

Miteinander im Gespräch



Unterstützung und Teilhabe
durch gemeindepsychiatrische
Netzwerkarbeit



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

PIELAV 
Gemeindepsychiatrie schafft Inklusion



Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. ist der Interessenverband sozialpsychiatrischer Trägerorganisationen sowie freier Vereine und Initiativen von Bürgerhelfern, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen auf Bundesebene. Die Mitgliedsvereine haben sich zusammengeschlossen, um die Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie zu fördern und ihre Kräfte zu bündeln. Der Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. fördert die fachliche, organisatorische und wirtschaftliche Weiterentwicklung seiner Mitgliedsorganisationen. Wir unterstützen den offenen Informations- und Wissenstransfer zwischen unseren Mitgliedsorganisationen durch Veranstaltungen, Tagungen und Veröffentlichungen.

1. Auflage 2016

Autor: Peter Heuchemer
Dipl.-Politikwissenschaftler und als Referent beim Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V. verantwortlich für das Projekt PIELAV

Herausgeber:
Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.
Geschäftsstelle
Richartzstraße 12
50667 Köln

Telefon: (0221) 277 938 70
Fax: (0221) 277 938 77
E-Mail: dachverband@psychiatrie.de
Internet: www.psychiatrie.de/dachverband

Netzwerkarbeit – oder einfacher gesagt: „Sprecht miteinander!“

Woran denken wir, wenn wir das Wort „Netzwerkarbeit“ hören? Für viele klingt der Begriff eher technisch – manch einer mag an soziale Netzwerke wie Facebook denken. Weit liegen wir damit gar nicht von der Wahrheit entfernt.

Der Mensch ist ein soziales Wesen und befindet sich in vielfältigen Beziehungen zu anderen Menschen: sei es in der Familie, in der Schule, im Berufsleben, im Sportverein, in der Nachbarschaft oder im Freundeskreis – die Sozialwissenschaften sprechen in diesem Fall von Netzwerken. Diese Netzwerke erfüllen viele hilfreiche Funktionen, die jeder aus dem Alltag kennt: Man hat zusammen mit anderen Menschen Spaß am Sport, holt sich Rat bei Familienangehörigen oder leiht sich beim Nachbarn den Grill für die nächste Feier.

Was aber hat das nun alles mit der seelischen Gesundheit zu tun? Kurz gesagt: Mit Netzwerkarbeit bricht man die oft einseitige Zweierbeziehung zwischen Patient und Arzt auf und bindet in der Behandlung psychischer Erkrankungen und bei akuten seelischen Krisen ein breites Netzwerk von Personen mit ein, um zusammen zu Lösungen zu kommen. Dazu können Ärzte, Betreuer und psychiatrie-erfahrene EX-IN-Mitarbeiter, Verwandte und Freunde, Arbeitgeber gehören. Außerdem bedeutet Netzwerkarbeit, dem Menschen in einer Krise ein

umfassendes, ambulantes und stets verfügbares Netz an Unterstützungsleistungen zur Verfügung zu stellen. Dazu gehören multiprofessionelle ambulante und mobile Teams, ein Krisendienst, der 24 Stunden am Tag ansprechbar ist, eventuell eine Krisenwohnung, Individualpsychotherapie sowie Kunsttherapie, Musiktherapie, Ergotherapie. Nicht zuletzt soll Arbeit mit und ohne Unterstützung auf dem ersten Arbeitsmarkt ermöglicht werden.

Das Ziel der Netzwerkarbeit ist, Betroffenen mehr Teilhabe, Mitsprache und eine an ihren Wünschen und Bedürfnissen orientierte Behandlung bieten zu können.

„Stellen Sie sich vor, das erste therapeutische Treffen mit Menschen in einer Psychose oder einer anderen schweren Krise findet gemeinsam mit der Familie und bei Bereitschaft auch anderen wichtigen Bezugspersonen innerhalb von 24 Stunden statt und dauert so lange, wie es nötig erscheint. Alle wichtigen Fachkräfte aus der medizinischen Grundversorgung, Psychiatrie und Sozialdiensten, die mit der Familie in Kontakt waren, werden ebenfalls zu demselben Treffen eingeladen. Es geht um einen offenen Austausch von Erfahrungen, Einschätzungen und Vorschlägen aller für das weitere Vorgehen.

Solche Sitzungen werden – möglicherweise mit wechselnden Teilnehmern des sozialen und professionellen Netzwerkes – je nach Bedarf des Klienten und der Familie fortgesetzt. Das psychiatrische Akut-Team arbeitet mit diesem Netzwerk kontinuierlich weiter. Alle Diskussionen und Entscheidungen über die Behandlung finden gemeinsam mit der Familie, weiteren wichtigen Bezugspersonen und dem Patienten statt.“

Volkmar Aderhold und Nils Greve 2009

Ursprünglich aus Skandinavien stammend haben sich die Verfahren in der Netzwerkarbeit als ein wichtiges Instrument erwiesen. Sie bildet – richtig und im Sinne der Betroffenen umgesetzt – eine wirksame Möglichkeit, ganzheitlich, präventiv und effektiver auf die besonderen und komplexen Bedürfnisse von psychisch Kranken zu reagieren. Warum Netzwerkarbeit im Zeitalter von UN-BRK und Inklusion ethisch und medizinisch geboten ist, was Netzwerkarbeit ausmacht und wie sie bereits heute umgesetzt wird, soll Thema dieser Broschüre sein.

In einem engeren Sinne hatte sich aus einer Unzufriedenheit mit den Behandlungsergebnissen bei Psychosen in den 80er-Jahren in Turku/Finnland unter Leitung von Yrjö Alanen die bedürfnisangepasste Behandlung (Need Adapted Treatment) entwickelt, die psychodynamische Überlegungen aufgriff und dann zunehmend Ideen und Vorgehensweisen aus der systemischen Therapie integrierte, was dann von Tom Andersen (das Reflektierende Team) und Jaakko Seikkula (Netzwerkorientierung) zum Open Dialogue (zu Deutsch „Offener Dialog“) weiterentwickelt wurde.

Ziele von Netzwerkarbeit

- Ganzheitliche Orientierung der Behandlung
- Prävention stärken
- Kommunikation verbessern
- Betroffene einbinden
- Bessere Leistungen durch Vernetzung
- Krisenintervention

Netzwerkgespräche als Offener Dialog

Die Grundlage der Netzwerkgespräche ist das in Skandinavien maßgeblich von Yrjö Alanen, Yukka Aaltonen, Klaus Lehonen und Riitta Rasmus entwickelte Konzept der „Bedürfnisangepassten Behandlung“. Die „Therapieversammlungen“ (ein anderer Begriff für „Netzwerkgespräche“) stellen dabei die zentrale therapeutische Intervention dar. Hier begegnen sich alle relevanten Personen des sozialen und professionellen Netzwerks des Betroffenen auf Augenhöhe. Alle Stimmen werden dabei wertschätzend gehört. Die Gefühle, Bedürfnisse und Sichtweisen können so entsprechend gewürdigt werden. Dies ist zum Beispiel bei Menschen, die sich in einer Psychose befinden, wichtig, weil ihre Sichtweisen und Perspektiven für Personen in ihrem Umfeld oft nicht zu verstehen sind und somit als „Wahn“ abgelehnt werden. Aus den Gesprächen ergeben sich dann gemeinsame Lösungsansätze und Entscheidungen zu weiteren Therapieschritten werden miteinander entwickelt und getroffen. Wichtig ist, dass der/die Betroffene stets anwesend ist und als ExperteIn seiner/ihrer Krise akzeptiert wird.

Kommuniziert wird dabei nach den Grundsätzen des „Offenen Dialogs“. Dies bezeichnet eine Weise des Sich-in-Beziehung-Setzens, die dem Respekt vor dem Anderssein des Anderen besondere Bedeutung zumisst. In einer Begegnung auf Augenhöhe, in der jeder Teilnehmer als Experte für seine Lebenserfahrungen ernst genommen wird, ist alles, was gesagt wird, von Bedeutung. Dieses Prinzip soll nicht nur in sogenannten professionellen Kontexten gelten, sondern erweist sich als eine Art zu sein und greift damit philosophisch-historisch gewachsene Überlegungen zum Dialog im menschlichen Miteinander auf.

Dr. Volkmar Aderhold ist Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin und Mitarbeiter des Instituts für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald. Er führt freiberuflich Qualifizierungsmaßnahmen zum „Offenen Dialog“, Vorträge und Beratung von psychiatrischen Organisationen bei der Strukturentwicklung durch. Er hat sich in Deutschland als einer der ersten für die konsequente Umsetzung der skandinavischen Modelle eingesetzt. Dr. Aderhold war auf zwei PIELAV-Seminaren in Berlin und Detmold als

Referent zu Gast und hat dort interessante Einblicke in die theoretischen Grundlagen der Netzwerkgespräche mit der Methode des Offenen Dialogs, ihrer praktischen Anwendung und Wirkungen gegeben.

Die Entscheidung über die Art der Behandlung soll, so Aderhold, bedürfnisangepasst im Rahmen von Netzwerkgesprächen mit den Betroffenen und Personen seines sozialen Netzwerks getroffen werden. Das sollte dabei nach folgenden Prinzipien organisiert sein:

Voraussetzungen für erfolgreiche Netzwerkgespräche

- 1 Sofortige Hilfe in Krisen innerhalb von 24 h
- 2 Netzwerktreffen von Beginn an und kontinuierlich bei Bedarf
- 3 Flexibilität und Mobilität
- 4 Verantwortlichkeit der Teams für die Durchführung des gesamten Behandlungsprozesses
- 5 Beziehungskontinuität und Kontinuität des Verstehens auch über mehrere Jahre
- 6 Anwesenheit des Betroffenen in allen Situationen, die ihn und seine Behandlung betreffen
- 7 selektive Anwendung von Neuroleptika

Bei Menschen in Krisen mit schwereren psychiatrischen Störungen bestehe die Praxis darin, innerhalb von 24 Stunden am Lebensort der Betroffenen mit mindestens zwei systemtherapeutisch ausgebildeten Mitarbeitern zu einem Gespräch von ca. 1,5 Stunden zur Verfügung zu stehen. Zu diesen Netzwerkgesprächen werden möglichst viele Familienmitglieder und wichtige weitere Bezugspersonen eingeladen, die sich Sorgen machen, Kenntnisse haben oder hilfreich sein könnten. Dadurch soll größtmögliche Transparenz und eine offene Diskussion des Problemverständnisses und der Behandlungsschritte entstehen. Diese Netzwerkgespräche sollten dann so oft wie gewünscht durch dasselbe Team fortgesetzt werden. Es wird besonderer Wert darauf gelegt, dass das Team zum Patienten und seinem Netzwerk passt. Dr. Aderhold nannte auch Zahlen aus der Forschung: In einer ersten schweren akuten Krise sind tägliche Treffen auch über 10–12 Tage möglich, und sie werden auch fortgesetzt, wenn der Patient doch stationär aufgenommen wird. Bei ca. 50 % der Ersterkrankten kann

die Behandlung bereits nach zwei Jahren beendet werden (d.h. es entsteht kein Behandlungsbedarf in den folgenden drei Jahren), für die anderen dauert sie fünf Jahre und auch länger. Die Gesamtzahl der Netzwerkgespräche beträgt über fünf Jahre durchschnittlich 29 bis 37, je nach Erfahrungheit der Teams.

Prinzipiell gelten ergänzende systemische Gespräche als Verstärkung der Wirksamkeit anderer Psychotherapieformen. In vielen wissenschaftlichen Studien ergaben sich eine ungewöhnlich niedrige Rate von Krankenhaustagen, hohe Raten von Integration in Ausbildung/ Studium und Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt von durchgängig 70 - 80 %, geringe Rückfallraten von 17 - 28 % innerhalb von zwei Jahren in Verbindung mit einer sehr niedrigen Dosis verwendeter Psychopharmaka. 50 - 70 % der ersterkrankten psychotischen Patienten wurden über den gesamten Untersuchungszeitraum von zwei und fünf Jahren ganz ohne Neuroleptika behandelt, nur 11 - 28 % längerfristig. 46 - 63 % der Patienten nahmen neben der systemischen Intervention zusätzlich eine Individualtherapie in Anspruch, meist Patienten, die schon relativ abgelöst waren aus ihrer Ursprungsfamilie.

Folgende Effekte wurden in Studien nachgewiesen:

- Reduktion von Hospitalisierung
- Reduktion von Rückfällen
- Verbesserung der Symptomatik
- Verbesserung des psychosozialen „Funktionsniveaus“
- Verstärkte Wirkung aller weiteren Therapien
- Aktivierung sozialer Ressourcen
- Förderung der sozialen Inklusion
- Veränderung professioneller Haltungen und Konzepte
- Reduktion von Medikamenten

Anwendung in der Praxis: die Integrierte Versorgung

Integrierte Versorgung ist eine relativ neue, vom Gesetzgeber geförderte, sektorenübergreifende Versorgungsform. Sie soll zu einer stärkeren Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen) führen, die Qualität der Patientenversorgung verbessern und die Gesundheitskosten senken. Spezielle Programme sollen Patienten, die unter chronischen Krankheiten leiden, durch eine gut abgestimmte, kontinuierliche Behandlung vor Komplikationen und Rückfällen bewahren. In diesen Programmen sollen Haus- und Fachärzte sowie Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen koordiniert zusammenarbeiten und eine evidenzbasierte Therapie anbieten. Mittelfristig sollen dadurch die Behandlungsqualität verbessert und die Kosten einer Erkrankung gesenkt werden.

„Ausgenommen einiger schwerer Psychosen gibt es kaum eine wirkliche Indikation, die eine stationäre Behandlung erfordert. Ein solches ambulantes Netzwerk schafft nach 30 Jahren erstmals Anreize, um die Kluft zwischen dem ambulanten und stationären Bereich, zwischen medizinischen und sozialen Profis, vielleicht auch zwischen Professionellen und Bürgerhelfern zum Nutzen des Patienten zu schließen.“

Professor Dr. Dr. Klaus Dörner,

Professor für Sozialpsychiatrie, zum Konzept der Integrierten Versorgung

Die „Integrierte Versorgung“ Umsetzung eines zukunftsweisenden Modells der psychiatrischen Versorgung durch die Mitgliedsorganisationen des Dachverbands Gemeindepsychiatrie

von Thomas Pirsig

Die Integrierte Versorgung (IV) ist ein Modell zur Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten, die mit sektorenübergreifenden und vernetzten Strukturen in ihrem Lebensumfeld versorgt werden sollen. Die Integrierte Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen wird größtenteils ambulant und von regionalen, multiprofessionellen Teams durchgeführt. Derzeit sind 36 Mitgliedsorganisationen des Dachverbands Anbieter dieser Leistungen.

Die IV in Deutschland wurde durch die Einführung des § 140 a bis d des Sozialgesetzbuches (SGB) V seit dem Jahr 2000 ermöglicht. Diese Gesetzesinitiative war am Anfang ein Versuch, die Akteure vor Ort (Ärzte, Kliniken, Anbieter ambulanten Hilfen) zu vernetzen, um dadurch eine verbesserte Versorgung zu erreichen. Erste Initiativen gab es in Deutschland schon seit der Psychiatrie-Enquete durch verschiedene Akteure und Gesetzesinitiativen, aber erst seit 2009 wurden ernsthafte Umsetzungsversuche im psychiatrischen Bereich unternommen. Seitdem gab es auch immer wieder gesetzbedingte Umsetzungsproblematiken. Diese wurden durch die Einführung des neuen § 140a SGB V im Jahr 2015 größtenteils gelöst. Das Sozialgesetzbuch V selbst regelt alle Dinge, die die Krankenkassen und deren Leistungen betreffen. Die IV wird durch sogenannte Selektivverträge einiger Krankenkassen mit Anbietern von IV-Leistungen geregelt. Diese Selektivverträge bieten die Möglichkeit, innovative Modelle mit den Kassen auszuhandeln, beinhalten aber das Problem, dass IV bisher nur den Menschen zur Verfügung steht, die bei Krankenkassen mit einem solchen Vertrag in der Angebotspalette versichert sind. Die Einschreibung des einzelnen Kassenmitglieds ist wiederum freiwillig - wichtig dabei ist, dass der Mensch, der sich eingeschrieben hat, weiterhin auf alle Angebote der Regelversorgung (Arzt, Facharzt, Kliniken usw.) zugreifen kann – denn die Behandlung im Rahmen der IV ist

ein zusätzliches Angebot. Ein Hauptziel ist die Verbesserung der ambulanten Angebotsstruktur. Gleichzeitig sollen aber auch Einsparungen von Kosten der stationären Behandlung möglich gemacht werden.

„Eine große Chance für eine bessere zukünftige Hilfsstruktur bietet die Einführung der Integrierten Versorgung nach § 140 ff SGB V in die gemeindepsychiatrische Versorgungslandschaft. Weg vom Dreh-türpatiententum, exkludierenden Sonderwelten und oft zufälligen Zugangsmöglichkeiten, hin zu lebensweltorientierten, vernetzten und strukturierten Hilfsangeboten. Weg von Hilfesystemen, die erst dann greifen können, wenn der Mensch ganz unten auf der sozialen Leiter angekommen ist, hin zu zeitnaher Krisenversorgung und Begleitung durch Teams mit psychotherapeutischer Kompetenz im Netzwerk multiprofessioneller Teams.“

*Wolfgang Faulbaum-Decke, Vorsitzender Dachverband
Gemeindepsychiatrie im Reader „40 Jahre Gemeindepsychiatrie“*

Die innovativen Möglichkeiten der Integrierten Versorgung

In der bisherigen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen standen die Behandlungsangebote unvernetzt nebeneinander, es fand kaum Austausch zwischen den verschiedenen Behandlern und Unterstützern statt. Manchmal arbeiteten sie sogar gegeneinander. Anders funktioniert die IV, deren Grundlage eine Vernetzung der vor Ort tätigen Akteure im Sinne einer individuellen, bedürfnisangepassten Versorgung bildet. Die ambulante und lebensweltorientierte Behandlung wird außerdem komplettiert durch den Aufbau und den Einsatz von neuen Modulen. Dazu gehört ein Ambulantes Psychiatrisches Zentrum, das 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr erreichbar

ist – dies bietet den eingeschriebenen Menschen und ihren Angehörigen die Sicherheit, dass sie jederzeit eine Fachkraft erreichen können, die ihnen sofortige Hilfe anbieten kann. Darüber hinaus muss eine Fachkraft, wie bei einem Teil der IV-Verträge geregelt, im Krisenfall innerhalb von einer Stunde beim betroffenen Menschen sein. Die Fachkräfte sind Bestandteil eines multiprofessionellen Teams, das aus Sozialarbeitern, Soziotherapeuten, Pflegekräften, entsprechend geschulten Psychiatrie-Erfahrenen besteht und im Netzwerk mit Ärzten, Psychotherapeuten und Kliniken arbeitet. Die Netzwerkarbeit übernimmt dabei in erster Linie der sogenannte „Fallmanager“, so dass im Bedarfsfall die Hilfen vernetzt und individuell angepasst werden können.

Schreibt ein Mensch sich in die Integrierte Versorgung ein, dann bekommt er im Regelfall einen solchen Fallmanager, der für ihn zuständig ist. Dieser entwickelt gemeinsam mit ihm einen Behandlungsplan. Das geschieht unter Hinzuziehung der ärztlichen Beurteilung über die Schwierigkeiten, die Ziele und die Möglichkeiten des Einzelnen. Dieser Behandlungsplan beinhaltet Maßnahmen zur Stabilisierung und im Besonderen einen individuellen Krisenplan. In diesem sind die Maßnahmen verzeichnet, die dem jeweiligen Menschen helfen, eine seelische Krise besser zu bewältigen oder sogar bereits im Vorfeld abzuwenden.

Ein weiteres Modul der IV ist das Krisenbett in der Gemeinde. Hier können Menschen, die in der Krisensituation Abstand von ihrem häuslichen Umfeld brauchen, kurzfristig aufgenommen werden. Ganz wichtig bei der IV ist die Beziehungsarbeit zwischen Fallmanager und dem Patienten. Bei der Beziehungsarbeit, die auf regelmäßigen Kontakten beruht, wird ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis aufgebaut. Dabei sind bei den Kontakten auch die Angehörigen, die engsten Freunde und alle für den Menschen wichtigen Bezugspersonen angesprochen.

Integrierte Versorgung in der Praxis

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie hat sich früh für dieses Behandlungsmodell, welches seinen Werten und Zielen einer vorrangig ambulanten und nutzerzentrierten psychiatrischen Unterstützung entspricht, stark gemacht und seit dem Jahr 2007 angefangen, einen Mustervertrag für seine Mitglieder auszuhandeln. Nach zweijährigen Verhandlungen wurde ein solcher Vertrag mit der Techniker Krankenkasse erarbeitet und bildet die Grundlage für die Umsetzung der IV in zwölf Bundesländern durch Träger der Gemeindepsychiatrie. Diese haben in den meisten Fällen Managementgesellschaften gegründet, die IV-Verträge mit den Kassen abschließen und die ausführenden Leistungserbringer vor Ort vertraglich einbinden. Die Vertragsnehmer und Leistungserbringer aus der Mitgliedschaft des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie haben sich 2010 zur Bundesarbeitsgemeinschaft Integrierte Versorgung (BAG IV) zusammengeschlossen. Die Mitglieder der BAG IV haben sich zum Ziel gesetzt, eine bedürfnisangepasste, qualitativ hochwertige, leitlinienorientierte Integrierte Versorgung bundesweit auszubauen und umzusetzen. Im Jahr 2015 waren 12.700 Menschen in die IV-Verträge der Mitglieder der BAG IV eingeschrieben – somit ist dieser Zusammenschluss bundesweit das größte Netzwerk. Durch den ständigen Austausch der Mitglieder auf allen Ebenen wird die praktische Umsetzung immer mehr verbessert. So ist die Patientenzufriedenheit mit diesem Angebot hoch, und laut Studien hat sich das Angebot positiv auf die Lebensqualität der eingeschriebenen Menschen ausgewirkt. Das Ziel der Reduzierung der stationären Aufenthalte wurde ebenfalls erreicht. Die nächsten Ziele der Mitglieder der BAG IV sind die ständige Verbesserung des Angebotes, die weitere Etablierung und die Öffnung des Angebotes für alle Menschen mit entsprechendem Bedarf.

*Thomas Pirsig ist Referent beim
Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. und Koordinator der
Bundesarbeitsgemeinschaft Integrierte Versorgung (BAG IV).*

*Weitere Informationen zur BAG IV unter
www.psychiatrie.de/dachverband/iv*

Einschätzungen zur Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung aus Sicht der Versorgungsforschung

von Prof. Dr. Hans Joachim Salize

Der Grundgedanke der Integrierten Versorgung ist die Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf Leistungserbringer im Austausch für größere Budgetverantwortung, Budgetfreiheit und -flexibilität. Die erhofften Effekte sind dabei, Synergien für mehr Wirtschaftlichkeit, höhere Effektivität und eine bessere Versorgungsqualität zu erschließen. Trotz mittlerweile 30 Jahren Ausbau der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Deutschland existiert eine fortdauernde Krankenhausdominanz in der Behandlung und Finanzierung der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik, und es gibt bisher kaum echte Bestrebungen, dies zu ändern.

Kritisch anzumerken ist nach über zehn Jahren der IV-Debatte und Modellerprobung, dass es bisher keine Flächendeckung gibt, sondern nur höchst selektive Integration von Versorgungssektoren und Finanzierungsträgern. Zu oft stehen Fragen der Budgetverantwortung und -verteilung im Vordergrund, anstelle einer kompromisslosen Orientierung an der Versorgungsqualität. Zudem wird die Betroffenenperspektive zu wenig berücksichtigt, genauso wenig wie die Bilanzierung aus der Perspektive der Gesamtversorgung und des Gesamtbudgets erfolgt.

Es braucht viel mehr Phantasie und Bemühungen, die Schnittstellenproblematik effektiv anzugehen. Hier sind sowohl Kostenträger und Politik, aber auch Versorgungspraktiker gefragt. Eine umfassende wissenschaftliche Agenda und die Stärkung der Forschungsinfrastruktur sind nötig, um die IV effektiv zu begleiten.

Die psychiatrische Versorgung benötigt zudem einen Paradigmenwechsel hin zu einer Ausrichtung auf Prävention – neben der Weiterführung der Bemühungen, das Erreichte in der Rehabilitation und Akutbehandlung zu sichern. Außerdem ist viel mehr Flexibilität gefragt hinsichtlich der rapiden Veränderung der Sozialstruktur und deren Auswirkungen auf die psychiatrische Morbidität.

Prof. Dr. Hans-Joachim Salize ist Soziologe und Leiter der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim.

Wie sich der Dachverband Gemeindepsychiatrie die Zukunft der ambulanten Behandlung vorstellt

Für die Zukunft strebt der Dachverband eine Vertiefung und einen Ausbau von netzwerkbasierter Strukturen bei der Versorgung an. Der Vorstand hat dazu im September 2015 folgende Ziele definiert:

1. Eine leistungssektorenübergreifende teambasierte, flexible Netzwerkarbeit hat die starren Säulen von „stationär und ambulant“ sowie von Behandlung, Rehabilitation und psychosozialer Versorgung überwunden. In der Gemeinde werden niedrigschwellige verlässliche Hilfesysteme im Netzwerk und in gemeinsamer regionaler Verantwortung aller Leistungserbringer vorgehalten. Das gemeindepsychiatrische Hilfesystem ist lebenswelt- und sozialraumorientiert und damit selbstverständlich personenorientiert.
2. MitbürgerInnen mit psychischen Erkrankungen, ihre Angehörigen, Freunde, Nachbarn sind bei der Entwicklung des Unterstützungssystems auf Augenhöhe beteiligt, und bekommen Unterstützung und Hilfe entweder von Menschen mit eigener Psychiatrie-Erfahrung, von engagierten Angehörigen, von Fachpersonal mit psychotherapeutischer Kompetenz oder MitbürgerInnen aus dem Sozialraum.
3. Leistungsträgerübergreifende Finanzierungsmodelle, die den Erhalt und die Wiederherstellung von Gesundheit belohnen sowie eine möglichst selbstständige Lebensführung und gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen, müssen flächendeckend etabliert werden. Die gemeindepsychiatrischen Träger arbeiten als sozioökonomische Betriebe rentabel und setzen innovative Unterstützungsstrukturen um. Die Arbeitsplätze in den Netzwerken sind sinnstiftend, verantwortlich und flexibel – und begehrt, da sie gesellschaftlich anerkannt und daher angemessen bezahlt sind.

Weiterführende Informationen und Quellen

Dachverband Gemeindepsychiatrie
www.psychiatrie.de/dachverband

PIELAV – Gemeindepsychiatrie schafft Inklusion
www.psychiatrie.de/dachverband/pielav

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit
www.seelichegesundheit.net

Aktion Mensch
www.aktion-mensch.de

Der Offene Dialog – Informationsportal
www.offener-dialog.de

Unsere Projektpartner und ihre regionalen Angebote

Bürgerhilfe in der Psychiatrie
Landesverband Bayern e.V. (München)
www.bpsy.de

Das Dach e.V. (Detmold)
www.das-dach-ev.de

Der Paritätische
Selbsthilfe-Kontaktstelle Kreis Lippe (Detmold)
www.selbsthilfe-lippe.de

Gesellschaft für ambulante Betreuung
und Begleitung GamBe gGmbH (Berlin)
www.gambe-berlin.de

Kölner Verein für Rehabilitation e.V. (Köln)
www.koelnerverein.de

Pfalzkllinikum für Psychiatrie
und Neurologie AdöR (Klingenmünster)
www.pfalzkllinikum.de



Mit dem Projekt PIELAV trägt der Dachverband Gemeindepsychiatrie zur gesellschaftlichen Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei. In trialogisch besetzten Informationsveranstaltungen, Diskussionsrunden und Workshops sowie in begleitenden Broschüren und Informationen im Internet werden aktuelle Themen und Entwicklungen der Gemeindepsychiatrie vorgestellt und diskutiert. Das Projekt wird von der Aktion Mensch gefördert und in Zusammenarbeit mit regionalen gemeindepsychiatrischen Partnern umgesetzt. Die Abkürzung PIELAV steht für das Konzept des Projekts „Praktische Implementierung neuer, evidenzbasierter, leitliniengerechter, ambulanter Versorgungsmodelle“. Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.psychiatrie.de/dachverband/pielav

Unsere Projektpartner:

