

Gemeindepsychiatrische Basisversorgung – ein dickes Brett

VON NILS GREVE

Unser Autor plädiert für eine »Gemeindepsychiatrische Basisversorgung« durch multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams und stellt die bisherigen Annäherungen im Überblick vor. Das abschließend dargestellte Modellprojekt erprobt die vertraglich geregelte Kooperation aller Leistungen der psychosozialen Versorgung mit dem Ziel des Angebots ganzheitlicher, integrierter Hilfen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.

Die Leitlinie

Für die psychosoziale Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gilt seit 2013 eine eigene Leitlinie der DGPPN, deren Aktualisierung kürzlich fertiggestellt wurde (DGPPN 2018). Während viele Einzelheiten überarbeitet wurden, sind die Eingangsempfehlungen zu »Systeminterventionen« praktisch unverändert geblieben. Das ist nicht überraschend, denn die Evidenz für diese Empfehlungen ist seit Jahren völlig eindeutig. Bedrückend ist allenfalls, dass wir ihrer Umsetzung bisher lediglich einige kleine Schritte nähergekommen sind.

Für die Zielgruppe soll »in allen Versorgungsregionen [...] eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung« zur Verfügung stehen. Es soll für sie die Möglichkeit bestehen, von solchen Teams »in akuten Krankheitsphasen [...] in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden«. Solches Home Treatment soll »auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend« möglich und auch bei Wohnungslosigkeit sowie bei drohenden Behandlungsabbrüchen verfügbar sein. »Wesentliche Aufgabe der multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams« soll daneben »die gemeinsame Verantwortung sowohl für die gesundheitliche als auch die psychosoziale Versorgung der Betroffenen sein und so die Behandlungskontinuität sichern«.

Das »funktionale Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung«

So weit die Leitlinie. Das hier geforderte multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Team entspricht weitgehend dem Team im »Funktionalen Basismodell ge-

meindepsychiatrischer Versorgung« von Steinhart und Wienberg (2017). Die beiden Autoren stellen es schon optisch in den Mittelpunkt ihres Schaubildes und weisen ihm die Aufgaben der Erschließung und Steuerung passgenauer Hilfen aus allen Rechtskreisen (Sozialgesetzbüchern) zu. Der bisherigen Realität entsprechend, sind allerdings auch in diesem visionären Modell (siehe Abb.) kassenfinanzierte Leistungen und Angebote aus den übrigen SGB getrennt dargestellt, erst durch das gemeindepsychiatrische Team werden sie zusammengeführt.

Quellen für die Konzeptionen der Leitlinie und des funktionalen Basismodells sind im Wesentlichen Modelle aus anderen »westlichen« Ländern. In Deutschland selbst ist eine solche gemeindepsychiatrische Basisversorgung bisher nicht als Regelleistung finanziert. In keinem der infrage kommenden Sozialgesetzbücher existiert ein solches Team. Anbieter komplexer Hilfen aus mehreren SGB können es sich allenfalls additiv erschließen, beispielsweise durch Zusammenführung von Leistungen der Soziotherapie, der Pflege und der Eingliederungshilfe. Aber die Koordination der Hilfen bleibt unverbindlich, eine »Steuerung« des gesamten Hilfege-schehens kann niemand als eigene Aufgabe und Kompetenz beanspruchen.

Annäherungen – ein Überblick

Immerhin gibt es eine Vielzahl von Annäherungen in verschiedenen Teilaspekten. Unter dem Leitbild des Gemeindepsychiatrischen Verbundes sind in vielen Regionen Versorgungsnetze entstanden, deren Anbieter auf freiwilliger Grundlage fallbezogen und in Gremien zusammenarbeiten. Einen höheren Grad der Verbindlichkeit erreichen die Mitgliedsregionen der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände durch Selbstverpflichtung

z.B. in der Form einer Grundsatzerklärung oder Geschäftsordnung. (www.bag-gpv.de)

Modellvorhaben, Selektivverträge und geförderte Projekte des Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) haben jeweils in einzelnen Regionen mit engagierten Akteuren weitergehende Schritte ermöglicht – hier ein Überblick ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

- ▶ Das Universitätsklinikum Eppendorf bietet mit dem »Hamburger Modell« und dem vom Innovationsfonds geförderten Projekt RECOVER eine breite Kooperation und eine vollständige Versorgung mit allen Behandlungsleistungen an. Mit insgesamt 19 Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V haben Krankenhäuser und Fachabteilungen, zumeist ausgehend vom Konzept des regionalen Gesamtbudgets für Krankenhausleistungen, eine Flexibilisierung der Behandlung erreicht, zum Teil verbunden mit dem Aufbau von Home Treatment. Eine Einbeziehung der übrigen Anbieter steht allerdings aus.
- ▶ Die neu eingeführte stationsäquivalente Behandlung gemäß § 117d SGB V könnte die Verbreitung des Home Treatment als (ausschließliche) Klinikleistung verstärken. Inwieweit die Träger von der Einbeziehung regionaler Akteure Gebrauch machen werden, bleibt abzuwarten. Zu wünschen wäre es. (Siehe dazu das Eckpunktepapier von 23 Verbänden, Download-Adresse im Literaturverzeichnis.)
- ▶ Die Haus- und Fachärzte in Praxen und Institutsambulanzen könnten mit ihren eigenen Behandlungsleistungen, Verordnungen und ärztlichen Stellungnahmen die Aufgabe einer Steuerung aller Angebote über die reine Koordination hinaus durchaus an sich ziehen. Der damit verbundene Zeitaufwand ist aber im kassenärztlichen Finanzierungssystem nicht abgedeckt, sodass die KV

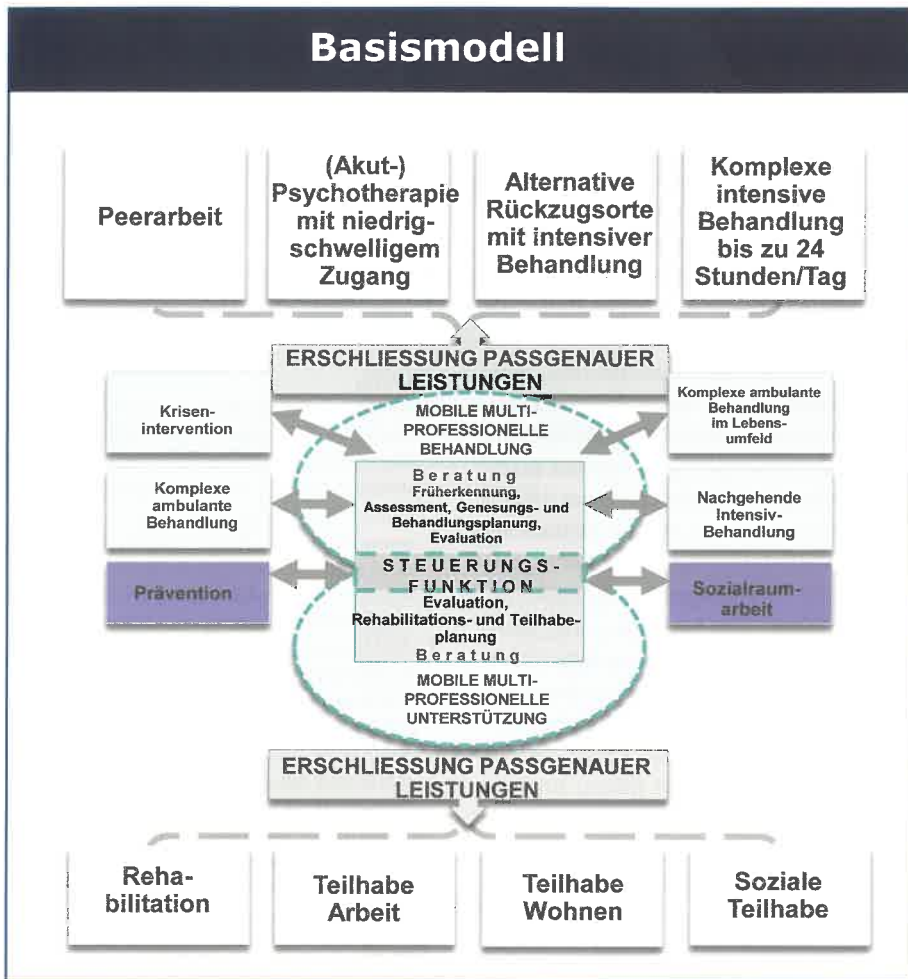


Abb.: Steinhart und Wienberg (2017) Funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung

Nordrhein eigens Mittel des Innovationsfonds dafür beantragt hat. Ihr Projekt NPPV (Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung) scheint sich aber auf die Zusammenarbeit von Ärzten und Psychotherapeuten zu beschränken. Eine weitergehende ärztliche Steuerung gibt es am ehesten in der Psychiatrie-Initiative Berlin Brandenburg (PIBB) im Rahmen von Selektivverträgen der Integrierten bzw. Besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V.

► Auf der gleichen Rechtsgrundlage haben gemeindepsychiatrische Anbieter in den letzten zehn Jahren mit dem »Netzwerk psychische Gesundheit« (NWpG) und weiteren ähnlichen Verträgen in rund 80 Regionen Teams aufgebaut, die für teilnehmende Versicherte die eingangs beschriebene Anker- und

Lotsenfunktion wahrnehmen, verbunden mit einer mehrstufigen Krisenversorgung rund um die Uhr (Faulbaum-Decke & Zechert 2010).

Projekt »Gemeindepsychiatrische Basisversorgung«

Darauf aufsetzend, starten einige dieser Akteure im kommenden Jahr ein vom Innovationsfonds finanziertes Projekt »Gemeindepsychiatrische Basisversorgung« (GBV), das in neun Regionen eine Zusammenarbeit über alle Sozialgesetzbücher hinweg erproben soll, die dem Modell von Steinhart und Wienberg sehr nahe kommt. Beteiligt sind mit der TK, der AOK Rheinland/Hamburg und der AOK Bayern drei große Kassen, außerdem die KKH und mehrere Betriebskrankenkassen unter der Regie der GWQ Service plus AG.

PraxisWissen

Begegnungen professionell gestalten

Psychiatrie Verlag

160 Seiten, 20,00 €
 ISBN 978-3-88414-649-1
 eBook 15,99 €
 ISBN (eBook) 978-3-88414-943-0

Psychiatrie Verlag

160 Seiten, 20,00 €
 ISBN 978-3-88414-691-0
 eBook 15,99 €
 ISBN (eBook) 978-3-88414-944-7

Psychiatrie Verlag

www.psychiatrie-verlag.de

DGSPDeutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.**DGSP-Kurzfortbildungen
Januar / Februar / März
2019**

In folgenden DGSP-Kurzfortbildungen sind noch Plätze frei:

**Geflüchtete Menschen und
Gemeindepsychiatrie**

1./2. Februar 2019 in Frankfurt/Main
Referenten: *Matthias Albers,*
Stefanie Jahn

**War's das – oder kann ich jetzt
gehen?!**

11./12. Februar 2019 in Würzburg
Referent: *Klemens Hundelshausen*

Jung und wild in der Psychiatrie

15./16. Februar 2019 in Köln
Referent: *Ansgar Cordes*

**Achtsamkeit, Körper, Fantasie
und Entspannung**

15./16. Februar 2019 in Hamburg
Referent: *Matthias Kriesel*

**Motivationsförderung bei Menschen
mit psychischen und/oder
suchtbezogenen Störungen**

22./23. Februar 2019 in Bielefeld
Referent: *Theo Wessel*

**Das Bundesteilhabegesetz im
sozialpsychiatrischen Alltag**

25./26. Februar 2019 in Weimar
Referent: *Lothar Flemming*

Fordern Sie unser ausführliches
Programmheft an:

DGSP-Geschäftsstelle
Zeltinger Straße 9, 50969 Köln
Tel.: (0221) 511002
E-Mail: info@dgsp-ev.de
www.dgsp-ev.de

Konsortialführer ist der Dachverband
Gemeindepsychiatrie.

Die neun beteiligten Regionen sind Berlin, Bremen, Dresden, München, Augsburg, Saarbrücken, Essen, Kreis Mettmann und Solingen. Dort werden die bisherigen Anbieter von NWpG und Co. eine vertraglich geregelte fallbezogene Kooperation mit relevanten Anbietern der Behandlung, der Eingliederungs- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und der Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben aufbauen. Die GBV-Teams organisieren einen vierstufigen Krisendienst: Telefonische Hotline, aufsuchender Dienst, Krisenwohnungen und ein ärztlicher Hintergrund werden rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Mit den Mitteln des Innovationsfonds sollen die Koordination der Hilfen, Netzwerkgespräche, Fallkonferenzen, Super- und Intervention etc., Maßnahmen der Qualifizierung und Qualitätssicherung und der Krisendienst finanziert werden, außerdem die begleitenden Kosten der Konsortialpartner sowie die von der Universität Ulm (Prof. Kilian) durchzuführende Evaluation. Das Projekt läuft von Juli 2019 bis Juni 2023. Die Konzeption kann beim Dachverband Gemeindepsychiatrie als PDF-Datei angefordert werden (dachverband@psychiatrie.de).

**Wächst zusammen,
was zusammengehört?**

Unübersehbar haben alle genannten Projekte eine »Schlagseite« zu einer der großen Gruppen von Versorgern – seien es die Kliniken, die niedergelassenen Ärzte oder die gemeindepsychiatrischen Anbieter. Eine verbindliche Kooperation zwischen den Gruppen gelingt bisher allenfalls teilweise.

Ein Blick auf die Heterogenität der Angebote lässt ahnen, dass keine dieser Teillösungen für alle Regionen Deutschlands geeignet sein kann. Es ist darum dringend zu wünschen, dass der Gesetzgeber und die Selbstverwaltung sich aufrufen, die Versorgung so zu regeln und zu strukturieren, dass alle Akteure Zugang zu allen Leistungen erhalten, für die sie die erforderlichen Ressourcen und Kompetenzen mitbringen. So sollte z.B. das Home Treatment in der Akutbehandlung (StäB) allen Akteuren ermöglicht werden, über eine

voraussichtlich weitgehend wirkungslose Kann-Bestimmung im § 117d hinaus.

Nur so können wir hoffen, dass eines Tages ganzheitliche, integrierte Hilfen für Personen mit schweren psychischen Erkrankungen flächendeckend angeboten werden. ■

Nils Greve, Vorsitzender des Dachverbands
Gemeindepsychiatrie
E-Mail: greve@psychiatrie.de

Literatur

- DGPPN (Hrsg.) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Überarbeitung 2018, Veröffentlichung in Vorbereitung.
Link zur Vorgängerversion:
www.dgppn.de/_Resources/Persistent/624d163d1df61ca1e079a5ca496f6b6595e83d6b/S3-LL-PsychosozTherapien_Langversion.pdf (letzter Zugang: 15.11.2018)
- Gemeinsames Eckpunktpapier zur Stations-äquivalenten Behandlung (StäB):
www.der-paritaetische.de/fachinfos/detailseite/deutsche-gesellschaft-fuer-psychiatrie-und-psychotherapie-psychosomatik-und-nervenheilkunde-dgppn (letzter Zugang: 15.11.2018)
- FAULBAUM-DECKE, WOLFGANG; ZECHERT, CHRISTIAN (Hrsg.) (2010) Ambulant statt stationär. Psychiatrische Behandlung durch integrierte Versorgung. Bonn: Psychiatrie Verlag
- STEINHART, INGMAR; WIENBERG, GÜNTHER (Hrsg.) (2017) Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln: Psychiatrie Verlag

**GBV**Gemeindepsychiatrische
Basisversorgung

Gemeindepsychiatrische Basisversorgung
schwerer psychischer Erkrankungen
Versorgung wie aus einer Hand

Stand Januar 2018

Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.