- | | |
|---|-----------|
| 1. Begrüßung und Einführung in die Tagung
Ulrike Lubek | 4 |
| 2. Koordination und Kooperation
- Kernaufgaben des Sozialpsychiatrischen Zentrums
Michael van Brederode | 9 |
| 3. Das Sozialpsychiatrische Zentrum als Motor im
Gemeindepsychiatrischen Verbund
Nils Greve | 22 |
| 4. Gemeindepsychiatrie - Im Verbund am Schönsten?
Vier Gemeindepsychiatrische Verbände aus NRW stellen sich vor
Mechthild Böker-Scharnhölz, Ulrike Seifert-Petersheim,
Georg Rindermann, Edwin Stille, Reinhild Wantia
Moderation: Ludwig Janssen | 40 |
| 5. Von der institutszentrierten Konkurrenz zum personenzentrierten
Verbund
Hartmut Belitz, Dr. Herbert Berger, Margit Golfels, Nils Greve,
Martina Hoffmann-Badache, Ulrike Lubek, Hans-Günther Maaßen,
Margret Stolz
Moderation: Ludwig Janssen | 48 |

Ulrike Lubek

Begrüßung und Einführung

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Namen des Landschaftsverbandes Rheinland begrüße ich Sie ganz herzlich zur SPZ-Fachtagung 2007.

Seit 2002 gibt es jährlich eine Fachveranstaltung, die sich den Themen und Fragestellungen widmet, die für die Sozialpsychiatrischen Zentren von Bedeutung sind. Die jeweiligen Themenschwerpunkte sollen Impulse geben, über Austausch und Diskussion, sollen Problemfelder identifiziert und Lösungsansätze konkretisiert werden, die dann weitere Schritte initiieren oder ermöglichen. Dies ist wichtig, gerade vor dem Hintergrund sich wandelnder, teilweise sich gravierend ändernder Rahmenbedingungen.

Die meisten von Ihnen werden wissen, dass ich das Amt der Gesundheitsdezernentin im LVR vor noch nicht allzu langer Zeit angetreten habe. Davor war ich im Landschaftsverband Westfalen-Lippe in der Trägerverwaltung der Westfälischen Kliniken – also wenn Sie wollen – im westfälischen Schwesterdezernat tätig. Ob ich es will oder nicht: Ich vergleiche die Systeme, die Kulturen und die Ergebnisse. Das versuche ich zu tun - möglichst unbeeinflusst von Bildern und Zuschreibungen, wie sie zwischen Rheinländern und Westfalen ja so gerne ausgetauscht werden!

Ein bedeutender Unterschied zum Westfälischen Schwesternverband fällt insofern auf, als der LVR sich in seinem psychiatriepolitischen Ver-

ständnis nicht ausschließlich als Einrichtungs- und Krankenhausträger definiert, sondern sich parallel in starkem Maße immer auch für die Entwicklung der außerstationären Versorgung engagiert hat.

Das ist eine durchaus anspruchsvolle Haltung, weil sie natürlich auch mit Interessensdivergenzen verbunden sein kann. Wir leben in einer Zeit zunehmender Ökonomisierung; auch öffentliche Krankenhausträger müssen sich zunehmend unternehmerisch orientieren.

Wir stehen nicht außerhalb des Marktes, egal ob wir es wollen oder nicht, das Ergebnis unseres Handelns wird als marktfähiges Produkt betrachtet! Psychiatrie wird gekauft, wird verkauft, psychiatrische Leistungen werden gehandelt.

Die Entwicklung auf dem Gesundheitsmarkt betrachtend begleitet mich nun zunehmend die Sorge, dass in der Diskussion um die Wirtschaftlichkeit sozialer Systeme das Wohl derer, um die es geht, selektiv zunehmend aus dem Blickfeld gerät.

Es geht um Entstaatlichung und Haushaltskonsolidierung, Strukturoptimierung und Kundenorientierung, alles berechnete Ziele! Aber: Profitorientierung und Wachstumslogik zwingen zu einer Marktausrichtung, in der die individuellen Bedürfnisse der erkrankten Menschen, der sog. „Kunden“, allzu leicht auf der Strecke bleiben.

Davon betroffen sind vor allem die chronisch und schwer psychisch kranken Menschen; ausdrücklich möchte ich an dieser Stelle auch die forensischen Patienten einbeziehen, die allzu oft durch die Maschen des sozialpsychiatrischen Netzes gefallen sind.

Für all diese Menschen besteht eine ganz besondere Verantwortung!

Diese besondere Verantwortung verpflichtet zu öffentlicher Verantwortung, Initiative und auch Kontrolle. Die Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung gehört unzweifelhaft zum zentralen Teil öffentlicher Daseinsfürsorge. Dies begründet zum einen die Notwendigkeit öffentlich-rechtlicher Trägerschaft psychiatrischer Einrichtungen; zum anderen verpflichtet es den Kommunalverbund LVR, eine allen Menschen im Rheinland gleichmäßig zuteil werdende gute psychiatrische Versorgung mitzugestalten. Und dies sehe ich selbstverständlich nicht auf die stationäre Krankenhausversorgung beschränkt!

Insofern halte ich es für außerordentlich wichtig und richtig, dass wir uns für die Entwicklung der außerstationären, gemeindepsychiatrischen Versorgung engagieren; psychiatrische Krankenhäuser sind mehr denn je auf leistungsfähige Partner angewiesen, um in ihrem Leistungssegment eine bedarfsgerechte Versorgung psychisch kranker Menschen zu sichern. Und psychisch kranke Menschen sind auf diese Partnerschaften angewiesen!

Das Jahr 2007 ist für die SPZ ein Jubiläumsjahr!

Das Förderprogramm für die Sozialpsychiatrischen Zentren startete 1987

und feiert somit in diesem Jahr sein 20. Jubiläum. Dies ist ein Anlass um kurz darauf zurückzublicken, was mithilfe dieses Programms erreicht wurde.

Als der Landschaftsverband Rheinland in den 80er-Jahren das Konzept der Sozialpsychiatrischen Zentren entwickelte, wollte er einen Anstoß zum Aufbau und zur Weiterentwicklung eines gemeindenahen Hilfesystems geben. Er folgte damit nicht nur den Reformvorschlägen der Psychiatrie-Enquete, sondern trug mit dem Konzept der Sozialpsychiatrischen Zentren auch zur Weiterentwicklung der Psychiatrie-Reform bei. Die Grundidee der Sozialpsychiatrischen Zentren wurde wenig später, nämlich in den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung von 1988 aufgegriffen und, - wenn auch unter anderem Namen, nämlich der Bezeichnung „Gemeindepsychiatrischer Verbund“ - zur weiteren Verbreitung empfohlen.

Das Konstrukt der Sozialpsychiatrischen Zentren war für den LVR die Antwort auf die Erkenntnis, dass vor allem schwer und chronisch psychisch kranke Menschen neben der medizinischen Behandlung verschiedene soziale Hilfen an ihrem Lebensort benötigen. Diese jedoch nicht als additives Nebeneinander erbracht, sondern in Form einer koordinierten Komplexleistung. Um dies zu unterstützen und der Gefahr der Fragmentierung der psychiatrischen Hilfen aufgrund unterschiedlicher Träger- und Finanzierungszuständigkeiten entgegenzuwirken, startete der Landschaftsverband Rheinland mit der Förderung der Sozialpsychiatrischen Zentren und gab ihnen folgende Ziele mit auf den Weg:

- Sie sollen gemeindepsychiatrische Hilfen unter einem organisatorischen Dach bündeln,
- diese wohnortnah in überschaubaren Räumen vorhalten
- Versorgungsverantwortung gerade auch für chronisch psychisch kranke Menschen übernehmen,
- niedrigschwellige Hilfen anbieten,
- Öffentlichkeitsarbeit für die Belange psychisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen leisten,
- und das SPZ in die Kultur der Gemeinde integrieren.

Nachdem 1987 der Landschaftsverband Rheinland seine Förderung mit 10 SPZ begann, folgte der weitere Ausbau rasch. Heute - also 20 Jahre später - fördern wir 67 SPZ im ganzen Rheinland und haben damit die flächendeckende Versorgung gemäß unserer Förderrichtlinien erreicht.

Die diesjährige SPZ-Tagung trägt nun den Titel: Vom Anspruch zur Wirklichkeit - das Sozialpsychiatrische Zentrum als Basis des gemeindepsychiatrischen Verbundes. Der 2. Teil dieses Titels könnte Ihnen bekannt vorkommen, wenn Sie die SPZ-Tagung vor fünf Jahren besucht haben; denn so lautete damals der Tagungstitel. Damals widmeten sich die Referentinnen und Referenten einerseits einer gründlichen Standortbestimmung der SPZ, weiter setzte man sich mit dem Thema Qualitätsentwicklung im SPZ auseinander.

Das „SPZ als Basis des Gemeindepsychiatrischen Verbundes“ Vor diesem Hintergrund soll das Erreichte heute kritisch und aus verschiedenen Perspektiven reflektiert werden: Wie sieht die Wirklichkeit aus? Wird diese Wirklichkeit dem programmatischen Anspruch gerecht? Was ist zu tun!

Vieles ist geschafft worden, trotz der beachtlichen Entwicklung, die die SPZ in den vergangenen zwei Jahrzehnten genommen haben, gibt es aber noch verschiedene Entwicklungsbereiche und Verbesserungspotentiale. Hierauf wird gleich noch Herr van Brederode in seinem Vortrag eingehen.

Deshalb an dieser Stelle nur zwei kurze Anmerkungen:

Weder können wir davon ausgehen, dass die SPZ-Systeme bereits flächendeckend so entwickelt sind, dass die programmatische Gleichstellung SPZ gleich Gemeindepsychiatrischer Verbund aufgeht, noch, dass die Schnittstellen zwischen Krankenhausversorgung und außerstationärem System bereits überall so entwickelt sind, dass die Betreuungskonstanz zuverlässig gesichert ist.

Dies hat zur Konsequenz: Eine verstärkte Kooperation zwischen den SPZ und den Kliniken sowie den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist dringend notwendig; dies, um die Auswirkungen der zunehmend restriktiveren Bedingungen im Gesundheitssystem abzufangen und so die Versorgung der psychisch kranken Menschen zu verbessern. Denn: So haben sich unter dem Kostendruck die Verweildauern in den Kliniken drastisch verkürzt, Therapieprogramme wurden folglich stark verdichtet. Dies hat mittlerweile ein qualitativ äußerst kritisches Maß erreicht.

Eine Reihe von Leistungen gerade für chronisch psychisch kranke Menschen werden zudem durch die zunehmend engere Auslegung des Behandlungsverständnisses nach dem SGB V durch die Kostenträger immer häufiger aus der medizinischen Behandlung in die

weitgehend durch Sozialhilfe finanzierten Leistungen ausgelagert.

Durch die schleichende Aushöhlung der PsychPV werden außerdem die Personalressourcen in den Krankenhäusern immer knapper und neben den Kernaufgaben können zusätzliche Angebote kaum mehr geleistet werden.

Dies alles führt dazu, dass sich die Träger der außerklinischen Hilfen zunehmend mit psychisch kranken Menschen konfrontiert sehen, die sich in einer sehr frühen Phase ihrer Stabilisierung befinden und eine besonders intensive und umfassende Betreuung in den verschiedenen Lebensbereichen benötigen.

Damit der Wechsel von der klinischen Behandlung zu den außerklinischen Versorgungsangeboten gelingt und nicht zu einer erneuten Destabilisierung der Klienten führt, ist eine Koordination und Kooperation der Dienste und Einrichtungen im Sinne einer integrierten Versorgung heute wichtiger denn je. Ziel muss es sein, die Kliniken stärker als bisher in den Gemeindepsychiatrischen Verbund zu integrieren und verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit zwischen allen an der Behandlung und Versorgung Beteiligten zu etablieren, damit der Anspruch einer bedarfsgerechten und personenzentrierten gemeindepsychiatrischen Versorgung umgesetzt werden kann.

Vor diesem Hintergrund hat der Landschaftsausschuss am 23.03.2007 beschlossen, zusätzliche „Anreize für Verbundkooperationen“ (Anträge 12/177 und 12/158) zu setzen. Mittlerweile wurde ein Umsetzungsvorschlag der Verwaltung hierzu formuliert und

wir gehen davon aus, dass dieser in der morgigen Sitzung des Gesundheitsausschusses so angenommen wird. Denn die hier geplanten Modellprojekte sollen noch in diesem Jahr starten. Näheres hierzu wird Ihnen gleich Herr van Brederode berichten.

Danach wird Ihnen Herr Greve (PTV Solingen, AGpR und BAG Gemeindepsychiatrische Verbünde) Grundlegendes zum Konzept des Gemeindepsychiatrischen Verbundes berichten und dabei insbesondere auf die Rolle eingehen, die das SPZ im GPV übernehmen kann.

Damit dies nicht alles reine Theorie bleibt, haben wir vier Gemeindepsychiatrische Verbünde aus NRW eingeladen, die in der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde organisiert sind, und darum gebeten, uns heute hier etwas aus ihrer Praxis/Wirklichkeit zu berichten. Ich freue mich, dass wir Frau Seifert-Petersheim für den GPV Solingen, Herrn Rindermann für den GPV Rheinisch-Bergischer Kreis, Frau Böker-Scharnhölz für den GPV Bielefeld sowie Frau Wantia für den GPV Borken hierfür gewinnen konnten. Herr Stille vom GPV Herford musste seine Teilnahme leider absagen, da er heute in Herford selbst eine Veranstaltung durchführt.

Moderiert wird dieses Rundgespräch ebenso wie die Podiumsdiskussion am Nachmittag von Herrn Ludwig Jansen, der sich als freier Journalist schon vielfach mit sozialpsychiatrischen Themen befasst hat.

Am Nachmittag findet dann die Podiumsdiskussion „Von der institutionszentrierten Konkurrenz zum personenzentrierten Verbund“ statt. Ver-

schiedene Referentinnen und Referenten werden miteinander darüber diskutieren, welche Chancen und Risiken aus Sicht der jeweils Sprechenden - mit verbindlicher Kooperation und Vernetzung im Gemeindepsychiatrischen Verbund gegeben sind. Über Ihr zahlreiches Erscheinen freue ich mich und werte es als Ausdruck Ihres Interesses an der Verbesserung der psychosozialen Versorgungsstrukturen, wofür ich Ihnen danke.

Ebenso bedanken möchte ich mich bei der AGpR und dem Unterarbeitskreis Gemeindepsychiatrie der LAG Wohlfahrt sowie den Vertreterinnen und Vertretern des Dezernates Soziales, die an der konzeptionellen Planung dieser Tagung mitgewirkt haben.

Bevor ich nun schließe möchte ich Sie noch auf eine weitere Aktivität im Rahmen dieser Veranstaltung hinweisen. Der Landschaftsverband Rheinland fördert seit einigen Jahren Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten in den Kliniken und in der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Für die Gemeindepsychiatrie gibt es drei Einrichtungen in den Regionen Köln, Duisburg und im Bergischem Land, die die Aufgabe übernommen haben, zielgruppenspezifische und kultursensible Ansätze modellhaft zu entwickeln und

bestehende Einrichtungen bei interkulturellen Fragen zu beraten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration im Rheinland sind mit einem Stand im Foyer vertreten und beantworten in den Pausen gerne Ihre Fragen.

Ich würde mich freuen, wenn die Veranstaltung dazu beiträgt, dass die Gräben zwischen Anspruch und Wirklichkeit immer weiter zugeschüttet werden können, dass sich die Kooperation und Koordination zwischen den Trägern psychiatrischer Hilfen im Rheinland weiterentwickelt und in verbindlichen Kooperationsstrukturen eine Umsetzung findet.

Uns allen wünsche ich nun eine informative und anregende Veranstaltung. Für meine vorübergehende Abwesenheit möchte ich mich vorab entschuldigen, es tagen politische Gremien, bei denen die Einbringung oder auch Einmischung psychiatrischer Perspektive wichtig ist.

Kontakt:

Ulrike Lubek
Landschaftsverband Rheinland
Dezernat Gesundheit / Heilpädagogische Netzwerke
Tel.: 0221 / 809-6617/-6619
E-Mail: ulrike.lubek@lvr.de

Michael van Brederode

Koordination und Kooperation - Kernaufgaben des Sozialpsychiatrischen Zentrums

Meine Damen und Herren,

Koordination und Kooperation als Kernaufgaben des Sozialpsychiatrischen Zentrums – das Thema meines heutigen Referates spricht ganz offensichtlich eine scheinbare Selbstverständlichkeit an. Und vor allem scheint in ihm wenig Neues zu stecken: Denn schließlich sind die SPZ bereits durch ihren in den Förderrichtlinien formulierten Auftrag in erster Linie als Agenturen für eine verbesserte regionale Koordination und Vernetzung definiert. Aber gerade im Zusammenhang mit dieser Aufgabenzuweisung wird nach wie vor ein großes Spannungsfeld zwischen Anspruch und Realität oder Theorie und Praxis deutlich. Und insofern halte ich es noch einmal für lohnenswert, sich ein wenig systematischer mit Ansatzpunkten für die Überwindung dieses Spannungsfeldes zu befassen.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. die optimierte Vernetzung: Fata Morgana der Gemeindepsychiatrie?2. Was bedeutet gute Vernetzung?3. Warum ist Vernetzung so schwer?4. Welche Konsequenzen ziehen wir daraus? |
|---|

Ich will im Folgenden versuchen anhand der Beantwortung von drei eher schlichten, konkreten Fragen und ei-

ner eher rhetorischen Eingangsfrage, die meinen Ausgangsblick auf die Problemstellung vielleicht ganz gut verdeutlicht, nämlich:

1. Ist die optimierte Vernetzung so etwas wie die Fata Morgana der Gemeindepsychiatrie?

Sie kennen sicherlich auch die Metapher von dem Wüstenwanderer, der kurz vor dem Verdursten endlich die ersehnte Oase im Sandmeer auftauchen sieht und nach einiger Zeit der Ermutigung dann feststellen muss, dass sich der vermeintliche Palmenhain mit jedem Schritt, den er sich ihm zu nähern glaubt, um die gleiche Entfernung zurückzuweichen scheint. Weil er nicht auf die wirkliche Oase zuwandert, sondern auf ihre Spiegelung auf der Projektionsfläche heißer und kalter Luftschichten.

Und ähnlich geht es mir mit dem Ziel der Kooperation und Vernetzung, nach inzwischen fast dreißig Jahren beruflicher Beschäftigung mit der Reform oder (etwas schlichter) mit der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung.

Die Forderung nach einer verbesserten Koordination und Vernetzung der Hilfeleistung steht schon seit der Psychiatrie-Enquete 1975 – also seit 32 Jahren! – ganz oben auf der Agenda der Zielstellungen für eine Reform der psychiatrischen Versorgung:

- Bedarfsgerechte Gemeindenähe
- Gleichstellung
- Koordination.

Sie wurde 14 Jahre später - nämlich 1989 durch die Expertenkommission der Bundesregierung in deren Empfehlungen noch einmal sehr nachdrücklich aufgegriffen und hier auch erstmalig mit dem Konzept des Gemeindepsychiatrischen Verbundes assoziiert.

Ich erspare Ihnen, die relevanten Textpassagen aus den beiden sehr wichtigen Berichten hier noch einmal zu zitieren. Das haben die Meisten von ihnen sicherlich schon etliche Male gehört oder gelesen.

Die Kernbotschaft der beiden Berichte war: Die Qualität der psychiatrischen Versorgung leidet sehr nachdrücklich unter einer unzureichenden Kooperation und Koordination. (Damals war das Wort „Netzwerk“ noch nicht in Mode. Heute würde man sagen: Unter mangelnder Vernetzung.

Vor dem Hintergrund ihrer negativen Bewertung der faktischen Situation haben die beiden Kommissionen aufeinander aufbauend eine Reihe von Instrumenten empfohlen, mit deren Hilfe die Koordination und Kooperation in regionalen Netzwerken verbessert werden sollte.

Hierzu gehörten

- ▶ die kleinräumige Regionalisierung der Versorgung in übersichtlichen Versorgungsregionen
- ▶ die Einführung von Koordinationsgremien (wie den PSAG und Beiräten)
- ▶ die Installation von „Koordinationsfachleuten“ wie den Psychiatriekoordinatoren

- ▶ die Empfehlung zum Aufbau von Gemeindepsychiatrischen Verbänden
- ▶ und die Beseitigung von gesetzlichen Regelungen, von denen man annahm, dass sie die koordinierte Zusammenarbeit behindern (Dazu gehörte etwa die Forderung nach Streichung des alten § 100 BSHG, der eine Trennung der Finanzierungszuständigkeit zwischen örtlichem und überörtlichem Träger der Sozialhilfe und damit zwischen ambulanter und stationärer Eingliederungshilfe normierte).
- ▶ Pflichtversorgung

Die meisten dieser Empfehlungen sind (zumindest partiell) inzwischen bereits langjährig umgesetzt. Und trotzdem bleibt ein gewisses Unbehagen, dass man so richtig gut vernetzt noch immer nicht arbeite. Wobei auch dieses Unbehagen zunächst immer nur anekdotisch ist: Man hört hier und da von Schwierigkeiten in der Praxis, man neigt - je nach Mentalität - dazu, diese Schwierigkeiten zu verallgemeinern, oder sie herunterzuspielen.

Ein *wissenschaftlicher* oder zumindest *systematischer* Nachweis über die Qualität von Vernetzung liegt jedoch in aller Regel nicht vor. Insofern können wir zur Zeit auch nicht sagen: Der Vernetzungsgrad hier in den Regionen ist gut oder er ist schlecht, sondern lediglich: Wir wissen es nicht genau, aber wir haben den begründeten Verdacht, dass hier noch erhebliche Verbesserungspotentiale bestehen.

Ich halte das für einen wesentlichen Mangel: Wenn wir zu Recht die Qualität von Vernetzung als ein zentrales Qualitätsmerkmal einer gemeindepsychiatrischen Versorgung definieren, dann müssen wir uns in die Lage ver-

setzen, die erreichte Vernetzungsqualität über das Anekdotische hinaus zu erfassen und sie bewertbar zu machen.

Grundlagen für die systematische Umsetzung von Zielen:

- ▶ genaue Beschreibung des Ziels, des Weges zur Zielerreichung sowie von Kennzahlen zur Messung des erreichten Grades
- ▶ Umsetzung von Maßnahmen
- ▶ Messung
- ▶ ggf. Korrektur

Ich habe Ihnen hier noch einmal das Grundschemata eines jeden Veränderungsmanagements gemäß dem Grundsatz Plan – Do – Check – Act dargestellt. Wenn wir also Koordination und Vernetzung systematisch umsetzen wollen, dann müssen wir zunächst klären:

- ▶ Was genau wir damit meinen.
- ▶ Wir müssen Maßnahmen beschreiben, die einer Zielerreichung dienen.
- ▶ Und wir müssen uns Verfahren überlegen, mit denen wir messen können, ob wir uns dem Ziel tatsächlich nähern oder ob wir vielleicht nur einer vagen Ideenspiegelung hinterher trotten.
- ▶ Dann müssen wir losgehen. Also Maßnahmen umsetzen.
- ▶ Wir müssen unseren Erfolg messen.
- ▶ Und gegebenenfalls unseren Weg korrigieren.

Wenn Sie sich die eingangs von mir aufgelisteten Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete und der Expertenkommission in Erinnerung rufen, dann können sie bei allen Empfehlungen eine Gemeinsamkeit erkennen: Sie

setzen an den Strukturen an. D. h. – sie empfahlen strukturelle Veränderungen und setzten darauf, dass sich die erwünschten Veränderungen in der Praxis gleichsam als Struktureffekt automatisch einstellten. Das ist ein wichtiger erster Schritt, reicht aber nicht aus.

2. Was also bedeutet gute Vernetzung?

Anforderungen an ein vernetztes System der gemeindepsychiatrischen Versorgung

- ▶ Klientenbezogene Ziele
 - personenzentrierte Hilfe
 - Betreuungskontinuität
 - zeitnah bedarfsgerechte Hilfen
- ▶ Informationsziele
 - Bereitstellung notwendiger Informationen zum Klienten
 - Angebotstransparenz
- ▶ strategische Ziele
 - gemeinsame Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit
 - abgestimmte Entwicklungen gewährleisten
 - Struktur optimieren

Ich habe Ihnen auf dieser Folie einmal einige der wichtigsten Anforderungen an ein vernetztes Hilfesystem aufgelistet.

Ich sehe hier vor allem drei Säulen:

- ▶ die Optimierung der klientenorientierten Abläufe
- ▶ die Sicherstellung eines Höchstmaßes an Informiertheit
- ▶ und das gemeinsame Arbeiten an gemeinsamen strategischen Zielen.

Primär und zuallererst geht es natürlich um die Sicherstellung einer klie-

tenzentrierten, kontinuierlichen und zeitnahen Bereitstellung der erforderlichen Hilfen über die Grenzen der einzelnen Einrichtungen und Dienste hinaus. Das muss das Kernziel aller Bemühungen sein.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist das gegenseitige Informiert sein. Das heißt: Die erforderlichen Informationen über den Klienten/Patienten sollten zeitnah bei den Menschen vorliegen, die sie benötigen. Damit meine ich nicht den unreflektierten Versand von ganzen Batterien datenschutzsensibler Patientendaten, sondern die Kommunikation passgenau jener Informationen, die der andere braucht, um an der Stelle weiterzuarbeiten, an der ein anderer aufhört. (Noch besser ist es natürlich, möglichst weite Wegstrecken der Versorgung von den gleichen Personen begleiten zu lassen, [personelle Kontinuität sicherstellen] aber das ist nicht immer möglich).

Ein weiteres zentrales Informationsziel ist aber auch die Schaffung von Angebotstransparenz: Und zwar sowohl für Nutzer als auch für die Mitarbeiter.

Und in einer dritten, strategischen Ebene ist es ein Ziel guter Vernetzung, dass die regionalen Hilfeträger gemeinsame Verantwortung für die Weiterentwicklung der Systeme übernehmen.

Das klingt in dieser Form möglicherweise erst einmal banal. Viele sind sicherlich geneigt, jetzt zu sagen: Machen wir doch schon alles.

Man kann diesen Katalog an Anforderungen an ein vernetztes System weiter verfeinern, in dem man ihn – entsprechend der dargestellten Grund-

sätze - in Teilziele zerlegt, Kennwerte zur Zielerreichung entwickelt und ihn dadurch zumindest ansatzweise messbar macht.

Wir haben das vor einigen Jahren einmal im Bereich der Suchtkrankenhilfe getan.

Damals haben wir vom Land im Rahmen des Landesprogramms gegen Sucht den Auftrag bekommen, die Vernetzung im Bereich der Suchtkrankenhilfe zu fördern. (So pauschal formuliert war das wirklich.)

Nachdem wir dann einige Zeit relativ ratlos überlegt haben, wie man die örtliche Vernetzung von einer zentralen Stelle wie dem LVR aus überhaupt beeinflussen kann, sind wir auf die Idee gekommen, ein Qualitätsmanagement für Netzwerke zu entwickeln, also die Selbstregulationskräfte vor Ort zu stärken.

Qualitätsmanagement für Netzwerke ist im Grunde nichts anderes, als Qualitätsmanagement in Einrichtungen, nur dass der Anforderungskatalog nicht einrichtungsbezogen, sondern auf das gesamte System der Versorgung orientiert ist.

Daraus entstanden ist ein recht differenziertes, manualgestütztes Verfahren, das wir zur Zeit mit Fördermitteln des Landes in zwei Modellregionen erproben. Das Verfahren heißt NBQM – Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement. Wer sich dafür interessiert: Das ist bei uns abrufbar.

Genau wie beim Qualitätsmanagement in Einrichtungen fängt auch NBQM mit einer Selbstbewertung an. Sie soll dazu dienen, Stärken und Schwächen zu identifizieren. Dies ist wichtig, weil man dann nicht einfach „Machen wir doch alles“ sagen kann,

sondern es auch belegen muss. Und das war in den beiden Modellregionen eine ganz wichtige Erfahrung: Dass vom „Machen wir doch alles“ bei systematischer Bestandsaufnahme leider nicht allzu viel Substanz übrig blieb.

NetzwerkBezogenes
QualitätsManagement

Ein Modell zur Verbesserung der Kooperation und Vernetzung in der kommunalen Suchtkrankenhilfe

Ein wichtiger Aspekt des NBQM-Verfahrens ist, dass es Kooperation und Vernetzung differenziert operationalisiert, also in konkrete Anforderungen übersetzt und dadurch messbar macht.

Und damit setzt es an dem von mir eingangs beklagten Informationsdefizit bezüglich des erreichten Vernetzungsgrades an. (Ich komme darauf gleich noch einmal zurück.)

Als nächstes möchte ich aber zunächst die Frage beleuchten:

3. Warum ist Vernetzung so schwer?

Denn: Nur wenn wir die Gründe für bestehende Probleme analysieren, können wir auch angemessen reagieren.

Die meisten Erklärungsansätze für Vernetzungsdefizite konzentrieren sich auf Systemfaktoren, die unser Gesundheitssystem, aber auch die verwandten Sicherungssysteme kennzeichnen.

Ich habe Ihnen im Folgenden einige der wichtigsten Systemfaktoren benannt, die immer wieder für Vernet-

zungsdefizite verantwortlich gemacht werden.

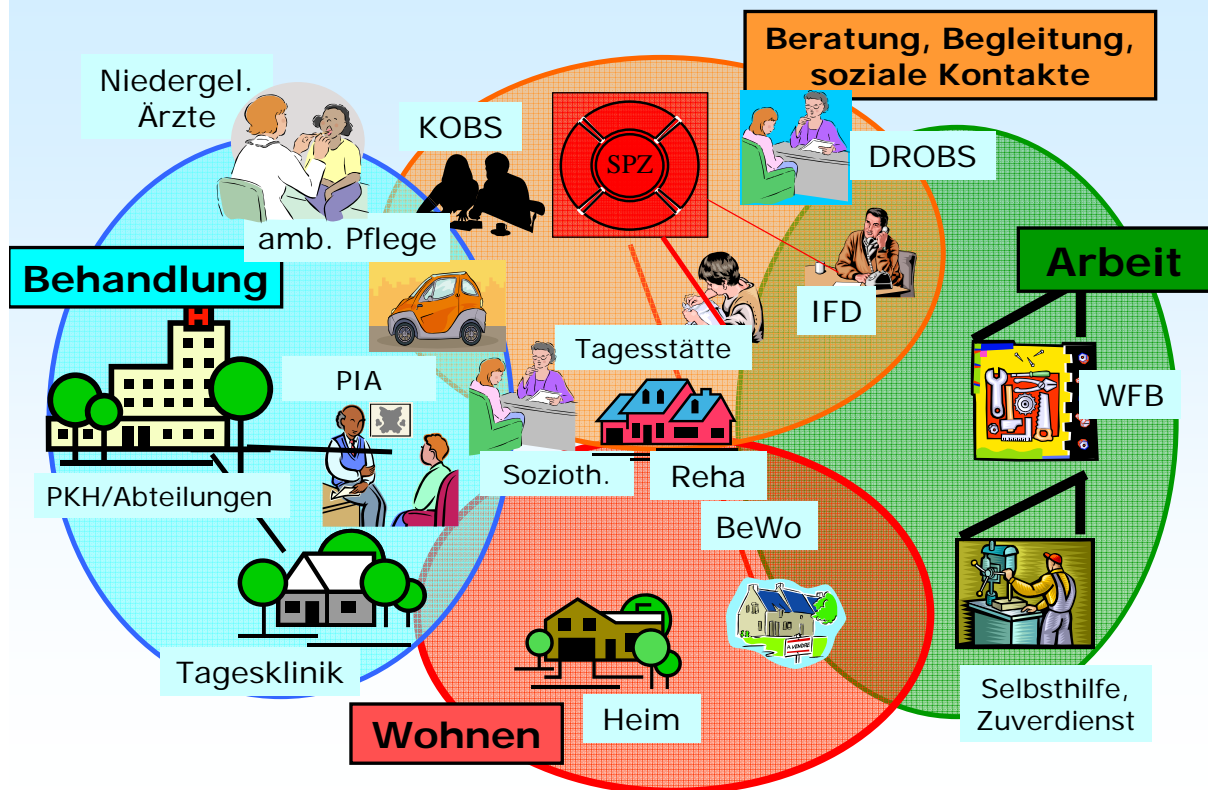
Ursache und Gründe für mangelnde Vernetzung – Systemfaktoren:

- ▶ Gegliedertes Leistungsrecht und differenzierte Finanzierungszuständigkeiten
- ▶ Pluralität der Versorgungssysteme
- ▶ Sektorale Grenzen zwischen Versorgungsbereichen
- ▶ Grenzen zwischen den Professionen und „Schulen“
- ▶ Mangelnde Handlungsanreize für vernetztes Handeln im Leistungsrecht
- ▶ Wettbewerb

Da sind:

- ▶ Die durch unser gegliedertes Leistungsrecht und die damit einhergehenden differenzierten Finanzierungszuständigkeiten gesetzten Grenzen und Zuständigkeitsbrüche. Also Grenzen zwischen den Zuständigkeitsbereichen des Krankenversicherungsrechts, Rentenversicherungsrechts, Sozialhilferechts bzw. zwischen gesetzlicher Krankenversicherung, Rentenversicherung, örtlichem und überörtlichem Träger der Sozialhilfe.
- ▶ Diese Grenzen reißen Leistungen, die aus Sicht der Nutzer zusammen gehören, auseinander und weisen sie unterschiedlichen Leistungserbringern und Kostenträgern zu.
- ▶ Weiterhin von hoher Bedeutung: Unser pluralistisches Versorgungssystem mit einer Vielzahl von Einrichtungen und Diensten.

Modell der psychiatrischen Versorgung



Ich habe eine ältere Folie gefunden, die die hohe Komplexität unserer Versorgungssysteme andeutet. Dabei sind hier nur jeweils die wichtigsten Einrichtungstypen aufgezeichnet. Da jeder Einrichtungstyp dann i. d. R. noch durch mehrere Träger angeboten wird, erhält das Ganze noch zusätzliche Komplexität, die sehr leicht in Unübersichtlichkeit umschlagen kann.

Unter diesem Gesichtspunkt muss etwa die Entwicklung im Bereich des Betreuten Wohnens in den letzten Jahren sehr gut beobachtet werden: Denn hier hat die Zahl der Träger ja erheblich zugenommen.

- Ebenfalls in der Folie erkennbar: Die großen sektoralen Grenzen. Also Grenzen zwischen: Beratung - Behandlung - beschützte Wohnhilfen - Arbeitshilfen, die wiederum mit unterschiedlichen Kosten-

trägerzuständigkeiten einher gehen.

- Des Weiteren wichtig sind: Grenzen zwischen den Professionen und „Schulen“, die an der Versorgung psychisch Kranker beteiligt sind: der Medizin, Psychologie, Sozialarbeit, Pflege, unterschiedliche therapeutische Ansätze.
- Ein weiterer wichtiger Systemfaktor ist, dass es nach wie vor mangelnde monetäre Handlungsanreize für vernetztes Handeln im Leistungsrecht gibt. Das heißt Kooperation kostet Zeit und damit Geld, wird aber nicht entsprechend vergütet.

Hier wurde vor drei Jahren durch die Novellierung der §§ 140 a ff im SGB V der Versuch unternommen, Kooperationsleistungen einer gesonderten Vergütung zugänglich zu machen.

Der Ansatz ist sicherlich richtig, nur hapert es nach wie vor an der Umsetzung.

Überdies wird er nur im Wirkungskreis des SGB V wirksam. Das heißt, die für die psychiatrische Versorgung wichtigen Angebote außerhalb des Krankenversicherungsrechts werden hierdurch gar nicht erfasst.

- ▶ Ein letzter kooperationshemmender Systemfaktor, den ich hier ansprechen möchte, ist, dass auch die Sozial- und Gesundheitsversorgung in den letzten Jahren zunehmend zu einem Dienstleistungsmarkt geworden ist, in dem die Träger der Hilfen in einem **Wettbewerbsverhältnis** zueinander stehen. Und deshalb insofern häufig vielleicht gar kein vorrangiges Interesse an vernetztem Handeln haben.

Ich möchte diese viel diskutierten Systemfaktoren hier jetzt gar nicht länger beklagen, sondern das Augenmerk auf ein anderes Faktorenbündel lenken, dass ich hier einmal „Operationale Faktoren“ genannt habe, weil sie im Handeln der Einzelnen angelegt sind. Diese Problembeschreibung ist das Ergebnis einer Sichtweise, die nicht das System, sondern das Handeln der Individuen - der Helfer oder Handlungsträger - in den Mittelpunkt der Betrachtung stellt:

Ursache und Gründe für mangelnde Vernetzung
-operationale Faktoren

- ▶ Soziologische Faktoren: Gruppenbildung, Rolle, Identität
- ▶ Professionalisierungsdefizite: Mangelnde Operationalisierung und Professionalisierung von vernetztem Handeln

Da sind zum einen soziologische Faktoren: Menschen neigen nun einmal dazu, ihr Handeln primär an der Gruppe zu orientieren, deren Mitglied sie sind. Diese Gruppen stiften Identität und Orientierung, man fühlt sich zugehörig, man orientiert sich an den Regeln.

In unserem Fall sind das berufsfeldspezifische Gruppen, also:

- ▶ die Mitarbeiter der Kontaktstelle, in der man tätig ist,
- ▶ oder des Heimes,
- ▶ oder der Klinikstation.

Diese Orientierung an dem unmittelbaren Handlungsfeld ist für den Einzelnen sehr rational, denn sie reduziert zunächst Komplexität: Ich muss nicht mehr das Große und Ganze im Auge behalten, das ich sowieso nicht wirksam beeinflussen kann, sondern konzentriere mich auf mein Nahfeld. Hier arbeite ich, hier kann ich am ehesten Entwicklungen fördern.

Und je komplexer und unüberschaubarer eine Situation ist, umso mehr verstärken die Individuen eine solche Binnenorientierung.

Diese Orientierungsmuster prägen nicht nur das Verhältnis von Institutionen untereinander. Das können Sie auch in größeren Institutionen – wie etwa unseren Kliniken beobachten, die unter bestimmten Umständen leicht wiederum in Teileinheiten zerfallen können: in Abteilungen, Stationen, Arbeitsgruppen etc.

Insofern muss jedes Bemühen um eine verbesserte Vernetzung eigentlich genau hier ansetzen:

Was müssen wir tun, wie müssen wir die Rahmenbedingungen verändern, damit die Handlungsträger ihre Bin-

nenorientierung um eine ebenso wichtige Außensicht oder Gesamtsicht erweitern? Sich also nicht nur für ihr unmittelbares Umfeld verantwortlich fühlen, sondern auch für das Ganze.

Und da diese Frage m. E. bisher nur unzureichend bearbeitet worden ist, haben wir es hier mit einem Professionalisierungsdefizit zu tun.

Damit meine ich:

- ▶ Obwohl vernetztes Handeln im Gesundheits- und Sozialsystem eine zentrale Rolle für die Qualität der Versorgung spielt,
- ▶ und wir gleichzeitig wissen, dass sich hiermit eine hoch komplexe Anforderung stellt,
- ▶ und wir dann noch wissen, dass Menschen nicht ohne weiteres von selbst vernetzt denken und arbeiten
- ▶ ist bisher nur sehr wenig darüber nachgedacht worden, wie wir diese Anforderung besser professionalisieren, also zum erlernbaren Bestandteil beruflichen Handelns der beteiligten Berufsgruppen machen können.

Professionalisierung von vernetztem Handeln in diesem Sinne soll also heißen:

- ▶ mit Verfahren, Prozeduren, Regeln hinterlegen
- ▶ und mit Rollen und Funktionen (wie etwa die des Case-Managers)

ausfüllen.

Solange das nicht geschehen ist, bleibt die Forderung nach vernetztem Handeln m. E. ein normativer Appell!

In der Professionalisierung von vernetztem Handeln steckt m. E. ein sehr wichtiger Ansatzpunkt zur Verbesserung der Versorgung, der jenseits der notwendigen Überlegungen zur Wei-

terentwicklung unserer Hilfesysteme wirksam werden kann.

Ich möchte nun abschließend auf die Frage eingehen:

4. Welche Konsequenzen ziehen wir daraus?

Ich habe Ihnen hier einmal vier Modelle aufgeschrieben, die für ein systematisches Management von Kooperationsbeziehungen stehen:

- ▶ das sehr umfassend angelegte Netzwerkmanagement,
- ▶ die personenzentrierte Hilfeplanung, die das Problem aus der Perspektive der Hilfgewährung angeht,
- ▶ das auf den Klienten ausgerichtete Case-Management,
- ▶ und das vom Prozessdenken her orientierte Prozessmanagement.

Ich möchte diese vier Ansätze für eine verbesserte Zusammenarbeit abschließend beispielhaft etwas näher betrachten.

Zunächst zum Netzwerkmanagement

Ich habe Ihnen eingangs ja bereits von unserem Verfahren zum netzwerkorientierten Qualitätsmanagement – NBQM – berichtet. Ich will jetzt auf die Details dieses Verfahrens nicht eingehen. Hier nur das Wichtigste in Kürze:

NBQM ist

- ▶ ein Verfahren zum Netzwerkmanagement,
- ▶ das auf der Grundlage des EFQM aufbaut.
- ▶ Es ist in der vorliegenden Fassung auf den Bereich der Suchtkrankenhilfe ausgerichtet und
- ▶ auf der Grundlage operationalisierbarer Kriterien.

Wir bereiten zur Zeit aber auch eine Fassung vor, die die Bedingungen und Erfordernisse der gemeindepsychiatrischen Versorgung fokussiert. (Das beinhaltet keine großen Veränderungen, sondern im wesentlichen sprachliche Anpassungen und einige Ergänzung.) Das Wichtigste an NBQM ist m. E.,

- ▶ dass hier ein differenzierter Katalog operationalisierbarer
- ▶ Kriterien und Anforderungen an Netzwerkmanagement im Feld der psychiatrischen Versorgung formuliert
- ▶ und in ein strukturiertes Arbeitsprogramm eingebunden wird.

Selbstbewertung
Soll-Ist-Vergleich
auf Basis des Kriterienkatalogs

Ableitung und Priorisierung
von Verbesserungsmaßnahmen

Der NBQM-Zyklus

Messung der Zielerreichung

Umsetzung der Verbesserungsmaßnahmen

Hier eine kurze Darstellung zum Ablauf des Verfahrens – entsprechend der eingangs referierten Grundsätze des P-D-C-A-Zyklus:

- ▶ Es beginnt mit einer systematischen Selbstbewertung der erreichten Vernetzung auf der Grundlage eines differenzierten Anforderungskatalogs.–
- ▶ Danach erfolgt die Vereinbarung, Planung und Umsetzung von Verbesserungsprojekten –
- ▶ deren Umsetzung kontrolliert und gemessen wird.
- ▶ Und dann geht es zu einem späteren Zeitpunkt in einen weiteren Zyklus von Messen – Planen – Verbessern – Messen.

Wie schon gesagt: Dieses Verfahren ist zur Zeit in zwei Regionen in Erprobung. Ich möchte den Ergebnissen dieser Erprobungsphase nicht vorgeifen, kann aber jetzt schon sagen, dass sich in beiden Regionen eine Reihe von positiven Effekten zeigen.

Es zeichnen sich aber auch einige Schwierigkeiten in der Umsetzung ab.

Ich habe manchmal den Eindruck, dass wir sehr, vielleicht sogar zu ehrgeizig mit der Zielsetzung waren, im ersten Anlauf bereits die Gesamtheit eines regionalen Suchthilfesystems in ein solches Verfahren hineinzubringen. Das ist ein sehr anspruchsvolles Unterfangen, weil auch hier die Zahl der Beteiligten sehr groß und die Interessenlagen sehr divergierend sind.

Und als erste Lehre würde ich aus unserer bisherigen Erfahrung deshalb ableiten, dass man vielleicht bescheidener anfangen muss: Nicht ein ganzes regionales Versorgungsnetz in eine Vereinbarung bringen, sondern zunächst mit einer Keimzelle von zwei, drei oder auch vier kooperationswilligen Partnern anzufangen.

Wir haben hieraus denn auch bereits Konsequenzen für ein weiteres kleineres Modellvorhaben gezogen, das der

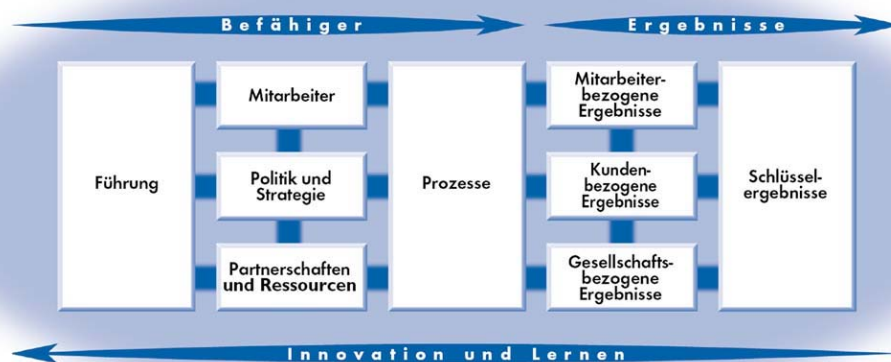
Gesundheitsausschuss des Landschaftsverbandes aller Voraussicht nach morgen beschließen wird. Dieses Vorhaben soll der Förderung von Verbundkooperationen (so auch der Titel des Programms) im Bereich der psychiatrischen Versorgung dienen.

Wir haben uns hier vorgenommen, erst einmal bescheidener anzufangen, indem wir uns auf die Zielsetzung konzentrieren, unsere Kliniken in einem ersten Schritt enger mit einigen Schlüsselpartnern aus der gemeindepsychiatrischen Versorgung zu verzahnen, wobei das örtliche SPZ jeweils eine gesetzte Größe ist.

Von der Methodik her, wollen wir mit dem Programm also Anreize für ein Netzwerkmanagement in kleineren, übersichtlicheren Teil-Netzwerken etablieren.

Analog zu NBQM soll auch hier ein konkreter Katalog von Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit erarbeitet und umgesetzt werden. Und analog zu NBQM werden wir die Ergebnisse der Bemühungen möglichst differenziert messen.

Es sollen insgesamt drei Regionen gefördert werden, wobei wir die Auswahl diesmal auf Regionen beschränken wollen, in denen eine Rheinische Klinik die Versorgungsverantwortung hat. Dies u. a. auch deshalb, weil wir unter diesen Voraussetzungen die Effekte des Programms besser messen können, aber auch um die eigenen Einrichtungen in dieser – wie ich denke sehr qualitätsrelevanten – Anforderungen weiter zu stärken.



Copyright by EFQM

Ich habe es bereits gesagt: Netzwerkmanagement ist ein umfassendes Verfahren. Es schließt insofern die drei anderen Begriffe in der Übersicht notwendigerweise ein. Hilfeplanung, Casemanagement und Prozessmanagement sind allesamt Verfahren zur besseren Ausgestaltung der patientenorientierten Prozesse. Sie sind insofern im NBQM unter dem Kriterium Prozesse in der Mitte der Modelldarstellung verortet.

Mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBPR) hat die Aktion Psychisch Kranke Ende der 90er-Jahre ein Verfahren vorgelegt, das die Patienten mit ihren Bedürfnissen in den Mittelpunkt der Leistungssteuerung stellen soll. Das Verfahren wurde bundesweit erprobt und ist geringfügig modifiziert durch den Landschaftsverband Rheinland in seiner Eigenschaft als Überörtlicher Träger der Sozialhilfe flächendeckend eingeführt worden.

Zentrale Zielstellung des Verfahrens ist es, Hilfen für psychisch kranke Menschen personenzentriert zu planen und koordiniert zu erbringen.

Ich bin nicht in der Lage, zu beurteilen, inwieweit diese Zielsetzung inzwischen erreicht wurden. Auch hier ist das Problem, dass wir eigentlich viel zu wenig wissen über die Netzwerkaktivitäten in den einzelnen Regionen.

Es gibt auch hier einige Hinweise auf Dinge, die gut und andere, die weniger gut funktionieren, aber diese Hinweise bleiben zunächst anekdotisch: Wir wissen also nicht, inwieweit sie verallgemeinert werden können.

Vor diesem Hintergrund wurde jüngst durch das Sozialhilfedezernat und das Gesundheitsdezernat eine Abstimmung darüber herbeigeführt, dass wir im Rahmen eines gemeinsamen Projektes den erreichten Stand im Bereich der psychiatrischen Versorgung noch einmal extern evaluieren lassen. Ich denke, diese Evaluation wird noch einmal wichtige Hinweise auf die Steuerungskraft des eingeführten Verfahrens geben.

Ein weiteres Verfahren zur Sicherung patientenzentrierter Prozesse im Netz der Psychiatrischen Versorgung ist das Case-Management. Hier eine wie ich denke recht brauchbare Definition:

Case-Management bezeichnet ein **Ablaufschema** organisierter bedarfsgerechter Hilfeleistung, in dem der Versorgungsbedarf eines Klienten sowohl **über einen definierten Zeitraum** als auch **quer zu bestehenden Grenzen von Einrichtungen**, Dienstleistungen, Ämtern und Zuständigkeiten **geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert** wird.

Sie sehen, diese Definition enthält viel von dem, was ich hier heute predige: Planung, Koordinierung, Überwachung und Messung von Abläufen.

Wir haben in den Rheinischen Kliniken Bonn und Köln seit einiger Zeit ein Case-Management für chronisch-mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke mit hoher stationärer Wiederaufnahmefrequenz eingeführt. Das sind Menschen, die aufgrund einer eskalierten Alkoholabhängigkeit bis zu zwanzig Mal jährlich in stationäre Behandlung aufgenommen werden. Das bindet wahnsinnig viel Kräfte und

kann eigentlich nur unzufrieden machen.

Das Schöne an dem Case-Management-Projekt in den beiden Kliniken ist, dass es durch die Krankenkassen finanziert wird, nämlich als Leistung nach den §§ 140a ff des SGB V. Die Kliniken und die Krankenkassen haben die oben genannte Definition sehr ernst genommen und tatsächlich die Wirkung dieser Maßnahme evaluieren lassen. Zu verzeichnen ist eine deutliche Deeskalation der Suchtproblematik bei vielen Betroffenen. Und zwar so deutlich, dass die Krankenkassen inzwischen ein hohes Interesse an der Ausweitung dieses Programms artikulieren.

Ich denke, auch hier liegt ein Ansatz, den wir in der Gemeindepsychiatrie noch nicht hinreichend fruchtbar gemacht haben.

Ein letztes Schlagwort, das ich hier heute einbringen möchte, ist der Begriff „Patientenpfad“. Auch hierzu gleich eine Definition.

Das ist ein wenig kompliziert, deshalb will ich die m. E. wichtigsten Begriffe hervorheben:

Ein **klinischer Behandlungspfad** ([engl.: *clinical pathway*](#)) ist der im Behandlungsteam selbst gefundene **berufgruppen- und institutionsübergreifende Konsens** bezüglich der besten Durchführung der [Krankenhaus-](#)Behandlung unter Wahrung festgelegter [Behandlungsqualität](#) und Berücksichtigung der notwendigen und verfügbaren [Ressourcen](#) sowie unter Festlegung der Aufgaben und der Durchführungs- und Ergebnisverantwortlichkeiten.

Die Definition ist sicherlich nicht schlecht, obwohl sie aus der Somatik

stammt. Nur: Sie greift zu kurz in ihrer Fokussierung auf die Krankenhausbehandlung.

Denn: ein in unserem Sinne verstandener Pfad darf nicht am Tor des Krankenhauses enden. Er darf sich nicht ausschließlich auf den Behandlungsprozess konzentrieren, sondern muss auch das davor und danach integrieren! Wichtig aber auch hier das Element der systematischen Gestaltung eines strukturierten Prozesses. Der zeitliche Rahmen meines Vortrages erlaubt nicht mehr, als eine grobe Benennung dieser Ansatzpunkte für eine verbesserte Netzwerkarbeit. Sicherlich gibt es noch mehr, vielleicht entwickeln wir ja in der Zukunft noch andere Verfahren.

Wichtig erscheint es mir jedoch, dass wir uns nicht so sehr von den vermeintlich so schwierigen Strukturen paralisieren lassen, sondern unser Augenmerk auf eine systematische Ausgestaltung von Prozessen legen.

Also: Von der Strukturzentrierung zur Prozessorientierung, um einmal eine gängige Zielstellung der Gemeindepsychiatrie abzuwandeln.

Denn Vernetzung, Integration und Koordination bleiben normative Appelle, so lange wir das Ziel nicht durch

- ▶ **Verfahren, Prozeduren, Regeln hinterlegen**
- ▶ **und mit Rollen und Funktionen ausfüllen!**

Nur so können wir sicher stellen, dass wir uns nicht durch eine Fata Morgana von erreichbaren Zielen ablenken lassen.



Kontakt:

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland
Dezernat Gesundheit / Heilpädagogische Netzwerke
Tel.: 0221 / 809-6640/-6642
E-Mail: Michael.vanBrederode@lvr.de

Nils Greve

Das Sozialpsychiatrische Zentrum als Motor im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Ich möchte mich zunächst dafür bedanken, dass wir Gelegenheit haben, als gleichberechtigte Partner aus der Sicht der SPZ und der AGpR hier vorzutragen. Zu meinen zwei Vorrednern gibt es allerdings jede Menge Überschneidungen, mein Vortrag könnte im Grunde nur noch halb so lang werden. Ich möchte mich darum schon vorab entschuldigen, wenn ich ein bisschen Redundanz erzeuge, aber das soll ja für die Wirkung auch ganz gut sein.

Da wir heute ungewöhnlich wenige Vorträge haben, habe ich, um Sie zu entschädigen, gleich zwei Vorträge vorbereitet - beide natürlich zum mir gestellten Thema „Das SPZ als Motor im Gemeindepsychiatrischen Verbund“.

Der eine Vortrag ist ausgesprochen kurz, der andere nimmt den Rest der Zeit ein. Beide behandeln das Thema aber durchaus erschöpfend. Ich beginne mit dem kurzen Vortrag.

Eigentlich versteht es sich ja für uns hier im Rheinland von selbst, dass wir uns zusammentun, uns unterhaken, um Runde Tische setzen, es uns miteinander ein wenig gemütlich machen - oder was man sonst an Umschreibungen fürs rheinische Klüngeln finden könnte. Das empfinden Sie doch sicher alle ebenso wie ich, ganz gleich, ob Sie gebürtige oder - wie ich - eingewanderte Rheinländer sind ... oder?

Was dem rheinischen Kapitalismus recht war, kann der rheinischen Psychiatrie billig sein - die Deutschland

AG als Vorbild für den Gemeindepsychiatrischen Verbund, sozusagen. Nur eben nicht gleich für ganz Deutschland, sondern fürs Veedel.

Und wo doch die Sozialpsychiatrischen Zentren ursprünglich schon als der Gemeindepsychiatrische Verbund konzipiert waren, verstehen sie sich von Anfang an aufs Klüngeln. Und brauchen eigentlich nur noch eben schnell die wenigen übrigen Träger hinein zu nehmen.

Anders kann es im Rheinland eigentlich gar nicht sein, meinen Sie nicht auch?

Es folgt der eigentlich überflüssige zweite Teil. Zunächst eine kleine Übersicht: Das Kapitel „Von den Anfängen bis heute“ ist dann für Sie bereits der dritte Durchgang. Danach stelle ich die Frage: Für wen machen wir eigentlich den Verbund? Warum sollen wir uns die Mühe machen, unsere schönen Institutionen verbundförmiger, vernetzter und integrierter darzustellen - wozu soll das überhaupt gut sein? Dann, etwas verspätet, versuche ich eine Definition, was ein Verbund überhaupt sein soll, und stelle Ihnen in dem Zusammenhang auch die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände vor mit ihren Vorstellungen dazu. Es folgt die kritische Frage, ob der GPV eine Mogelpackung ist (und womöglich bleiben wird). Überlegungen, wohin und wie weit die Reise zum Verbund eigentlich gehen soll, sowie einige Bemerkungen zum Stellenwert der Sozi-

alpsychiatrischen Zentren und über-nächste Schritte schließen sich an.

Von den Anfängen bis heute

Historische Entwicklung der Ideen GPV und SPZ

Der Name „Sozialpsychiatrisches Zentrum“ wurde durch das 1986 verabschiedete Förderprogramm zum feststehenden Begriff im Rheinland. Die [Expertenkommission der Bundesregierung](#) nahm 1988 den dort erstmals formulierten Gedanken, die Bildung [Gemeindepsychiatrischer Verbände](#) durch ein Kernangebot in einheitlicher Trägerschaft voranzubringen, zwei Jahre später in ihre Empfehlungen auf.

An der Kommission waren Experten aus dem Rheinland maßgeblich beteiligt: Caspar Kulenkampff, Rainer Kukla, Alexander Veltin, Arnd Schwendy und Bernd-Ulrich Drost. Die Übernahme des rheinischen Konzepts hatte also eine gewisse personelle Kontinuität.

Die Idee war damals, einen Gemeindepsychiatrischen Verbund zu konzipieren aus „Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion, Tagesstätten und aufsuchend-ambulanten Diensten“, verbunden mit der Empfehlung, „begleitende Hilfen im Arbeitsleben“ hinzu zunehmen - die hießen damals Psychosozialer Dienst und änderten dann chamäleonartig ihren Namen, heute heißen sie Integrationsfachdienste.

Schon die Expertenkommission sah - ebenso wie die SPZ-Förderrichtlinien - bei dem GPV eine „Motorfunktion“ für die Initiierung weiterer versorgungsrelevanter Angebote und die Kooperation mit allen psychiatrischen Angebo-

ten in der Region. Übrigens wurden damals an erster Stelle ausgerechnet die niedergelassenen Ärzte genannt; da haben wir in der Praxis sicher das größte Defizit an Kooperation und Vernetzung.

Sie sehen: So abwegig war mein Kurzvortrag gar nicht! Der Gemeindepsychiatrische Verbund mit seiner rheinischen Variante SPZ ist in diesem Bundesland erfunden worden, und die Idee vom „Motor“ der regionalen Entwicklung und Vernetzung ebenfalls.

Entwicklung im Rheinland

Inzwischen ist im Rheinland der Anspruch der Erfinder eingelöst worden, flächendeckend solche vernetzten Kernstrukturen zu schaffen.

Aber waren sie auch überall „Motoren“ des Aufbaus fehlender Angebote und der Vernetzung? Zweifel daran hat Herr van Brederode mir schon vorweggenommen, ich teile sie. In den meisten Regionen dürfte das der Fall gewesen sein, aber wohl mit erheblichen regionalen Unterschieden.

Ich denke allerdings, dass die „Konstruktion“ der SPZ in dieser Hinsicht einen Schwachpunkt hatte - sicherlich nicht zu Beginn, aber doch im Laufe der Jahre.

SPZ als „kleiner GPV“

Ihnen ist vielleicht aufgefallen, dass die Begriffe SPZ und GPV zunächst identisch gebraucht wurden - also die Vorstellung unterstützten, das SPZ sei bereits der GPV - während wir jetzt davon sprechen, das eine solle der Motor des anderen sein.

Im Vordergrund der Aufmerksamkeit stand nach meiner eigenen Erfahrung die Innensicht der SPZ, also die Vernetzung zwischen den Kernangeboten der SPZ. Die Vernetzung „nach außen“, zu den übrigen Hilfeanbietern - also zu Sozialpsychiatrischem Dienst, Klinik, Kassenärzten, WfbM und konkurrierenden Anbietern z. B. von Hilfen zum Wohnen oder zur Arbeit - war zwar mitgedacht, aber konzeptuell weniger stark berücksichtigt worden. Sie ist daher nach meinem Eindruck - bei großen regionalen Unterschieden - nicht so durchgängig betrieben worden wie die Vernetzung innerhalb der Sozialpsychiatrischen Zentren.

Personenzentrierung der Hilfen

Als nächsten Schritt möchte ich - auch nicht als erster heute - die „Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich“ erwähnen, die die Idee der personenzentrierten Hilfeplanung und -organisation entworfen hat, wiederum unter maßgeblicher Mitwirkung von Rheinländern: Caspar Kulenkampff (der damals allerdings bereits in Lübeck leb-

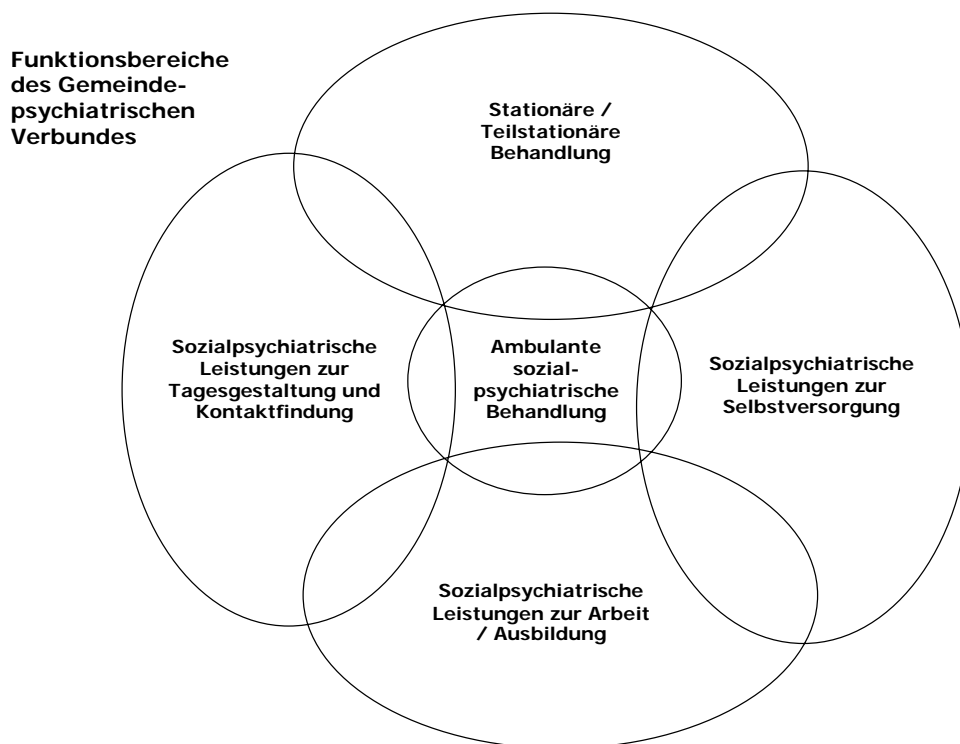
te), Rainer Kukla, Arnd Schwendy, Ulrich Krüger von der Aktion Psychisch Kranke und Annemie Frenzel hier aus dem Hause. Und übrigens auch Dieter Banaski vom MDK Rheinland.

Der Grundgedanke war die Umsteuerung von der Institutionszentrierung zur Personenzentrierung, also weg von „Angeboten“, die sich die zu ihnen passenden Klienten suchen, hin zu „Bedarfen“, auf die sich die Leistungserbringer einzustellen haben.

Einige Auswirkungen dieser Konzeption sind allen hier im Raum bestens vertraut: Integrierte Hilfeplanung (IHP), Hilfeplankonferenzen - darauf muss ich jetzt nicht eingehen.

Eine weitere Auswirkung war aber auch die Neuformulierung der Idee vom Gemeindepsychiatrischen Verbund: nicht mehr als „Kristallisationskern“ mit Ausstrahlung auf den Rest, sondern als tatsächlich vollständiger Verbund aller regionalen Hilfen. Dazu das folgende Schaubild¹

¹aus: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Der personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung. Individuelle Hilfeplanung (IBRP) und personenzentriert-integriertes Hilfesystem - Manual, Hilfeplanung, Behandlungs- und Rehabilitationspläne. Reihe Arbeitshilfen Nr. 11, 5. erweiterte u. akt. Auflage, Bonn 2005: Psychiatrie-Verlag



Gegenüber dem SPZ-Logo, das Sie ja kennen, fällt hier vor allem die Hinzunahme der Behandlung als zusätzlicher Baustein auf, integriert in die jetzige Konzeption vom Gemeindepsychiatrischen Verbund.

Es ergibt sich also ein erweiterter Blick auf die Hilfeanbieter, die sich zum Verbund zusammenzufinden haben. Das SPZ nach rheinischer Definition und der GPV in diesem Sinne sind nicht mehr identisch, die klassischen SPZ-Bausteine sind nur noch ein Teil der Hilfen, die in einen solchen Verbund gehören.

Daraus ergibt sich ein verändertes Verständnis für die Rolle der SPZ in ihrer Region - ein Blick über den Gartenzaun sozusagen. Darauf komme ich später im Einzelnen zurück. Jetzt möchte ich erst zu einer anderen Frage kommen, nämlich:

Verbund - für wen?

Zunächst die Sicht der Klienten:

Der Gedanke, dass Hilfen verbundförmig geleistet werden sollten, hängt zusammen mit der Konzentration der Psychiatriereform (besonders der Expertenkommission) auf „chronisch psychisch Kranke“ - vielleicht sollte man heute besser sagen: auf Menschen mit komplexem Hilfebedarf, die sich diese Hilfen nicht als kompetente „Kunden“ auf einem imaginären psychosozialen Anbietermarkt beschaffen können. Damit ihnen wirksam geholfen werden kann, müssen sich die Anbieter geeigneter Hilfen zusammenfinden und ihnen maßgeschneiderte Hilfen anbieten.

Die jeweils erforderlichen Angebote sollen aber nicht nur additiv nebeneinander gestellt, sondern so weit wie möglich miteinander „verbunden“ wer

den - nur so werden Menschen mit schweren Psychosen, Doppel- und Dreifachdiagnosen und anderen Störungen mit ausgeprägten sozialen Einschränkungen erreicht. Diese Verbundförmigkeit hat idealtypisch eine Qualität der Integration, die über unsere Vorstellungen von „Kooperation“ und „Vernetzung“ noch hinaus geht, nämlich: Die Hilfen sollten geleistet werden wie „aus einer Hand“ - also nicht mehr mit der Idee der Psychiatrie-Enquête von der „therapeutischen Kette“, durch die Klienten von Stufe zu Stufe durchgereicht werden, bei Fortschritt vorwärts, bei Rückschritt rückwärts, sondern ganzheitlich mit personeller Kontinuität der Beteiligten, so dass das Verlaufen zwischen den einzelnen Institutionen kein Problem mehr ist.

Diese Begründung des Verbundgedankens ist für uns als Leistungserbringer eine ethische Anforderung - anders gesagt: ein Qualitätskriterium für gute sozialpsychiatrische Leistung. Darauf hat Frau Lubek eingangs bereits hingewiesen.

Die Sicht der Leistungserbringer:

Daneben gibt es aus meiner Sicht aber auch ökonomische Gesichtspunkte, die eine Triebfeder für die Entwicklung von Verbänden sind oder sein können.

Die Finanzierung praktisch aller psychosozialen Hilfen ist in den letzten Jahren nicht leichter geworden. Das auskömmliche Selbstkostendeckungsprinzip ist bis auf geringe Reste verschwunden und durch Leistungsentgelte ersetzt worden, die aus der Sicht der Leistungserbringer zwei wesentliche Nachteile haben: Sie halten in der Regel mit der Kostenentwicklung nicht Schritt und sie sind mit Zwängen verbunden, die wir nicht immer sachge-

recht finden.

Beispiele:

- Die Verkürzung der Verweildauer in Krankenhäusern führt zu den Vorgängen, die in der Somatik „blutige Entlassungen“ heißen - bei uns würde man vielleicht sagen, Patienten werden entlassen, ohne dem Leben draußen bereits wieder gewachsen zu sein.
- Oder: die Umstellung des Betreuten Wohnens auf Fachleistungsstunden, so notwendig und unvermeidbar sie war, hat ja auch dazu geführt, dass einige Klienten aus dem System verschwunden sind, weil sie sozusagen „nicht fachleistungsgerecht“ waren.

Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen lassen für die Zukunft in dieser Hinsicht keine Besserung erwarten, im Gegenteil: Zu der fortlaufenden Verknappung öffentlicher Mittel kommen weitere Entwicklungen hinzu, die für uns durchaus mittelfristig existenzgefährdend werden könnten.

Denken Sie etwa an die „Europäische Dienstleistungsrichtlinie“, die zwar in letzter Minute entschärft wurde, aber bei uns Visionen ausgelöst hatte, dass Unternehmen aus Polen oder Spanien kommen könnten und mühsam Deutsch sprechende Menschen zu Billigtarifen hier an unsere Stelle treten könnten.

Oder an den Zwang zu - eventuell europaweiten - Ausschreibungen von Leistungen. Das ist für unseren Bereich zum Teil schon ein ernstes Problem, zum Beispiel bei den Agenturen für Arbeit, oder wird durch Gerichtsurteile noch gerade eben gestoppt, wie in Westfalen durch das Urteil des OVG Münster zur Eingliederungshilfe.

Im Ergebnis wird die wirtschaftliche Existenz risikoreicher, ihre Sicherung tritt als Aufgabe stärker in den Vordergrund als früher. Ein Teil unserer Angebote ist schon jetzt selbst bei extremen Sparmaßnahmen nicht mehr kostendeckend zu erbringen. Neben Kündigung von Tarifverträgen, Kürzung von Stellenplänen, Outsourcing, Insourcing und anderen Hässlichkeiten werden daher weitere Strategien zur Zukunftssicherung benötigt.

Michael van Brederode hat kürzlich in diesem Zusammenhang davon gesprochen, Kliniken und Vereine müssten sich in dieser Situation „neu erfinden“. Sie erinnern sich vermutlich alle an Klaus Dörners geflügeltes Wort: „aus leeren Kassen Kapital schlagen“ - nicht mehr taufersch, aber leider keineswegs überholt. Gemeint sind damit Reformen der bisherigen Strukturen, die zu einer Verbesserung sowohl der Versorgung als auch der wirtschaftlichen Kennzahlen führen.

Ein solcher Weg zur Zukunftssicherung ist die Verbreiterung des Geschäftsfeldes. Wer heute nur noch ein Standbein hat, ist auf Gedeih und Verderb den Spielregeln der Finanzierung dieses Standbeins ausgeliefert - seien es Krankenhausleistungen, Eingliederungshilfen oder andere Sparten.

Korporatismus oder Markt? „Mitbewerber“ oder Verbundpartner?

Für die Lösung dieses Problems gibt es ja theoretisch zwei Wege:
Erstens: Man kann als einzelner Träger neue Leistungsangebote aufbauen. Soweit es die in der Region noch nicht gibt, ist das sicher sinnvoll. Ansonsten bedeutet es, als Konkurrent aufzutreten zu vorhandenen Anbietern. Etwas euphemistisch nennt man

das ja in der Wirtschaft „Mitbewerber“. Die Vorteile dieser Lösung liegen sicher darin, dass man die eigenen Unternehmensziele verfolgen kann und keine Rücksicht auf vorhandene, unter Umständen sperrige Mitanbieter nehmen muss.

Oder, zweitens: Man kann sich mit anderen Leistungserbringern zusammen tun und dadurch Synergieeffekte erzielen. Das wäre dann die korporatistische Lösung, die Richtung Verbundbildung und Joint Ventures führt. Ein Vorteil liegt darin, dass man das Know-how der Partner zusammenführen kann, so dass nicht jeder Einzelne das Rad von vorne erfinden muss.

So weit die Sicht der Leistungserbringer als Unternehmer. Aus der Sicht unserer Klienten sollte die Reise allerdings Richtung Verbund gehen, jedenfalls solange man die Zielgruppen mit großem, komplexem Hilfebedarf im Blick hat - das habe ich eben schon ausgeführt.

Beide Wege haben wir in der letzten Zeit beobachten können. Einerseits haben wir im Betreuten Wohnen eine Anbietervielfalt, die nur noch mühsam durch Geschäftsordnungen von Hilfeplankonferenzen zu bändigen ist. Andererseits sind heute auf dieser Tagung Gemeindepsychiatrische Verbünde vertreten, die ihre Kooperation auf eine neue qualitative Stufe gehoben haben oder jedenfalls heben wollen. Davon werden sie ja nachher berichten.

Nach meinem Eindruck setzt sich aber im Rheinland unter den Anbietern ein Konsens durch, nicht in erster Linie auf das Wildern in bisher fremden Revieren zu setzen, sondern auf Zusammenrücken und Vernetzen.
- Rheinisch eben!

Vor etwa zehn Jahren hatten wir in der AGpR noch große Sorge, die Weiterentwicklung der psychiatrischen Krankenhäuser zu „Gesundheitszentren“ könnte zu unseren Lasten gehen. Ich weiß bis heute nicht, ob diese Sorge überhaupt zu Recht bestanden hat. Jetzt stehen aber die Zeichen des Landschaftsverbandes unverkennbar auf Intensivierung der Kooperation.

Statt Rivalität zum Schaden des Anderen sehe ich eher das Bestreben, gemeinsam mit den SPZ-Vereinen und weiteren Hilfeanbietern in den Regionen zu gemeinsamen Angeboten zu kommen. Das haben meine Vorredner ebenfalls bereits ausgeführt, und es hat mich in dieser Sicht sehr bestätigt.

Was ich eben über wirtschaftliche Notwendigkeiten gesagt habe, gilt für die gemeindepsychiatrischen Träger ebenso wie für Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen. Auch für uns in den SPZ wird das Kostensparen mühsamer und hässlicher, und ob die Eingliederungshilfe für Behinderte langfristig mit der gleichen gesellschaftlichen Akzeptanz und den entsprechenden Geldmitteln versehen sein wird wie jetzt, ist keineswegs sicher.

Fazit: Ganz im Sinne Klaus Dörners gibt es zurzeit eine Chance, durch Verbundlösungen sowohl die Versorgung zu verbessern als auch die eigene wirtschaftliche Situation.

Die Sicht der Kostenträger

Was uns Leistungserbringern als Sparzwang begegnet, ist auf Seiten der Leistungsträger natürlich nichts anderes - auch sie stehen unter Einsparungsdruck. Das gilt für die Kran-

kenkassen ebenso wie für die Sozialhilfeträger, die Integrationsämter, die Arbeitsverwaltung usw..

Aber ebenso wie wir haben auch die Kostenträger kein Interesse daran, dass die Versorgung ihrer Hilfeempfänger unter den Einsparungen leidet. Dies übrigens nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen: In vielen Fällen wird es durch eine unzureichende Versorgung letztlich ja teurer - denken Sie etwa an lange Krankenhausaufenthalte oder Heimunterbringungen - wenn die ambulanten Hilfen nicht ausreichen oder wenn die schon erwähnten „blutigen Entlassungen“ zu langfristigen Behinderungen führen.

Ich sehe wiederum zwei Konzeptionen, die dieses scheinbare Paradoxon lösen sollen, also „mehr Qualität bei weniger Kosten“:

Erstens: „ambulant vor stationär“, da ambulante Hilfen grundsätzlich erheblich preiswerter sind. Ambulante Hilfen müssten dafür aber so ausgebaut und ausgestattet werden, dass sie wirksam helfen können und dadurch stationäre Unterbringungen vermeiden oder vermindern. Wenn das gelingt, kann eine gehaltene oder sogar verbesserte Qualität der Versorgung mit Einsparungen verbunden werden. Das ist ja auch die Grundlage der Konzeption, die das Rheinische Sozialamt mit der Hochzonung verfolgt.

Übrigens ist die Differenz zwischen ambulanter und stationärer Vergütung bei der Eingliederungshilfe ja nicht so sehr groß; bei den SGB V-Leistungen ist sie dagegen derzeit enorm, und das ist ausgesprochen schädlich, weil das ambulante System für intensive Behandlungsmaßnahmen nicht taugt.

Zweite Lösung: Verbundbildungen

zur Vermeidung von unklaren Zuständigkeiten, Versorgungsleistungen und unnötigen Leistungen an den Übergängern im Versorgungssystem (Vermeidung von Doppelleistungen und Fehlzuweisungen). Die Stichworte hier wären Integrierte Versorgung, trägerübergreifende persönliche Budgets usw. Darauf komme ich gleich noch zurück.

Nimmt man beide Maßnahmen - Ambulantisierung und Verbundbildung - zusammen, so gelangt man zu Strukturen mit Konzentration auf verbundförmige ambulante Komplexleistungen. Und dies liegt auch im eigenen Interesse der Kostenträger.

Falls Sie jetzt den Eindruck haben, das wissen nicht alle Kostenträger, muss man ja sagen, das ist auf Seiten der Leistungserbringer auch noch nicht der Fall!

Es gibt international gute Beispiele dafür, dass die Konzentration auf ambulante verbundförmige Komplexleistungen tatsächlich lohnt, darauf gehe ich gleich noch näher ein.

In Deutschland sehe ich die Situation bisher so, dass es bei der Finanzierung ambulanter Komplexleistungen zwar erste hoffnungsvolle Ansätze gibt, aber nicht gerade einen Durchbruch auf breiter Front. Solche hoffnungsvollen Ansätze, oder, wie Herr van Brederode es formuliert hat, Handlungsansätze für vernetztes Handeln, sind beispielsweise:

- die Integrierte Versorgung - sie wird meist als erstes genannt, hat in der Psychiatrie aber kaum Fuß gefasst und hat den Nachteil, dass sie nur „Behandlung“ integriert,

also Leistungen nach dem SGB V.

- Zweitens das Persönliche Budget - es befindet sich ja noch in der Erprobungsphase, die erstaunlich klein ausfällt, wenn man bedenkt, dass in wenigen Monaten das Persönliche Budget zur gesetzlichen Pflichtleistung wird. Insbesondere gibt es nahezu nirgends Träger übergreifende Persönliche Budgets, weit überwiegend bewegen sie sich innerhalb der Eingliederungshilfe. Lediglich in einem Bundesland gibt es Versuche, Eingliederungshilfen und Hilfen zur Arbeit wenigstens probeweise zusammenzuführen. Aber grundsätzlich wäre das eigentlich ein guter Ansatz, um im Einzelfall bedarfsgerecht Träger übergreifend komplexe Leistungsangebote zu finanzieren unter erheblicher Mitwirkung, wenn nicht sogar Meinungsführerschaft des Betroffenen selbst.
- Drittens, regionale Gesamtbudgets - sie sind nur in wenigen Regionen verwirklicht und wiederum nur auf jeweils einen Kostenträger beschränkt. Zu nennen wären für Krankenhausleistungen der Kreis Steinburg in Schleswig-Holstein und für Leistungen der Eingliederungshilfe Rostock und Berlin. Aber auch hier gibt es bisher keine Kostenträger übergreifenden Modelle.
- Last but not least ist zu nennen die Umsteuerung der Eingliederungshilfe zum Wohnen hier bei uns im Rheinland. Bei aller Widersprüchlichkeit dieses Prozesses bietet er doch eine ernsthafte Chance der Ambulantisierung der Hilfen für viele unserer Klienten, gerade mit dem neu hinzugenommenen Konzept des „Wohnverbundes“. Aller-

dings ist auch diese Entwicklung auf eine Leistungsart beschränkt, eben die Eingliederungshilfe.

Zusammenfassend bietet die Kostenträger-Landschaft uns bisher noch keine leicht begehbaren Wege zu einer vollständigen Integration der Hilfen im Einzelfall. Abgesehen von Leuchtturmprojekten und Modellfinanzierungen bleibt uns lediglich das pragmatische Vorgehen, auf unserer Seite „zusammenwachsen zu lassen, was zusammen gehört“.

Zum Beispiel:

Ein Mitarbeiter eines Wohnheims kann ja mit definierten Stellenanteilen auch gleichzeitig Leistungen des Betreuten Wohnens erbringen. Wenn man das Konzept des Wohnverbundes ernst nimmt, muss man das sogar so machen und hat damit auf Seiten der Leistungserbringer vernetzt, was erst einmal nach getrennten Finanzierungsrichtlinien funktioniert.

Oder eine Mitarbeiterin eines Integrationsfachdienstes könnte Klienten, die mangels Behinderung nicht langfristig betreut werden dürfen, im Rahmen des Betreuten Wohnens oder nicht-ärztlicher Leistungen einer Institutsambulanz langfristig begleiten. Auch das sind Möglichkeiten, die zum Teil im Rheinland schon erprobt sind, mit denen wir pragmatisch das tun können, was nicht auf Bundesebene und Kostenträgerseite schon zu autobahnbreiten Pfaden gebahnt ist.

Verbund - was ist das?

Die Frage, was ein Verbund überhaupt ist, finden Sie vielleicht etwas verspätet, denn normalerweise fängt man ja mit der Begriffsdefinition an.

Vom kleinen zum großen Flickenteppich

Die ursprüngliche Idee des Gemeindepsychiatrischen Verbunds war stark geprägt von der Vorstellung eines einzigen Trägers oder eines verbindlichen Zusammenschlusses von bereits in einer Region vorhandenen Trägern. Die Expertenkommission ging in diesem Zusammenhang noch von „einer juristischen Person“ mit einem gemeinsamen „Leitungsgremium“ aus.

Michael van Brederode sprach 2002 bei der SPZ-Tagung - und er hat es heute, glaube ich, fast wörtlich wiederholt - von der „Bündelung unterschiedlicher gemeindepsychiatrischer Hilfen in überschaubaren Regionen unter einem organisatorischen Dach“. In den meisten Regionen des Rheinlands sind SPZ-Träger nach diesem Muster entstanden, also als singuläre Träger des gemeindepsychiatrischen Kernangebots in ihrer Region. Und da ich selbst für einen solchen Verein tätig bin, sehe ich die großen Vorteile dieser Lösung:

Eine weit gehende Integration der einzelnen Hilfen ist innerhalb eines Trägers leicht herzustellen. Die beteiligten professionellen und ehrenamtlichen Helfer kennen sich gut, gehören zum selben Unternehmen mit einer einheitlichen Philosophie und Kultur und sind im gemeinsamen Interesse tätig.

Die verbundförmige Integration von Leistungen verschiedener Träger ist aus den gleichen Gründen schwieriger. Man hat eben nicht immer gleiche Interessen und zueinander passende Konzepte, gehört nicht zum selben Stall. Aber es ist nun einmal so - die gewachsene Trägerlandschaft ist überall ein Flickenteppich, wenngleich

mit unterschiedlich vielen Flickern pro Region. Und, wie gesagt, auch die integrierte Finanzierung ist ein noch nicht gelöstes Problem.

Außerdem denken wir uns ja heute den Gemeindepsychiatrischen Verbund deutlich größer, wie ich vorhin gezeigt habe. Daher hat sich die Verbundidee nach meiner Wahrnehmung in einem ziemlich mühsamen Prozess von der Idee der Einheitlichkeit zu der Idee eines Verbunds in Vielfalt bewegt. In der Vorbereitung der Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände hat diese Diskussion eine große - und jahrelang erschwerende - Rolle gespielt.

Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände

Diese Bundesarbeitsgemeinschaft will ich Ihnen nun näher vorstellen, unter anderem weil sie die Idee des Gemeindepsychiatrischen Verbundes mit einer Reihe von Qualitätskriterien präzisiert hat. Vier nordrhein-westfälische Mitglieder der BAG sind hier vertreten und werden im Anschluss aus ihren Regionen berichten. Die BAG GPV wurde im März 2006 gegründet und hat zurzeit 16 Mitgliedsregionen sowie eine Reihe von Aufnahmeanträgen.

Liste der Mitgliedsregionen:

- Mecklenburg-Vorpommern: GPV Stralsund, GPV Rostock
- Thüringen: GPV Gera
- Rheinland-Pfalz: GPV Mainz
- NRW: GPV Kreis Herford, GPV Bielefeld, GPV Kreis Steinfurt, GPV Kreis Borken, GPV Solingen, GPV Rheinisch-Bergischer-Kreis
- Baden-Württemberg: GPV Stuttgart, GPV Reutlingen, GPV Ravens-

burg, GPV Bodenseekreis

- GPV Hamburg-Nord
- GPV Berlin-Reinickendorf

Sie versteht sich - oder ich verstehe sie - als Instrument der Qualitätsentwicklung von verbundförmiger Arbeit in möglichst vielen Regionen und als Interessenvertretung ihrer Mitglieder, also der regionalen Verbände und der Verbundidee.

Sie engagiert sich mit Stellungnahmen zu Themen in diesem Zusammenhang, und ihre Mitglieder werben für die Verwirklichung gemeindepsychiatrischer Verbände. Das tue ich übrigens auch gerade.

Zu den Aktivitäten der BAG gehören auch gegenseitige Besuche der Mitgliedsverbände, die der qualitativen Weiterentwicklung dienen sollen und von der Erkenntnis getragen werden, dass alle Mitgliedsverbände sich zwar entschlossen auf den Weg gemacht haben, aber noch längst nicht am Ziel sind. Im Dezember erwarten wir in Solingen diesen Besuch - ich würde sagen, mit „banger Vorfreude“.

Ich möchte Ihnen im Folgenden die Antwort der BAG GPV zeigen auf die Frage: Was ist ein GPV? - Es handelt sich dabei um die Aufnahmekriterien der BAG. Die Psychiatriepolitiker im Saal werden darin unschwer eine Weiterentwicklung der SPZ-Förderrichtlinien erkennen.

Dazu eine Erläuterung: Ein Thema in der Vorbereitung der BAG-Gründung war die Unterscheidung zwischen einem Leistungserbringerverbund („GPLV“) und einem regionalen Steuerungsverbund. Zu Letzterem gehören nicht nur diejenigen, die Leistungen erbringen, sondern im Idealfall auch die Kostenträger, die Betroffenenver-

bände, die Kommune usw. Das kann also ein durchaus breiterer Kreis sein. Aber der Gedanke ist: Verbundförmige Arbeit wird letztlich garantiert von den Leistungserbringern, die müssen sagen, wir arbeiten verbundförmig zusammen im Sinne der Kriterien. Wie das dann im Einzelnen geschieht, kann unterschiedlich sein.

Qualitätsanforderungen der BAG GPV

„1. Der GPLV ist ein verbindlicher Zusammenschluss der wesentlichen Leistungserbringer einer definierten Versorgungsregion.“

„2. Die Kommune ist im Rahmen ihrer Pflichtaufgaben zur Daseinsvorsorge im GPLV vertreten.“ Verpflichtend übrigens auch immer das zuständige Versorgungskrankenhaus.

„3. Der GPLV dient (mindestens) folgenden Zwecken:

- a) der Sicherstellung von bedarfsgerechter Behandlung und Hilfe für Menschen mit schweren akuten und langdauernden psychischen Erkrankungen in dem und aus dem Versorgungsgebiet in den folgenden Leistungsbereichen ...
- b) der Sicherstellung der Koordination sozialpsychiatrischer und anderer erforderlicher Leistungen im Einzelfall und im Zusammenwirken der Institutionen, insbesondere Sicherstellung von personenzentrierten ... Komplexleistungen,
- c) der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung ...,
- d) der Beteiligung an der regionalen Steuerung psychiatrischer Hilfen durch verbindlichen und kontinuierlichen Austausch mit
 - der kommunalen Gesundheits- und Sozialverwaltung

- den Leistungsträgern
- den organisierten Psychatriererfahrenen
- den organisierten Angehörigen psychisch Kranker
- weiteren Leistungserbringern, die nicht Mitglied des GPLV sind.“

„4. Ein Kooperationsvertrag oder eine beschlossene Grundsatzerklärung

regelt die Kooperation der Vertragspartner bei der Erbringung sozialpsychiatrischer Dienstleistungen. Davon unberührt bleibt die Rechtsträgerschaft der Dienste und Einrichtungen, die in den Verbund einbezogen sind. Verträge und Vereinbarungen mit Leistungsträgern werden von den jeweiligen Rechtsträgern gesondert allein oder in Gemeinschaft geschlossen. Dabei können spezielle Träger-Verbünde gebildet werden.“

„5. Die Mitglieder verpflichten sich, die im Einzelfall erforderlichen Leistungen im Bedarfsfall als Komplexleistung zu erbringen, d.h. als integrierte Leistung nach gemeinsamer Planung und Abstimmung der beteiligten Leistungserbringer im Verlauf. Voraussetzung hierzu ist die intensive fachliche Kooperation aller Leistungserbringer.“

„6. Die Mitglieder verpflichten sich zur gemeinsamen kontinuierlichen Überprüfung der regionalen Versorgungssituation in Hinblick auf Bedarf, Angebot und Leistung. Die Mitglieder verpflichten sich zur wechselseitigen Information und Beratungen über

- das eigene Leistungsangebot, insbesondere Änderungen des Leistungsangebots, und
- das Erkennen neuer Bedarfe oder Versorgungsmängel in der

- Region.“
- „7. Die Mitglieder legen sich auf folgende gemeinsame Qualitätsstandards für die einzelfallbezogene Leistungserbringung fest:
- Beachtung des Rechts auf Selbstbestimmung der psychisch kranken Menschen,
 - personenzentrierte Hilfen, die bedarfsgerecht, individuell, flexibel, zeitgerecht, abgestimmt und wirtschaftlich erbracht werden, und zwar grundsätzlich im Versorgungsgebiet,
 - konsequente Orientierung am individuellen Bedarf,
 - Vorrang nicht-psychiatrischer Hilfen,
 - Zusammenarbeit mit Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen,
 - Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen,
 - Fortbildung, Supervision und Qualifizierung,
 - Beachtung des Datenschutzes und des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung.“
- „8. Die Mitglieder verpflichten sich zur einzelfallbezogenen Kooperation ... bei psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfebedarf ...:
- Es wird eine regionale Hilfeplankonferenz gegründet, die Teilnahme an der Hilfeplankonferenz wird geregelt.
 - Es wird eine integrierte, zielorientierte, lebensfeldbezogene individuelle Hilfeplanung (z.B. mit dem IBRP) ... vereinbart ...
 - Nach erfolgter Hilfeplanung wird eine einvernehmliche Einigung über Hilfeleistungen in Bezug auf Art und Umfang der Hilfeleistungen sowie die jeweiligen Zuständigkeiten gefunden.
- Die Stellung und Anerkennung einer koordinierenden Bezugsperson mit einrichtungsübergreifender Zuständigkeit wird definiert.
 - Die Bereitschaft zur Teilnahme an Personenkonferenzen (einzelfallbezogenen Besprechungen) bei Bedarf wird vereinbart.“
- „9. Die Mitglieder beteiligen sich an einem regionalen Qualitätsmanagement ...:
- Fortschreibung der Qualitätsstandards des GPLV,
 - gemeinsames Beschwerdemanagement,
 - gemeinsame Initiativen zur Optimierung der Qualität von Behandlung und Hilfe zur Teilhabe,
 - Mitwirkung an regionaler Gesundheitsberichterstattung, möglichst auf der Grundlage einer einrichtungsübergreifenden Dokumentation,
 - Beteiligung von Psychiatererfahrenen und Angehörigen psychisch erkrankter Menschen.“
- „10. Das Recht auf Mitgliedschaft besteht für jeden Leistungserbringer, der die Ziele und die Satzung des GPLV anerkennt und in seinem Verantwortungsbereich angemessen berücksichtigt.“
- „11. Der GPLV muss seine Vertretung in der Region und in der BAG GPV verbindlich geregelt haben. Es gibt ein Entscheidungsgremium und einen Vorsitzenden oder Sprecher.“
- „12. Der GPLV pflegt kontinuierlichen Austausch mit Selbsthilfeorganisationen Psychiatererfahrener und Angehörigen psychisch Kranker. Vertreter dieser Selbsthilfegruppen

können mit Rederecht an Versammlungen des GPLV teilnehmen.“

„13. Der GPLV verpflichtet sich zur Beteiligung am regionalen Steuerungsgremium (Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund/ GPSV).“

Das sind nun also die Qualitätskriterien der BAG und somit deren Antwort auf die Frage: Was ist denn nun eigentlich ein Gemeindepsychiatrischer Verbund?

Der GPV - eine Mogelpackung?

Als ich mich entschlossen habe, dieses Kapitel in meinen Vortrag hinein zunehmen, habe ich noch gedacht, man könnte mich für einen Nestbeschmutzer halten. Aber nachdem sowohl Frau Lubek als auch Herr van Brederode schon kritische Anmerkungen zum Stand der Dinge gemacht haben, geht es mir in dieser Hinsicht etwas besser.

Die Verbünde sind ja - ich nehme an, fast überall - aus den Modellprogrammen der Aktion Psychisch Kranke zur Einführung der personenzentrierten Hilfeplanung erwachsen, also um Hilfeplanungskonferenzen und -manuale herum.

Und da sind wir von dem, was ich Ihnen an Ideen vorgetragen habe, noch weit entfernt. Insbesondere wird in der Regel durch diese Planung nur eine Hilfeart erfasst, nämlich Eingliederungshilfen zum Wohnen - allenfalls noch in einigen Regionen Hilfen zur Arbeit. Wir sind weit entfernt davon, alle Hilfearten in einem einheitlichen Prozess gemeinsam mit den Klienten zu planen und zu leisten. Der Name „IBRP“ - „Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ -

kennzeichnet eher eine Vision als den Stand der Dinge.

Im Rheinland war man mit der Namensgebung etwas vorsichtiger. Mit der Bezeichnung „Integrierter Hilfeplan (IHP)“ hat man klugerweise offengelassen, welche Hilfen damit erfasst werden sollen.

Außerdem stehen die Hilfeplankonferenzen meiner Meinung nach immer in der Gefahr, zu einer Alibiveranstaltung zu verkommen, die nur noch der Rechtfertigung der Leistungserbringer gegenüber den Leistungsträgern dient, um ans Geld zu kommen.

Solche Entwicklungen gibt es im Rheinland natürlich überhaupt nicht, aber aus anderen Regionen Deutschlands werden sie dann doch schon einmal berichtet. Ob da tatsächlich Hilfen geplant werden oder wenigstens die vorbereitete Hilfeplanung kritisch überprüft wird, hängt sehr stark vom Engagement der Beteiligten ab.

An dieser Stelle möchte ich übrigens hervorheben, dass die rheinischen Hilfeplankonferenzen etwas Besonderes sind, weil dort die Vertreter der Kostenträger verbindliche Kostenzusagen geben (natürlich vorbehaltlich der sozialrechtlichen Überprüfung). Das ist in vielen Bundesländern nicht so, meines Wissens auch nicht in Westfalen, und es stärkt die Bedeutung der Hilfeplankonferenzen natürlich sehr.

Drittens gilt es, den Gemeindepsychiatrischen Verbund über die Teilnahme an Hilfeplankonferenzen hinaus mit Leben zu füllen, zum Beispiel durch eine lebendige PSAG oder Psychiatriebeiräte, durch gemeinsame Fortbildungen und öffentliche Veranstaltungen, durch eine Kultur gemeinsamer

Helferkonferenzen und Fallbesprechungen, durch Supervisionen oder andere Aktivitäten. Besonders wichtig wäre aus meiner Sicht eine gemeinsame unabhängige Beschwerdestelle. Das hat das Beschwerdestellen-Projekt der DGSP in jüngster Zeit noch einmal eindrucksvoll in Erinnerung gerufen.

Bei dieser Fülle noch nicht geleisteter Aufgaben kann man es höflich ausdrücken, so wie ich es eben gerade formuliert habe: Wir sind auf dem Weg zum GPV.

Man könnte aber sicher auch schärfer formulieren, im Gedenken an den Fürsten Potemkin, der unter der Zarin Katharina II. Gouverneur der Krim war (und vermutlich ihr Geliebter): ein schöner Schein ohne Substanz, bemalte Kulissen statt wirklicher bewohnter Dörfer.

Zu meinem Trost habe ich in Wikipedia aber nachlesen können, dass die Geschichte von den Potemkin'schen Dörfern nur eine Legende sei, die Gegner und Neider dem Fürsten anhängen wollten. Ich zitiere Wikipedia: „Tatsächlich war Potemkin ein durchaus fähiger Gouverneur und Militärr reformer, der letztlich viel für die Entwicklung der Krimhalbinsel getan hat.“

Hoffen wir, dass es sich mit den Gemeindepsychiatrischen Verbänden eines Tages ebenso verhalten wird!

Wohin soll die Reise gehen?

Durch meine Mitarbeit in der BAG habe ich den Eindruck, dass es - wie immer in der deutschen Psychiatriereform - für die Ausgestaltung von Verbänden so viele Wege wie Regionen gibt. Ich bin gespannt, inwieweit wir

das im Anschluss auch für die nordrhein-westfälischen Verbände sehen werden.

Der Möglichkeiten sind viele. Gemeinsame Hilfeplanung und die dazu gehörigen Konferenzen sind der Minimalstandard, weitere Schritte der Vernetzung und der Entwicklung einer gemeinsamen Kultur sollten folgen. - Aber wie weit soll die Reise eigentlich gehen?

Wollen wir die Vielfalt erhalten - den Flickenteppich? Oder einen einzigen psychiatrischen Gesamtträger bilden, so etwas wie „Psychiatrie Solingen gGmbH“ (oder „Köln“, oder „Rheinisch-Bergisch“ usw.)?

Ich hatte es eben schon erwähnt: Die Väter und Mütter der Verbundidee hatten so ein einheitliches Gebilde vor Augen, eine juristische Person mit gemeinsamen Leitungsstrukturen.

Ich nehme an, die meisten von Ihnen werden dagegen gefühlsmäßig für den Flickenteppich sein. Meinen eigenen Laden kenne ich, mit etwas Glück liebe ich ihn auch und bin mit seiner Arbeit identifiziert. Mit den anderen fremdele ich eher, die haben eine ganz andere Kultur, gehen die Arbeit mit Klienten anders an usw.

Das gilt so sicherlich z. B. für die gegenseitigen Sichtweisen von Kliniken und Vereinen, von WfbM und SPZ, von privaten und gemeinnützigen Anbietern.

Unverkennbar haben wir eine Reihe von Hürden auf dem Weg zum Verbund zu nehmen, und zwar umso mehr, je verbindlicher der Zusammenschluss zu einem einzigen Verbund werden soll: unterschiedliche fachliche Konzepte, unterschiedliche Organisationsstrukturen und Finanzierungswege, unterschiedliche Un-

ternehmenskulturen. Herr van Brederode hat das schon etwas ausführlicher dargestellt.

Der „clash of cultures“ ist aber nicht unüberwindlich, und es lohnt, sich auf den Weg zu machen, das kann ich aus der Erfahrung meines Vereins berichten. Wir haben seit fast dreißig Jahren und mit gutem Erfolg die Zusammenarbeit mit der Langenfelder Klinik und dort vor allem mit der Sektorabteilung gepflegt, wir besuchen unsere Klienten während stationärer Aufenthalte dort und sprechen mit den zuständigen Klinikmitarbeitern, gemeinsame Fallbesprechungen sind häufig, die dortigen Mitarbeiter erstellen Hilfepläne für die Zeit nach der Entlassung.

In einer gemeinsamen Fortbildung im rechnerischen Umfang von 110 Stunden haben wir im vergangenen Jahr begonnen, eine gemeinsame Kultur für Kooperationsgespräche aufzubauen, und unsere Arbeitskontexte wechselseitig vorgestellt. Die Teilnehmer kamen je zur Hälfte aus der Sektorabteilung und dem SPZ-Verein und waren übereinstimmend der Meinung, dass dadurch ein Gefühl von Zusammengehörigkeit gestärkt wurde. Wir wollen in dieser Richtung weiter arbeiten und dabei noch mehr für den Wissens- und Kompetenztransfer tun.

Ähnlich intensiv ist die Zusammenarbeit in vielen Regionen des Rheinlands. Gerade zwischen Rheinischen Kliniken und SPZ-Vereinen gibt es sehr enge Beziehungen, oft waren Klinikmitarbeiter ja auch Geburtshelfer der Vereine und arbeiten in deren Vorständen mit. Ein weiteres Beispiel ist das Netzwerkbezogene Qualitätsma-

nagement, das Herr van Brederode bereits geschildert hat.

Die schon kurz angesprochenen internationalen Erfahrungen sprechen aus meiner Sicht dafür, es nicht bei einem bloßen Nebeneinander der Anbieter zu belassen.

Als Beispiel möchte ich die mobilen Psychoseteams aus Finnland, Schweden und anderen nordeuropäischen Ländern anführen, die dort in vielen Regionen mit dem Ansatz der bedürfnisangepassten Behandlung - Need Adapted Treatment - arbeiten. Wenn man deren Arbeit in deutscher Terminologie beschreiben will, handelt es sich um intensive aufsuchende Behandlung mit integriertem Krankenhaus- und SPZ-Angebot für Menschen mit Psychosen, auf psychotherapeutisch-systemischer Grundlage und unter Einsatz aller erforderlichen Hilfen im Einzelfall - also Therapiegespräche, Rehabilitation, lebensweltbezogene Hilfen und medizinische Behandlung. Alle diese Hilfen sind im Idealfall in dem mobilen Kleinteam, das für die Behandlung verantwortlich ist, vertreten.

Auf unsere Verhältnisse übertragen, würde das heißen, man müsste ein solches mobiles Team zusammensetzen aus Vertretern des Krankenhauses, des SPZ-Vereins und gegebenenfalls weiterer Anbieter aus der Region. Sie sind gemeinsam verantwortlich für die gesamte Hilfeleistung im Einzelfall, erforderlichenfalls über lange Zeitdauer.

Die Ergebnisse der Evaluation dieses Ansatzes zeigen eine verbesserte Langzeitprognose gegenüber traditioneller Psychosebehandlung bei deut-

lich weniger Krankenhaustagen und deutlich geringerem Neuroleptika-Einsatz. Wenn Sie sich dafür näher interessieren: In der letzten und der nächsten Psychosozialen Umschau finden Sie zwei Artikel zum Thema²

Dieser Ansatz ließe sich in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund durchaus verwirklichen, erfordert aber eine Einbeziehung der wesentlichen Leistungserbringer, mindestens also der zuständigen Klinik oder Abteilung und des SPZ und wohl auch des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Eigentlich natürlich auch der ambulant behandelnden Kassenärzte und -psychotherapeuten, allerdings erscheinen mir die strukturellen Hürden hier besonders hoch.

Das ist nur ein Beispiel und soll in aller Kürze ein Plädoyer dafür sein, es nicht bloß bei formaler Vernetzung, gemeinsamen „Patientenpfaden“ und Verbesserung der gegenseitigen Informationsflüsse bewenden zu lassen - jedenfalls nicht auf lange Sicht -, sondern einen echten Verbund der Hilfen im Einzelfall aufzubauen. Nur so lässt sich meiner Ansicht nach der Nutzen für die Klienten erreichen, den die Erfinder der Verbundidee im Auge hatten. Nur so lassen sich übrigens letztlich auch Synergieeffekte erzielen, also ein nachhaltiger wirtschaftlicher Nutzen.

Die Rolle des SPZ

Die SPZ-Tagungen 2002 und 2007 hatten den gleichen Titel, nämlich: „Das SPZ als Basis des Gemeindepsychiat-

rischen Verbundes“. Im Jahr 2003 hat Herr Heuser auf der SPZ-Tagung vom „SPZ als Drehscheibe personenzentrierter Hilfen“ gesprochen, allerdings vorsichtshalber mit Fragezeichen hinter dem Titel.

Ich referiere jetzt schon über das SPZ als „Motor“ des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, und das möchte ich jetzt in aller Kürze rechtfertigen.

Die Sozialpsychiatrischen Zentren sind ja zunächst einmal Experten für bestimmte Angebote, nämlich für die Hilfen, die sie leisten – das ist regional durchaus unterschiedlich. Und sie sind zweitens auch Experten für die Integration dieser Angebote zu ganzheitlichen Hilfen, also die Vernetzung und Kooperation innerhalb der SPZ. Zum Teil sind sie somit auch Experten für die Zusammenführung von Hilfen mit unterschiedlichen Kostenträgern – je nachdem, welche Angebote im SPZ vorgehalten und miteinander vernetzt werden.

Außerdem sind sie langjährig erfahren darin, psychiatrische Hilfen in der „Gemeinde“ zu verankern, in ihrer Stadt oder ihrem Kreisgebiet. Das betrifft

- zum einen die regionale Steuerung (PSAG, Psychiatriebeirat u. ä.) und die alltägliche Kooperation mit anderen Hilfeanbietern,
- des Weiteren die Einbeziehung des so genannten „sozialen Umfelds“ ihrer Klienten – der Angehörigen und Freunde, der Arbeitgeber und Arbeitskollegen, der gesetzlichen Betreuer, Sachbearbeiter bei Sozialamt oder ARGE,

² Volkmar Aderhold und Nils Greve: Was Sie schon immer über die bedürfnisangepasste Behandlung wissen wollten... Psychosoziale Umschau Heft 3/2007. Nils Greve und Volkmar Aderhold: Psychotherapeutische Gemeindepsychiatrie - Was wir von der bedürfnisangepassten Behandlung übernehmen könnten. Psychosoziale Umschau Heft 4/2007

- und drittens die Teilhabe der Einrichtung wie auch der einzelnen Klienten am gesellschaftlichen Leben der Kommune: VHS, Sportverein, Kulturangebote, Kneipe an der Ecke.

So sollte es jedenfalls sein. Immerhin, vielleicht etwas idealtypisch: Die Mitarbeiter Sozialpsychiatrischer Zentren sind gemeindepsychiatrische Profis, kommunale Netzwerker und Experten für Inklusion, also zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Das prädestiniert sie meines Erachtens für die relativ neue Aufgabe, nun einen größeren Verbund mit den übrigen Leistungsanbietern aufzubauen. Es ist sicher kein Zufall, dass die beiden rheinischen GPV in der Bundesarbeitsgemeinschaft durch Vorstandsmitglieder ihrer SPZ-Vereine vertreten sind – eben weil diese SPZ-Vereine tatsächlich eine wesentliche Rolle beim Aufbau von Verbundarbeit im Rheinisch-Bergischen Kreis und in Solingen gespielt haben und weiterhin spielen werden.

Um das tun zu können, mussten wir aber vor allem den traditionellen Blick nach innen überwinden, also die Vorstellung: Psychiatrie in unserer Gemeinde, das sind wir!

Unsere Erfahrung geht dahin, dass die übrigen Leistungserbringer durchaus dafür gewonnen werden können, sich an der GPV-Entwicklung zu beteiligen – zunächst an Steuerungsgremien (in Solingen zum Beispiel dem Psychiatriebeirat), dann an der Hilfeplankonferenz und im Anschluss daran an weiteren gemeinsamen Schritten. Das können uns die Vertreter der Verbünde gleich näher berichten.

Ich denke, das hat damit zu tun, dass die Einsicht an Boden gewinnt, dass

diese Verbünde letztlich Vorteile für alle Beteiligten bieten. Das habe ich in meinem anfänglichen Kurzvortrag ja schon angesprochen.

Dankenswerterweise hat Franz-Josef Antwerpes gestern Abend in „Hart aber fair“ noch mal eine schöne Definition für Klüngel gegeben: „Klüngel ist, wenn zwei sich einigen und beide haben einen Vorteil.“ Und eine Zuschauerin hat es dann noch etwas schöner gesagt: „Klüngeln ist das Ausräumen von Schwierigkeiten im Vorfeld der Entscheidung.“ Sie sehen also, dafür gibt es gute Gründe.

Nächste Schritte

Aber der Verbundaufbau ist offensichtlich nicht nur Sache der SPZ, und das ist auch gut so!

Wir freuen uns über die Initiative der politischen Vertretung im Landschaftsverband, die hier schon vorgestellt wurde, mit Hilfe eines Modellprogramms die Entwicklung von Verbundqualität in rheinischen Regionen anzuregen und zu unterstützen. Und ich freue mich besonders darüber, dass hier ausdrücklich die Kliniken angesprochen sind, sich zu engagieren, und hoffe auf spannende Modellprojekte, die den Graben zwischen Klinikbehandlung und lebensweltbezogenen Hilfen vor Ort überwinden oder sogar schließen helfen.

Allerdings brauchen wir für die Entwicklung von Verbänden, insbesondere wenn man so weit reichende Vorstellungen verfolgt, wie ich sie hier vorschlage, sicher einen langen Atem – oder anders gesagt: die „brennende Geduld“, die Lothar Flemming einmal als Tugend des rheinischen Sozialpsychiaters bezeichnet hat.

In diesem Sinne lade ich Sie herzlich ein, die Initiative der BAG GPV aufzugreifen, vielleicht als Herausforderung oder als Messlatte. Da es ja nun ohnehin in allen rheinischen Gebietskörperschaften Hilfeplankonferenzen gibt, können diese als Kristallisationskerne der Verbundentwicklung dienen. Herr Rindermann und ich sowie die Mitarbeiter der BAG-Geschäftsstelle in Bonn leisten gerne Schwangerschaftsberatung oder Geburtshilfe.

Oder, um im Bild des Vortragstitels zu bleiben: Lassen Sie uns eine rheini-

sche Fahrzeugflotte aus Verbänden bauen, mit den SPZ-Vereinen als Motoren und den übrigen Leistungserbringern als Getriebe, Karosserie oder – etwas bescheidener – als Scheibenwaschanlage.

Unsere Klienten und ihre Angehörigen können dann hoffentlich komfortabel darin Platz nehmen.

Kontakt:

Nils Greve

Psychosozialer Trägerverein Solingen

Tel.: 0212/4821-12

E-Mail: nils.greve@ptv-solingen.de

Gemeindepsychiatrie - Im Verbund am Schönsten?

Vier Gemeindepsychiatrische Verbünde aus NRW stellen sich vor

Vorstellung des GPV Solingen

Ulrike Seifert-Petersheim

Seit wann gibt es den GPV Solingen?

2001 hat sich der Stadt Solingen um Mitwirkung im Modellprojekt „Implementierung personenzentrierter Hilfen“ der Aktion psychisch Kranke e.V. beworben. Ende 2002 wurden Leitlinien der Zusammenarbeit für den Bereich der psychiatrischen Versorgung durch die wesentlichen Leistungsanbieter verabschiedet und eine gemeinsame Fortbildung zum Thema „Personenzentrierte Hilfeplanung“ durchgeführt. Seit 2003 gibt es regelmäßig Hilfeplankonferenzen für psychisch kranke Menschen. Nach Abschluss der Modellphase wurde Anfang 2004 die Fortführung der Hilfeplankonferenzen und eine Ausweitung auf den Suchtbereich mit vereinbart. Die Geschäftsordnung der Hilfeplankonferenz wurde entsprechend angepasst. Die Beteiligten gaben eine entsprechende Grundsatzklärung zu den Leitlinien der Zusammenarbeit ab. Anfang 2006 erfolgte der Beitritt zur Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde.

Welche Partner sind am GPV Solingen beteiligt?

Der Gemeindepsychiatrische Verbund in Solingen ist vorrangig ein Verbund der wesentlichen Leistungserbringer der psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung. Beteiligt sind folgende Leistungserbringer:

- Psychosozialer Trägerverein Solingen mit Hilfen in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Behandlung
- Rheinische Kliniken Langenfeld als für Solingen pflichtversorgende Klinik
- Sozialpsychiatrischer Dienst im Stadtdienst Gesundheit
- Heimstatt Adolph Kolping e.V. als Wohnheimträger
- Villa Eins als Wohnheimträger und Anbieter für Betreutes Wohnen
- Förderverein für Betreutes Wohnen e.V. als Anbieter von Ambulant Betreutem Wohnen
- Frauenhaus e.V. mit Betreutem Wohnen für behinderte Frauen
- Caritasverein mit Hilfen aus dem Bereich Nichtsesshaftenhilfe und Suchtberatung
- Jugend- und Drogenberatung anonym e.V. als Suchtberatung mit niederschweligen Hilfen für Drogenabhängige
- Werkhof der Lebenshilfswerkstatt als Werkstatt für psychisch behinderte Menschen

sowie die kommunale Psychiatriekoordinatorin. Im Rahmen der Hilfeplankonferenz sind der Landschaftsverband Rheinland und der Stadtdienst Soziales als Kostenträger eingebunden. Seit kurzem können der

Integrationsfachdienst beim Psychosozialen Trägerverein und Fallmanager/innen der ARGE einzelfallbezogen bei der Hilfeplankonferenz einbezogen werden.

Welche Arbeitsprozesse und Gremien gibt es im GPV Solingen?

Die beteiligten Leistungserbringer haben Ende 2005 eine Grundsatzklärung zur Zusammenarbeit auf der Grundlage kommunaler Leitlinien der Zusammenarbeit abgegeben. In diesen Leitlinien sind geregelt:

- Ziele der Zusammenarbeit
- Qualitätsmanagement im Rahmen des Hilfeplanverfahrens
- Kooperation und Koordination im Gemeindepsychiatrischen Verbund
- Versorgungsauftrag
- Entwicklung von Ressourcensteuerung
- Zielgruppen
- Psychiatrie-Beirat als kommunales Planungsgremium

Der Gemeindepsychiatrische Verbund Solingen hat Herrn Greve vom Psychosozialen Trägerverein als Sprecher bestimmt. Dies wurde im Psychiatrie-Beirat vereinbart.

Im Rahmen des Hilfeplanverfahrens wurde die Hilfeplankonferenz für psychisch kranke und suchtkranke Menschen etabliert und praxisorientiert fortentwickelt. Der bereits seit vielen Jahren bestehende Psychiatrie-Beirat wurde in der Modellphase als projektbegleitende Lenkungsgruppe genutzt und auch im Rahmen der Leitlinien der Zusammenarbeit als kommunales Planungsgremium bestimmt. Weitere Gremien wurden nicht geschaffen. Darüber hinaus gibt es zu projektbezogenen Anlässen Besprechungen

(Beispiel erneute gemeinsame Fortbildungen). Der in der Kommune zuständigen Mitarbeiterin für Psychiatriekoordination obliegt die Geschäftsführung des Psychiatrie-Beirates. Darüber hinaus wird im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes die Funktion des Kümmerers wahrgenommen.

Besonderheiten des GPV Solingen

Der Aufbau des Gemeindepsychiatrischen Verbundes wird durch überzeugte Träger psychiatrischer Hilfen vor Ort begünstigt. Ziele und Kooperationsstrukturen werden durch die Zusammenarbeit verbindlich und transparent. Insbesondere das gemeinsame Ziel, die Qualität der Hilfen für die Menschen vor Ort zu gewährleisten, verbindet über Trägergrenzen hinweg. Wenn Interessenlagen Thema sein und dafür gemeinsame Lösungen gefunden werden können, lohnt sich der Gemeindepsychiatrische Verbund für die Beteiligten.

Vorstellung des GPV des Rheinisch-Bergischen-Kreises

Georg Rindermann

Seit wann gibt es den GPV des Rheinisch-Bergischen-Kreises?

Anstoß für die Gründung eines GPV war im Rheinisch-Bergischen-Kreis die Einführung des personenzentrierten Ansatzes und der Hilfeplankonferenzen.

Gegründet wurde der GPV 2004. Alle Gründungsmitglieder unterzeichneten die Kooperationsvereinbarung, in der die Standards für die Begleitung psy-

chisch kranker Menschen im Rheinisch-Bergischen-Kreis miteinander verbindlich geregelt wurden.

Welche Partner sind am GPV des Rheinisch-Bergischen-Kreises beteiligt?

Der GPV spielt eine wichtige Rolle in den Hilfeplankonferenzen. Alle Träger haben von daher ein hohes Interesse im GPV verankert zu sein. Eine Teilnahme am GPV bedeutet vor allem auch zu signalisieren, dass sich ein Träger den Qualitätsstandards des GPV anschließt.

Beteiligt sind:

- alpha e.V.
- Evangelisches Krankenhaus (EvK) Bergisch Gladbach
- Die Kette e.V.
- Kreiskrankenhaus Gummersbach
- PBH-Papierservice Britanniahütte
- Landschaftsverband Rheinland, vertreten durch die Rheinischen Kliniken Langenfeld, vertreten durch die Betriebsleitung
- der Kreis vertreten durch die Psychiatriekoordination und den Psychiater des Kreisgesundheitsamtes
- der Sozialpsychiatrische Dienst.
- beide SPZ des Kreises
- Private Anbieter für Betreutes Wohnen

Um die Angehörigen und Betroffenen in den GPV stärker einzubeziehen, ist

geplant eine unabhängige Beschwerdestelle einzurichten.

Im Rheinisch-Bergischen-Kreis gibt es einen GPV Psychiatrie und einen GPV Sucht. Dies hat historische Hintergründe. Die gemeinsame Steuerung beider GPV ist nicht einfach, obwohl beide den gleichen Sprecher haben. Hier besteht noch Entwicklungsbedarf.

Welche Arbeitsprozesse und Gremien gibt es im GPV des Rheinisch-Bergischen-Kreises?

- Aufbau einer trialogisch besetzten Beschwerdestelle
- Mitgliedschaft in der BAG GPV
- Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Qualitätsstandards im Betreuten Wohnen
- Persönliches Budget
- Ambulante Betreuung von alten Menschen
- Kinder- und Jugendpsychiatrie

Besonderheiten des GPV des Rheinisch-Bergischen-Kreises

Der GPV genießt seitens des Kostenträgers der überörtlichen Sozialhilfe eine sehr hohe Akzeptanz und spielt eine wichtige Rolle bei der Besetzung der Hilfeplankonferenzen.

Die Klientinnen und Klienten der Region erfahren einen spürbaren Nutzen durch den GPV. So gibt es keine Wartelisten mehr. Mittlerweile kann für alle Klientinnen und Klienten kurzfristig eine Lösung gefunden und angeboten werden.

Das Prinzip ambulant vor stationär konnte mithilfe des GPV stärker verwirklicht werden. So wurde das Betreute Wohnen im Kreis ausgebaut und sechs stationäre Plätze konnten abgebaut werden. Die Angebotspalette ist heute vielfältiger und transpa-

renter als früher.

Die positive Entwicklung, die die Versorgung durch den GPV genommen hat, zeigt sich auch in der Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten. Sie reagieren positiv auf die erweiterte Angebotspalette.

So gibt es im Rahmen eines Modellprojektes eine Beratungsstelle für das Persönliche Budget. Auch im Bereich der tagesstrukturierenden Angebote und bei der Heranführung an Arbeit gibt es verschiedene neue Initiativen. Beispiel hierfür ist die Kooperation und Zusammenarbeit eines SPZ mit einer WfbM bei der Schaffung von Arbeit und Beschäftigung.

Vorstellung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Bielefeld

Mechthild Böker-Scharnhölz

Seit wann gibt es den GPV Bielefeld?

Der Gemeindepsychiatrische Verbund Bielefeld ist einer der ältesten GPV in Deutschland und wurde 1998 gegründet. Die v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel gehören ebenso wie die beiden Vereine Grille und Lebensräume zu den Gründungsmitgliedern. Die Gründung des GPV stand im Zusammenhang mit der Neuordnung der psychiatrischen Versorgung in Bielefeld. Als Folge der Übernahme der psychiatrischen Pflichtversorgung durch die Psychiatrische Klinik der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel im Jahr 1985 konzentrierte sich auch der Heimbereich auf die Region. Damit rückte die regionale Psychiatrieplanung in den Fokus und der Aufbau eines leistungsfähigen Netzes begann. Wesentliche Koordinationsgremien entstanden in den folgenden Jahren:

1992 der Psychiatriebeirat, 1997 der Trialog und dann ein Jahr später der GPV. Auch neue Angebote wurden entwickelt. Alle Träger gemeinsam entwickelten den Krisendienst. Die Gründung des GPV war in Bielefeld folgerichtig. Als Muster dienen die Empfehlungen der Expertenkommission in der Nachfolge des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung von 1988. Hier wurde der Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbundes als Fundament der allgemeinspsychiatrischen ambulanten Versorgung vorgeschlagen.

Welche Partner sind am GPV Bielefeld beteiligt?

Ziel bei der Gründung des GPV war die (Neu-)Organisation der außerstationären Versorgung in Bielefeld. Beim GPV Bielefeld handelt es sich um einen reinen Trägerverbund der Hilfen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen. Beteiligt sind:

- die wesentlichen Leistungserbringer für das Betreute Wohnen,
- Anbieter der Tagesstätten und der Kontaktstellen
- alle Anbieter von Arbeitsangeboten für psychisch kranke Menschen, z. B. die WfbM und Zuverdienstprojekte
- Ergotherapiepraxis, ambulante (auch psychiatrische) Hauskrankenpflege
- die Träger stationärer Wohnhilfen sind kooptiert.

Der GPV hat einen Sitz im Psychiatriebeirat der Stadt Bielefeld. Alle Entwicklungsschritte hin zum GPV wur-

den mit der Stadt abgestimmt und der Sozialpsychiatrische Dienst unterstützt den GPV.

Der GPV ist nahezu für die gesamte Versorgung in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Tagesstruktur zuständig. Nur einige kleine gewerbliche Träger möchten sich nicht in die GPV Strukturen einbinden lassen. Gehandelt wird nach dem Prinzip: Wenn ein Angebot fehlt, dann wird es entwickelt - Niemand darf durch das Raster fallen. Das psychiatrische Krankenhaus in Bielefeld ist kein Mitglied des GPV. Eine Mitgliedschaft der Klinikträger wird als nicht nötig angesehen, denn nur ein kleiner Teil der Patienten der Klinik benötigen über längere Zeit die Unterstützung durch den GPV. Die Klinik und der GPV arbeiten jedoch trotzdem eng zusammen. Es gibt eine im GPV-Vertrag geregelte Kooperation.

Welche Arbeitsprozesse und Gremien gibt es im GPV Bielefeld?

Der Vertrag des GPV regelt die Zusammenarbeit. Es gibt zwei Gremien:

- in der Leitungskonferenz beraten die Geschäftsführungen der Träger wesentliche Entwicklungen
- in der GPV-Konferenz koordinieren die Leitungsmitarbeiter der einzelnen Bereiche die Angebote. Hier werden gemeinsame Fortbildungen organisiert und für einzelne Klienten Fallkonferenzen abgesprochen

Besonderheiten des GPV Bielefeld

Die psychiatrische Versorgung in Bielefeld (ca. 320.000 EW) war vor der Gründung des GPV in drei Teile sektoriert. Inzwischen gibt es so viele Träger und Anbieter, die stadtweit arbeiten, dass eine Sektorisierung bzw. Re-

gionalisierung nicht mehr sinnvoll erscheint. Die Kooperationspartner haben dieses Prinzip deswegen aufgegeben. Auch die Klienten nutzen die verschiedenen Angebote und Träger und wollen eine Wahlmöglichkeit haben. Alle Träger im GPV arbeiten nach einheitlichen Qualitätsstandards. Im GPV sind sowohl die Hilfen für die Allgemeinpsychiatrie als auch die für Suchtkranke organisiert. Gerontopsychiatrie gehört dann zu den Aufgaben des GPV, wenn die Altenhilfe nichts anbieten kann.

Die trägerübergreifende Koordination funktioniert nicht über alle Hilfearten hinweg, denn es sind nicht alle Angebote in den GPV integriert. Z. B. arbeiten die niedergelassenen Ärzte nicht im GPV mit.

Der GPV Bielefeld konzentriert sich bei seiner Arbeit vor allem auf Leistungen aus dem Bereich der Eingliederungshilfe. Bei den Hilfeplankonferenzen erfolgt eine umfassende Hilfeplanung, wobei der Bereich Hilfen zur Arbeit einbezogen wird. An den Hilfeplankonferenzen sind von daher auch die Arbeitsverwaltung und die ARGE beteiligt. Die Stadtverwaltung Bielefeld hat die Geschäftsführung der Hilfeplankonferenz übernommen und der überörtliche Kostenträger, der LWL, ist auch beteiligt.

Auch das persönliche Budget wird in der Hilfeplankonferenz beraten. Die Einführung und Etablierung des Persönlichen Budgets erfolgt in kleinen Schritten, denn die Hilfen sind schwierig zu organisieren und es gibt Bedenken auf Seiten der Träger und Nutzer. Die Klientinnen und Klienten sehen jedoch allmählich die Vorteile des Persönlichen Budgets und mittlerweile gibt es verschiedene kleine Initiativen in diesem Bereich.

Vorstellung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Borken

Reinhild Wantia

Seit wann gibt es den GPV Borken?

Seit 2002 gibt es den GPV Borken. Angeregt wurde der GPV aus den Erfahrungen im Rahmen engeren Zusammenwirkens sozialpsychiatrischer Akteure bei Euregio-Kontakten zu den Niederlanden 1999/2000. Als in den Niederlanden neue psychiatrische Betten eingerichtet werden sollten, wurden dort stattdessen ambulante Case-Manager eingesetzt. Das hätten wir in Borken auch gerne erprobt, konnten dies jedoch aufgrund unterschiedlichster Hindernisse nicht umsetzen. Der Kreis Borken hat dann gemeinsam mit Leistungserbringern von der bundesweiten Diskussion um die Gemeindepsychiatrischen Verbände profitiert und in einem gründlichen über einjährigen Diskurs um eine gemeinsame Kooperationsvereinbarung mit sämtlichen Beteiligten den GPV gegründet.

Welche Partner sind im GPV Borken beteiligt?

Der Kreis Borken liegt im westlichen Münsterland und umfasst 17 Städte und Gemeinden. Rund 370.000 Einwohner leben in diesem ländlichen Flächenkreis, der etwa 100 km gemeinsamen Grenzverlauf mit den Niederlanden hat.

Es gibt hier viele Träger aus der Freien Wohlfahrt und ein hohes Maß an bürgerschaftlichem Engagement. Der Kreis Borken zählt zu den bundesweit 69 Optionskommunen (Zusammenführung von Sozial- und Arbeitslosenhilfe in kommunaler Trägerschaft).

Folgende Leistungserbringer haben sich dem Gemeindepsychiatrischen Verbund Borken angeschlossen:

- Niedergelassene Fachärzte
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Suchtberatungsstellen
- Drogenberatungsstellen
- Stationäre Krankenhausversorgung
- Tageskliniken
- Institutsambulanzen
- Gesetzliche Betreuung
- Ambulante psychiatrische Pflege
- Tagesstätten
- Wohnortnahe berufliche Rehabilitation
- Stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation
- Integrationsfachdienst
- Betreutes Wohnen
- Dezentrale Wohnheime
- Arbeitstraining/Zuverdienstwerkstatt
- Kontakt- und Beratungsstellen
- Niedergelassene psychologische und ärztliche Psychotherapeuten
- Stationäre Wohnangebote

- Werkstätten für (psychisch) behinderte Menschen
- Gesetzliche Krankenversicherung (Barmer, BKK, DAK)
- Psychiatriekoordination

Welche Arbeitsprozesse und Gremien gibt es im GPV Borken?

Es gibt vier regionale **Hilfepankonferenzen** und zwar in Gronau, Ahaus, Borken, Bocholt. Diese haben folgende Aufgaben und Grundsätze:

- ermitteln SprecherInnen (sowie VertreterInnen) für die Trägerkonferenz,
- die Geschäftsführung der Hilfepankonferenz liegt beim Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD),
- Treffen finden jeweils 1 x monatlich statt,
- Beschlüsse werden mit 2/3 Mehrheit gefällt,
- es wird vertreten der personenzentrierten Hilfeansatz,
- die Betroffenen werden beteiligt,
- der persönliche Hilfebedarf wird ermittelt,
- es werden individuelle Hilfepläne erstellt, vereinbart und überprüft.

Die Arbeit des GPV Borken wird von der **Trägerkonferenz** begleitet. Diese hat folgende Aufgaben und Regeln:

- sie trifft sich einmal jährlich und fällt Beschlüsse mit 2/3 Mehrheit,
- sie entscheidet über Form des Hilfeplanes, konzeptionellen Rahmen, Aufnahme neuer Mitglieder etc.,
- sie wählt einen dreiköpfigen **Vorstand**, dieser leitet die Trägerkonferenz und übernimmt die Außenvertretung des GPV,

- die Geschäftsführung der Trägerkonferenz liegt bei der Psychiatriekoordination.

Die Suchtkrankenhilfe ist ebenfalls Teil des GPV. Beteiligt sind etwa sämtliche Sucht- und Drogenberatungsstellen, der Kreuzbund, eine Wohnstätte für Schwerstabhängige und die Entzugsbehandlungsstation im psychiatrischen Krankenhaus. Psychiatriekoordinatorin und der Sozialpsychiatrische Dienst sind für beide Systeme und auch für die Clearingmodalitäten im Rahmen der Eingliederungshilfe Wohnen (überörtlicher Sozialhilfeträger) zuständig und gewährleisten so die Verzahnung der Systeme.

Die Psychiatriekoordinatorin und der Sozialpsychiatrische Dienst gewährleisten eine neutrale und unabhängige Sicht im GPV, denn sie unterliegen nicht den wettbewerbsbedingten Abhängigkeiten, vielmehr der parlamentarischen Kontrolle.

Besonderheiten des GPV Borken

Der GPV wird grundsätzlich nicht mehr in Frage gestellt, ist fest installiert und hat sich etabliert. Bei den jährlichen Treffen der Trägerkonferenz wird bilanziert und strategisch über die Stärken und Schwächen des GPV diskutiert.

Da viele Klienten aus verschiedenen Leistungsbereichen Hilfen benötigen, wird die Hilfeplanung nicht auf Wohnen beschränkt. Durch diesen Ansatz ist es gelungen auch die Lebensbereiche Arbeit und Freizeit sowie den medizinischen und therapeutischen Bereich einzubeziehen.

Die Hilfepankonferenz wird gelegentlich auch von niedergelassenen Fachärzten oder Krankenhausärzten bean-

spricht und die Krankenkassen weisen ebenfalls dem Hilfeplanverfahren Mitglieder zu und begleiten diese. Für das Hilfeplanverfahren wird nicht der IBRP genutzt, sondern relativ leicht zu handhabende Hilfeplanbögen. Im ersten Teil des Hilfeplanverfahrens wird die Situation des Betroffenen erfasst, der zweite Teil besteht aus dem Ergebnis der Vereinbarungen in der Hilfeplankonferenz. Seitdem mit dem Hilfeplanverfahren

und im GPV gearbeitet wird, beteiligen sich die Betroffenen verstärkt am Prozess ihrer Hilfeplanung. In ca. 97% der Fälle sind sie an den Hilfeplankonferenzen selbst beteiligt. Der GPV Borken betreibt eine ausgeprägte Öffentlichkeitsarbeit. So informiert er mithilfe eines Faltblattes über seine Arbeit und stellt in drei lebensbereichorientierten Broschüren seine Ressourcen für Wohnen-Arbeit-Freizeit vor.

Kontakt:

Ulrike Seifert-Petersheim
Stadt Solingen
Tel.: 0212/2902744
E-Mail: u.seifert-petersheim@solingen.de

Kontakt:

Georg Rindermann
Die Kette e. V.
Tel.: 02202/2561261
E-Mail: verwaltung-spz@die-kette.de

Kontakt:

Mechthild Böker-Scharnhölz
Bodenschwingsche Anstalten Bethel
Tel.: 0521/1441273
E-Mail:
mechthild.boeker-scharnhoelez@bethel.de.de

Kontakt:

Reinhild Wantia
Kreis Borken
Tel.: 02861/82-1154
E-Mail: r.wantia@kreis-borken.de

Von der Institutionszentrierten Konkurrenz zum Personenzentrierten Verbund - Podiumsdiskussion -

Teilnehmer: Hartmut Belitz, Dr. Herbert Berger, Margit Golfels, Nils Greve, Martina Hoffmann-Badache, Ulrike Lubek, Franz-Josef Wagner, Margret Stolz

Moderation: Ludwig Janssen

Redaktionelle Bearbeitung des Mitschnitts: Ludwig Janssen, Beate Kubny-Lüke

Ludwig Janssen: Heute Nachmittag findet wie angekündigt eine zweite Podiumsrunde statt. Das Podium besteht aus acht Teilnehmern, es handelt sich also um eine große Runde. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kommen aus verschiedenen Bereichen der psychiatrischen Versorgung. Ich möchte Sie Ihnen zunächst kurz vorstellen. Herr Franz-Josef Wagner ist kurzfristig für Herrn Maaßen eingesprungen und wird als Psychiatrie-Erfahrener heute seine ganz persönliche Einschätzung vertreten, wie er im Vorgespräch betont hat. Frau Margit Golfels ist vom Verein Hilfen für psychisch Kranke aus Bonn hier und wird für die Angehörigen psychisch kranker Menschen ein Statement abgeben. Herr Dr. Herbert Berger ist Psychiatriekoordinator in Köln, Herr Hartmut Belitz Ärztlicher Direktor der Rheinischen Kliniken Langenfeld. Frau Ulrike Lubek ist Landesrätin des Dezernates Gesundheit/Heilpädagogische Netzwerke und Frau Martina Hoffmann-

Badache Landesrätin des Dezernates Soziales. Frau Margret Stolz vertritt die AOK Rheinland/Hamburg und Herr Nils Greve, vom PTV Solingen, Vorsitzender der AGpR und im Vorstand der BAG GPV, haben Sie ja schon heute morgen bei seinem Vortrag kennen gelernt. Ich bin gespannt, ob es gelingen wird, die verschiedenen Erfahrungen und Sichtweisen in der Diskussion zusammen zu bringen. Das Thema lautet: „Von der Institutionszentrierten Konkurrenz zum Personenzentrierten Verbund“.

Außer Herrn Greve, der heute morgen ausführlich zu Ihnen gesprochen hat, werden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Podiums mit einem kurzen Statement beginnen.

Ich bitte zunächst Sie, Herr Franz-Josef Wagner, um Ihr Einführungsstatement. Sie vertreten heute als Psychiatrie-Erfahrener den Personenkreis, dem Vernetzung und Kooperation im Gemeindepsychiatrischen Verbund zugute kommen soll.

Abb. 1: Kurzfassung des Statements von Franz-Josef Wagner (Psychiatrie-Erfahrener, LPE Rheinland-Pfalz)

- Bisher wird die rehabilitative Behandlung psychisch kranker Menschen reduziert auf die speziellen Zuständigkeiten der Rehabilitationsträger.
- Dadurch kommt es zu isolierten, konträren oder mehrfachen somatischen und psychiatrischen Behandlung.
- Ich kann mir gut präventive, supportive und ambulante Unterstützung statt stationärer Behandlung vorstellen.
- Mit dem Persönlichen Budget und der logistischen, moralischen und ideellen Unterstützung durch die Leistungserbringer kann eine Vielzahl vernetzter und gemeindenaher Leistungen erbracht werden.

Franz-Josef Wagner: Ich bin einer der wenigen aus dem Kreis der Psychiatrie-Erfahrenen, der sich mit den Themen Gemeindepsychiatrie und Gemeindepsychiatrischer Verbund beschäftigt.

In vielen Bundesländern, wie z.B. auch in Nordrhein-Westfalen beschäftigen sich die Landesverbände der Psychiatrie-Erfahrenen mit anderen Fragen, zum Beispiel mit den Zuständen in der stationären Versorgung oder mit den Problemen der medikamentösen Behandlung.

Ich komme aus Rheinland-Pfalz und in unserem Landesverband gibt es eine Auseinandersetzung über den Gemeindepsychiatrischen Verbund. Denn bei uns und in anderen Bundesländern gibt es Versorgungsangebote, die von Psychiatrie-Erfahrenen getragen werden, beispielsweise eine Tagesstätte im Saarland. In Baden-Württemberg gibt es die Offene Herberge, in Berlin das Weglauf-Haus und Krisenpension. Wer einen Überblick über diese und ähnliche Projekte bekommen möchte, den verweise ich auf das eben erschienene Buch von Peter Lehmann und Peter Stastny „Statt Psychiatrie 2“.

Aber zurück zur Gemeindepsychiatrie, die nach meiner Meinung immer wichtiger wird, weil immer mehr aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert wird. Das geschieht aus Kostengründen, denn eine ambulante Versorgung kostet weniger als eine stationäre. Und es gibt einen

weiteren wichtigeren Grund: psychisch kranke Menschen sind mobil und können sich zwischen ihrem Zuhause und den notwendigen Hilfen hin und her bewegen. D. h. wir können trotz der psychischen Erkrankung nach Hause gehen und es gibt keine Gründe, weswegen wir eine dauerhafte stationäre Versorgung benötigen. Das ist mein Hauptargument für den Gemeindepsychiatrischen Verbund, den wir benötigen, weil er dazu beiträgt, dass Psychiatrie-Erfahrene in ihrer Lebensumgebung betreut und unterstützt werden können.

Ludwig Janssen: Sie sind auch im Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrische Verbände. Welche Rolle haben Sie da?

Franz-Josef Wagner: Ich bringe meine Erfahrungen als Betroffener ein, z.B. wenn wir einen GPV besuchen. Die BAG GPV wird noch in diesem Jahr den GPV Solingen besuchen und ich werde schauen, wie der GPV läuft, was aus meiner Sicht als Psychiatrie-Erfahrener gut oder nicht so gut ist.

Ludwig Janssen: Frau Margit Golfels: Während unseres Vorbereitungsgesprächs haben Sie gesagt, dass es häufig im Anschluss an die Klinikbehandlung keinen guten Übergang in andere Versorgungsstrukturen gibt. Welche Erfahrungen haben Sie damit konkret gemacht und was würden sich Angehörige wünschen?

Abb. 2: Kurzfassung des Statements von Margit Golfels (Angehörige, Hilfe für psychisch Kranke Bonn/ Rhein-Sieg e.V.)

Für Angehörige ist der GPV dann sinnvoll,

- wenn Hilfeangebote abgestimmt werden und der Übergang von der stationären zur außerstationären Behandlung und Betreuung verbessert würde.
- Alle Hilfeangebote müssen für Betroffene und Angehörige transparent sein sowie flexibel und personenzentriert angeboten werden.

Margit Golfels: Meine Sicht ist die einer Angehörigen und einer aktiv Beteiligten in einem Angehörigenverein. Alle Modelle, sei es der Gemeindepsychiatrische Verbund, sei es das Persönliche Budget oder die Integrierte Versorgung, ändern nichts daran, dass Angehörige immer wieder am selben Punkt ansetzen müssen. Auch für den Fall, dass ich Sie langweile, kann es nach meiner Erfahrung nicht oft genug gesagt werden: wenn jemand psychisch erkrankt ist, ist die ganze Familie betroffen. Sie wissen das alle. Doch aus meiner Angehörigenposition muss ich sagen, dass dies immer noch nicht ausreichend berücksichtigt wird. Aus Sicht der Angehörigen werden Modelle benötigt, die nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen verbessern - obwohl das die vorrangige Aufgabe ist. Solche Modelle müssen auch die Lebensqualität der Familien und des sozialen Netzes berücksichtigen.

Die Lebensqualität von Angehörigen ist doch häufig sehr beeinträchtigt, denn wir müssen Aufgaben übernehmen, die eigentlich nicht originäre Aufgaben des Hilfeleistungssystems einer Familie sind. Es klappt beispielsweise nicht immer, dass nach einer klinischen Behandlung entsprechende Anschlussmaßnahmen verfügbar sind. Vielen Familien fehlt es nach wie vor an Informationen. Sie wissen gar nicht, welche Maßnahmen die passenden sein könnten. Häufig ist es Aufgabe eines Familienmitglieds, die Behandlung und Versorgung zu koordinieren, einen Therapieplatz zu suchen oder zu recherchieren, welche passgenauen Angebote es gibt. Damit sind die meisten Angehörigen überfordert. Sie können sich vielleicht vorstellen, dass wir nach jedem Fünkchen Hoffnung greifen und der Gemeindepsychiatrische Verbund

scheint uns vom Ansatz her richtig. Denn was wir brauchen, ist die Entlastung durch ein verbindliches Hilfesystem. Wir brauchen unbedingt einen Case-Manager, also eine Bezugsperson, die den Prozess verbindlich steuert und dabei nicht nur den Betroffenen im Auge hat, sondern auch das familiäre Hilfesystem. Der genau schaut, was die Familie leisten kann und wo sie Unterstützung benötigt, damit sie den Betroffenen adäquat unterstützen kann. Wenn das erreicht wäre, hätten Angehörige die Möglichkeit, sich auf familientypische Hilfen wie emotionale Stärkung, Vermittlung von Zuversicht oder Alltagshilfen zu konzentrieren. Die Familie muss sich auf ein Verbund- und Koordinationsystem verlassen können und die Gewissheit haben, dass für den Betroffenen gesorgt ist, so dass sie sich selbst ein bisschen aus ihrer Sorge zurück nehmen kann. Dabei ist die Verbindlichkeit eines Verbundsystems besonders wichtig.

Ich finde es sehr wichtig, dass man nicht zu klein anfängt, wenn ein Verbundsysteme aufgebaut wird. Heute Vormittag haben wir gehört, dass manchmal erst mit wenigen Modulen angefangen wird. Ich fände es bedenklich, wenn das z.B. bedeuten würde, dass der klinische Bereich im Vordergrund steht und Ziele wie Integration in Arbeit u. ä. im Verbund außen vor bleiben.

Als Angehörigen sind wir sehr froh über jeden Versuch in diese Richtung, weil wir hoffen, dass solche Ansätze einen Beitrag zur Entlastung der Familien leisten.

Ludwig Janssen: Herzlichen Dank Frau Golfels. Herr Belitz als Ärztlicher Direktor einer Rheinischen Klinik haben Sie täglich mit den angesprochenen Problemen der Anschlussbehand-

Abb. 3: Kurzfassung des Statements von Hartmut Belitz (Ärztlicher Direktor, RK Langenfeld)

- Aus Sicht einer Klinik bedarf es verbindlicher, gemeinsam getragener Absprachen, um die gewünschte einrichtungsübergreifende Behandlungs- und Betreuungskontinuität für vor allem an chronischen psychischen Erkrankungen leidenden Betroffenen zu erreichen.
- Diese sollten gemeinsame Behandlungs-/Betreuungspfade umfassen.
- Um das Ziel einer abgestimmten gemeinsamen Leistungserbringung zu gewährleisten sind gemeinsame Fort- und Weiterbildungen der beteiligten Mitarbeiter/innen ebenso erforderlich wie ein strukturierter verbesserter Informationsfluss.

lung zu tun. Kann Vernetzung in einem Gemeindepsychiatrischer Verbund zu einer besseren Anschlussversorgung und -behandlung beitragen?

Hartmut Belitz: Die Frage ist nicht leicht zu beantworten. Es ist heute morgen ja schon deutlich gemacht worden, woran das System insgesamt krankt. An der Behandlung und Versorgung sind Kostenträger mit sehr unterschiedlichen Interessen beteiligt. Die Vertreter der Betroffenen und der Angehörigen haben eben ihre Wünsche an die Versorgung verdeutlicht und aufgezeigt, wo Defizite erlebt werden. Diese Defizite erleben wir auch im Krankenhausbereich, z.B. weil sich der Druck auf die Krankenhäuser verschärft hat. Das psychiatrische Krankenhaus lebt nicht auf einer Insel der Seligen, auch wenn es ein anderes Finanzierungssystem hat als die somatischen Krankenhäuser. Der Kostenträger verlangt von uns als Klinik sehr genau zu prüfen, wie lange die Krankenhausbehandlung sein muss. Wir in den Rheinischen Kliniken Langenfeld sind der Ansicht, dass die psychiatrische Krankenhausbehandlung zum einen eine sehr teure Angelegenheit ist, die außerdem auch von vielen Menschen nicht besonders gut akzeptiert werden kann. Frau Golfels hat uns aus Sicht einer Angehörigen

dargestellt, wie wichtig es ist, den Übergang aus dem Krankenhaus in die weitere Behandlung und Versorgung zu gestalten. Damit es dabei Kontinuität gibt und Rückfälle verhindert werden. Denn diese sind weder gut für den Patienten noch für die Betriebswirtschaft.

Deswegen bin ich überzeugt, dass es besonders wichtig ist, in den Versorgungsregionen genau hinzuschauen und zu prüfen, wer was wie macht? Nach meiner Ansicht war es eine sehr gute Idee, die Sozialpsychiatrischen Zentren einzurichten und mit ihnen Keimzellen für diesen Prozess zu schaffen. Wir in den Rheinischen Kliniken Langenfeld haben das Glück, dass mit Hilfe der SPZ in allen von uns versorgten Sektoren von Anfang an eine gute Basis geschaffen wurde. Was noch nicht ausreichend bewältigt ist, ist die verbindliche Kooperation. Häufig ist es ja so, dass bestimmte Angebote von vielen Leistungserbringern gemacht werden und andere hingegen ganz fehlen. Dass verschiedene Angebote von verschiedenen Kostenträgern finanziert werden, macht die Abstimmung nicht einfacher. Insofern ist es wichtig, dass die Kräfte kontinuierlich gebündelt werden. Das sollte über einzelne Versorgungssysteme hinausgehen, sie sollten miteinander ins Gespräch kommen.

Die Rheinischen Kliniken Langenfeld haben sich in den vergangenen Jahren schon auf den Weg begeben, zum Beispiel mit dem PTV Solingen, aber auch in unseren anderen Versorgungsregionen mit den anderen SPZ. Wobei es nicht ausreicht, dass man Verbünde einrichtet und Papiere formuliert. Sie müssen in der gemeinsamen Arbeit belebt werden. Dafür ist es nötig, eine gemeinsame Sprache zu sprechen. Ein Ort, wo diese gefunden werden kann, sind gemeinsame Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Klinik und Gemeindepsychiatrie. Hier lernt man sich kennen und kann Ideen entwickeln, wie man für die Patientinnen und Klienten die Behandlungswege gemeinsam abstimmt oder wie Betreuungspfade über die Institutionsgrenzen hinweg aussehen können.

ge ist: Vor Ort diejenigen verpflichtend zusammenzubringen, die an der Versorgung beteiligt sind und daran zu arbeiten, dass die Zusammenarbeit bestimmten Qualitätskriterien genügt.

Ludwig Janssen: Herzlichen Dank Herr Belitz. Auf die konkreten und praktischen Erfahrungen werden wir später wieder zurück kommen. Herr Dr. Berger, Sie haben heute morgen in einem Wortbeitrag die SPZ-Landschaft in Köln dargestellt und auf die gewachsenen Strukturen und Kooperationen innerhalb der Stadt Köln hingewiesen, die es da seit vielen Jahren gibt.

Was müsste ein GPV leisten, damit dieser über das bisherige in Köln hinaus eine neue Qualität bietet?

Dr. Herbert Berger: Die Situation in Köln mit ihren gewachsenen Struktu-

Abb. 4: Kurzfassung des Statements von Dr. Herbert Berger (Psychiatriekoordinator Köln)

Ich erhoffe mir von einem gut funktionierenden GPV:

- höhere Transparenz über das tatsächlich vorhandene Angebot
- klientenbezogene passgenaue differenziertere Gestaltungsmöglichkeit des Hilfeplans
- zeitnahe Umsetzung von Komplexleistungen
- Verbesserung von leistungs- bzw. trägerübergreifenden Finanzierungsmöglichkeiten

Ich habe häufig die Sorge, dass manche Projekte dazu dienen, neue Worthülsen zu schaffen. Und manchmal habe ich die Vorstellung, man hätte die Vernetzungsaufgabe auch den SPZ übergeben können. Dann hätten diese sich darum gekümmert, die Vernetzung zwischen allen Beteiligten herzustellen. Aber mit dem Projekt „Verbundkooperationen stärken“ des Landschaftsverbandes ist jetzt ein anderer Weg gewählt worden, der nach meiner Ansicht im Grunde der Richti-

ren der Zusammenarbeit und Kooperation setze ich als bekannt voraus. Ich möchte den Titel der Diskussion wörtlich nehmen „Von der Institutionszentrierten Konkurrenz zum Personenzentrierten Verbund“ – ob das Ergebnis dann GPV heißt, das mag dahin gestellt bleiben.

Ich hab nichts gegen den Gemeindepsychiatrischen Verbund und bin der Überzeugung, dass wir in Köln damit fachlich gesehen schon ziemlich weit sind.

So haben wir z.B. die Vertretung der Angehörigen und der Psychiatrie-Erfahrenen in der PSAG und in den verschiedenen Arbeitsgremien. Auch die Versorgung der forensischen Patienten in die Gemeindepsychiatrie zu integrieren, ist uns gelungen. Es ist sogar gelungen, die geradezu inflationär auftretenden privaten Anbieter des Ambulant Betreuten Wohnens einigermaßen in diese Versorgungsstrukturen zu integrieren. Ich möchte deswegen vor allem auf den Punkt der Verbesserung von leistungs- und trägerübergreifenden Finanzierungsmöglichkeiten hinweisen. Hier sind dringend Fortschritte notwendig und wenn dies über den GPV möglich wäre, wäre dies ein echter Fortschritt. Denn ein Netz hängt an finanziellen Seilen. Ich sage bewusst Netz. Der Begriff Netz ist in der Psychiatrie seit langem gebräuchlich. Früher wurde er im Sinne von Versorgungsnetz gebraucht – damit war vor allem die Aufnahmefunktion gemeint. Jetzt reden wir über Vernetzung und meinen die Verbindungsfunktion.

Ich kann das nur so interpretieren: Wir sind jetzt auf einem Stand, der

vielleicht etwas frustriert fest - gibt es immer noch Probleme.

Wer mich länger kennt, der weiß, dass ich immer an das Gute im Menschen und in der Welt glaube. Ich würde sagen, wir sind auf einem guten Weg mit dem, was wir in der Psychiatrie erreicht haben. Wir sollten so weiter machen, und wenn der GPV ein Weg ist weiterzukommen, so sei es denn. Heute morgen fiel ein anderes Stichwort, dass uns im nächsten Jahr wahrscheinlich noch beschäftigen wird - das persönliche Budget. Ich bin inzwischen daran gewöhnt, dass wir ungefähr alle drei Jahre einen neuen Begriff oder eine neue Möglichkeit haben, wie alles noch besser wird. Aber so möchte ich nicht schließen, sondern mich noch einmal auf die Abschlussfolie von Herrn van Brederode beziehen, dessen Vortrag den Titel trug: „Der GPV - eine Fata Morgana?“. Den Abschluss wollte er sehr publikumswirksam mit einem Bild unterstützen. Das ist ihm auch gelungen, nur was war da auf dem Bild zu sehen? Keine Fata Morgana, sondern eine solide Oase. Nun, er wird wahrscheinlich keine Fata Morgana gefun-

Abb. 5: Kurzfassung des Statements von Martina Hoffmann-Badache (Landesrätin Soziales, Integration, LVR)

- Als überörtlicher Sozialhilfeträger, der einen Großteil der Eingliederungshilfe finanziert, können wir es nur begrüßen, wenn sich die Leistungsanbieter einer Region zu einem Verbund zusammenschließen.
- Sie sollten die (Pflicht)Versorgung einer bestimmten Region abstimmen, unterschiedliche Leistungsansprüche bündeln und dafür gemeinsame und verbindliche Qualitätsstandards entwickeln.
- Ich bin allerdings skeptisch, ob ein solcher Verbund diese Anforderungen erfüllen und alle Beteiligten zusammenbringen kann.
- Mindestens ebenso wichtig ist mir eine enge Kooperation auf der Seite der Leistungsträger.

uns eigentlich ganz vernünftige Versorgungsstrukturen bietet. Aber trotz dieser guten Struktur - stellen wir

den haben, denn von diesen gibt es ja keine Fotos. Ich nehme dies mal als gutes Omen.

Ludwig Janssen: Danke Herr Dr. Berger. Heute morgen hat Nils Greve Klaus Dörner zitiert: „Aus leeren Kassen Kapital schlagen“. Frau Hoffmann-Badache, kann der Gemeindepsychiatrische Verbund aus Ihrer Sicht hierzu einen Beitrag leisten?

Martina Hoffmann-Badache: Ich weiß es nicht. Heute morgen konnte ich die Vorträge von Herrn van Brederode und Herrn Greve hören, die Vorstellung der GPV leider nicht. Ich habe noch einmal zurückgeblickt und festgestellt: es hat sich viel verändert. Ich bin eine der „Mütter“ der SPZ-Förderung und bin heute die „Mutter“ der 47,50 Euro – also der Fachleistungsstunde. In der Zeit dazwischen hat sich wirklich sehr viel entwickelt. Nach wie vor bin ich optimistisch, allerdings gedämpft optimistisch. Denn als „Mutter“ der 47,50 Euro muss ich mich mit den Entwicklungen im Bereich des Betreuten Wohnens befassen. Als Kostenträger haben wir enorme Zuwächse der Bedarfsanfragen gerade von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Derzeit sind es ungefähr 11.000 Menschen für die ambulante Leistungen des Betreuten Wohnens von uns finanziert werden. 60 % von ihnen sind psychisch kranke Menschen und der allergrößte Teil von diesen hat einen Bedarf von relativ

wenigen Stunden pro Woche. Auch fragen wir uns, ob die Fachleistungsstunde immer die richtige Antwort auf den individuellen Hilfebedarf ist. Es gibt verschiedene Fragestellungen wie ambulante psychiatrische Krankenpflege, Tagesstruktur, aber auch Arbeit, über die heute morgen auch schon gesprochen wurde. Meine Hoffnung ist, dass wir im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes uns gemeinsam mit diesen Themen beschäftigen können. Als Vertreterin eines wesentlichen Leistungsträgers – des Überörtlichen Trägers der Sozialhilfe – sehe ich hier wesentliche Herausforderungen. Es geht nicht nur – wie Herr Dr. Berger bereits sagte – um Verbundsysteme auf Seiten der Leistungsanbieter, sondern auch um mehr Verbundmöglichkeiten auf Seiten der Leistungsträger, insbesondere der Träger der Sozialhilfe, den Krankenkassen, aber auch des Integrationsamts, der Pflegekassen und anderer Rehabilitationsträger. Das Leistungs-träger übergreifende persönliche Budget ist ein wichtiger Ansatz, sich in diese Richtung stärker zu vernetzen. Sie wissen alle, dass dies bisher nicht so richtig funktioniert und wir auf Leistungsträgerseite dafür mehr gemeinsame Potentiale entwickeln müssen.

Abb. 6: Kurzfassung des Statements von Margret Stolz (AOK Rheinland/Hamburg)

- Der GPV soll sich darum kümmern, dass die Leistungen für die Versorgung von psychisch Kranken passgenau zusammengestellt werden und die Bereitstellung ohne Schnittstellen-verluste und ohne unnötige Verzögerungen funktioniert.
- Hierzu gehört auch eine rechtzeitige Planung der Entlassung aus dem psychiatrischen Krankenhaus.
- Die vorhandenen Strukturen und Angebote in der nachstationären Versorgung müssen daraufhin überprüft werden, ob sie den Anforderungen an eine möglichst dauerhafte und krisenfeste Wiedereingliederung von Psychatriepatienten in die Gemeinde entsprechen.
- Ggf. müssen sie ergänzt oder ersetzt werden.

Das ist für mich eine der großen Herausforderungen, neben der Weiterentwicklung der Leistungen der Eingliederungshilfe: die Vernetzung auf der Seite der Leistungsanbieter zu entwickeln bzw. im Gemeindepsychiatrischen Verbund zu fördern.

Es hat mich gefreut, dass Nils Greve heute morgen die Hilfeplankonferenz als Nukleus für die Entwicklung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden bezeichnet hat. Daran wollen wir mitwirken.

Ludwig Janssen: Herzlichen Dank. Auf die Frage, was Leistungsträger dazu beitragen können, möchte ich später noch einmal zurückkommen. Frau Stolz, Sie vertreten einen anderen großen Leistungsträgersbereich, die Krankenkassen. Auch die Krankenkassen stehen vor der Notwendigkeit mit ihren Mitteln umzugehen.

Margret Stolz: Ein paar Worte dazu, warum wir als Krankenkassen uns ebenfalls intensiv mit dem Thema beschäftigen müssen. Ich komme ursprünglich aus dem Bereich des Fallmanagements im Bereich des Psychiatrischen Krankenhauses. Fallmanagement wird in der Regel als Krankenhausfall betrachtet. Jemand wird aufgenommen und es wird geprüft, ob er versichert ist und irgendwann wird auch die Verweildauer geprüft. Ich habe den Eindruck gewonnen, dieser Ansatz ist für psychisch kranke Menschen nicht befriedigend und mir daraufhin die Menschen mit vielen Krankenhausaufgaben im Rahmen einer Fünf-Jahres-Betrachtung angesehen. Ich habe Menschen gefunden, die in fünf Jahren (wobei ich die Suchterkrankungen jetzt nicht berücksichtige) 20 Krankenhausaufnahmen hatten und damit Kosten von bis

zu 250.000,00 Euro als Spitzenwert im Einzelfall verursachten.

Das hat mich zu der Frage geführt, woran das liegt? Ist es Gott gegeben, das jemand mit einer Psychose in einer absehbaren Zeit wieder ins Krankenhaus gehen muss oder gibt es Mittel und Möglichkeiten gegen zu steuern?

Das ist nicht nur für die Krankenkassen ein sehr kostenträchtiges Thema, sondern auch für die Versicherten. Zudem habe ich mir von den Ärzten in den Rheinischen Kliniken Langenfeld berichten lassen, dass häufige und lange Klinikaufenthalte auch für die Behandelnden sehr frustrierend sind. Zudem führt jeder zusätzliche Krankenhausaufenthalt bei Menschen mit einer Psychose dazu, dass sich ihre Krankheit insgesamt rapide verschlechtert. In der Folge leiden auch die Kommunen im Rahmen ihrer Ausgaben für den Lebensunterhalt und für die Grundsicherung darunter. Aus all diesen Gründen müssen wir uns als Kostenträger und Leistungserbringer zusammenschließen. Das ist aus meiner Sicht der richtige Weg, den wir einschlagen müssen.

Als Krankenkassen haben wir einiges entwickelt, um nach einer stationären Behandlung eine Stabilisierung herbei zu führen. Wir haben zum Beispiel mit den Rheinischen Kliniken Langenfeld und Düsseldorf eine Vereinbarung über teilstationäre Versorgung im Rahmen der Arbeitstherapie getroffen. Diese Maßnahme ist sehr erfolgreich, da sie die Wiederaufnahmen ins Krankenhaus stark reduziert. Es gibt auch weitere Ansätze, beispielsweise das home treatment. Auch dazu gab es Gespräche und ich hoffe, dass wir auch damit weiterkommen und eine intensivere nachstationäre Behandlung möglich wird.

Aus meiner Sicht sollte der Gemeindepsychiatrische Verbund ermöglichen, zeitnah und gut strukturiert alle erforderlichen Maßnahmen zusammen zu stellen, die jemand nach einer akuten Erkrankung benötigt, um längerfristig eine krisenfeste Wiedereingliederung in die Gemeinde zu erreichen.

Ludwig Janssen: Herzlichen Dank Frau Stolz. Das Dezernat Gesundheit und Heilpädagogische Netzwerke fördert die SPZ und ist der Träger von neun psychiatrischen Fachkrankenhäusern. Damit gibt es ideale Voraussetzungen, um die Schnittstelle zwischen Klinik und außerklinischer Versorgung weiter zu entwickeln. Sehen Sie das auch so Frau Lubek?

Thesen meines Statements zu sprechen kommen möchte.

Der LVR sieht sich - gerade auch als kommunal verfasster Krankenhaus-träger - in besonderer Weise in der Verpflichtung, mit seinen Rheinischen Kliniken die psychiatrische Versorgungslandschaft im Rheinland mitzugestalten. Vernetzung und Kooperation mit Partnern sind dabei wesentliche Aspekte der Marktpositionierung des LVR für alle seine Rheinischen Kliniken. Individuumorientierung und Gemeindenähe sind wichtige Paradigmen der Versorgungsphilosophie des LVR, mit der er sich im Wettbewerb gegenüber anderen Anbietern psychiatrischer Versorgungsleistungen positionieren muss.

Abb. 7: Kurzfassung des Statements von Ulrike Lubek (Landesrätin Gesundheit/Heilpädagogische Netzwerke, LVR)

- Angesichts zunehmender Ökonomisierung sozialer Systeme sieht sich der LVR als großer Kommunalverband in einer besonderen Verantwortung zur Entwicklung individuumorientierter Versorgungsstrukturen.
- Die Rheinischen Kliniken leisten durch ihre Eingebundenheit in kommunale Verantwortungsstrukturen dazu einen wichtigen Beitrag.
- Wir arbeiten aktiv an einer Optimierung des Schnittstellenmanagements zwischen stationärer und ambulanten Versorgungsstrukturen.
- Durch Kooperationen sind die Rheinischen Kliniken in stärkerem Maße in den GPV zu integrieren.
- Die GPV sind aufgefordert, auch die Betreuung entlassener forensischer Patienten als ihre Aufgabe zu definieren.
- Hohe Qualität muss bezahlbar bleiben: ökonomische Orientierung ist selbstverständlicher Bestandteil des Handels aller Partner/innen im GPV.

Ulrike Lubek: Ihre Frage kann ich eindeutig mit „Ja“ beantworten, was Sie auch meinem Statement – ich verweise hier auf These 2 – entnehmen können.

Gestatten Sie mir, die besondere Rolle der Rheinischen Kliniken aus der Sicht des Krankenhausträgers weiter zu konkretisieren, wobei ich kurz auf die

Im Hinblick auf Fragen zur Optimierung des Schnittstellenmanagements, kann ich mich uneingeschränkt Frau Golfels und Frau Stolz anschließen. Von daher verzichte ich auf Ausführungen dazu. Das Projekt „Verbundkooperationen stärken“, das ja gerade die Optimierung der Schnittstellen zwischen Krankenhausversorgung und komplementärer Betreuung zum

Inhalt hat, hat Herr van Brederode in seinem Vortrag ausführlich vorgestellt.

Ich möchte nun noch kurz zu meiner 4. These ausführen: Durch Kooperation sind die Rheinischen Kliniken in stärkerem Maße in den GPV zu integrieren. Dazu möchte ich noch mal an die Ausführungen von Herrn Greve anknüpfen, der es so zusammenfasste: „Verbund heißt in Vielfalt zusammenrücken.“ Das Ziel einer bedürfnisorientierten psychiatrischen Versorgung ist eine gemeinsame Aufgabe der verschiedenen Versorgungs- und Betreuungsanteile verantwortenden Anbieter. Gemeinsam und in Vielfalt müssen wir Versorgungsstrukturen etablieren, die von uns gemeinsam als Partner aus einer Hand anzubieten sind.

Zu meiner 5. These: Wir behandeln in unseren Rheinischen Kliniken etwa 1.000 forensische Patienten. Die Beschäftigung mit forensischer Behandlung führt nicht selten zu einer Diskussion um Sicherheitsstandards und angemessene Lockerungsstufen. Diese Diskussionen sind wichtig und berechtigt, sie sind Ausdruck von Ängsten, die sich nachvollziehbarer Weise auch mit der Behandlung forensischer Patienten verbinden. Hier sind wir gemeinsam aufgefordert, Wege zu finden, die rehabilitative Schritte für forensische Patienten ermöglichen. Deshalb hoffe ich, dass die gemeindepsychiatrischen Verbände auch langzeitbeurlaubte bzw. entlassende forensische Patienten als ihre Klientel annehmen und ihnen einen sozialen Empfangsraum bereiten. Ich wünsche mir, dass das Bewusstsein und das Verantwortungsgefühl für diesen nachsorgenden Versorgungsaspekt ausgebaut wird.

Last but not least: Hohe Qualität muss bezahlbar bleiben. Ökonomische Orientierung ist selbstverständlicher Bestandteil aller Partnerinnen und Partner im GPV. Interessen und Positionen werden nicht immer übereinstimmen; das aber, was uns eint, ist ausreichend, um auch vieles in Bewegung zu setzen. Dass uns dabei auch wirtschaftliche Interessen leiten müssen, ist selbstverständlich mit zu bedenken.

Ludwig Janssen: Bevor wir das Publikum in die Diskussion einbeziehen, möchte ich Nils Greve in die Runde holen. In ihrem Vortrag haben Sie sinngemäß gesagt: Marktentwicklung und -tendenzen passen eigentlich nicht mit der Idee des GPV zusammen. Wo sehen Sie Grenzen und Notwendigkeiten der Marktentwicklung in der psychiatrischen Versorgung? Was ist zulässig und was nicht?

Nils Greve: Eine Notwendigkeit, der sich keiner entziehen kann, hat Frau Lubek auf den Punkt gebracht: Einrichtungen, die in Verbänden mitwirken wollen, müssen Geld verdienen. Dies kann niemand bestreiten. Heute morgen habe ich versucht zu verdeutlichen, dass es ein Spannungsfeld zwischen dem Konkurrenzdenken im Markt und dem kooperativen Denken im Verbund gibt. Dabei bleibe ich. Mich hat stutzig gemacht, was Frau Golfels gesagt hat. Ich habe sie so verstanden, dass in einer zersplitterten Landschaft die Angehörigen häufig Angebote zusammen führen müssen. Das ist im Grunde eine Aufforderung an uns Professionelle, dass wir mehr an Vernetzung leisten müssen und damit auch eine Entlastung für die Angehörigen schaffen.

Ich möchte gerne auch kommentieren, was Herr Dr. Berger in seinem schriftlichen Statement (siehe Abb. 4) mit Transparenz bezeichnet hat. Diesen Aspekt möchte ich stark unterstreichen. Transparenz ist eine wesentliche Errungenschaft, die wir mit den Hilfeplankonferenzen geschaffen haben. Sie stärkt das gegenseitige Vertrauen derjenigen, die im Verbund miteinander arbeiten. Durch Transparenz lernt man sich viel besser kennen.

Das Hilfeplanverfahren schafft mehr Verständnis dafür, wie die anderen denken und wie sie ihre Hilfen planen. Transparenz ist deswegen ein ganz wichtiger Punkt bei der Verbundbildung.

Als Vorsitzender der AGpR würde ich deswegen auch das Leistungsträger übergreifende Budget sehr begrüßen. Heute morgen habe ich schon gesagt, dass wir darauf nicht warten sollten. Wenn jedoch tatsächlich, wie Frau Hoffmann-Badache gesagt hat, die Leistungsträger in diese Richtung endlich tätig werden, werden wir das ausdrücklich begrüßen. Und ich hoffe, dass wir dafür kompetente Partner sind.

Beim Persönlichen Budget bin ich noch unsicher, wie es gut von den Leistungsanbietern und -trägern umgesetzt werden kann. Diese Herausforderung haben wir auch von unserer Seite noch nicht ausreichend angenommen. Das persönliche Budget wirft in der Psychiatrie einige Probleme auf, mit denen die anderen Bereiche der Behindertenhilfe nicht zu kämpfen haben. Eine Umsetzung wird nur partnerschaftlich möglich sein, und wie man eine Assistenz bei der Verwaltung des Persönlichen Budgets leisten kann, ist noch nicht beantwortet.

Im Übrigen möchte ich ausdrücklich

eine Zusammenarbeit zwischen dem Landschaftsverband als Klinikträger und uns als gemeindepsychiatrischen Leistungserbringern im Verbund bejahen. Im Verbund können wir das gemeinsame oder das unterschiedliche Know-how zusammen führen. Daran werden wir uns selbstverständlich beteiligen.

Ludwig Janssen: Eine Nachfrage zur Marktorientierung: Müssen nicht auch die SPZ mit ihren Angeboten und Leistungen Geld verdienen?

Nils Greve: Es kann nicht oft genug gesagt werden: Wir versuchen genau dies zu tun.

Franz-Josef Wagner: In Rheinland-Pfalz wird das Persönliche Budget, wenn ich richtig informiert bin, über 1.000 Mal genutzt, in Trier allein gibt es 400 Fälle. Ich selbst profitiere seit einigen Jahren vom Persönlichen Budget. Zuvor wurde ich innerhalb eines Jahres vier Mal zwangsweise eingewiesen. Seit ich vom Persönlichen Budget profitiere, war ich nicht mehr in der Klinik.

Ein anderer Aspekt: Im Saarland wurde per Gesetz festgeschrieben, dass 20 % der vorhandenen Heimplätze abgebaut werden sollen. Dies ist durch die Psychiatrie-Erfahrenen angestoßen worden. Das sind neue Entwicklungen, die dazu führen werden, dass man umdenken muss. Die Psychiatrie-Erfahrenen bringen gute Beispiele zustande, wie das gehen kann.

Ludwig Janssen: Jochen Blume, SPZ-Koordinator vom SPZ in Köln-Kalk, hat sich zu Wort gemeldet.

Jochen Blume: Ich möchte zunächst noch einmal ein paar Schritte weiter vorne anfangen. Das Sozialpsychiatrie-

sche Zentrum als Basis des Gemeindepsychiatrischen Verbundes:
Braucht der GPV einen Motor: ja.
Könnt ihr SPZ dieser sein: ja. Wollt ihr als SPZ das sein: ja.
Für mich ist bisher nicht deutlich geworden, ob das SPZ einen Auftrag hat, diese Rolle zu übernehmen. Wenn ja, frage ich, ob die SPZ-Förderrichtlinien dafür ausreichen. Denn wenn wir SPZ diesen Auftrag hätten, dann stoßen wir an unsere Grenzen. Das hat zum einen mit Geld zu tun, aber auch damit, dass man nicht alles gleichzeitig machen kann. Wir haben kleine SPZ, die nicht wissen, wie sie die Flut an Anforderungen bewältigen sollen. Damit will ich nicht sagen, wir als SPZ wollen nicht die Basis des GPV sein, sondern will die Frage in den Raum stellen: Was müssen wir machen, damit wir diesen Auftrag, wenn es ihn dann gibt, auch umsetzen können. Also: Gibt es einen Auftrag und wie soll dieser umgesetzt werden?

Ludwig Janssen: Direkt dazu möchte Frau Hoffmann-Badache etwas sagen.

Martina Hoffmann-Badache: Ich möchte an das anknüpfen, was Herr van Brederode in seinem Vortrag angesprochen hat. Der Landschaftsverband Rheinland überlegt tatsächlich, wie er die Struktur der Leistungserbringung in Rheinland im Bereich der psychiatrischen Versorgung weiterentwickeln kann. Die Dezernate Gesundheit und Soziales überlegen derzeit, die Versorgungssituation im Rheinland genauer untersuchen und analysieren zu lassen. Eine Frage sollte sein: Wie haben sich die SPZ entwickelt? Nach unserer Wahrnehmung ist das regional sehr unterschiedlich. Eine Frage wird auch sein: Wie hat sich im Verhältnis dazu das System der Hilfeplanung und der Hil-

feplankonferenzen entwickelt. Zu diesen Fragen wollen wir uns in einem ersten Schritt ein genaueres Bild verschaffen, um dann ggf. gemeinsam mit Ihnen und mit unseren politischen Ausschüssen zu überlegen, ob es Ansatzpunkte gibt, hier nachzusteuern. Auch wir stellen uns die Frage, ob die Fachleistungsstunde immer die richtige Antwort auf alle Anfragen ist und wie es um die Frage der Steuerung steht. Wir sind auch dabei zu überlegen, an der einen oder anderen Stelle neue Akzente zu setzen. Dazu haben wir im Frühjahr dieses Jahres einen politischen Auftrag erhalten. Ich denke, wir werden noch in diesem Jahr einen entsprechenden Untersuchungsauftrag vergeben.

Ludwig Janssen: Frau Golfels, Sie haben eine Anmerkung zu dem Thema.

Margit Golfels: Ich wollte eine Anmerkung machen zu dem Thema Marktorientierung. Vom Konzept her soll durch den Gemeindepsychiatrischen Verbund eine möglichst umfassende Versorgungsstruktur geschaffen werden. Da sind die unterschiedlichsten Anbieter beteiligt und das hat auch den Aspekt, dass alle Leistungsanbieter unter Marktgesichtspunkten agieren müssen. Das Konzept der Gemeindepsychiatrischen Verbände möchte ja von der Institutionsorientierung wegkommen. Dazu gehört, dass darauf geachtet wird, was der einzelne Klient oder Patient braucht. Die Gefahr ist jedoch, dass jeder Anbieter nur verfolgt, was er in den Verbund einbringen kann, um wirtschaftlich arbeiten zu können. Damit würde das Konzept der Personenzentrierung konterkariert. Deswegen sollte es im GPV auch Mitglieder geben, die keine wirtschaftlichen Interessen verfolgen, d. h. es muss ein Mitsprache- und

Kontrollrecht für Vertreter der Betroffenen und der Angehörigen geben.

Ludwig Janssen: Frau Lubek möchte auf Herrn Blume antworten?

Ulrike Lubek: Ich frage mich, ob es der Konkretisierung des Auftrags der SPZ bedarf? Die Überlegungen aus den Vorträgen und Statements beinhalten die Forderung, dass die SPZ den Blick mehr nach außen richten müssen und sich, so wie auch die Krankenhäuser, mit der Frage befassen müssen, welche Kooperationen notwendig sind, damit die Gemeindepsychiatrische Versorgung verbessert werden kann. Ausgehend von dieser bedürfnisorientierten Betrachtung scheint es mir nicht an einer Auftragsformulierung formaler Art zu mangeln.

Jochen Blume: Wenn ich einen Auftrag habe, dann muss ich mich an diesem messen lassen. Dann kann ich nicht einfach sagen, wir haben gut gearbeitet und alle Kriterien erfüllt und jetzt schauen wir, was dabei raus gekommen ist.

Die Bedingungen im SPZ sind nicht immer ideal. Zum erheblichen Teil gibt es zu wenig Personal in den Kontaktstellen, so dass manche Koordinatoren dort selbst intensiv tätig sind. Das kostet viele Wochenstunden, die dann nicht für die Koordination genutzt werden können.

Gäbe es einen Auftrag, wäre es leichter deutlich zu machen, unter welchen Bedingungen dieser erfüllt werden kann und was unter den aktuellen Bedingungen möglich ist. Und um den Erfolg von Vernetzung zu messen, würden dann vorher Kriterien festgelegt.

Wenn sich herausstellen würde, dass die SPZ unter den aktuellen Bedin-

gungen den Auftrag nicht umsetzen können, könnten sie sich dafür stark machen, dass die Voraussetzungen hierfür hergestellt werden. Das wäre ein Schritt in Richtung Pflichtversorgung.

Dann wäre es auch möglich, alle Kostenträger anzusprechen. Denn wenn die These stimmt, dass die SPZ über den GPV maßgeblich dazu beitragen, dass Kosten gesenkt würden, dann sollte sich nicht nur die Überörtliche Sozialhilfe und die Kommunen an der Finanzierung der SPZ beteiligen. Dann müssten auch die Krankenkassen angesprochen werden, damit diese sich im Sinne der Prävention an den Kosten beteiligen. Die Krankenkassen würden dann vorher sagen, wann der GPV für sie erfolgreich ist und woran sie dies messen.

Ludwig Janssen: Frau Stolz, welche Möglichkeiten der Vernetzung gibt es aus Sicht der Krankenkassen?

Margret Stolz: Ich möchte auf das Thema Einbindung anderer Leistungsträger, das von Frau Hoffmann-Badache angesprochen wurde, zurückkommen. Das Modell, das dafür gesetzlich vorgesehen ist, ist die Integrierte Versorgung. Das hierbei nur SGB V-Leistungen einbezogen werden können, ist für den Bereich der Psychiatrischen Versorgung zu kurz gegriffen. Es wäre wünschenswert, wenn diejenigen, die politische Einflussmöglichkeiten haben, sich dafür einsetzen würden, dass man die Integrierte Versorgung auch für andere Leistungen öffnet. Dann könnte man Leistungsträger übergreifende Modelle entwickeln und neue Versorgungsmodelle schaffen.

Eine Alternative dazu kann auch ein regionales Budget sein. Das wäre für mich aber eher ein Modell zweiter

Wahl. Ich hätte dabei das Gefühl: Wir von den Krankenkassen stecken das Geld ins regionale Budget und stehen uns dann aus der Verantwortung, kümmern uns inhaltlich nicht mehr darum.

Mir wäre es wichtig, wenn die Vernetzung, das Miteinander und die Abstimmung von Verantwortlichkeiten optimal funktionieren würden. Und wenn man dafür die Integrierte Versorgung öffnen könnte.

Ludwig Janssen: Danke Frau Stolz. Es gibt noch zwei Wortmeldungen aus dem Publikum. Stellen Sie sich bitte kurz vor.

Siegbert Garisch: Mein Name ist Siegbert Garisch, Papillon e. V., Kreis Kleve und seit 17 Jahren Mitarbeiter in verschiedenen SPZ. Ich verstehe, um was es geht und brauche dafür keinen Auftrag. Es steht in den Förderrichtlinien, dass ich Netzwerker sein soll, das ich regionale Verbünde initiieren und die Versorgungsstrukturen weiter entwickeln soll. Das mache ich seit 17 Jahren bzw. ich versuche es. Wenn das allerdings Priorität hat, ist das mit der derzeitigen Förderung und mit einer „One-Man-Show“, wie ich sie mache, nicht möglich. Ich brauche dafür zusätzliche Arbeitszeit. Noch eine Bemerkung: Seit 17 Jahren mache ich Arbeit auf Kosten des Landschaftsverbandes und der Kommune, von der die Krankenkassen profitieren.

Ich finde es toll, dass erstmalig bei einer Veranstaltung des Landschaftsverbandes Rheinland für die SPZ auch Vertreter der Krankenkassen dabei sind. Ich weiß aber auch, dass die Finanzierungs- oder Buchhaltungssystematik der Krankenkassen mitgliederzentriert ist und mithin eine pauschalierte, institutionelle Förderung seitens der Krankenkassen nur

schwer umsetzbar ist. Um einen Verbund aufzubauen, benötigen die SPZ allerdings eine pauschale Förderung. Wenn Verbünde gefördert und gegründet werden sollen, kann ich mir nicht vorstellen, wer das besser könnte als die SPZ. Sie haben die notwendigen Erfahrungen und das Know-How.

Richard Höhmann: Ich arbeite in einem SPZ in Oberhausen. In Oberhausen arbeiten wir schon länger im Verbund. Wir haben ein SPZ mit drei Trägern und um dies kooperativ hinzubekommen, mussten alle kooperieren und sich zusammen raufen. Wir haben uns auch sehr bemüht, weitere Beteiligte in den Verbund zu integrieren. Insofern stimme ich mit der These von Nils Greve überein: Man muss anfangen und es versuchen. Man sollte nicht warten, bis jemand einem dazu einen Auftrag erteilt. Den Optimismus, den muss man mitbringen. Trotzdem muss man sich die Bedingungen genau anschauen. Zum Beispiel: Wie sieht es mit der Qualität aus? Die Vorgehensweise eines gemeindepsychiatrischen Verbundes setzt auch voraus, dass wir eine gemeinsame Sprache erlernen und eine gemeinsame Philosophie entwickeln. Diese steht quer zu Marktfragen. Ich halte es für sehr kritisch, wenn Träger sich in einem Verbund zusammenfinden und irgendetwas unterschreiben und nicht festgelegt wird, nach welchen Qualitätskriterien gearbeitet wird. Ich vermisse von den Kostenträgern eine konsequente Qualitätskontrolle mit entsprechenden Sanktionsmöglichkeiten. Ich habe diese Erfahrungen in der Krankenversorgung gemacht, als private Pflegedienste zunahmen und ihre Arbeit bei der Versorgung psychisch Kranker mit hohen Belastungen für Angehörige

und Betroffene verbunden war. Der GPV sollte stärker verfolgt und bei der Umsetzung auch das SPZ forciert angesprochen werden. Auch in den Regionalkonferenzen können dafür noch stärkere Impulse gesetzt werden. Aber es muss eine Qualitätskontrolle geben, sonst sind diejenigen die Dummen, die sich um Qualität bemühen.

Abschließend möchte ich noch auf die Gruppe der schwer psychisch kranken Menschen hinweisen, die aus dem Betreuten Wohnen herausfallen. Sie bleiben in den SPZ-Strukturen, werden hier aber nicht über die Fachleistungsstunde finanziert. Diese Belastung der SPZ und Kontaktstellen muss beachtet werden, damit das System nicht überfordert wird.

Ludwig Janssen: Danke für die Diskussionsbeiträge. Herr Wagner, Sie wollten etwas sagen?

Franz-Josef Wagner: In der Diskussion wird immer nur über das Geld gesprochen. Für uns Betroffene ist Geld aber gar nicht das Wesentliche. Wir wollen Qualität haben. Für uns ist wesentlich, welche Angebote wir haben und welche Lebensqualität sie ermöglichen? Und Lebensqualität bekommen wir nicht, indem Geld verteilt wird. Das ist ein Trugschluss.

Ludwig Janssen: Frau Böker-Scharnhölz, Sie möchten etwas sagen?

Mechthild Böker-Scharnhölz: Ich würde gerne noch mal die Krankenkassenvertreterin mit in das Gespräch einbeziehen. Wir haben ja längst nachgewiesen, dass ambulante psychiatrische Hauskrankenpflege stationäre Pflage tage reduziert. Das wissen wir seit 15 Jahren. In Bielefeld war die

psychiatrische Hauskrankenpflege sehr eng mit dem GPV verbunden und hat viel geholfen. Die Bedingungen, die jetzt für die psychiatrische Hauskrankenpflege bundesweit gelten, haben dazu geführt, dass diese Einrichtungen zugemacht haben und ein Teil der Leistungen nun von der Eingliederungshilfe getragen wird. Das ist nicht in Ordnung. Nils Greve hat gesagt, dass wir uns auch um gesetzliche Veränderungen kümmern müssen. Ich will Sie nun fragen: Was können wir tun? Wir arbeiten weiter an den Forderungen, aber was können wir jetzt schon tun?

Ich fände es ist großartig, wenn die Kostenträger sich zusammen setzen würden, um zu schauen, welche Spielräume sie haben. Aber meine Lebenserfahrung sagt mir, ich sollte darauf nicht warten. Also, was können wir jetzt tun? Wie können wir es schaffen, dass die Krankenkassen sich mit der psychiatrischen Hauskrankenpflege oder der Soziotherapie tatsächlich am Gemeindepsychiatrischen Verbund beteiligen? Wir haben es in Bielefeld ernsthaft versucht. Aber die Bedingungen der Krankenkassen sind so, dass wir kein gemeinsames Budget verwirklichen können.

Ludwig Janssen: Ich möchte die Frage noch erweitern und auch Frau Hoffmann-Badache einbeziehen. Es geht ja um die Frage: Wie verschiedene Kostenträger kooperieren können. Deswegen ist nicht nur Frau Stolz angesprochen, sondern auch Frau Hoffmann-Badache. Zuerst Frau Stolz bitte.

Margret Stolz: Was Sie sagen, ist richtig. Es gibt nun eine Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zur psychiatrischen ambulanten Kranken-

pfluge. Die ist deshalb zustande gekommen, weil es nicht überall, so wie in Nordrhein-Westfalen, psychiatrische Krankenpflege gab. Nun hat die Richtlinie in einigen Bundesländern etwas ermöglicht, was vorher nicht möglich war. Nordrhein-Westfalen dagegen hatte einen höheren Stand als die Richtlinie vorgibt und erlebt nun, dass mit der Richtlinie eine Verringerung der Möglichkeiten eingetreten ist. Wir sind in der Tat nicht sehr glücklich über diese Entwicklung.

Diese Richtlinie zur häuslichen psychiatrischen Krankenpflege ist eine Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses. Der gemeinsame Bundesausschuss hat die Rolle eines kleinen Gesetzgebers. Die Krankenkassen sind von Rechts wegen sehr eng an das gebunden, was der gemeinsame Bundesausschuss erlässt. Wir können uns nicht ohne weiteres darüber hinweg setzen. Dann würde wir gegen geltendes Recht verstoßen. Ich hoffe, in den anderen Bundesländern wird nun auch wahrgenommen, dass die psychiatrische Krankenpflege ein gutes Angebot ist. Und ich hoffe, dass diese Erfahrungen dazu beitragen, dass Verbesserungen im Laufe der Zeit umgesetzt werden. Aber ich sehe im Moment keine andere Möglichkeit, als diesen Prozess abzuwarten.

Ich möchte noch einmal an mein Eingangsstatement erinnern. Ich habe gesagt, wir sitzen eigentlich in einem gemeinsamen Boot. Meine Hoffnung ist, dass die Kostenträger davon wegkommen zu sagen: Wenn wir das oder das machen, dann profitieren die anderen davon. Weil das schlicht und ergreifend nicht richtig ist. Ich kann nicht behaupten, wenn die komplexeren Anbieter etwas Gutes ma-

chen, davon profitieren nur die Krankenkassen oder umgekehrt. Wenn die ambulante Versorgung qualitativ schlecht ist, dann kostet das alle beteiligten Kostenträger Geld: die Kommunen, die Krankenkassen, die Überörtliche Sozialhilfe, die Pflegekassen und die Rentenversicherer.

Ich bin auch Kreistagsabgeordnete und beschäftige mich mit kommunalen Haushalten. Dabei stellen wir fest, dass durch die Grundsicherung die SGB XII-Ausgaben enorm steigen. Das sind Ausgaben, die deshalb zu Stande kommen, weil Leute so schwer krank sind, dass sie überhaupt nicht mehr in das Arbeitsleben integrierbar sind. Das sind Kosten, die die kommunalen Haushalte belasten.

Wenn man sich diese Zusammenhänge bewusst macht, kann man nicht mehr sagen, von dieser und jener Maßnahme profitieren nur die Krankenkassen.

Ludwig Janssen: Danke. Frau Hoffmann-Badache, was kann der Landschaftsverband dafür tun, verschiedene Kostenträger an einen Tisch zu bringen?

Martina Hoffmann-Badache: Er kann nicht nur, er muss etwas tun. Das ist eine der Anforderungen, die an uns gemeinsam gestellt wird. Wir müssen gemeinsam überlegen, wie wir zukünftig besser zusammen arbeiten können. Das ist nicht einfach. Unser erklärtes Ziel ist es, gemeinsam zu schauen, wie wir unsere Gelder zur Versorgung der Menschen mit psychischen Erkrankungen nach einem einheitlichen Konzept einsetzen können. Meine Erwartung an die Leistungsanbieter ist, dass diese ihr Leistungsspektrum so konzipieren, dass die

psychisch kranken Menschen sowohl die Leistungen der Krankenkassen als auch die von uns und von anderen Reha- und Leistungsträgern in Anspruch nehmen können. Unsere Sorge und auch der Vorwurf, der an mich immer wieder gerichtet wird, lautet, dass wir durch die Entwicklung einer Pflichtleistung „Betreutes Wohnen“ im Rheinland eine Bedarfsweckung in Gang gesetzt hätten. Das sind Annahmen und Interpretationen, die immer wieder laut werden und die überprüft werden müssen.

Die Fragen sind: Wie wirkt sich das Verhalten der Leistungsträger auf die Nachfrage bei Menschen mit Behinderungen und bei Menschen mit psychischen Erkrankungen aus? Und wo können wir gemeinsam neue Akzente setzen? Ich gehe davon aus, dass wir diese Fragen gemeinsam beantworten müssen.

Ludwig Janssen: Herzlichen Dank. Herr Greve, Sie möchten auf den Beitrag von Frau Hoffmann-Badache eingehen?

Nils Greve: Es gibt den Spruch: Wenn man nur einen Hammer zur Verfügung hat, ist jedes Problem ein Nagel. In dieser Situation sind anscheinend die Kostenträger. Die „Mutter“ der Fachleistungsstunde kann auf alle möglichen Bedarfe, die gemeldet werden, immer nur mit 47,50 Euro antworten. Ich habe berechtigte Zweifel, ob das immer die richtige Antwort ist. Die „Mutter“ der Krankenhaustöpfe hat die Krankenhausbehandlung als Antwort und stellt fest, dass die Kosten exorbitant hoch sind. Der Ausweg könnte für beide der gleiche sein nämlich ambulante Komplexangebote. Damit wäre beiden Leistungsträgern geholfen. Die Krankenhäuser sind in

der gleichen Situation, sie verkaufen nur Krankenhausbehandlung und das scheint eine Kostenklemme zu sein. Die SPZ bestehen dagegen nicht nur aus einer geförderten SPZ-Stelle, sondern haben in der Regel mehrere Hämmer zur Verfügung. Das ist ihre Stärke. Das kann auch dazu führen, dass sie das Gefühl haben: Wir haben ein vielfältiges Angebot und wirtschaftlich gesehen, geht es ja irgendwie. Ich glaube aber, die SPZ haben ein eigenes Interesse daran, die Initiative nicht nur den Leistungsträgern und Geldgebern zu überlassen.

Aus Sicht des Vorsitzenden der AGpR sind die SPZ gut beraten, mittelfristig nicht darauf zu vertrauen, dass die Finanztöpfe, die es zurzeit gibt, auch in Zukunft reichen werden. Wir SPZ-Träger haben auch ein eigenes strategisches und ökonomisches Interesse mit oder ohne Auftrag der Leistungsträger. Mit Auftrag ist es schöner, keine Frage, nicht nur wegen der Einigkeit, sondern auch wegen des Geldes. Da wir ja nun schon in die Schlussrunde gehen, möchte ich noch einen Punkt ansprechen. Mechthild Böker-Scharnhölz sagte, dass man jede Woche einen ganzen Tag zusammen in der Hilfeplankonferenz sitzen würde und das dies die Obergrenze sei. Das stimmt wohl und trotzdem werden wahrscheinlich noch immer nicht für alle Menschen mit psychischen Problemen sämtliche Hilfebedarfe in der Hilfeplankonferenz versammelt. Ich denke, dass schon etwas damit erreicht wird, wenn in der Hilfeplankonferenz gemeinsam der Bedarf des Klienten abgestimmt wird und dann jeder Leistungserbringer seine Leistungen erbringt.

Ich denke aber auch, dass die Hilfeplankonferenzen nur der halbe Weg

zur Personenzentrierung sind. Die Institutionen bleiben weiterhin die Institutionen, die sich nun zusammen setzen. Ein Ausweg aus dem Dilemma wäre eine gemeinsame Erbringung der Hilfen durch verschiedene Leistungserbringer von vorneherein. Indem man gemeinsam zum Klienten geht, erspart man es sich, dass man anschließend die Hilfen erst wieder koordinieren muss.

Einen GPV verwirklichen oder nicht, das ist keine Alles oder Nichts-Geschichte. Auch das Siegel der BAG GPV bedeutet nicht, dass nun alles getan ist. Der Gemeindepsychiatrische Verbund ist mehr die Entscheidung für eine Richtung: Wollen wir weitere Vernetzung nach außen suchen und dabei neue Qualitäten der Hilfen anstreben? Ich glaube, daran haben alle Beteiligten ein Interesse. Und wenn jeder das Seine tut - die Kostenträger, die Leistungserbringer - und die Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen uns weiterhin immer wieder anstoßen und auf Lücken hinweisen, dann könnte daraus etwas Gutes werden.

Ludwig Janssen: Ich möchte Sie, Frau Lubek, bitten uns zu erläutern, was sich der Landschaftsverband von der Verbundkooperation verspricht.

Ulrike Lubek: Mir liegt daran noch mal darzustellen, was das Projekt „Anreize für Verbundkooperationen“ beinhaltet. Wir haben uns gefragt: Welche Anknüpfungspunkte haben wir als Landschaftsverband um steuernd mitzuwirken? Da sind zunächst eigene Einrichtungen, die Rheinischen Kliniken. Diese sind daher „gesetzter“ Kooperationspartner. Der andere Schlüsselpartner sind die Sozialpsychiatrische Zentren. Beide Partner tragen gemeinsam die Verantwortung

für die Projektentwicklung. Vorteilhaft ist dabei, dass unsere Kliniken im Rahmen Integrierter Versorgungsmodelle bereits verbindliche Kooperationen abgeschlossen haben oder in Verhandlung hierzu stehen. Die Modelle könnten in das Gesamtpaket der Verbundkooperationen eingebracht werden. Die mit dem Aufbau der Weiterentwicklung der Kooperationsbeziehungen verbundenen Aufwände werden vergütet. Ob die geplante finanzielle Förderung ausreichend ist, werden wir sehen und uns ggf. um eine Aufstockung der Mittel durch die Politik bemühen. Das Projekt hat eine Laufzeit von zwei Jahren und auf halber Strecke wird kontrolliert, was läuft gut, was läuft noch nicht, was braucht es an weiterer Unterstützung.

Ludwig Janssen: Herr Wagner hat noch einmal um mal das Wort gebeten.

Franz-Josef Wagner: Ich wollte eigentlich nur ein paar konkrete Ergänzungen zum Thema beisteuern. In Trier gibt es einen Wohnverbund, der aus den Trägern des Heimbereiches entstanden ist. Z. B. wurde aus einem Heim zunächst ein Übergangwohnheim, mit 40 Plätzen. Dann wurde der Wohnverbund entwickelt und das Übergangwohnheim hat aktuell über 200 Klienten in Betreuung. Hiervon sind mindestens 10 % Selbstzahler mit einem persönlichem Budget. Ich möchte damit sagen: Kooperation und Gemeindepsychiatrischer Verbund bedeutet nicht, dass alles gleichzeitig verwirklicht werden muss. Im Wohnverbund Trier konkurrieren die Leistungserbringer untereinander. Auch dies ist wichtig, denn das heißt, die Leistungsanbieter müssen dafür werben, dass die Betroffenen zu ihnen kommen.

Ludwig Janssen: Es war absehbar, dass bei dem Thema und den vielen Podiumsteilnehmern viele Fragen nur angerissen werden können. Einige müssen unbeantwortet bleiben und weiter diskutiert werden. Ich bedanke mich ganz herzlich bei allen Beteiligten und hoffe, dass Sie viele Anregungen für die weitere Diskussion und für die konkrete Arbeit mit nach Hause nehmen. Das Schlusswort hat Frau Lubek.

Ulrike Lubek: Herzlichen Dank auch an Sie, Herr Janssen, für die gute und eine lebendige Diskussion in Gang setzende Moderation der heutigen Veranstaltung. Mein Dank gilt ebenfalls den Referentinnen und Referenten, die uns einen guten Einblick in die Vielfältigkeit, in die aktuellen Probleme und die zukünftigen Notwendigkeiten für eine erfolgreiche Arbeit der Sozialpsychiatrischen Zentren dargestellt haben.

Ich bedanke mich aber auch bei Ihnen Allen für Ihre rege Teilnahme an den verschiedenen Diskussionen. Durch Ihre sehr praxisbezogenen Beiträge haben Sie nochmals anschaulich besondere Problemlagen und Entwicklungsfelder aufgezeigt und haben damit verhindert, dass sich die jeder Tagung innewohnende Gefahr der zu starken Theorielastigkeit nicht wirklich hat.

Last but not least möchte ich mich bei dem Organisationsteam meines Dezernates, hier namentlich Frau Kubny-Lüke, Frau Günçan und Herrn Gödertz für ihre engagierte Arbeit bedanken – ohne sie hätte die heutige Veranstaltung nicht stattgefunden.

Auch im nächsten Jahr werden wir eine SPZ-Tagung veranstalten und freuen uns darauf, Sie dann wieder begrüßen zu können.

Kontakt:

Ludwig Janssen
Redaktionsbüro Köln
Tel.: 0221 / 6060566
E-Mail: info@ljanssen.de

Kontakt:

Franz-Josef Wagner
Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen
Rheinland-Pfalz e. V.
Tel.: 0651 / 1707967
E-Mail: F.J.Wagner@gmx.net

Kontakt:

Dr. Hartmut Belitz
Rheinische Kliniken Langenfeld
Tel.: 02173/102-2000
E-Mail: hartmut.belitz@lvr.de

Kontakt:

Nils Greve
Psychosozialer Trägerverein Solingen
Tel.: 0212/24821-12
E-Mail: nilsgreve@ptv-solingen.de

Kontakt:

Margret Stolz
AOK Rheinland/Hamburg
Tel.: 02051/940-346
E-Mail: margret.stolz@rh.aok.de

Kontakt:

Martina Hoffmann-Badache
Landschaftsverband Rheinland
Dezernat Soziales, Integration
Tel.: 0221/809-6521
E-Mail: martina.hoffmann-badache@lvr.de

Kontakt:

Dr. Herbert Berger
Stadt Köln - Gesundheitsamt
Tel.: 0221/221-24018
E-Mail: herbert.berger@stadt-koeln.de

Kontakt:

Ulrike Lubek
Landschaftsverband Rheinland
Dezernat Gesundheit, Heilpädagogische Netzwerke
Tel.: 0221/809-6617
E-Mail: ulrike.lubek@lvr.de

Kontakt:

Margit Golfels
Hilfe für psychische Kranke
Bonn/Rhein-Sieg e. V.
Tel.: 0228/2891491
E-Mail: info@hfpk.de