

# Mittendrin – 15 Jahre vpsg



„Psychiatrie ist  
Psychotherapie  
in Aktion“



- 4** Begrüßung
- 6** Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit – Warum?  
Rückblick auf Gründung und Entwicklung seit 2003
- 9** Psychiatrie in Deutschland 2018 – Was aus sozialpsychiatrischer  
Sicht erforderlich ist
- 14** Interview mit Jutta Timphus
- 15** Daten und Zahlen zum Verein
- 18** Integrierte Versorgung der PIBB
- 21** Interview mit Sibylle Kerkow

## **22** Spektrum der weiteren vpsg-Aktivitäten

- Trialog
- Arbeitskreis Psychiatrie und Religion
- PIRA-Projekt
- Gesundheitszentrum für die Flüchtlinge
- Projekt Rahmenempfehlungen für die Psychotherapie bei Patienten  
mit psychotischen Erkrankungen
- Psychoedukationsprojekte in den Praxen und Kooperation  
mit Kliniken
- Arbeitskreis „Schreiben für die Seele“



- 28** Auswirkungen der vpsg-Aktivitäten auf die Regelversorgung
- 32** Perspektiven und zukünftige Aufgaben des vpsg
- 34** Literatur
- 35** Danksagung
- 36** Impressum





## Vieles ist im Fluss und wir sind mittendrin!

15 Jahre Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit (vpsg) spiegeln eine dynamische Geschichte in dem Bemühen, die Behandlung und Situation schwer psychisch kranker Menschen zu verbessern. Heute schauen wir zurück auf die Aktivitäten des 2003 gegründeten gemeinnützigen Vereins, der sich mittlerweile mit knapp 250 Mitgliedern aus allen Berufsgruppen in Berlin und Brandenburg einen Namen gemacht hat. Wo es zu Beginn um existenzielle Fragen zur Finanzierbarkeit ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung ging, sehen wir uns heute vor die noch immer nicht gelöste Aufgabe gestellt, eine sektorübergreifende Behandlung aller Beteiligten zum Wohle der Betroffenen zu organisieren.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2018 das Thema „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ zum Thema. In dem Bericht werden neue Versorgungsformen gefordert, die die Sektorengrenzen überwinden und die Versorgungsleistungen für psychisch Kranke effektiver koordinieren.

Kollektivverträge und „Best Practice Modelle“ wie sie bisher im § 140 a SGB V und nach § 64b SGB V umgesetzt werden, sind richtungsweisend. Dazu wird man ambulant-zentrierte Versorgungsnetze brauchen wie den Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit mit seiner Managementgesellschaft der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB).

Es geht dabei in erster Linie um den Einzelnen, um das „Patientenwohl“, wie es der Deutsche Ethikrat formuliert hat. Wie passt bedarfsgerechte Steuerung zum Patientenwohl?

Diese Frage lässt sich letztlich nur zwischen Arzt und Patient in einem vertrauensvollen Beziehungsgefüge mit anderen psychosozial Versorgenden (z. B. Pflege, Sozio- und Ergotherapie) definieren. Natürlich sind dabei auch wirtschaftliche Aspekte geboten und einzuhalten. Doch gibt es in der Allokation der Hilfen „Schieflagen“, die wir benennen und verändern wollen.

Viele Leistungen werden nicht an die Betroffenen weitergegeben. Als Beispiel seien hier die psychotherapeutischen Leistungen genannt, die immer noch nur sehr begrenzt für schwer psychisch Kranke zugänglich sind.

Ambulante psychiatrische Pflege und Soziotherapie als professionelle Behandlungsoptionen im SGB V sind wichtige Hilfen, die Inklusion fördern und ermöglichen. Diese Therapieangebote gehören ins Lebensumfeld der Betroffenen und nicht primär in klinische Strukturen. Sie stellen sinnvolle sektorenübergreifende Therapien im Dienste des psychisch Erkrankten dar.

Zu unserem Selbstverständnis gehört der dialogische Austausch mit den Betroffenen, ihren Angehörigen und Freunden, um Bedürfnisse und Behandlungskonzepte zu überprüfen und zu verbessern.

Die Strukturen in unserem Gesundheitssystem im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich sind sehr komplex und oft schwer zu durch-

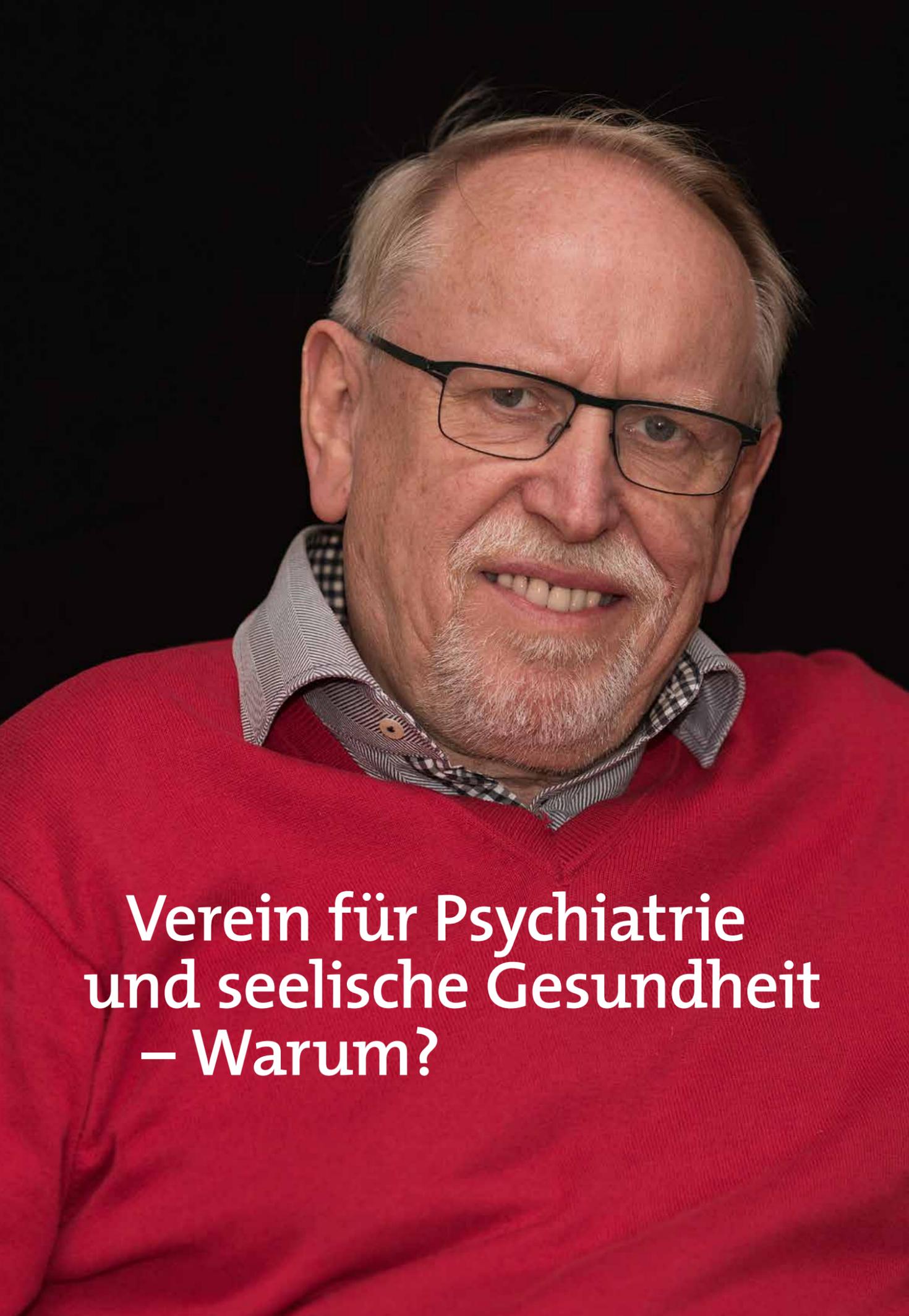
schauen. Hier bedarf es einer „Lotsenfunktion“, für die wir in individueller wie auch struktureller Sicht bereitstehen.

Dem Satz von K. P. Kisker folgend: „Psychiatrie ist Psychotherapie in Aktion“ haben sich im Laufe der Jahre unter dem Dach des Vereins Aktive gefunden und Arbeitsgruppen gegründet, über die wir ebenso informieren wollen. Mit vorliegender Broschüre möchten wir unsere Arbeit der letzten 15 Jahre bekannt machen, einen Überblick über das breite Spektrum der Themen geben, die wir bisher gestaltet haben und den Blick auf Zukünftiges lenken.

Vieles ist im Fluss und wir sind mittendrin!

Wir wünschen viel Freude bei der Lektüre!

Vorstand vpsg  
Geschäftsführung PIBB



# Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit – Warum?

**A**ls am 5.12.2003 unter dem Berliner Funkturm in den Räumen der Berliner Kassenärztlichen Vereinigung 34 Psychiatrie-Akteure zusammenkamen um den sektoren- und berufsgruppenübergreifenden „Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin“ (vpsg) zu gründen, konnten sie nicht absehen, mit welcher Dynamik sich die psychiatrische Behandlung und die Versorgungsstrukturen in den folgenden 15 Jahren verändern sollten. Nach der Jahrhundertwende präsentierte sich die Versorgung Schwerkranker („people with severe mental illness“) gerade im ambulanten Bereich vernachlässigt und aufgerieben in einer Konkurrenzsituation zwischen einer wachsenden technisch-apparativen Medizin und einer immer breiter werdenden psychotherapeutischen Versorgung weiter Bevölkerungsschichten auch bei eher leichteren Beschwerdebildern. Trotz der so wichtigen Erfolge der Psychiatrie-Enquete von 1975 beherrschten fehlende Ressourcenzuweisung, völlig unzureichende ambulante Behandlungsstrukturen, Mangel und ernste Versorgungsprobleme die Alltagserfahrung insbesondere auch der ambulant tätigen Nervenärzte und Psychiater. Berufsverbände, die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenkassen und in der Gesamtheit die Gesundheitspolitik zeigten sich bei Gesamtbetrachtung dieser Phase als an der Versorgung offen desinformiert bis desinteressiert. Auf diesem Hintergrund verstanden sich die Vereinsgründer als eine „Initiative zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit schizophrenen und affektiven Psychosen“.

Das **Ziel** der Gründung eines gemeinnützigen Vereins war eindeutig: Profilierung psychiatrischer Aufgabenstellung, Identitätsförderung aller Psychiatrie-Akteure sowie „vernetzte“ berufs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit zum Wohle der Patienten. **Psychiatrische Behandlung wurde und wird** dabei als umfassend psychotherapeutisch durchdrungen, auch explizit als „**Psychotherapie in Aktion**“ verstanden. Qualifizierte pharmakologische, psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Behandlung waren die großen Themen der Informationsveranstaltungen und ersten Tagungen; die hiermit verbundenen Zielsetzungen wie auch mehrere weitere Faktoren führten dann zu einer rasch wachsenden Mitgliederzahl. Günstig wirkte sich eine zunehmende Zahl an Fachärzten aus, die als Nervenarzt oder Psychiater/Psychotherapeut sozialpsychiatrische profilierte Praxen führten, auch in spezifischen Qualitätszirkeln erste kooperative Strukturen und insbesondere auch die Zusammenarbeit mit Soziotherapeuten angingen. Sicher war auch die rasch einsetzende Mitwirkung mehrerer Klinikleiter, auch der Charité Campus-Mitte, und deren klares Bekenntnis zu verbesserter ambulanter psychiatrischer Versorgung von Bedeutung.

Heute zählt der vpsg über 15 leitende Klinik-Psychiater zu seinen zumeist langjährigen Mitgliedern. Nicht zuletzt half auch die Unterstützung aus dem Verband der Angehörigen psychisch Kranker die Resonanz des neuen Vereins zu stärken; die Angehörigen erlebten die Versorgungsmängel ja hautnah und drängten gleichfalls auf Verbesserung der Versorgung. Die konkrete Zusammenarbeit mit Betroffenen- und Angehörigen-Organisationen, überhaupt das dialogische Denken, wie auch die Anti-Stigma-Arbeit in der Öffentlichkeit zählen zu den satzungsmäßigen vpsg-Zielen und wurden von Beginn an in zahlreichen, z. T. regelmäßigen gemeinsamen Aktionen umgesetzt.

Den ganz besonderen Schub erhielt die Arbeit und Mitgliedschaft des vpsg durch die Vertragsabschlüsse zur Integrierten Versorgung (IV) mit mehreren

Krankenkassen gemäß dem 2004 eingeführten § 140a ff des SGB V. Dies führte nochmals zu einer Stärkung der Mitgliedschaft durch niedergelassene Psychiater, psychosoziale Träger und psychiatrische Pflegedienste, nun auch aus Brandenburg, da dieses Bundesland auf Wunsch vor allem der in diesem Kontext anführenden DAK, später auch vieler BKKen wie natürlich auch des nervenärztlichen brandenburgischen Berufsverbandes in die IV-Versorgung einbezogen wurde. U. a. wurde hierdurch eine erste Qualifizierungswelle hinsichtlich psychiatrischer Hauskrankenpflege auch in Brandenburg ausgelöst, wo heute mehr als 10 Dienste etabliert sind.

Auf die Weiterentwicklung der IV-Verträge, insbesondere auch auf die Bedeutung des Vertrages mit der AOK Nordost, in den Anfang 2018 über 2500 Patienten eingeschrieben sind, auch die 2008 im Kontext der IV-Entwicklung erfolgte Gründung der „PIBB - Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg“ als Managementgesellschaft des vpsg wird an anderer Stelle eingegangen werden.

So – über die Jahre gesehen – haben vpsg und PIBB einerseits neue gesetzliche Möglichkeiten der Versorgung wie die Soziotherapie, die psychiatrische Hauskrankenpflege (seit 2006 im SGB V) und die Integrierte Versorgung konsequent genutzt, andererseits aber auch die bundesweiten Rahmenbedingungen wie die neuen Richtlinien für Soziotherapie (2015) und die psychiatrische Hauskrankenpflege (2018) mit dem eigenen Beispiel positiv beeinflussen können.

Auch die Zertifizierung (nach §85 b SGB V) des Versorgungsnetzes der PIBB durch die KV Berlin als bundesweit erstes psychiatrisches Versorgungsnetz gehört in diesen Zusammenhang.

8 Dass zum Aufbau eines versorgungsausgerichteten Vereins mit über 240 Mitgliedern und zur Implementierung neuer Versorgungsstrukturen das Engagement vieler Akteure gehört, liegt nahe. Manche der Gründungsmitglieder und Aktiven der ersten Jahre haben sich mittlerweile altersbedingt aus dem Berufsleben zurückgezogen, von einigen mussten wir gar Abschied für immer nehmen. Allen gilt es herzlich zu danken.

Auf den Weg gebracht haben sie gemeinsam eine ideelle Plattform für den eigenständigen, nicht drittseitig beeinflussten fachlichen Austausch über letztlich alle in der Behandlung/Versorgung anfallenden psychiatrischen Themen. Dies gilt nicht ohne Grund gerade auch für die Grenzgebiete der Psychiatrie wie der Religion und Philosophie, der Kunst, der Ethik und Themen aus dem Alltagsleben der Patienten. Sich neben der Weiterbildung und Qualifizierung und vor allem verbesserten Versorgungsstrukturen auch dem Lebensumfeld der Patienten zuzuwenden, spiegelt die Einschätzung wider, dass psychisch erkrankte Menschen immer maßgeblich in all ihren Bezügen zu sehen sind. „Bezüge sind das Leben“ lautet auch das aus der Feder J. W. Goethe stammende Leitzitat der Website der PIBB.

Und Menschen mit einer psychischen Krise, Störung oder Erkrankung sind im Verständnis des vpsg immer Menschen, die nicht auf das Kranke und die Behandlungsbedürftigkeit reduziert werden dürfen, sondern deren Ressourcen und gesunden Anteile zu berücksichtigen sind.

Als langjähriger Vorsitzender des vpsg bin ich persönlich überzeugt, dass dieses psychiatrische Berufsverständnis von den Akteuren aller beteiligten Berufsgruppen auch als Basis größerer eigener beruflicher Zufriedenheit erlebt wird – letztlich zum Wohle der uns anvertrauten Patienten.

→ Literatur

Dr. Norbert Mönter  
Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse  
vpsg Vorsitzender 2003 – 2015

# Was aus sozialpsychiatrischer Sicht heute erforderlich ist...

von Hans Joachim Salize

Ein Jubiläum blickt stets auf die Vergangenheit zurück und zieht Bilanz. Es ist aber auch Anlass, die künftigen Schritte ins Auge zu fassen und das bisher Erreichte dahingehend zu überprüfen, ob es in Zukunft Bestand haben kann. Dies ist in der Sozialpsychiatrie vielleicht noch notwendiger als in anderen medizinischen oder psychiatrischen Fächern. Die Sozialpsychiatrie, das besagt bereits ihr Name, ist in ungleich stärkerem Maße als z. B. die körpermedizinischen Fächer dem Druck der gesellschaftlichen Realitäten ausgesetzt und damit zu ständigem Wandel gezwungen.

**Die Frage nach den künftigen Erfordernissen, die sich der Sozialpsychiatrie stellen, muss auf zwei Ebenen beantwortet werden.**

Die erste Ebene ist die versorgungspraktische, die sich mit dem konkreten und unmittelbaren Versorgungsbedarf der sozialpsychiatrischen Klientel beschäftigt und geeignete Maßnahmen bereitstellen muss, um diesen Bedarf zu decken.

Die zweite Ebene ist die paradigmatische Ebene, die den versorgungspraktischen Bemühungen ein theoretisches Fundament gibt, auf dem die Entwicklung, Implementierung und Adaption von effektiven Versorgungsmaßnahmen und -strategien möglich wird.

Auch wenn die Unterscheidung zwischen Theorie und Praxis dies möglicherweise suggeriert, stehen beide Ebenen nicht in einer hierarchischen Beziehung – etwa mit einem Primat der Theorie – sondern beide haben die gleiche Bedeutung – und zwar nicht nur für die Weiterentwicklung des Fachs, sondern auch für die unmittelbare Lebensrealität der Menschen, die die Sozialpsychiatrie versorgt.

Die vielfältigen Anforderungen der Versorgungsroutine lassen allerdings den Praktikern kaum Luft, sich der Wei-

terentwicklung ihres Faches zu widmen. Zu den Hochzeiten der Psychiatriereform war dies anders. Damals war die Versorgungspraxis der Motor der Entwicklung. Die wesentlichen Impulse, die zu der differenzierten Ausgestaltung des sozialpsychiatrischen Versorgungsnetzes geführt haben, das wir heute vorfinden, entstammten meistens den vielfältigen regionalen Modellprojekten der 1980er Jahre, z. B. im arbeitsrehabilitativen Bereich oder im betreuten Wohnen. Diese wurden aufgrund ihrer sich erweisenden Praxistauglichkeit überregional eingeführt und verstetigt und fügten sich in ihrer Gesamtheit zum gemeindepsychiatrischen Netz. Selbst das grundlegende Theorem der Psychiatriereform – der Umbau der Anstaltspsychiatrie zur Gemeindepsychiatrie – entstammte nicht primär paradigmatischen Überlegungen, sondern hat seine Wurzeln in der Versorgungspraxis, da es aufgrund der desaströsen Versorgungslage der psychisch Kranken in den Anstalten entwickelt worden war und sich an der Praxis der Enthospitalisierung in anderen Ländern orientiert hat.

Heute stellt sich dies weitgehend anders dar. Das, was gegenwärtig in der sozialpsychiatrischen Versorgungspraxis geschieht, hat nur in bescheidenem Maße Leitlinienfunktion für die Reform der gegebenen Strukturen. Aber auch ein theoretisches Forum oder eine Diskussionsplattform kann keine solche Leitlinienfunktion für sich beanspruchen, denn eine übergeordnete Debatte über die Weiterentwicklung der sozialpsychiatrischen Strukturen findet kaum statt. Sie ist – wenn überhaupt – in auf sich selbst bezogene, isolierte Zirkel verstreut, die so fragmentiert sind wie die psychiatrische Versorgungslandschaft selbst.

Angesichts des Fehlens einer sozialpsychiatrischen Debatte, die sich als Schrittmacher der Entwicklung sieht, bestimmt der Gesetzgeber Struktur und Verlauf, den die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung nimmt. Fachlichkeit oder Evidenzbasierung treten dabei gegenüber Budgetüberlegungen oder Partikularinteressen weitgehend in den Hintergrund. Der Blick auf die gesetzgeberischen Initiativen der letzten Jahre verdeutlicht dies. So lief die im Jahr 2000 unter dem § 37 a in das SGB V aufgenommene Soziotherapie ins Leere, weil die Richtlinien zu eng und der Wille zur Finanzierung auf Seiten der GKV nicht gegeben war. Ähnlich erging es der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP), die 2005 in den § 37 SGB V aufgenommen wurde, aber von einer bundesweit flächendeckenden Implementierung weit entfernt ist. Vor allem ist hier aber das GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 mit allen späteren Anpassungen und Erweiterungen zu nennen, die die Grundlage

für die zahlreichen integrierte Versorgungsmodelle schafften. Weiterhin zählt dazu der 2009 verabschiedete Paragraph 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der die Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) vorsieht und der die fachliche Kreativität des psychiatrischen Krankenhausesektors seit Jahren fast vollständig absorbiert. Das jüngste Vorhaben mit ähnlich einschneidender Bedeutung ist das im Dezember 2016 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, das sog. Bundesteilhabegesetz (BTHG).

### Integrierte Versorgung

Ein besonderer Blick soll den integrierten Versorgungsmodellen gelten. Sie arbeiten sich an den künstlichen Finanzierungs- und Sektorgrenzen ab, die sich auch 40 Jahre nach dem Beginn der Psychiatriereform wie eine Mauer vor die vollständige Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Paradigmas stellen. Trotz des Booms der integrierten Versorgungsmodelle nach § 140 oder § 64 endet die Flexibilisierung der Finanzierungsgrenzen immer noch an den Grenzen, die das Sozialgesetzbuch V (SGB) setzt. Die entscheidenden SGB XII finanzierten sozialpsychiatrischen Versorgungsmaßnahmen in den Bereichen Arbeit, Wohnen und Sozialbeziehungen werden nach wie vor nicht integriert. Nur wenige Versorgungsmodelle nach § 140 SGB V geben Ausblick auf Mögliches. Hierzu zählt auch das Konzept der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg des vpsg, das erfolgreich den Einsatz von Soziotherapie und pHKP realisiert; mit über 3000 eingeschriebenen IV-Patienten zählt dieses Versorgungsnetz zu den regional größten in Deutschland. Zu erwähnen ist hier auch, dass das Versorgungsnetz der PIBB es geschafft hat, 2014 eine Zertifizierung als Ärztenetz nach § 87b SGB V (Gesetz von 2012) zu erhalten und damit für den psychiatrischen Bereich bundesweiter Vorreiter ist.

Die Träger und Einrichtungen der SGB XII finanzierten Sektoren bereiten sich wiederum mehr schlecht als recht auf die nächsten Stufen der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes vor. Ein übergeordnetes Ziel des BTHG ist es, die Autonomie und Selbstbestimmung von Betroffenen zu stärken. Dies ist natürlich eine löbliche Zielsetzung, die mit Prinzipien wie Selbstbemächtigung („Empowerment“) in Einklang stehen.

Auffällig ist, dass bislang keine breite innerpsychiatrische Diskussion zustande gekommen ist, die die aus dem BTHG erwachsenden Konsequenzen mit den Möglichkeiten und Grenzen der integrierten Versorgungsmodelle oder den jüngsten Trends in der Krankenhauspsychiatrie, wie dem Hometreatment oder anderer sog. stationärer

Maßnahmen verknüpft. Die mehr als offensichtlichen Überschneidungen von stationärsersetzenden Maßnahmen und den möglichen, z. T. etablierten aufsuchenden Hilfen wie Soziotherapie oder pHKP oder auch der Hilfen der sozialpsychiatrischen Dienste werden nirgendwo diskutiert oder hinsichtlich möglicher Synergien oder hinsichtlich der Gefahr der Etablierung weiterer Doppelstrukturen untersucht.

Die allseits betonte Notwendigkeit der Überwindung der innerpsychiatrischen Sektorengrenzen macht eine solche übergreifende Diskussion geradezu zur Pflicht. Sie ist jedoch nirgendwo in Sicht. Hieraus wäre das erste Erfordernis an die gegenwärtige und künftige Sozialpsychiatrie abzuleiten:

- Sie muss die Meinungsführerschaft darüber, in welche Richtung sich die Versorgung psychisch Kranker entwickeln soll, zurückerlangen und nicht nur innerhalb legislativer Grenzen, sondern wirklich sektorenübergreifend denken.

Dies ist eine umfassende, komplexe und langwierige Aufgabe. Es muss die allgemeine Budgetorientiertheit der Diskussion überwunden und Themen gesetzt werden, die den tatsächlichen Versorgungsbedarf der klassischen psychiatrischen Klientel und neuer Risikogruppen widerspiegeln usw.

### Gesellschaftliche Themen fordern heraus

Diese Themen gibt der gesellschaftliche Wandel fast mundgerecht vor. Ein Beispiel sind die veränderten psychosozialen Risikopopulationen nach Einführung von Hartz IV, bei denen die sinnvolle Verknüpfung der Wohnungslosenhilfe und sozialpsychiatrischen Angebote sowie die Einbindung von Arbeitsagenturen und Jobcentern in ein effektives psychosoziales Vorwarn- und Interventionsnetzwerk nach wie vor unbearbeitet ist. Das derzeit offensichtlichste durch den sozialen Wandel auf die Agenda gesetzte Thema ist die psychische Belastung von Geflüchteten und Asylsuchenden. Der größtenteils ungedeckte psychiatrische Versorgungsbedarf der Geflüchteten und Immigranten besteht trotz Implementierung entsprechender Förderschwerpunkte des Bundes und der Bereitstellung von Forschungsmitteln und machen den Einsatz sozialpsychiatrischer Träger und Einrichtungen vor Ort erforderlich. Die entsprechenden Initiativen des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit sind hier beispielhaft. Sie zielen nicht nur auf die Sicherstellung der Grundversorgung von den genannten Risikogruppen mittels innovativer und integrativer Ansätze, sondern sie adressieren auch die Themen, die

hinter den unmittelbaren Praxisanforderungen liegen, diese aber entscheidend determinieren. Im Falle der Geflüchteten und Immigranten z. B. sind dies die kulturellen und religiösen Hintergründe, die bei Genese, Verständnis und Behandlung psychischer Störungen eine entscheidende Rolle spielen.

Das ist ein entscheidender Schritt und macht Hoffnung. Solche Initiativen eröffnen die Möglichkeit, psychosoziale Risiken besser zu verstehen und Lücken und Fehlentwicklungen in der Versorgung zu antizipieren. Dies ist ein notwendiger erster Schritt zur überfälligen Ergänzung von Akutpsychiatrie und psychiatrischen Rehabilitation mit einer Prävention psychischer Risiken und einer psychosozialen Gesundheitsförderung, die ihre Namen verdienen würden. Bei Ausweitung dieser Vorgehensweise würde das im Sinne der o.g. programmatischen Überlegungen bedeuten, dass die Sozialpsychiatrie das Heft wieder in die Hand nimmt, die Kräfteverhältnisse umkehrt und aus der Versorgungspraxis heraus wieder programmatische Impulse setzt.

Damit wäre das zweite wesentliche Erfordernis an eine künftige Sozialpsychiatrie skizziert:

- Forschungsthemen aus den unmittelbaren Praxisanforderungen zu generieren und die Themen der psychiatrischen Debatte über die Anforderungen der unmittelbaren Versorgungspraxis hinaus auf psychische Risiken des sozialen Wandels und deren Antizipation hin auszurichten.

Dies darf nicht bei die öffentliche Diskussion beherrschenden Phänomenen des gesellschaftlichen Wandels wie der sog. „Flüchtlingswelle“ stehen bleiben. Die enormen psychosozialen Risiken der Durchdigitalisierung der Gesellschaft z. B. sind bisher nicht einmal ansatzweise ausgelotet. Diese gehen weit über offensichtlich psychiatrisch relevante Themen wie „Cybermobbing“ oder „Internetsucht“ hinaus. So sind mit dem Siegeszug der neuen sozialen Medien vermutlich nicht nur psychosoziale sondern auch kognitive und neuropsychologische Veränderungen verbunden, die wiederum neue integrative Ansätze von klinischer und Sozialpsychiatrie notwendig machen.

Dies alles sind weite, jedoch sozialpsychiatrisch relevante Handlungsfelder, die enorme gestalterische Kräfte erfordern, wenn die Sozialpsychiatrie nicht nur ein Reparaturbetrieb für soziale Fehlentwicklungen bleiben will, sondern wieder zur gesellschaftlichen Produktivkraft werden will, die sie einmal war. Wir haben diesbezüglich kaum eine Wahl.

Prof. Dr. Hans Joachim Salize

Leiter der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim

# Der vpsg ist wichtig, ...

Der vpsg ist für den Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) wichtig, weil die Kolleginnen und Kollegen in ihrem innovativen Praxisnetz durch eine professionell organisierte Kooperation im multiprofessionellen Team sowohl eine Verbesserung der Behandlungsqualität im Sinne der Patienten und ihrer Angehörigen als auch durch Vermeidung von z. B. Krankenhausbehandlungen auch für die Kostenträger eine wirtschaftlich attraktive Behandlungsform geschaffen haben, die bundesweit Vorbildcharakter hat.

Dr. med. Gerd Benesch  
Facharzt für Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)  
Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN)-LV Berlin

Der vpsg ist beispielhaft für eine vernetzte und handelnde gemeindepsychiatrische Versorgungsstruktur, die das Prinzip ambulant vor stationär lebt und dadurch ein wichtiger Impulsgeber für die gesamte Berliner psychiatrische Verantwortungsgemeinschaft ist.

Dr. Thomas Götz  
Landesbeauftragter für Psychiatrie  
Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung  
Abteilung Gesundheit

**Der vpsg ist für mich wichtig, weil ich die kollegiale Zusammenarbeit und den Austausch auf gleicher Augenhöhe mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen nicht nur für unverzichtbar halte, sondern auch als sehr bereichernd erlebe.**

Prof. Dr. med. Albert Diefenbacher MBA  
Chefarzt  
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
Evangelisches Krankenhaus  
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH

**Der vpsg ist für mich wichtig, weil er ambulante und stationäre Leistungserbringer erfolgreich vernetzt.**

Dr. med. Iris Hauth  
Past Präsidentin DGPPN  
Ärztliche Direktorin  
Zentrum für Neurologie, Psychiatrie,  
Psychotherapie und Psychosomatik  
Alexianer St. Joseph Berlin-Weißensee GmbH

**Der vpsg ist für den ApK wichtig, weil hier professionelle Mitarbeiter in der Psychiatrie sich bemühen, der dialogischen Idee in ihrem Handeln zu entsprechen.**

Marianne Schumacher  
Vorstandsmitglied ApK-Angehörige psychisch Kranker  
im Landesverband Berlin e. V.

**Herzlichen Glückwunsch zum Fünfzehnten!**

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie gratuliert dem Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit zum Jubiläum und wünscht ihm eine lange erfolgreiche Zukunft! Als Fachverband setzen wir uns für eine vernetzte, lebensweltorientierte Gesamtversorgung für Menschen mit psychischen Problemen und Erkrankungen in allen Teilen Deutschlands ein. Unsere Mitglieder sind regionale Leistungserbringer komplexer Hilfen aus allen Sparten des Sozialrechts.

Im Sinne dieser Zielsetzung freuen wir uns, die PIBB, eine Tochtergesellschaft des vpsg, als aktives Mitglied in unserem Verband zu wissen. Von engagierten Fachärzten gegründet, dürfte sie unter den regionalen Netzwerken Deutschlands die größte Zahl und Vielfalt unterschiedlicher Leistungserbringer zusammengeführt haben. Im Interesse einer optimalen Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen hoffen wir auf viele Nachahmer. Wir wünschen dem vpsg weiterhin guten Erfolg mit seinem Modell und uns eine fruchtbare Zusammenarbeit.

Nils Greve  
1. Vorsitzender  
Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.

**Der vpsg ist für exPEERienced wichtig, weil eine Veränderung der psychiatrischen Versorgungslandschaft hin zu einer ressourcenorientierten Genesungsunterstützung langfristig nur dialogisch gelingen kann und der vpsg seit seiner Gründung den Belangen der Krisenerfahrenen stets auf Augenhöhe und mit Wertschätzung begegnet ist.**

Susanne Ackers  
Verein exPEERienced – erfahren mit seelischen Krisen e. V.  
www.experienced.de

**Jutta Timphus ist niedergelassene Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie in Berlin-Pankow.**

**Seit wann sind Sie Mitglied im vpsg?**

*Ich bin seit 2005 Mitglied im vpsg.*

14

**Warum sind Sie in den vpsg eingetreten?**

*Ich bin kurz nach meiner Niederlassung in den Verein eingetreten. In einer Einzelpraxis ist man ziemlich alleine – mir war der Austausch mit Kollegen wichtig, um mal Rücksprache zu halten und Korrekturen zu erfahren. Auch die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ist etwas, was ich am vpsg sehr schätze.*

**Wie wirkt sich ihr Engagement im vpsg auf Ihre Patienten aus?**

*Meine Patienten profitieren von der Qualitätsverbesserung meiner Arbeit, die ich durch den regelmäßigen Austausch erreiche. Ich bleibe „Up-to-date“ und verpasse neue Entwicklungen in unserem Fachbereich nicht.*

*Die Verträge zur Integrierten Versorgung sind exzellent. Ich freue mich über diese*

*Möglichkeit, den Patienten eine individuell angepasste Unterstützung zukommen zu lassen. Ich kann einfach mehr anbieten als über die Regelversorgung.*

**Was hat der vpsg aus Ihrer Sicht in den letzten Jahren erreicht?**

*Der vpsg hat es geschafft, ein regelmäßiges Forum für den Austausch mit ärztlichen Kollegen und anderen Berufsgruppen zu schaffen.*

*Die Etablierung der Verträge zur Integrierten Versorgung war und ist enorm wichtig.*

**Was sollten Ziele des vpsg für die nächsten Jahre sein?**

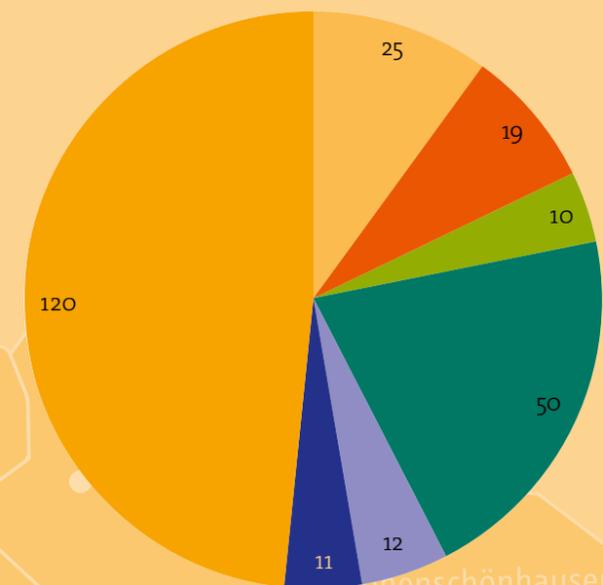
*Der vpsg als ideelle Basis der PIBB sollte sich dafür einsetzen, dass die Verträge zur Integrierten Versorgung gehalten, bzw. weiterentwickelt und auf andere Kassen ausgeweitet werden. Bei Neuabschlüssen sollte der vpsg der Garant für eine patienten- und qualitätszentrierte Ausrichtung sein.*

Das Gespräch führte A. Gerstein, Master of Health Administration, Mitarbeiterin PIBB

Daten und Zahlen zum Verein

**Mitgliederstruktur 2019**

- Niedergelassene Ärzte
- Kliniker
- Dipl.-Psychologen
- Sozio- und Ergotherapeuten
- Korporative Mitglieder
- Sonstige
- MVZ

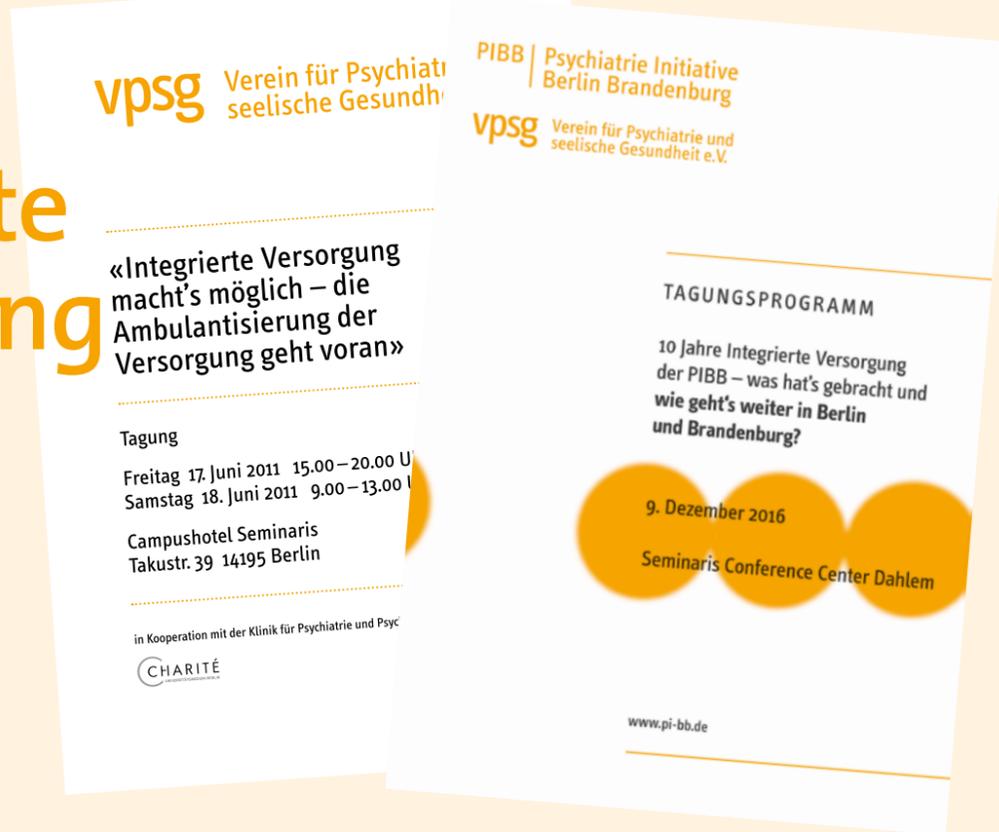


**Mitgliederverteilung 2019**

Bezirk	Anzahl	Bezirk	Anzahl
Brandenburg außerhalb BB	46	Prenzlauer Berg	9
Charlottenburg	6	Reinickendorf	17
Friedrichshain	24	Schöneberg	15
Hohenschönhausen	11	Spandau	14
Köpenick	2	Steglitz	15
Kreuzberg	8	Tempelhof	2
Lichtenberg	6	Tiergarten	4
Marzahn-Hellersdorf	6	Treptow	2
Mitte	3	Wedding	4
Neukölln	15	Weissensee	4
Pankow	9	Wilmsdorf	14
	8	Zehlendorf	5



# Integrierte Versorgung und PIBB



## Wie die Integrierte Versorgung begann:

- 18
- Bereits 2 Jahre nach Einführung des § 140a fff SGB V wurde 2006 der erste IV-Vertrag des vpsg mit der DAK geschlossen, dem sich die Hamburg-Münchener Krankenkasse 1/2 Jahr später anschloss.
  - 2008 erfolgte der IV-Vertrag mit zahlreichen Betriebskrankenkassen unter dem Dach der Vertragsarbeitsgemeinschaft Ost.
  - 2008 die Gründung der Managementgesellschaft PIBB (Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg).
  - 2009 Ausweitung der IV auf Brandenburg.

## Was waren und sind die wichtigsten Ziele?

Fokus auf schwer psychisch Erkrankte

- Stärkung ambulanter Versorgung
- Vermeidung und Verkürzung stationärer Behandlung
- Verzahnung komplexer Behandlungsangebote
- Etablierung eines Bezugstherapeutensystems
- Bessere Kooperation Facharzt – ambulante Dienste – Hausarzt – Klinik
- Insgesamt Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Versorgung

## Welche IV-Verträge gibt es?

- IV - Indikationsbezogen für schwer psychisch Kranke:
  - Aktuelle Verträge mit DAK-Gesundheit und BKK-VBU
  - Aufsuchende Hilfen durch psychiatrische Pflege und Soziotherapie
- IV - Populationsbezogen für alle Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose:
  - Aktueller Vertrag mit AOK Nordost
  - Fokus auf Komorbiditäten und Vermeidung von Polypharmazie
- IV - Indikationsbezogen zur Frühintervention bei psych. bedingter Arbeitsunfähigkeit:
  - Vertrag mit der DAK-Gesundheit, inzwischen beendet
  - Behandlungsangebote: Psychotherapie einzeln und in der Gruppe, Bewegung/Sport, Hilfe bei arbeitsplatzbezogenen Problemen
- IV - Neu: für spezifische Diagnosegruppen:
  - Neuer bundesweiter Budgetvertrag mit der DAK-Gesundheit in Kooperation mit dem Dachverband Gemeindepsychiatrie
  - Seit 1.7.2018 für Patienten mit einer Diagnose aus F2, voraussichtlich ab Herbst 2018 Erweiterung auf Patienten mit einer affektiven Störung

IV in Zahlen:

- Seit Beginn der IV mit der AOK Nordost 2012 wurden rund 3.300 Patienten, davon 41% Brandenburger behandelt.
- Dazu kommen seit Vertragsbeginn über 2000 Patienten in den IV-Verträgen mit der DAK-Gesundheit, mit der BKK-VBU und anderen Betriebskrankenkassen.

## Wie sieht das IV-Netz aus?

Berufsübergreifend gehören Fachärzte, Psychotherapeuten, psychiatrische Pflegekräfte und Soziotherapeuten zum IV-Netz  
Regionale Struktur in Anlehnung an Berliner Bezirke bzw. Landkreise in Brandenburg  
Jeweils ein Facharzt als regionaler Koordinator

## Wie sieht die Kooperation im Netz aus?

2 – 4mal im Jahr treffen sich die regionalen IV-Akteure in Behandlerkonferenzen zu Fallbesprechungen und zum Erfahrungsaustausch.  
1 – 2mal im Jahr finden in den Regionen fachpsychiatrische Arbeitskreise mit weiteren Einrichtungen (Hausarzt, Klinik, Sozialpsychiatrischer Dienst, Psychotherapeuten, Krisendienst) statt, in denen fortbildungsbezogene Themen erörtert werden.  
Zweimal im Jahr kommen alle IV-Akteure zum Informations- und Erfahrungsaustausch in zentralen Anwenderkonferenzen zusammen.

## Wie zeigt sich die Qualität der IV?

- Qualität wird auf allen Ebenen der IV praktisch gelebt und hat für uns einen hohen Stellenwert.
- Die verbesserte Kooperation der verschiedenen beteiligten Akteure auf der Basis der o. g. Strukturen (Behandlerkonferenzen etc.) ist dabei essenziell.
- Qualitätszirkel (QZ) widmen sich regelmäßig qualitätsrelevanten Aspekten der praktischen Arbeit: Viermal im Jahr tagt der QZ Psychiatrische Pflege, Qualitätszirkel zu aktuellen Themen (z. B. Polypharmazie, stationäre Behandlungen) werden ad hoc etabliert.
- Das externe Qualitätsmanagement ist an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité (Campus Mitte) angesiedelt und trägt dazu bei, die in der täglichen Arbeit eventuell entstehenden blinden Flecken zu beheben.

## Welche Vorteile gibt es für die Patienten:

- Schneller Beginn der fachärztlichen Behandlung
- Bezugstherapeutensystem
- Aufsuchende Hilfen durch psychiatrische Pflege und Soziotherapie
- Bessere Zusammenarbeit von Klinik und ambulanten Ärzten

## Und wenn es mal Probleme gibt?

Das Beschwerdemanagement als Teil des externen Qualitätsmanagements nimmt als unabhängige Stelle Beschwerden von Patienten, Kooperationspartnern entgegen und sucht nach einer Lösung.  
Beschwerden werden auch dazu genutzt, etwaige strukturelle Mängel oder Schwachstellen zu identifizieren und zu beheben.

## Erreicht die IV ihre Ziele?

In einer gesundheitsökonomischen Evaluation des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité konnte gezeigt werden, dass sich die stationären Behandlungskosten speziell für schizophrene Erkrankte senken lassen

→ Literatur

## Das Leitbild der vereinbarten Integrierten Psychiatrischen Versorgung ist gekennzeichnet durch:

- die Konzentration auf die Situation und Belange schwer psychisch Kranker
- eine Körper und Seele erfassende, ganzheitliche Wahrnehmung des Patienten, d.h. Berücksichtigung seiner biologisch-medizinischen, biographischen und sozialen Situation
- Patientenorientierung versus Institutionsorientierung
- Partizipative Entscheidungsfindung
- Orientierung auf die Ressourcen des Patienten und seines Umfeldes
- Berücksichtigung der Belange der Angehörigen
- ein umfassendes Therapiekonzept mit medizinisch- pharmakologischen, (methodenübergreifend-integrativen), psychotherapeutischen, sozialen und pflegerischen Interventionen, sowie ergänzenden Therapiemaßnahmen
- Beziehung als entscheidendem Wirkfaktor und Bezugstherapeuten als zentralem Steuerungsmoment
- koordinierte Vernetzung der Therapeuten im gemeindepsychiatrischen Verbund

Die vereinbarte Integrierte Versorgung folgt historisch der „Psychiatrie-Enquete“ (1975) und den „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung“ (1988) und ist konsequent dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ verpflichtet.

## INTERVIEW

### Sibylle Kerkow



Sibylle Kerkow ist Leiterin einer Ergotherapiepraxis in Berlin-Wilmersdorf. Sie hat sich auf die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen spezialisiert und das Berliner Netzwerk Ergotherapie aufgebaut. Neben Ihrem Engagement im vpsg ist sie auch Mitglied im Deutschen Verband der Ergotherapeuten (DVE) und im Landesverband der Angehörigen psychisch kranker Menschen (ApK) aktiv.

#### Seit wann sind Sie Mitglied im vpsg?

Seit 2005

#### Warum sind Sie in den vpsg eingetreten?

Als Ergotherapeutin habe ich intensiv mit der Praxis von Frau Alicia Navarro Ureña zusammengearbeitet und darüber vom vpsg erfahren. Bei einer Veranstaltung habe ich einen Vortrag vom damaligen Vorsitzenden Herrn Dr. Mönter gehört. Herr Mönter referierte über Psychoedukation, die nun eine abrechnungsfähige Leistung sei und welche großen Effekte diese Methode bei vielen psychiatrischen Krankheitsbildern habe. In seiner Beschreibung dieses „neuen“ Ansatzes habe ich viel wiedergefunden was wir als psychiatrisch engagierte Ergotherapeutinnen seit Jahren machen: wir klären die PatientInnen über ihr Krankheitsbild auf, identifizieren Frühwarnzeichen für Krisen, entwickeln gemeinsam Copingstrategien und machen Mut, sich in schwierigen Phasen an den

behandelnden Arzt oder die Ärztin oder andere AnsprechpartnerInnen zu wenden. Ich beschloss in den vpsg einzutreten, um die ergotherapeutische Perspektive in die Arbeit des Vereins einbringen zu können. Ich möchte die Kolleginnen und Kollegen der anderen Berufsgruppen über unsere Arbeit informieren und aufzeigen, in welchen Situationen wir gut mit den psychisch erkrankten Menschen arbeiten können.

#### Wie wirkt sich ihr Engagement im vpsg auf Ihre Patienten aus?

Ich habe durch mein Engagement im vpsg und die berufsgruppenübergreifende gemeinsame Arbeit viel gelernt über die Versorgungslandschaft im psychiatrischen Bereich. Mein Horizont hat sich erweitert und das kann ich an meine PatientInnen weitergeben. Im Rahmen des Sozialen Coachings entwickle ich mit meinen Patienten neue Perspektiven – oft heißt das, den Weg in andere Versorgungsformen, seien es Beratungsstellen, Tagesstätten und ähnliches zu bahnen.

Neben den neuen Impulsen, die ich im vpsg für meine Arbeit aufnehme, zeige ich aber auch den anderen Berufsgruppen die großen Stärken der Ergotherapie auf:

- Wir sind oft schneller und kurzfristiger erreichbar als z. B. Psychotherapie
- Wir entwickeln mit unseren Patienten neue berufliche Perspektiven. Über gemeinsame praktische Tätigkeiten bauen wir Brücken auf zu unseren Patienten und kommen gut ins Gespräch.
- Wir können in besonderen Fällen auch Hausbesuche machen und die

Patienten im häuslichen Umfeld in Tagesplanung/-gestaltung, Haushaltsplanung u. ä. unterstützen. – Körperarbeit hilft vielen psychisch Erkrankten zu einem besseren Körpergefühl. Mit meinem Engagement im vpsg stärke ich die Wahrnehmung der Ergotherapie und hoffe, dass so mehr Patienten von unserer wertvollen Arbeit profitieren können. Die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit erlebe ich als sehr sinnvoll – sie kostet aber auch viel Zeit, Zeit die leider von den Kostenträgern nicht bezahlt wird.

#### Was sollten Ziele des vpsg für die nächsten Jahre sein?

Der vpsg sollte weiterhin „Lobbyarbeit“ für eine patientenzentrierte Psychiatrie betreiben und sich dabei für eine angemessene Honorierung des großen Engagements der unterschiedlichen Berufsgruppen einsetzen. PsychiaterInnen zögern leider häufig, Ergotherapie zu verordnen, da sie bei Überschreitung des Budgets von den Kassen mit Regressforderungen konfrontiert werden. Es ist wünschenswert, dass Ergotherapie wieder ein Teil der Integrierten Versorgung wird! Des Weiteren wünsche ich mir eine klare Kommunikation der unterschiedlichen, an Patienten gerichteten Angebote, gerne in einfacher Sprache.

Das Gespräch führte A. Gerstein, Master of Health Administration, Mitarbeiterin PIBB

## TRIALOG

Der Satzung des Vereins folgend stehen die Einbeziehung von psychisch Erkrankten und ihren Angehörigen im Fokus unserer Aktivitäten.

Ziel der trialogischen Arbeit ist es u. a. auch über schwierige Themen (Suizidalität, Betreuung, Unterbringung, Gewalt u. a.), die durch die psychische Erkrankung in Beziehungen getragen werden, ins Gespräch zu kommen und diese aus unterschiedlicher Perspektive zu betrachten. So werden jährlich Trialogische Abende und Fachtagungen gemeinsam vorbereitet und durchgeführt.

Themen der trialogischen Abende waren u. a.:

- Trialog-Kultur als Basis des Qualitätsmanagements in der Sozialpsychiatrie
- Kinder in Familien mit psychisch erkrankten Eltern
- Psychotherapie, Psychoedukation und Angehörigenarbeit
- Abgrenzungen und Synergien
- Gesetzliche Betreuung: Wem hilft sie?
- Peer to Peer im psychiatrischen Alltag: Beratung durch Betroffene und Angehörige als Teil der Behandlung und Begleitung im psychiatrischen Alltag
- Wohin in der Krise?
- Arbeit und Rehabilitation für junge Menschen

## Arbeitskreis Psychiatrie und Religion

- Arbeitskreis Religion & Psychiatrie im vpsg seit 2004
- „Polylog“ von Psychiatern/Psychiatrie-Professionellen aus Praxis und Wissenschaft (auch aus der Seelsorge), Religionswissenschaftlern, Theologen sowie Betroffenen und Angehörigen
- Erste Fachtagung zum Thema „Religion und Psychose – Sinnsuche und Sinnstiftung im psychiatrischen Alltag“ im September 2006 mit Publikation der Vorträge im Sammelband „Seelische Erkrankung, Religion und Sinn- deutung“
- Religions- und konfessionsübergreifende interdisziplinäre Diskurse und Projekte sowie jährliches Berliner psychiatrisch-religionswissenschaftlichen Colloquium
- Ein wichtiges Ziel des Arbeitskreises ist es, eine religions- und kultursensible psychiatrische Behandlung auf allen Versorgungsebenen zu befördern.

## PIRA Projekt

Über die psychiatrisch-religionswissenschaftlichen Colloquien hinaus realisiert der Berliner Arbeitskreis Psychiatrie und Religion mit dem von der Lottostiftung Berlin finanzierten PIRA-Projekt (Psychiatrie-Information-Religion-Austausch) eine weitere, ganz pragmatische Zielsetzung:

- Information über psychische Erkrankungen und die Therapiemöglichkeiten innerhalb von religiösen Gemeinden und Gemeinschaften
- Schwerpunkt sind insbesondere muslimische Gemeinden, die nicht zuletzt aufgrund spezifischer Ressentiments zu notwendigen psychotherapeutischen/psychiatrischen Hilfen keinen Zugang finden, z. T. auch in Zusammenarbeit mit Pfarrern und Imamen.

→ Literatur



## Gesundheitszentrum für Flüchtlinge

Das Gesundheitszentrum für Flüchtlinge (GZF) wurde Anfang 2016 als gGmbH durch den gemeinnützigen Verein XENION und die PIBB – Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg gegründet.

Spezielle Zielstellung des GZF ist es, die transkulturelle Gesundheitsversorgung im Bereich psychiatrisch-psycho-sozialer Versorgung zu verbessern und dabei auch die Versorgungsstrukturen im integrierenden Sinne zu befördern.

24

Die Versorgung ist im Besonderen ausgerichtet auf die in Steglitz-Zehlendorf und den angrenzenden Bezirken Tempelhof-Schöneberg, Neukölln und Wilmersdorf-Charlottenburg lebenden Flüchtlinge. Im GZF werden die langjährige Erfahrung von XENION als spezialisiertem psychotherapeutischen Beratungs- und Behandlungszentrum für traumatisierte Flüchtlinge und Überlebende von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen sowie die in der Integrierten Versorgung erprobten Strukturen des PIBB-Versorgungsnetzes zusammengeführt. Das GZF verfügt seit August 2016 über eine jetzt verlängerte Ermächtigung für einen Psychiater sowie 2 psychologische Psychotherapeutinnen und eine psychologische Psychotherapeutin für Kinder und Jugendliche. Behandelt wurden im Jahr 2018 ca. 200 Patienten pro Quartal.

Spenden sind willkommen; das Konto des GZF bei der Deutschen Apotheker- und Ärztekasse lautet:  
IBAN DE 33 3006 0601 0004 089860 /  
BIC: DAAEDEDXXX



PIBB | Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg

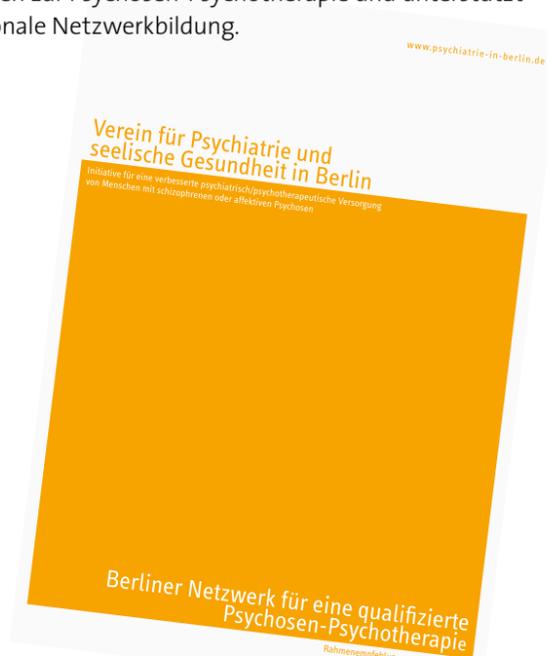
## Projekt Rahmenempfehlungen für die Psychotherapie bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen

Zu den ersten Initiativen des Vereins gehörte die Thematisierung der Psychotherapie bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen.

Am 7. Juni 2005 wurde auf einem Mitgliedertreffen des Vereins die nachstehende Fassung der „Rahmenempfehlungen für die Psychotherapie bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen“ einstimmig angenommen und in einer Broschüre veröffentlicht. Vorausgegangen war ein mehrmonatiger intensiver Diskussionsprozess (u. a. auf der 2. Fachtagung des Vereins im April 2005). Unter Federführung der Verhaltenstherapeutin Dipl.-Psychologin Birgit Leifeld und Dr. Norbert Mönter als Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Psychoanalyse konnten Konzepte und Erfahrungen der unterschiedlichen Therapierichtungen in die Erarbeitung der Rahmenempfehlungen einbezogen werden.

Hervorzuheben ist, dass diese Empfehlungen in ihren zentralen Aussagen nicht nur für die sog. Richtlinien-Psychotherapie Relevanz besitzen, sondern auch im Kontext der psychotherapeutisch geprägten psychiatrischen Basisversorgung ihre Anwendung finden sollen.

Darüber hinaus beteiligt sich der vpsg als Gründungsmitglied der DDPP (Dachverband deutschsprachiger Psychosenpsychotherapie e.V.) an den regelmäßigen Berliner Symposien zur Psychosen-Psychotherapie und unterstützt die regionale Netzwerkbildung.



### Die 11 inhaltlichen Eckpunkte sind:

1. Respektvoller Umgang mit dem Anders-Sein des Patienten
2. Bereitschaft, sich auf das Funktionsniveau und das individuelle Erleben und Verhalten des Patienten einzustellen
3. Akzeptanz des Vulnerabilitäts-Stress-Modells
4. Entwicklung und Anwendung eines individuell auf den Patienten und seine Störung ausgerichteten Diagnose- und Behandlungskonzeptes
5. Flexible Gestaltung der Psychotherapie auf der Basis empirisch validierter Wirkfaktoren und Methoden und Nutzung der Option „Psychoedukation“ und der Möglichkeit zur Einbeziehung von Angehörigen und Betreuern
6. Transparenz und Kooperation bei der Entwicklung von Krankheitsmodellen und Therapiezielen sowie der Auswahl von Behandlungsmethoden
7. Gestaltung und Begrenzung der Behandlung unter Berücksichtigung der Effektivität in Beziehung zu den aufgewendeten Ressourcen
8. Kooperation und Abstimmung psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Behandlungskonzepte
9. Psychotherapie und medikamentöse Behandlung sind kein Gegensatz
10. Bereitschaft zur Auseinandersetzung zwischen den Therapieschulen
11. Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung

Ausführliche Informationen zu den Rahmenempfehlungen sind auf der Website des vpsg unter:  
[www.psychiatrie-in-berlin.de/detail.php?id=21](http://www.psychiatrie-in-berlin.de/detail.php?id=21) zu finden.

## Psychoedukationsprojekte in Praxen und Kooperation mit Kliniken

Im Sommer 2006 wurde auf Initiative des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit in elf Berliner Neurologie-/Psychiaterpraxen sowie einer Psychotherapiepraxis erstmals ein ambulantes Gruppen-Psychoedukationsprojekt für schizophrene und affektiv Erkrankte und deren Angehörige durchgeführt.

Aus diesen erfolgreichen Erfahrungen lernend werden seit 2014 mit kooperierenden Krankenhäusern im Rahmen der Integrierten Versorgung (IV) Psychoedukationsgruppen sektorenübergreifend organisiert. Über das IV-Netz können Patienten aus mehreren Praxen zu Gruppen zusammengeführt werden.

In Berlin wurden Gruppen für Psychosepatienten im Urban Krankenhaus, für Menschen mit bipolaren Störungen in der Charité und für depressive Patienten im Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge durchgeführt. Neben der Psychoedukation im klassischen Sinne sollte der Aspekt der Krankheitsbewältigung stärker Berücksichtigung finden. Die Transferproblematik zwischen ambulanter Praxis und Klinik bleibt auch bei der Durchführung von Psychoedukationsgruppen eine Herausforderung für alle Beteiligten.

25

PIBB | Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg

Erfahren Sie mehr über Depression und wie Sie diese bewältigen können

Psychoedukation und Bewältigungsstrategien zu Depressionen



In Kooperation mit dem Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge

PIBB | Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg

Erfahren Sie mehr über Psychosen und wie Sie diese bewältigen können

- Infogruppe zu Psychosen -



In Kooperation mit dem

Alexianer ST. JOSEPH-KRANKENHAUS BERLIN-WEISSENSEE

# Arbeitskreis Schreiben für die Seele

26 Aus der Arbeit im Verein entstand die Idee einer Schreibgruppe. Uns begegneten immer wieder Menschen, die autodidaktisch begannen zu schreiben und damit versuchten, Erlebtes zu verarbeiten. Diesen Ansatz zur Bewältigung von Persönlichem, Schicksalhafterm und des Gefühls der Andersartigkeit wollten wir stärken und die Kreativität und das Besinnen auf eigene Ressourcen entwickeln. Unter Leitung einer Soziotherapeutin und einer Psychiaterin (rechts im Bild) entstand das Projekt „Schreiben für die Seele“. Einmal im Monat treffen sich in einem Berliner Nachbarschaftszentrum Schreiblustige, die gemeinsam schreiben, sich vorlesen, miteinander reden und lachen. Die Gruppe ist offen gestaltet, d.h. innerhalb der jetzt zu überblickenden Zeit von mehr als zwei Jahren kamen neue Teilnehmende dazu, andere verließen die Gruppe und manche kehrten nach längerer Pause zurück.

Die Individualität des Schreibens spiegelt die Einzigartigkeit jedes Einzelnen. Jeder Text findet Gehör, jedem der Schreibenden wird Akzeptanz entgegen gebracht. Das Besondere jedes Einzelnen wird offenbar, findet Annahme und dadurch Stärkung und Bestätigung. Beeindruckt durch die große Offenheit und Ursprünglichkeit des Geschriebenen als auch durch originelle und skurrile Texte haben wir uns entschlossen, unter Mitwirkung der Teilnehmer eine Buchveröffentlichung vorzubereiten. Unter dem Titel „Schreiben für die Seele“ ist im Herbst 2018 im Fabuloso-Verlag Geschriebenes aus zwei Jahren erschienen.

→ Literatur



## Ich werde zurückkehren – Nele T.

*Manchmal ist das Leben schwer  
und man verliert sich mehr und mehr.  
Auch mir ist es einst so ergangen,  
hab nur noch lustlos rumgehungen.*

*Konnt' keine Freude mehr empfinden,  
wollte einfach nur verschwinden.  
Ich zog in eine Traumwelt ein,  
um endlich glücklich mal zu sein.*

*Hier gibt's kein' Kummer, keine Sorgen,  
keine Angst mehr vor dem Morgen.  
Ich laufe über eine Blumenwiese,  
hier gibt es keine Lebenskrise.*

*Die Menschen laufen Hand in Hand,  
singend durch das Träumeland.  
Hier kann ich wieder zu mir finden  
und all den Schmerz alsbald verwinden.*

*Ich tanke Kraft und Energie  
und irgendwann verlass ich sie.  
Dann kehre ich ins Hier zurück,  
find' dann vielleicht mein Glück.*



## Annemarie Stein

27 *Der Handschuh ist der Hände Kleid,  
wenn's im Winter friert und schneit.  
Das Lachen mir sehr schnell vergeht,  
wenn schutzlos mich der Wind umweht  
und ich geh ohne Handschuh aus,  
es mir dann bald vor Kälte graust.*

## Dominik Breinlinger

*„Brrr...“, er fror. Trotz der Kälte war noch etwas Leben in seinen Fingern. Er rieb sie heftig aneinander. Wäre er jetzt zu Hause, wäre alles in Ordnung, aber hier – ohne Handschuhe – hatte er wenig zu lachen. Die Schneeflocken fielen, während er weiter auf den Zug wartete. Der Bahnsteig war bereits weiß. Außer ihm war kein Lebewesen im Freien. In der Kneipe am Bahnhof saßen lachende Menschen beim Kartenspiel und als er versuchte, seine Lebensgeister wieder zu animieren und dort einen Schnaps trank, ging es ihm wieder gut. Ob es wohl in Ordnung war, dass er die herrenlosen Handschuhe auf der Bank neben sich einfach einsteckte? Später, als er in den Zug stieg, war er froh über seine Entscheidung. Er zog die Handschuhe aus und lachte in sich hinein, während er über den Sinn von Recht und Ordnung im Leben nachdachte.*





# Auswirkungen der vpsg Aktivitäten auf die Regelversorgung – Zur Zukunft der psychiatrischen Regelversorgung

von Matthias Rosemann und Norbert Mönter

**W**ie Hans Joachim Salize in seinem Gastbeitrag zu dieser Broschüre schreibt, besteht gerade in der Sozialpsychiatrie, sprich: der klinisch versorgenden Psychiatrie ein besonderes Theorie-Praxis-Verhältnis; nach der Hochzeit sozialpsychiatrischer Reformbewegung der Post-Enquete-Jahrzehnte konnte diese eine sehr innovative Kraft entwickeln. Hingegen scheint – so Salize – diese Dynamik in den letzten 2 Jahrzehnten eher erlahmt – trotz gesetzgeberischer Vorgaben, die eine Weiterentwicklung vormalig klinikzentrierter, kustodialer Psychiatrie in eine Lebenswelt-zentrierte, damit prioritär ambulante Psychiatrie befördern sollte. Schon mit der Einführung der Soziotherapie in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2000 wurde eine Leistung geschaffen, die in enger Zusammenarbeit zwischen Soziotherapeut\*innen und Fachärzt\*innen die erstmalig explizite Berücksichtigung der sozialen Welt in der psychiatrischen Behandlung ermöglichen sollte. Mangelhafter Umsetzungswille seitens der Krankenkassen und enge Richtlinien verhinderten, – von wenigen Orten abgesehen – dass sich das darin liegende innovative Potenzial entfalten konnte. Erst die Überarbeitung der Soziotherapie-Richtlinie führt dazu, dass nunmehr der Kreis der anspruchsberechtigten Menschen merklich erweitert und die Anwendungsmodalitäten praktikabler wurden.

**Das Dilemma der Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA)**, dem wichtigsten Selbstverwaltungsorgan des Gesundheitswesens in Deutschland und verantwortlich für die Erstellung der Richtlinie, lag und liegt darin, dass zu treffende Entscheidungen möglichst auf wissenschaftlich begründbaren Grundlagen beruhen sollen. Die Frage, für welchen Kreis von psychisch

erkrankten Menschen die Soziotherapie besonders geeignet sei, ist aber empirisch nicht zu untersuchen, wenn die Leistung gar nicht ermöglicht wird. Der Umstand, dass Soziotherapie nur für einen eingeschränkten Personenkreis verordnet und durchgeführt werden konnte, verhinderte zugleich die Nachweisführung, dass auch bei anderen Diagnosen Soziotherapie wirken kann. In anderen Ländern ist die Soziotherapie als Teil-Leistung unbekannt, daher ließen sich auch daraus keine Erkenntnisse gewinnen.

Hier nun konnte die schon 2006 gestartete Praxis der Integrierten Versorgung (IV) des vpsg resp. der PIBB besondere Bedeutung gewinnen. Denn die mehrjährige Erfahrung mit unbürokratischer Verordnung und Einsatz von Soziotherapie i.R. der Integrierten Versorgung (§ 140 SGB V) bei einem gegenüber den Richtlinien erweiterten Kreis von Diagnosen konnte zeigen, dass bei hoher Akzeptanz seitens der Patienten Krankenhaustage reduziert und damit zudem Kosten für die beteiligten Krankenkassen stabil gehalten oder gar eingespart werden konnten. Diese Erfahrungen und Ergebnisse aus der IV konnten über Expertenanhörung, Publikationen oder auch die Argumentation der Unterzeichner, die als Sachverständige für die Patientenvertretung bzw. die Kassenärztliche Bundesvereinigung an der Novellierung der Richtlinien in der AG des GBA beteiligt waren, eingebracht werden.

**2015 trat nach 4-jähriger GBA-Beratung eine Novellierung der Soziotherapie in Kraft**, die eine wichtige Basis für die bessere psychiatrische Versorgung darstellt. Allerdings kann nicht unerwähnt bleiben, dass eine angemessene krankenkassenseitige Honorierung der Soziotherapie in der Regelversorgung als ein weiterer wesentlicher Faktor für die flächenhafte Implementierung vielerorts noch auf sich warten lässt. Eine analoge Situation fand sich im Novellierungsprozess der Richtlinie zur Anwendung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege (pHKP) von 2014 bis 2018.



# Perspektiven und zukünftige Aufgaben des vpsg

In der vorliegenden Broschüre haben wir Ihnen einen Überblick über die Gründung, die Entwicklung und die Schwerpunkte der Arbeit des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit gegeben.

Auch wenn im Zeitraum seit Gründung des vpsg spürbare Verbesserungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erreicht wurden, bleibt noch viel zu tun.

So werden auch wir im vpsg unsere Arbeit fortsetzen, insbesondere die ab Seite 22 detailliert beschriebenen Projekte und Arbeitsgruppen weiterführen. Dabei bleibt die wirtschaftliche Unabhängigkeit unseres gemeinnützigen Vereins und der PIBB-Managementgesellschaft weiterhin die Basis unseres Engagements.

Im Einzelnen stellen sich die Herausforderungen und zukünftigen Aufgaben für den vpsg und die PIBB wie folgt:

## Förderung und Weiterentwicklung von personalisierten Behandlungskonzepten

- Unterstützung der Initiativen zur besseren psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen
- Unterstützung verstärkter Einsatzmöglichkeiten von Soziotherapie, häuslicher psychiatrischer Pflege, Ergotherapie und Rehasport
- Diskussion und Entwicklung praxisnaher Qualitätskriterien für individualisierte Behandlungskonzepte
- Intensivierung, aber auch kritische Nutzung der Möglichkeiten der Digitalisierung für die personalisierte Behandlung (Telemedizin, Chatgroup u. a.), insbesondere für eine qualifizierte flächendeckende Versorgung

- Gemeinsam mit Rentenversicherung und Agenturen für Arbeit Programmentwicklung zur Förderung von Arbeit und Beschäftigung psychisch Erkrankter
- Fortsetzung der Zusammenarbeit mit kinder- und jugendpsychiatrischen Akteuren und Einrichtungen; Konzeptentwicklung zur Transitionspsychiatrie
- Förderung und Einbindung der Peer-Beratung in stationäre und ambulante Behandlung
- Weiterer Ausbau des Gesundheitszentrums für Flüchtlinge (GZF) zu einem versorgungsrelevanten transkulturellen und integrationsorientierten Behandlungszentrum

## Integrierte Versorgung und Psychiatrie-Initiative Berlin Brandenburg

- Ausbau des Berliner Versorgungsnetzes der PIBB im SGB V-Bereich mit Einbeziehung weiterer Psychiater, Nervenärzte, Ärzten für Psychosomatik, Psychotherapeuten, Ergo- und Soziotherapeuten, ambulanten psychiatrischen Pflegediensten, Rehasport-Anbietern
- Weiterführung und Ausbau besonderer Versorgungsverträge (§ 140 SGB V u. a.)
- Verbindliche Kooperationen mit Kliniken, in stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungsbereichen; Weiterentwicklung gemeinsamer Versorgungsangebote wie z. B. Psychoedukationsgruppen
- Finanzierung des zertifizierten PIBB-Behandlungsnetzes durch Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung (§87 b SGB V)
- Intensivierung des Aufbaus einer vernetzten Versorgung in Berlin und im Land Brandenburg
- Unterstützung des Aufbaus von ambulanten Netzstrukturen in Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern

## Öffentlichkeitsarbeit und gesundheitspolitische Aktivitäten

- Förderung einer sektorübergreifenden Verantwortungskultur
- Intensivierte Zusammenarbeit mit dem Dachverband Gemeindepyschiatrie
- Mitwirkung und Vertretung unserer Arbeit in wissenschaftlichen Fachgesellschaften, berufspolitischen Organisationen und Berufsverbänden (DGPPN, KBV, ÄK, Agentur der Ärztenetze u. a.)
- Mitwirkung bei der Gesundheitsstadt Berlin e. V. (gemeinnütziger Verein)

Bei all diesen Plänen und Vorhaben bauen wir nicht nur auf die Unterstützung und Mitarbeit der Mitglieder des vpsg. Aktives Engagement, punktuelle Mitarbeit oder auch die stille Treue der Interessierten sind entscheidende Momente für den weiteren Erfolg unserer Arbeit. So freuen wir uns auch über Ihr Interesse an einer Mitgliedschaft im vpsg.

Und natürlich wünschen wir, dass mit den dargelegten Informationen allen Interessenten, Kooperationspartnern und nicht zuletzt den Trägern der Finanzierung ein guter Blick in die Aktivitäten und Zielsetzungen des vpsg und der PIBB ermöglicht wurde, die Ihnen eine Unterstützung sinnvoll erscheinen lässt.

Alicia Navarro Ureña und das Redaktionsteam für den Vorstand des vpsg

**P. Bühring** (2013)

*Schwer psychisch Kranke: Die Klinik als teurer Ersatz*  
Dtsch Arztebl 2013; 110(45): A-2115 / B-1870 / C-1824

**F. Fischer et al.** (2013)

*Kostenevaluation eines Modells der der Integrierten Versorgung für schwer psychisch Kranke*  
Online-Publikation: 2013 Gesundheitswesen – DOI  
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1343438>

**K.-M. Hoffmann, A. Erler, C. Jäger, S. Weißflog** (2016)  
*Integrierte Versorgung: Die Initiative geht immer von niedergelassenen Ärzten aus.*

Dtsch Arztebl 2016; 113(6): A-220 / B-190 / C-1897

**N. Mönter** (2005)

*Neue Formen der Kooperation – Niedergelassene Psychiater im Zentrum der ambulanten Versorgung.*  
NeuroTransmitter 4/2005; S. 40 – 41

**N. Mönter** (2007) (Hrsg.)

*Seelische Erkrankung, Religion und Sinndeutung*  
Psychiatrie Verlag Köln

**N. Mönter** (2016)

*Psychoedukative Gruppen in der ambulanten nervenärztlich-psychiatrischen Versorgung. In: Bäuml J, Behrendt B, Henningsen P, Pitschel-Walz G* (2016) (Hrsg.)  
Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, S. 567 – 574.  
Schattauer Verlag, Stuttgart

**N. Mönter, B. Allozy, N. Hümbts, S. Scherzenski, Ö. Cengiz** (2017)

*Psychiatrie-Beratung in Moscheen und weiteren kirchlich-gemeindlichen Kontexten.*  
Spiritual Care 2017, Band 6, Heft 1, S. 115 – 120

**N. Mönter** (2018)

*Verbesserte Versorgungsoptionen durch ambulante Arztnetze.*

Der niedergelassene Psychiater als Lotse auch für die allgemeinärztliche Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen: Sozialpsychiatrische Informationen 4/2018, S. 42 – 47

**I. Steinhart, G. Wienberg** (2017) (Hrsg.)

*Rundum ambulant: Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde.*  
Psychiatrie Verlag, Köln

**M. Voß, A. Rindtorff** (2018) (Hrsg.) *Schreiben für die Seele.* Fabuloso-Verlag Bilshausen

**Alicia Navarro Ureña**

*Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie*  
(1. Vorsitzende)

**Dr. Günter Meyer**

Geschäftsführer Pflegestation Meyer & Kratzsch  
(2. Vorsitzender)

**Alexander Kern-Ehrlich**

*Facharzt für Psychiatrie u. Psychotherapie, St. Joseph Krankenhaus Weissensee*  
(3. Vorsitzender)

**Stephan Frühauf**

*Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie*  
(Schriftführer)

**Dr. Michael Krebs**

*Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie*  
(Finanzen)

**Dr. Carsten Jäger**

*Geschäftsführer Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg*  
(Beisitz)

**Sylvia Matthes**

*Geschäftsführerin Hauskrankenpflege Matthes, Land Brandenburg*  
(Beisitz)

**Dipl.-Psych. Jürgen Voigt**

*Psychologischer Psychotherapeut*  
(Beisitz)

Weiterführende Informationen, Veränderungen und Aktualisierungen finden Sie auf der Website des Vereins  
[www.psychiatrie-in-berlin.de](http://www.psychiatrie-in-berlin.de)

Wir danken folgenden Partnern und Einzelpersonen für die großzügige Unterstützung, um die vorliegende Broschüre zu ermöglichen:

**Dr. Gerd Benesch**

**Hauskrankenpflege Meyer und Kratzsch**



**Theodor Wenzel Werk**



**Psychotherapeutenkammer Berlin**



# Impressum

## Herausgeber

Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e. V.  
Tegeler Weg 4  
10589 Berlin  
E-Mail: [info@psychiatrie-in-berlin.de](mailto:info@psychiatrie-in-berlin.de)  
Web: [www.psychiatrie-in-berlin.de](http://www.psychiatrie-in-berlin.de)

## Registergericht:

Amtsgericht Berlin-Charlottenburg  
Register-Nummer: 23428 Nz

Inhaltlich Verantwortlicher gemäß § 10 Absatz 3 MDStV  
Stephan Frühauf (Schriftführer)

## Redaktion

Stephan Frühauf  
Anna Gerstein  
Dr. Norbert Mönter  
Alicia Navarro Ureña  
Anette Rindtorff

## Grafik und Gestaltung

eye-d.de, Dirk Lebahn

## Fotonachweis

© privat, Wolf-Rüdiger Kehrer

## Druck:

Laserline Druckzentrum Berlin KG, Berlin

*Wenn in der vorliegenden Broschüre bei bestimmten Begriffen, die sich auf Personengruppen beziehen, nur die männliche Form gewählt wurde, so ist dies nicht geschlechtsspezifisch gemeint, sondern geschah ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit.*



