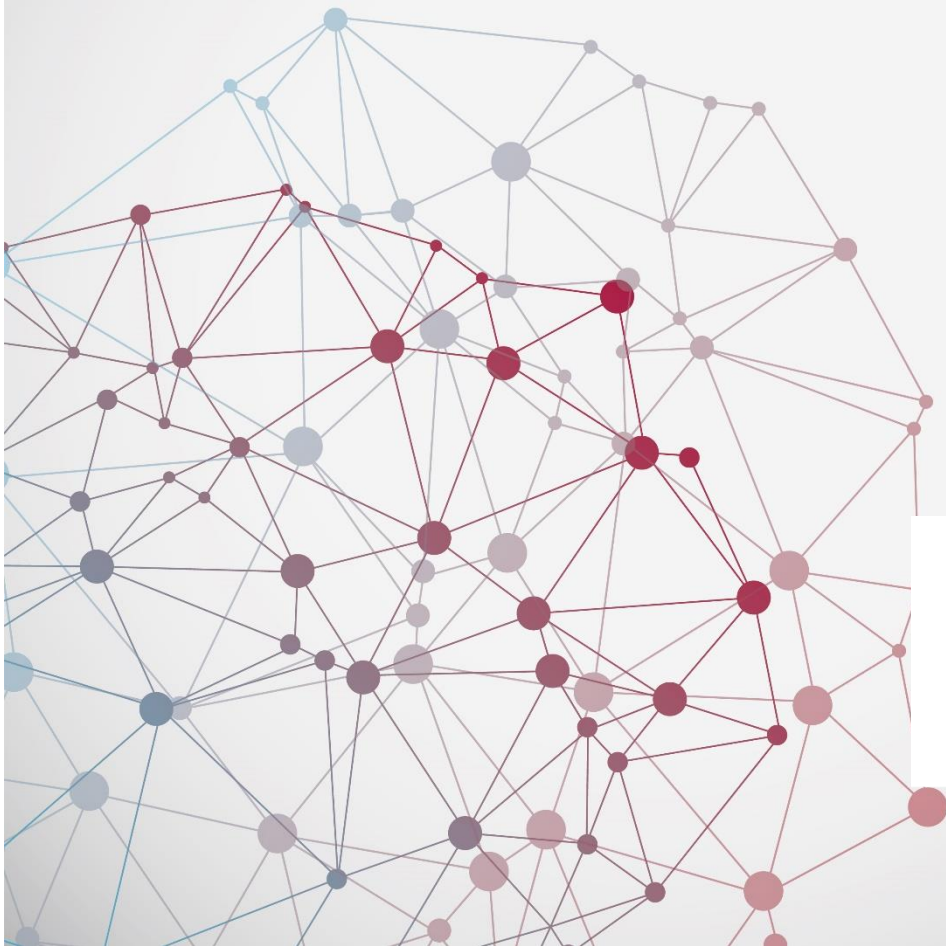


Jahresbericht 2021



Braunschweig
Löwenstadt



Stadt Braunschweig
Fachbereich Soziales und Gesundheit
Gesundheitsamt – Sozialpsychiatrischer Dienst
Alexandra Kühn
Kordinatorin Gemeindep psychiatrisches Zentrum

Förderkennzeichen:
4 SL 1.3 – 41580 – 19/03

Thema:
Entwicklung eines Gemeindep psychiatrischen Zentrums in der Stadt Braunschweig

Laufzeit des Vorhabens: 08.10.2019 bis 31.12.2021

Berichtszeitraum: 08.10.2019 bis 31.12.2021

Inhalt

Einführung	1
1. Modellprojekt Gemeindepsychiatrisches Zentrum Braunschweig	1
2. Das Braunschweiger Modell.....	2
Struktur und Arbeitsweise	5
3. Koordinierungsstelle Seelische Gesundheit.....	5
4. Koordination	7
5. Mobile Behandlungs-Teams – Fachliche Standards	8
Statistischer Bericht.....	12
6. Mobile Behandlungs-Teams – Praktische Umsetzung.....	12
7. Personelle Ressourcen	12
8. Fälle im Berichtszeitraum	13
Geschlecht und Alter der Klient*innen.....	13
Erfasste Kontakte der MBTS	15
Beteiligung der Kooperationspartner	16
Diagnosen und GAF Score.....	17
Kategorie MBT Fälle	18
Bisherige Hilfsangebote	19
Risikofaktoren Compliance	19
Weitere Maßnahmen / Behandlungsplan	21
Aktuelle Umsetzbarkeit / Bedarf zur Umsetzbarkeit	22
Geeignete Maßnahmen für ein MBT.....	23
9. Öffentlichkeitsarbeit.....	24
10. Finanzen.....	24
Pandemie.....	26
11. Modellprojekt während der Coronavirus-Pandemie	26
Erster Lockdown.....	26
Zweiter Lockdown und reduzierte Ressourcen	26
Kosten	27
Netzwerkarbeit.....	27
Evaluation.....	27
Begleitgruppe durch das Ministerium	27
12. Resümee Projektphase in Braunschweig.....	29
Fazit.....	31
Weitere Informationen	33

Einführung

1. Modellprojekt Gemeindepsychiatrisches Zentrum Braunschweig

Die Forderung, gemeindepsychiatrische Zentren (kurz: GPZ) zu etablieren, ist eines der zentralen Themen des Landespsychiatrieplanes Niedersachsen (LPPN) aus dem Jahr 2016.¹ Die Landesregierung hat in ihrer Koalitionsvereinbarung in 2017 das GPZ als vorrangiges Entwicklungsziel der psychiatrischen Versorgung aufgenommen.²

Im Landespsychiatrieplan wird empfohlen, Modellversuche für den Aufbau Gemeindepsychiatrischer Zentren in Niedersachsen durchzuführen.

Unter jeweiliger Anpassung an die örtlichen Strukturen soll ein multiprofessionelles, ambulantes und aufsuchendes Behandlungsangebot entstehen, welches Doppelstrukturen im Versorgungsangebot bestmöglich vermeidet und individuell auf die Klient*innen und ihre Lebenswelt angepasst ist.

Im Jahr 2016 wurde auf Grundlage eines Dezernentenentscheides der Stadt Braunschweig die Konzeption eines GPZ auf den Sozialpsychiatrischen Dienst und Akteure im Sozialpsychiatrischen Verbund übertragen. Seither setzte sich ein *Arbeitskreis Gemeindepsychiatrische Versorgung* mit dem Thema des Aufbaus eines GPZ für die Stadt Braunschweig intensiv und zielgerichtet auseinander.

In einem *Letter of Intent* erklärten sich zahlreiche Institutionen bereit, an dem Vorhaben der Stadt Braunschweig in einem Projekt für ein GPZ gemeinsam zu arbeiten und zukunftsfähige Versorgungsangebote strategisch zu entwickeln.

An der großen Beteiligung am *Letter of Intent* zeigt sich, dass in dem Modell der Stadt Braunschweig sektorübergreifend (ambulant/teilstationär/stationär- und sozialgesetzbuchübergreifend, gleichzeitig lebensabschnitts- und lebensweltbezogen) gedacht, gehandelt, sowie integriert geplant und entwickelt wird.

Ein Konzept zum Strukturaufbau eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums über alle Altersgruppen und Lebenslagen, wurde gemäß den Fördergrundsätzen konzipiert und im Sommer 2019 beim Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie eingereicht. Das Konzept berücksichtigt einen dialogischen Aufbau des GPZ.

Am 08.10.2019 erhielt die Stadt Braunschweig offiziell den Förderzuschlag des Landes Niedersachsen.

Die in diesem Bericht dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Zeiträume: Oktober 2019 bis Ende Dezember 2021.

¹ Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2016): Bericht zum Landespsychiatrieplan

² Koalitionsvereinbarung 2017-2022 „Gemeinsam für ein modernes Niedersachsen. Für Innovation, Sicherheit und Zusammenhalt“, Koalitionsvereinbarung zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD) Landesverband Niedersachsen und der Christlich-Demokratischen Union (CDU) in Niedersachsen für die 18. Wahlperiode des Niedersächsischen Landtages 2017 bis 2022, S. 61-22.

2. Das Braunschweiger Modell

Gemäß des Landespsychiatrieplans 2016 wurde die Steuerung des GPZ in Braunschweig von der Kommune wahrgenommen.³ Das GPZ war zunächst als virtuelles Zentrum gedacht und wurde im Fachbereich Soziales und Gesundheit dem Sozialpsychiatrischen Dienst zugeordnet. Gemäß § 8, Abs.1 des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG)⁴ führt der Sozialpsychiatrische Dienst die Geschäfte des Sozialpsychiatrischen Verbundes. Dies gewährleistet eine gute Integration des GPZ in die bereits bestehende Versorgungslandschaft innerhalb Braunschweigs.

Um eine reibungslose Zusammenarbeit an den Schnittstellen zu gewährleisten und eine optimale Kooperation aller Beteiligten zu fördern, wurde die Funktion einer Koordination für das GPZ eingerichtet. Die Steuerung des GPZ erfolgte über die sog. *Koordinierungsstelle Seelischen Gesundheit* (kurz: KSG), verortet im Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes.

Das Konzept des GPZ in Braunschweig sah einen Strukturaufbau unter Nutzung vorhandener Ressourcen vor. Das GPZ sollte insbesondere die Versorgungslücken für Bürger*innen mit erheblichen sozialpsychiatrischen Herausforderungen Problemkonstellationen schließen.

Die Besonderheit in Braunschweig war die modellhafte Erprobung, in Kooperation mit fünf Anbietern ambulanter psychiatrischer Hilfen aus den Kernbereichen des Sozialgesetzbuchs (SGB) IX (und z. T. des SGB V) *Mobile Behandlungs-Teams* (kurz: MBT) zu etablieren. Die MBT ergänzten die Krisenversorgung und bereits vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten. Das Angebot des GPZ stand dabei ausdrücklich nicht in Konkurrenz zu bestehenden Versorgungsangeboten, sondern verhinderte vielmehr nicht notwendige Mehrfachinanspruchnahmen von Unterstützungsangeboten und verkürzte z. B. die Zeit bis zur Einleitung von Hilfsmaßnahmen. Dabei ging es weniger um die Behandlung selbst, sondern viel mehr um die Initiierung einer Behandlungsform und um die Anbindung an die verschiedenen sozialgesetzbuchübergreifenden Hilfesysteme.

In der Weiterentwicklung und Verstetigung des GPZ wird das Angebotsspektrum an die örtlichen Gegebenheiten und vorhandenen Bedarfslagen angepasst und erweitert werden.

Beteiligte und nennenswerte Akteure in Arbeitskreisen und Koordinierungsgruppen rund um den Strukturaufbau des GPZ und zum Teil in der operativen Ebene waren Angehörige psychisch erkrankter Menschen, ambet e.V., der AWO Bezirksverband Braunschweig, das AWO Psychiatriezentrum Königslutter, Der Weg e.V., Institut für persönliche Hilfen e. V., Gemeinnützige Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit Braunschweig mbH, Psychiatrieerfahrene, die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Klinikum Braunschweig und weitere Anbieter ambulanter psychiatrischer Hilfen.⁵ Die Intention aller Beteiligten lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- Institutions- und leistungsträgerübergreifende Zusammenarbeit soll etabliert werden,
- ein Umdenken von stationären zu ambulanten Versorgungsmöglichkeiten in der Lebenswelt der Klient*innen soll erfolgen und somit eine Weiterentwicklung der sozialpsychiatrischen Versorgung erreicht werden (Perspektiven: Hometreatment, Stationsäquivalente Behandlung),
- Hilfen sollen niederschwellig und passgenau auf die individuellen Bedarfe psychisch erkrankter Menschen abgestimmt und koordiniert werden,

³ Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2016): Bericht zum Landespsychiatrieplan

⁴ www.nds-voris.de; Zugriff: 15.12.2021

⁵ Alphabetische Reihenfolge

- Kostenersparnisse sollen auf Seiten des SGB V und des SGB IX Bereiches erreicht werden,
- Zwangsmaßnahmen sollen präventiv verhindert oder frühzeitig begrenzt werden.

Um das Modellprojekt strukturiert durchzuführen und qualitativ zu begleiten, wurde eine Aufbauorganisation⁶ entwickelt, die im Folgenden kurz erläutert und veranschaulicht wird. Die Struktur des GPZ in der Modellphase sah drei Säulen vor, die in der Abbildung dargestellt werden:

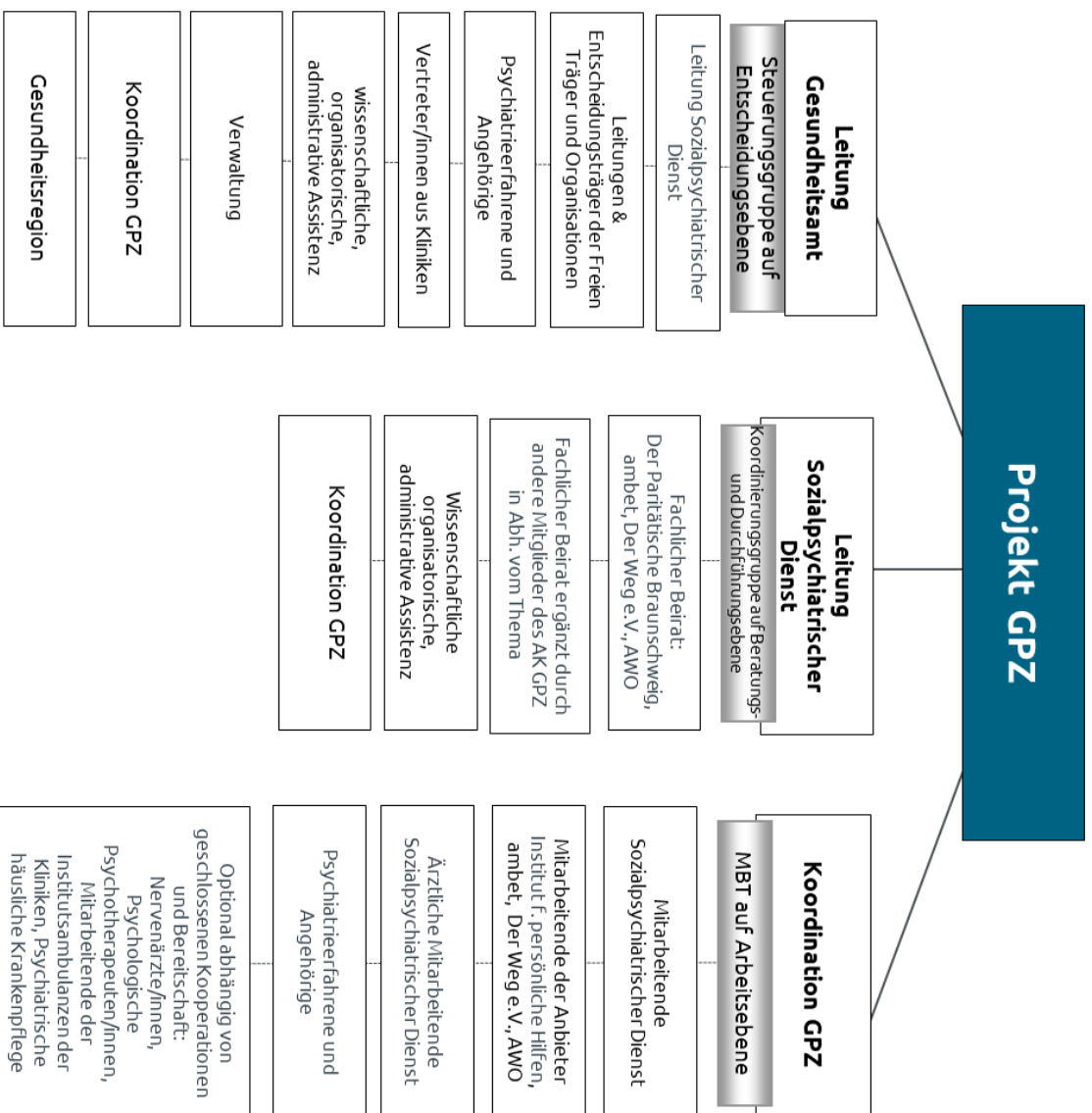
- Steuerungsgruppe,
- Koordinierungsgruppe,
- MBT auf Arbeitsebene.

Die Unterschiede zwischen den Säulen liegen in den Zielen, Besetzungen, der Leitung und den Aufgaben sowie den zeitlichen Turnussen. Die Aufbauorganisation wurde kontinuierlich weiterentwickelt.

⁶ Siehe folgende Seite.

Strukturaufbau und Organisationsentwicklung

Entwicklungsberatung Andrea Moldenhauer
(externe Prozess-/ Projekt-
Begleitung und Coaching)



Interne Prozessbegleitung:
Koordination GPZ (50.43), Psychiatrieplanung (50.43),
Wissenschaftliche Assistenz Gesundheitsamt (50.4)

Die wesentlichen Projekt- bzw. Prozessbeteiligten waren die Mitglieder der Steuerungsgruppe unter Vorsitz der Leitung des Gesundheitsamtes, der Koordinierungsgruppe unter Vorsitz des Stellenleiters des Sozialpsychiatrischen Dienstes und der MBT auf operativer Ebene, der die Koordination des GPZ vorsteht.

Die Arbeitsgruppen wurden intern oder extern moderiert.

Zusätzlich erfolgte eine Prozessbegleitung und Coaching durch eine externe Organisationsberatung, sowie eine interne Prozessbegleitung durch die Koordination, eine wissenschaftliche Assistenz und die Psychiatrieplanung.

Ergänzend wird das Modellprojekt nach Ablauf der Projektphase mittels externer Kooperation mit der TU Braunschweig evaluiert werden.

Struktur und Arbeitsweise

3. Koordinierungsstelle Seelische Gesundheit

Neben den regulären Kernaufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes⁷ wurden die Mitarbeiter*innen durch ihre Tätigkeit in der KSG aktiv in die Arbeit im GPZ eingebunden. Die KSG fungierte als Schnittstelle zwischen dem Sozialpsychiatrischen Dienst und dem GPZ. Die Steuerung und die Einsetzung der MBT erfolgte grundsätzlich über die KSG im GPZ.

Der Fokus für die MBT waren:

- schwer erreichbare, chronisch psychisch erkrankte Personen mit zunehmenden Defiziten in der Alltagsbewältigung,
- Personen in latenten bis akuten psychischen Krisen ohne bestehende soziale Ressourcen,
- Personen, die aus dem bestehenden Versorgungsnetz herausgefallen sind oder bislang und absehbar aus eigener Initiative keinen Zugang dazu finden.

In der KSG erfolgte eine Einschätzung der Klient*innen und deren aktueller Situation oder ggf. der aktuellen psychiatrischen oder psychosozialen Krise.

Unter Einbeziehung eines entwickelten Vordrucks erfolgte eine Anamnese relevanter Daten und Informationen, sowie eine Ersteinschätzung bzgl. des Funktionsniveaus über die GAF Skala.⁸

⁷ <https://www.sozialpsychiatrische-dienste.de/kernaufgaben-leistungsstandards-personalbedarf>; Zugriff 27.11.2020

⁸ GAF-Skala: Global Assessment of Functioning Scale in: Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-III.R., 1989

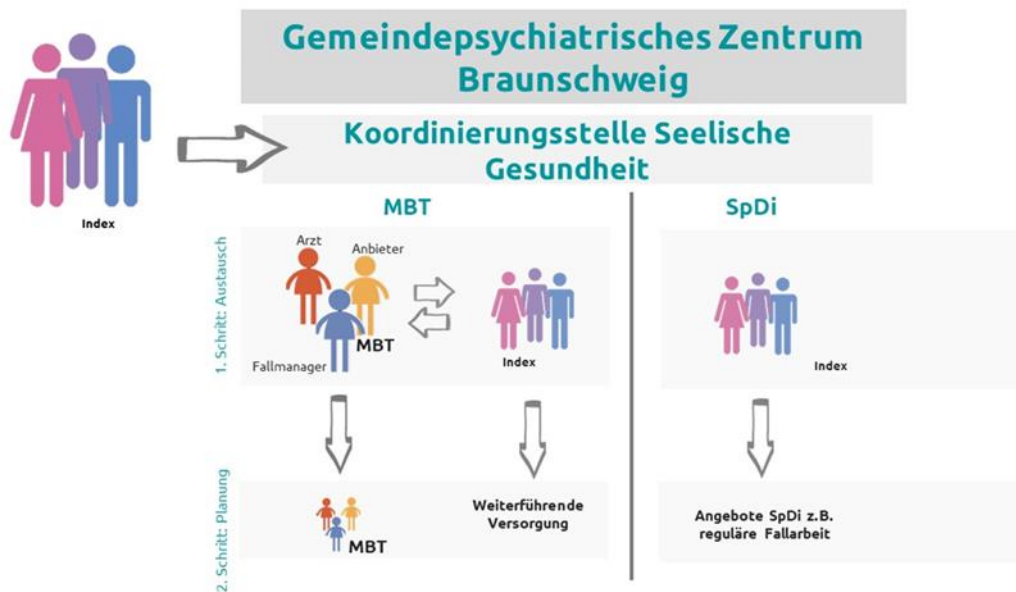


Abbildung: Aufbau GPZ Braunschweig, 2020

Nach dieser Triage ist ein*e Klient*in für die Betreuung durch ein MBT geeignet, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- eine psychiatrische Erkrankung vorliegt, die Betreuung und Behandlung zeitnah erfordert (=fehlende Symptomremission)
- schwere Einschränkungen im sozialen Funktionsniveau vorliegen (=GAF < 50)
- ein Zusammenhang zwischen a) und b) besteht (= Ursache und Aus-/ Wirkung)
- die psychiatrische Erkrankung mindestens zwei Jahre besteht (=Chronifizierung)
- benannte Probleme nicht vorübergehend, sondern andauernd und symptomatisch sind und eine intensivere Versorgung somit notwendig ist

Lag das Funktionsniveau über die GAF Skala >50 wurde der Fall zunächst in der regulären Fallbearbeitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes weiterbearbeitet.

Da das Funktionsniveau variieren kann war eine spätere Bearbeitung des Falles durch ein MBT möglich.

Mit den MBTs wurden die meisten Interventionen für die Klient*innen von den einzelnen Mitgliedern des Teams ausgeführt im Sinne eines „integrierten Teams“.⁹ Die notwendigen Interventionen und Tätigkeiten wurden unter den Mitarbeiter*innen der MBTs aufgeteilt.

⁹ Hier definiert als Team mit sich ergänzenden Fertigkeiten und Fachkenntnissen. Sie sind gemeinsam für den Prozess und den Fall verantwortlich.

Die Erreichbarkeit der KSG für mindestens 40 Stunden pro Woche¹⁰ war zu den üblichen Sprechzeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes wie folgt gewährleistet:

Koordinierungsstelle Seelische Gesundheit - Mobile Behandlungs-Teams

Montag bis Donnerstag:

08:30 – 16:00 Uhr

Freitag:

08:30 – 13:00 Uhr

0531 470-7043

gemeindepsychiatrisches.zentrum@braunschweig.de

www.braunschweig.de/gpz

Das Angebot der KSG bot folgendes Spektrum:

- Telefonisch über den Telefondienst des Sozialpsychiatrischen Dienstes
- Persönlich im Gesundheitsamt Braunschweig, Sozialpsychiatrischer Dienst
- Eine Kontaktaufnahme per eMail oder Fax
- Termine nach Absprache außerhalb der regulären Sprechzeiten.

Für die Tätigkeit der MBTs standen alle Bezirkssozialarbeiter*innen des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der Facharzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes, sowie die von den beteiligten externen Kooperationspartnern vorgesehenen Fachkräfte im Rahmen ihrer Wochenbereitschaften zur Verfügung.

Zur aktiven Mitarbeit in den MBTs hatten sich folgende Anbieter bereit erklärt:

- Ambet e.V.
- AWO Sozialpsychiatrisches Zentrum Braunschweig GmbH
- Der Weg e.V.
- Gemeinnützige Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit Braunschweig mbH
- Institut für persönliche Hilfen e.V. - INSEL

Die Erreichbarkeit der Kooperationspartner war über einen Dienstplan und technische Ausstattung mit einem Smartphone, sowie einem Laptop gewährleistet.

Alle beteiligten Mitarbeiter*innen für die MBTs wurden im Vorfeld ihrer Tätigkeit für das GPZ intern durch den Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes und die Koordinatorin geschult und auf die gemeinsame Fallarbeit innerhalb eines MBT vorbereitet.

4. Koordination

Die Koordination hatte in Bezug auf die MBTs folgende wesentliche Aufgaben:

- Förderung eine gemeinsame Haltung aller beteiligten Akteure und eine kontinuierliche Weiterentwicklung der MBTs. Da die Teams aus mehreren Institutionen und in wechselnder Konstellation zusammengesetzt sind, stellt dies eine besonders große Herausforderung dar, um eine gemeinsame Haltung zu entwickeln und auf operativer Ebene zusammenzufinden.

¹⁰ Die regulären Sprechzeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes reichen nicht aus; inklusive der Rufbereitschaft der Berufsfeuerwehr und des Psychosozialen Krisendienstes wird eine gesamte Erreichbarkeit von mehr als 40 Stunden erreicht.

- Das Schaffen einer sinnvollen Arbeitsstruktur, um die Arbeitsschritte, Maßnahmen, notwendigen Ressourcen, Kosten nachvollziehbar und kontrollierbar zu machen.
- Die Impulsgebung und Umsetzung gemeinsamer (Weiter-) Entwicklungsstrategien für die praktische Arbeit der MBTs.
- Abstimmung der Aktivitäten und Arbeitsprozesse innerhalb eines MBT, sowie der einzusetzenden personenbezogenen Hilfen in Zusammenarbeit mit den Mitarbeiter*innen der MBTs.
- Kontaktpflege zu beteiligten Anbietern als wichtiger Baustein für die Umsetzung der praktischen Arbeit.
- Ansprechperson für alle Mitarbeiter*innen der MBTs zur kollegialen Beratung, Konsensfindung, Konfliktlösung und zugehöriger Entwicklung von Lösungsprozessen.
- Ausloten der Chancen und Möglichkeiten der Finanzierung der MBTs, im Austausch und Zusammenarbeit mit den Anbietern und weiteren Akteuren z. B. versorgende Kliniken, Kassenärztliche Vereinigung etc. unter Einbeziehung aller Hierarchieebenen um eine Optimierung der Abläufe in den MBTs, der KSG und dem GPZ zu erreichen.
- Schnittstelle in der amtsinternen und -externen Kommunikation.
- Mitwirkung in Gremien und Informationsrunden, die Organisation von Arbeitsgruppen, das Qualitätsmanagement, die Berichterstattung, die Öffentlichkeitsarbeit und die Weiterentwicklung abhängig der Evaluationsergebnisse zu planen und so die Verstetigung des Projektes für die Regelversorgung voranzutreiben; u.v.m.

5. Mobile Behandlungs-Teams – Fachliche Standards

Die notwendige multiprofessionelle Zusammensetzung eines MBT wurde in der KSG abgeklärt und entschieden. Die Zusammensetzung variierte je nach individuellem Bedarf der Klient*innen und der Komplexität des Einzelfalles. In der Startphase der praktischen Arbeit der MBTs fungierten die Bezirkssozialarbeiter*innen des Sozialpsychiatrischen Dienstes als jeweilig Fallmanagende im MBT.

Die Fallmanagenden stellten den Beziehungsaufbau zu den Klient*innen her und die Behandlungskontinuität sicher.

Die Fallmanagenden mussten nicht jeden Kontakt zu den Klient*innen selbst pflegen, sollten dennoch stets über einzelne Schritte im Prozess informiert sein und diese Informationen bündeln.

In der Zusammenarbeit im MBT waren die Fallmanagenden stets um einen fachlichen Konsens mit den weiteren Akteuren bemüht.

Die fachlichen Kombinationen im MBT konnten vielfältig sein und waren bis auf die Fallmanagenden flexibel und bedarfs- / situationsgerecht anzupassen.

Anfängliches Ziel war es, folgende Berufsgruppen einbeziehen zu können:

- Peers / ExInler*innen / Genesungsbegleiter*innen
- Fachärztin /-arzt für Psychiatrie / Neurologie (Sozialpsychiatrischer Dienst, niedergelassene Fachärzt*innen, Fachärzt*innen der PIA, ...)
- Ärztin /-arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie / Neurologie
- Sozialarbeiter*innen, ggf. mit Zusatzausbildung, spezialisiertem Fachwissen (z. B. Suchttherapie, systemischer Familientherapie, Teilhabe, Traumapädagogik,...)
- psychiatrische Fachkrankenpfleger*innen (mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung)

- Psycholog*innen / psychologische Psychotherapeut*innen
- Ergotherapeut*innen
- Heilpädagog*innen.

In der Modellphase waren für die MBTs in Braunschweig nur einzelne der genannten Berufsgruppen verfügbar. Die Beteiligung (fach-)ärztlichen Personals war aufgrund des allgemeinen Fachkräftemangels in diesem Bereich und einer nicht vorhandenen Behandlungsermächtigung der Ärzt*innen im Gesundheitsamt als schwierig zu bezeichnen.

Der Fokus der Tätigkeit eines MBT lag primär auf der Frühintervention, dem Empowerment der Klient*innen und der Unterstützung im Genesungsprozess.

Das MBT hatte eine gemeinsame Verantwortung für die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung der Klient*innen. Eine Kontinuität der persönlichen Kontakte und ggf. einer Behandlung musste gewährleistet werden.

Die Aufgaben und Tätigkeiten im Rahmen der niedrigschwelligen Beratung und Betreuung, sowie Krisenintervention sind in den fachlichen Empfehlungen des Netzwerkes Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland definiert¹¹ und fanden Anwendung in der Tätigkeit der MBT.

Aufgrund der individuellen Komplexleistung, die ein MBT erbringt, können hier nicht alle Aufgaben differenziert dargelegt werden.

Wesentliche übergeordnete Aufgaben im MBT wurden definiert:

- Clearing
- Beratung
- Organisation langfristiger Begleitung und Betreuung
- Krisenintervention
- Förderung von Teilhabe und Inklusion
- Überleitung in das Hilfesystem
- Unterstützung bei Rehabilitation und Genesung
- leitliniengerechte Behandlung
- Schaffen eines Zugangs zum Gesundheitssystem.

Der individuelle Bedarf der Klient*innen muss mit den Interventionen der MBTs im Einklang sein (=Rechtmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit).

Die praktische Arbeit der MBTs erfolgte:

- teambasiert
- multiprofessionell
- ambulant - aufsuchend (Regelfall)
- genesungsorientiert
- klientenorientiert
- wohnort- / lebensweltnah
- bedarfsorientiert
- zwangsvermeidend
- lösungsorientiert
- flexibel
- ressourcenorientiert.

¹¹ <https://www.sozialpsychiatrische-dienste.de/kernaufgaben-leistungsstandards-personalbedarf>; Zugriff 23.11.2021

Im Konzept für die MBTs während der Projektphase wurden folgende Standards verankert:

- Aus Gründen der Eigensicherheit und des kontinuierlichen Aufrechterhaltens der Multiprofessionalität sollten Hausbesuche zu zweit als grundsätzlicher Standard etabliert werden
- In der Startphase der MBTs und in Ausnahmefällen war es möglich mindestens zwei Mitarbeiter*innen derselben Berufsgruppe einzusetzen, dabei ist das Spezialwissen der Anbieter stets besonders zu berücksichtigen; perspektivisch sollten jedoch mindestens zwei unterschiedliche Berufsgruppen in einem MBT vertreten sein
- Die Versorgung wurde am Wohnort der Klient*innen bzw. in ihrer häuslichen Umgebung angeboten, mit dem Ziel die Versorgung persönlicher zu gestalten und den Bedarf der Klient*innen spezifischer wahrzunehmen
- Ressourcen innerhalb des sozialen Umfeldes konnten direkt genutzt werden
- Das Aufsuchen der Klient*innen in ihrer Lebenswelt als Hausbesuch sollte Standardvorgehen sein; Ausnahmen waren in Einzelfällen möglich (z. B. diagnosebedingt)
- Hausbesuche waren von hoher Bedeutung für die Beziehung zwischen den Mitarbeiter*innen der MBTs und den Klient*innen und machten mindestens 80% der Gesamtkontakte eines Falles aus
- Die einzelnen Mitarbeiter*innen eines MBT trafen gemeinsam fallbezogene Entscheidungen
- Telekommunikationsstrukturen wurden im Kontakt mit den Klient*innen im geeigneten Maße anzubieten und vorzuhalten (Telefonate, Mail, Messenger)
- Die fachliche Zusammensetzung eines MBT war flexibel und an den individuellen Bedarf der Klient*innen, sowie ihrem Lebensumfeld stetig anzupassen.

Einmal wöchentlich fanden Teambesprechungen in der KSG statt. Aus einem MBT war zumindest der Fallmanagende und /oder ein Vertreter*innen anwesend. Weitere Teilnehmer*innen waren der Arzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes bzw. ein Arzt des Gesundheitsamtes, sowie die Koordination des GPZ.

Der Fallmanagende sorgte dafür, dass die Koordination und der Arzt auf den aktuellen Stand des Falles gebracht wurden und bündelte die wesentlichen Informationen.

Die Teambesprechungen dienten zur / zum / für:

- Abklärung / Prüfung / Austausch der Zusammensetzung der MBTs
- Rückmeldung an die Koordination und den Arzt / Ärztin
- Fallbesprechung und kollegialen Beratung
- Klärung des weiteren Vorgehens in den einzelnen Fällen
- Entscheidung, ob ein Fall beendet / in die Regelversorgung gegeben / an den Sozialpsychiatrischen Dienst übermittelt wird.

Eine von der Koordination verwaltete Excel-Tabelle wurde für die statistische Einzelauswertung geführt. In dieser Liste waren die Klient*innen aufgelistet, die eine intensive Versorgung durch ein MBT benötigten. Für jede*n Klient*in wurden folgende Details eingetragen:

- Kategorie*
- Name und Geburtsdatum der Klient*innen und Datum, an dem der Fall ein MBT-Fall wurde

- Kurzdiagnose nach ICD10 (z. B. F22.0 Wahnhafte Störung)
- Ggf. Handlungsanweisungen bei Gefährdung (z. B. war inhaftiert wegen Körperverletzung, Hepatitis C erkrankt, bissiger Hund, schwer zugänglicher Wohnraum...)
- Status (z. B. in Klinik)
- Kurzbeschreibung warum der Fall ein MBT-Fall ist unter Nutzung der GAF-Zuordnung
- Ziele, Wünsche der Klient*innen
- Ansprechpartner im sozialen Netzwerk und der Familie
- Name es Fallmanagers
- geplante Maßnahmen
- Termine für Hausbesuche (z. B. wie viele Male pro Woche / Tag)
- Spezifische Termine (Therapietermine, Depotinjektionstermine...)
- andere wichtige Details, wie z.B. Termin beim Rechtsanwalt, beim Hausarzt, hat eine rechtliche Betreuung, ...

Die Fälle wurden *Kategorien zugeteilt, die widerspiegelten, weshalb sie ein MBT-Fall sind. Im Laufe des Prozesses konnten die Kategorien variieren.

Folgende Kategorien waren vorgesehen:

- a) *Krisenprävention* – für Klient*innen, die Frühwarnzeichen z. B. einer Psychose oder Sucht zeigen oder es vermehrt Anzeichen für zunehmende soziale Probleme gibt. Ebenfalls bei Interventionen, die eine stationäre Aufnahme in einem Fachkrankenhaus verhindern sollen.
- b) *Intensive Kurzzeitversorgung* – für Klient*innen mit vorübergehender Verschlechterung des Zustandes oder der Symptome, in Krisensituationen oder bei Entlassung aus dem Krankenhausaufenthalt oder der Haft.
- c) *Intensive Langzeitversorgung* – für Klient*innen, die eine langfristige intensive Versorgung benötigen.
- d) *Behandlungsvermeidung* – für Klient*innen, die Kontakt ablehnen, bei denen die Situation dennoch von außen betrachtet Anlass zur Sorge gibt. Es werden Kontakt und Handlungsalternativen angeboten, nicht aufgedrängt oder gar erzwungen.
- e) *Hochrisiko* – für Klient*innen, die Versorgung ablehnen, jedoch sich selbst oder Dritte latent oder akut gefährden. Aufsuchende und nachgehende Unterstützung wird angeboten und bei akuter Gefahr Zwang ausgeübt. Hier ist eine Risikobewertung durch den Arzt erforderlich.

Die Fälle wurden so offen und flexibel wie möglich behandelt. Dies bedeutete, den Fall und die Zusammenhänge für alle Mitarbeiter*innen des MBTs und der KSG zugänglich und transparent zu halten. Eine fortlaufende und aktuelle Dokumentation war dazu erforderlich. Teilweise konnten die Fälle dabei als *variabel* eingestuft werden, wenn z. B. Kurz- und Langzeitversorgung schwankten.

Die EDV basierte Dokumentation wurde im Gumax¹² hinterlegt und begann mit der Anamnese und der Einstufung als Fall für die MBTs.

Alle Kontakte wurden als Verlaufsdokumentation schriftlich erfasst, einschließlich aller Fehlkontakte. Die Ergebnisse der Teambesprechungen wurden als Kontakt vermerkt.

Die Dokumentation wurde computergestützt ermöglicht, teilweise mit Vordrucken.

Eine statistische Auswertung erfolgte im Sozialpsychiatrischen Dienst.

¹² Software des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Gesundheitsamt Braunschweig.

Statistischer Bericht

6. Mobile Behandlungs-Teams – Praktische Umsetzung

Bereits ab Frühsommer 2020 wurden erste Fälle für ein MBT im Sozialpsychiatrischen Dienst generiert und von den dortigen Mitarbeiter*innen bearbeitet.

Nach den Sommerferien im selben Jahr wurden Kooperationsverträge mit vier Anbietern geschlossen. Die Verträge beinhalteten eine Probephase für die MBTs bis zum 31.03.2020. Diese sollte dazu dienen, innerhalb der gesamten Projektphase Handlungsspielräume für Korrekturen in den Kooperationsverträgen für die Ressourcen Zeit, Personal und Finanzen zu nutzen, um die MBT Arbeit weiter zu entwickeln und zu optimieren. Der Zeitraum dieser Probephase wurde innerhalb der Modelllaufzeit bis zum 31.12.2021 verlängert. Im Verlauf der Projektphase wurde ein weiterer Kooperationsvertrag mit einem weiteren Anbieter mit Schwerpunkt Suchterkrankungen geschlossen.

Seit Anfang Oktober 2020 waren MBTs unter Beteiligung der Kooperationspartner in Braunschweig eingesetzt.

Fälle wurden, wie erwähnt, über die KSG eingestuft. Die Klient*innen bzw. die Melder*innen wurden im Vorfeld weiterer Tätigkeiten über die Bearbeitung durch ein MBT aufgeklärt.

Danach erfolgte eine Abstimmung mit den Mitarbeiter*innen des jeweilig zuständigen Kooperationspartners zwecks Austausch, gemeinsamer Terminfindung und Klärung der nächsten Schritte. Der Fallmanagende steuerte den Fallprozess und stellte die Behandlungskontinuität sicher. Eine kollegiale Fallbesprechung mit der Koordinatorin und / oder dem Facharzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes war immer sichergestellt.

Im Optimalfall erfolgte ein Austausch anamnestischer Daten vor einem gemeinsamen Hausbesuch. Während eines gemeinsamen Hausbesuch klärten die MBTs den aktuellen Bedarf der Klient*innen und boten niedrigschwellige Unterstützung an. Da es sich bei der Zielklientel innerhalb der Modellphase ausschließlich um chronisch psychisch erkrankte Personen mit erheblichen Defiziten in der Alltagsbewältigung handelte, war von der Notwendigkeit von Mehrfach- und Fehlkontakten auszugehen.

Zur Modellphase der MBTs gehörte das Ermitteln von weiteren Bedarfen an die Versorgungslandschaft und das Sammeln von Erfahrungswerten bzgl. der Umsetzbarkeit der praktischen Arbeit. Wie oder ob dies gelingen konnte, lässt sich aus dem Fazit dieses Berichtes, der statistischen Auswertung und der voraussichtlich im Sommer 2022 publizierten Evaluation ableiten.

7. Personelle Ressourcen

Die Koordination des GPZ erfolgte mit 39,0 Wochenstunden.

Eine Ergänzung dieser Tätigkeit erfolgte durch die Projektleitung (ärztlicher Leiter Sozialpsychiatrischer Dienst), sowie anteilig durch die Psychiatriekoordinatorin des Sozialpsychiatrischen Verbundes mit 7,0 Wochenstunden¹³ und einer wissenschaftlichen Assistenz¹⁴ ohne festen Stundenanteil.

Aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst waren alle Mitarbeiter*innen in die Tätigkeit der MBTs eingebunden. Die Mitarbeit in den MBTs betraf die Kernaufgaben¹⁵ für Sozialpsychiatrische Dienste und war damit keine zusätzliche Tätigkeit.

¹³ Bis 31.05.2021; Wegfall der anteiligen Stunden aufgrund eines internen Personalwechsels

¹⁴ Bis 30.09.2021; Wegfall der Stellenanteile.

¹⁵ <https://www.sozialpsychiatrische-dienste.de/kernaufgaben-leistungsstandards-personalbedarf/>; Zugriff 27.11.2020

Seitens der fünf Kooperationspartner wurden 25 Mitarbeiter*innen mit sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Expertise, psychiatrischer Fachpflege, Expertise im Suchtbereich und anderer Zusatzqualifikation für die Mitarbeit in den MBTs benannt.

Die Schulungen zum Kennenlernen, allgemeinem Austausch, Ablauf der MBTs, Fallbeispielen, Dokumentation und Datenschutz aller MBT Mitarbeiter*innen erfolgte im September 2020. Einzelne Mitarbeiter*innen wurden 2021 online nachgeschult.

Für 2020 und auch 2021 waren bereits weitere Schulungen / Kurzfortbildungen gemeinsam mit den Mitarbeiter*innen des Psychosozialen Krisendienstes geplant, die aufgrund der Coronavirus-Pandemie in beiden Jahren abgesagt werden mussten. Es ist angedacht diese in 2022 online nachzuholen.

8. Fälle im Berichtszeitraum

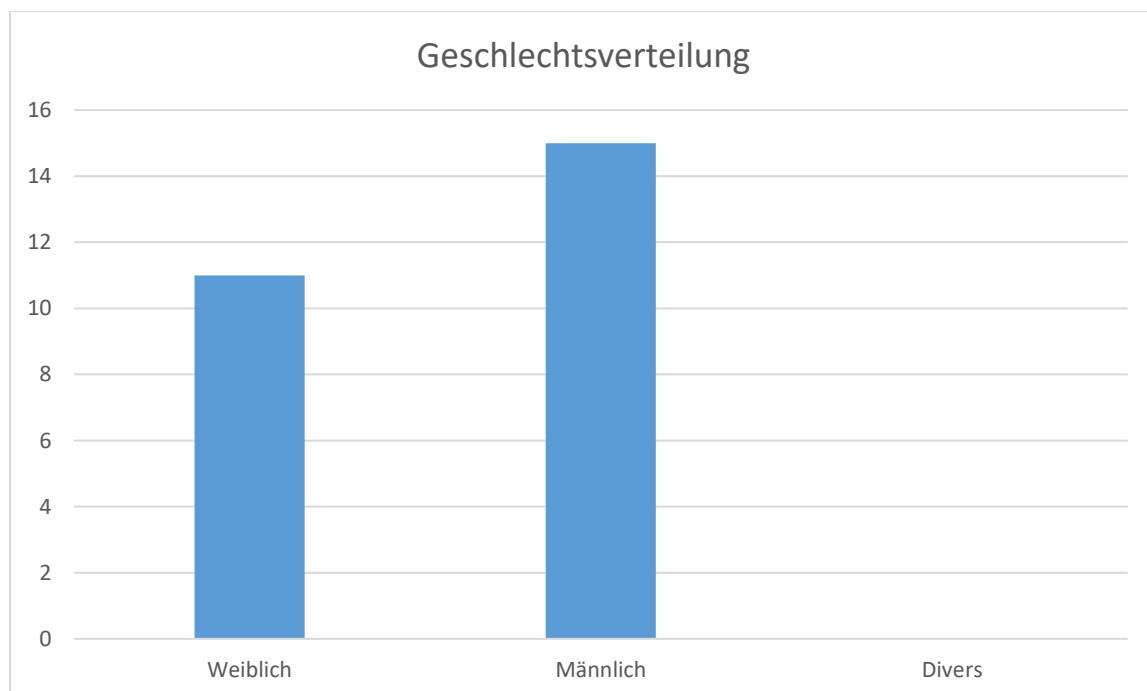
Im Zeitraum vom 02.07.2020 bis zum 31.12.2021 sind insgesamt 26 Fälle als MBT dokumentiert worden.

Von 26 Fällen waren nur zwei Personen dem Sozialpsychiatrischen Dienst bisher nicht bekannt.

Im MBT Erstvermerk konnten alle Items nicht immer oder nicht vollständig ausgefüllt werden. Dies ergibt sich mangels Informationen durch die Klient*innen oder Melder*innen. Dementsprechend erhebt die Datenauswertung keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Geschlecht und Alter der Klient*innen

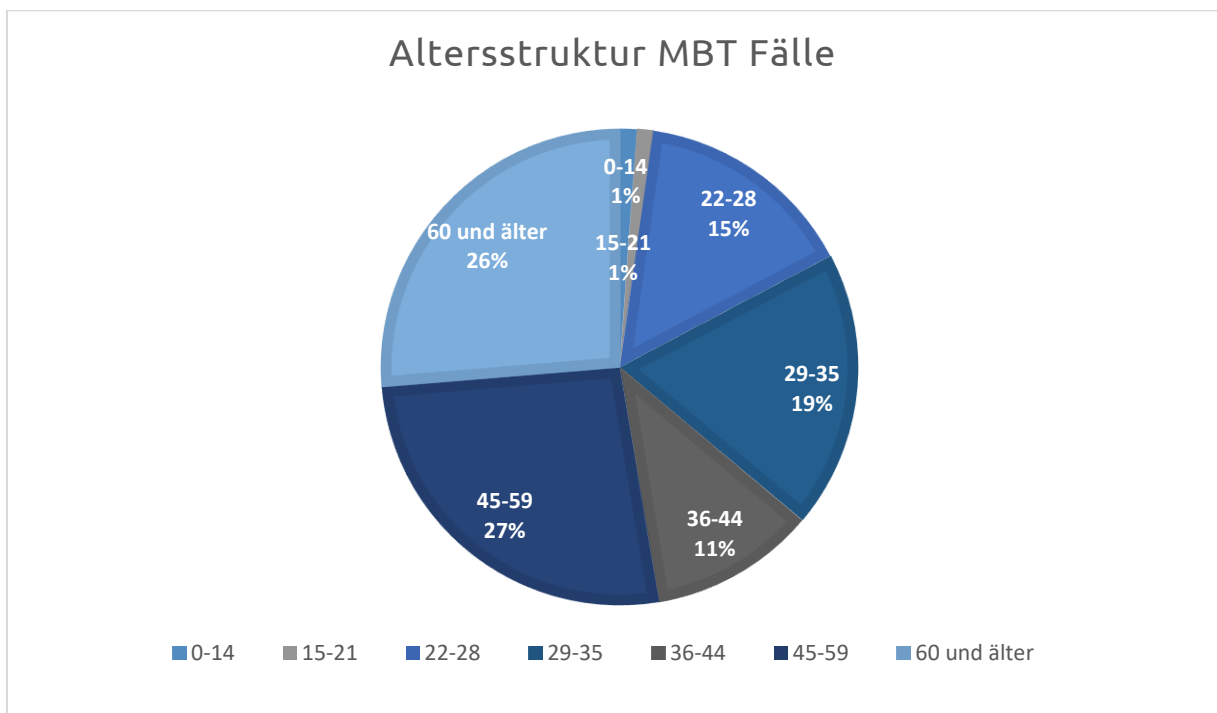
Es wurden mehr männliche als weibliche Fälle erfasst worden. Divers wurde bislang nicht als Geschlecht angegeben.



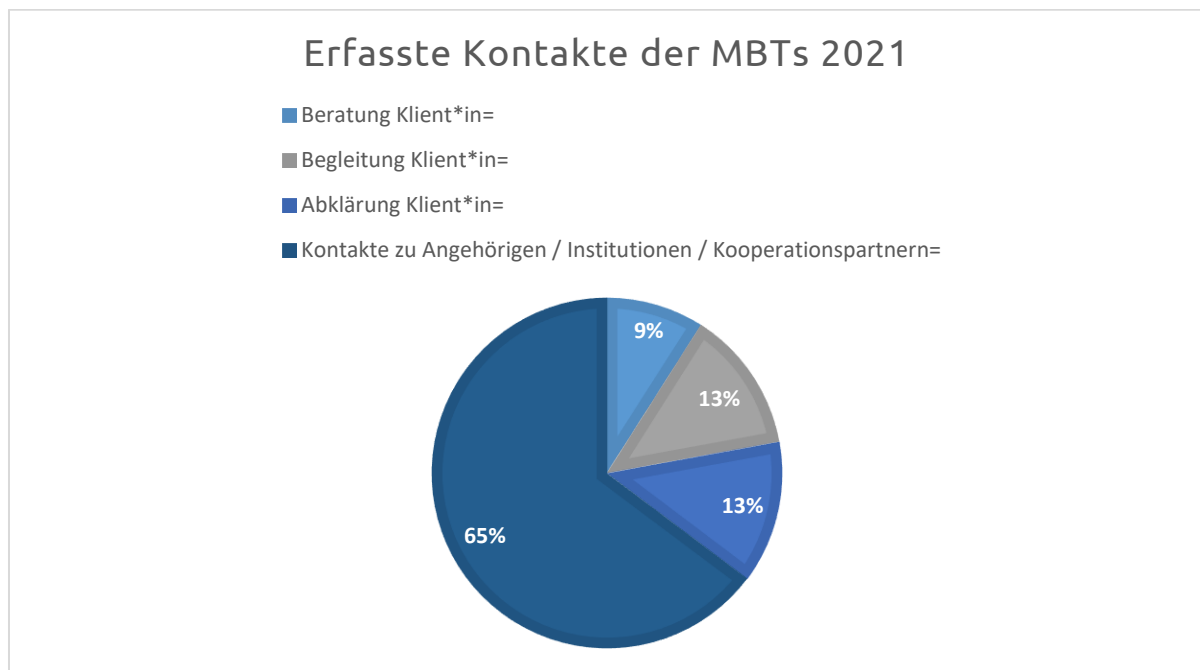
Die Altersspanne der bearbeiteten Fälle lag zwischen 21 bis 83 Jahren.

Die Altersstruktur der MBT Fälle zeigt deutlich: Klient*innen mittleren bis (hoch-)altrigen Alters nehmen die Unterstützung der MBTs häufiger in Anspruch. Empfänger*innen von Eingliederungshilfe nach dem SGB IX (vgl. Statistisches Bundesamt) haben ebenfalls in dieser Altersgruppe am häufigsten Leistungen erhalten.

Dennoch sind auch Klient*innen jüngeren Alters im GPZ angemeldet worden. Dies könnte sich durch zu wenige niedrigschwellige und aufsuchend - ambulante Angebote zwischen dem Kinder- und Jugendhilfebereich (SGB XIII) und Erwachsenenensektor (z. B. SGB IX) für die Altersgruppe bis 28 Jahre erklären lassen.



Erfasste Kontakte der MBTs



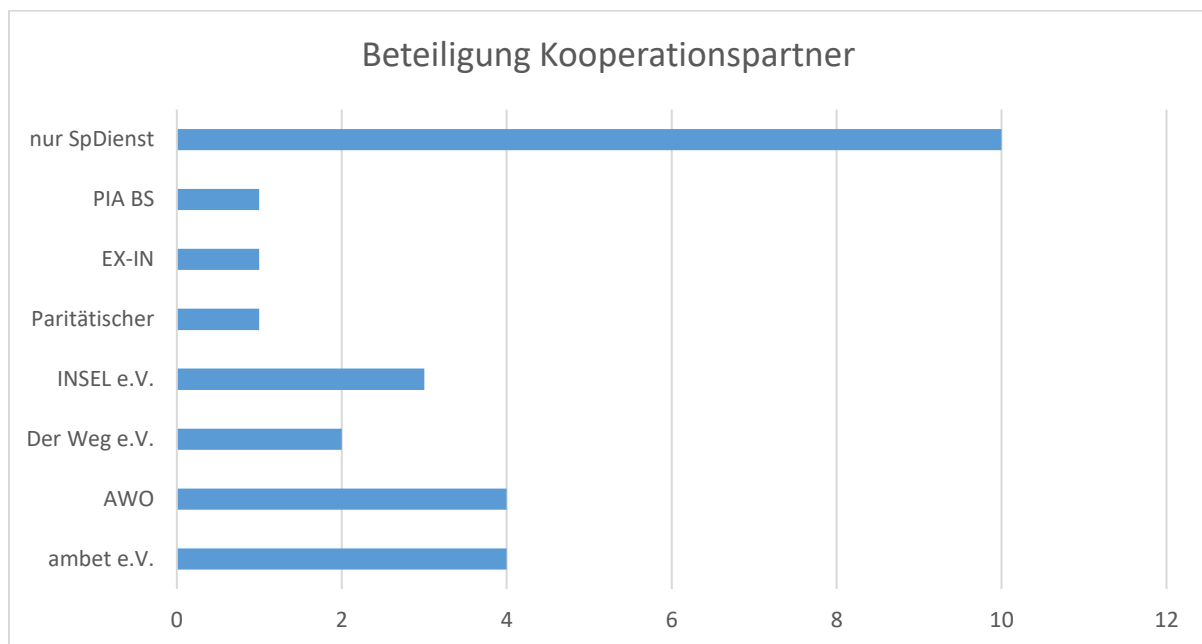
Im Dokumentationssystem des Sozialpsychiatrischen Dienstes Braunschweig wurden die Kontakte gemäß Vorgaben durch das Ministerium erfasst. Dabei wurden die Parameter Begleitung und Abklärung als *face to face* Kontakte eingestuft. Eine Beratung erfolgte via Telefon, Email oder in Form von Schriftverkehr. Die Kontakte zu Angehörigen, Hin- und Zugehörigen, Institutionen, rechtlichen Betreuer*innen und Kooperationspartnern wurden im Erfassungszeitraum 01.04.2021 bis 31.12.2021 nicht differenziert. Anpassungen im Dokumentationswesen und der Statistiken sind nach Beendigung der Vorgaben im Modellprojekt angestrebt. Eine differenzierter statistische Erfassung soll so gewährleistet werden.

Die direkten Kontakte zu den Klient*innen beziffern prozentual 35 % aller Kontakte innerhalb der MBTs. Die Kontakte zur Gruppe von Angehörigen, Kooperationspartnern u.a. ist eindeutig höher. Ein möglicher Erklärungsansatz ergibt sich durch die modellhafte Erprobung der neuen gemeindepsychiatrischen Struktur an sich, sowie den Bedarf des (fachlichen) Austauschs der Beteiligten bzgl. des MBT Falles.

Beteiligung der Kooperationspartner

Bis auf den Verein EX-IN Niedersachsen und die Psychiatrische Institutsambulanz des Klinikums Braunschweig (PIA BS), hatten alle erwähnten Institutionen einen Kooperationsvertrag mit der Stadt Braunschweig für die Spanne der Modellphase des GPZ geschlossen.

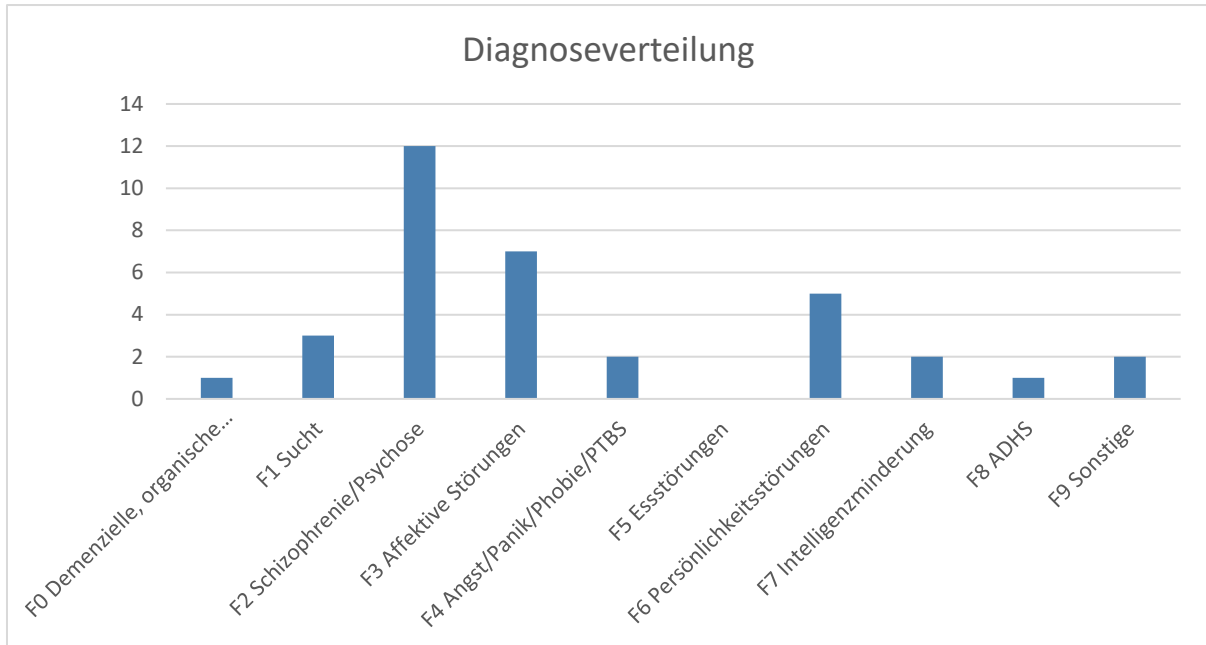
Die Kooperationspartner bzw. ihre Mitarbeiter*innen wurden mittels Dienstplan eingesetzt. Während Hochphasen der Coronavirus-Pandemie bzw. während des Lockdowns 2020/2021 wurden die meisten MBT Fälle nur durch Sozialarbeiter*innen und Fachärzt*innen aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst bearbeitet. Ohne die damaligen Kontaktbeschränkungen, wären diese Fälle mit den entsprechenden Kooperationspartnern gemeinsam bearbeitet worden.



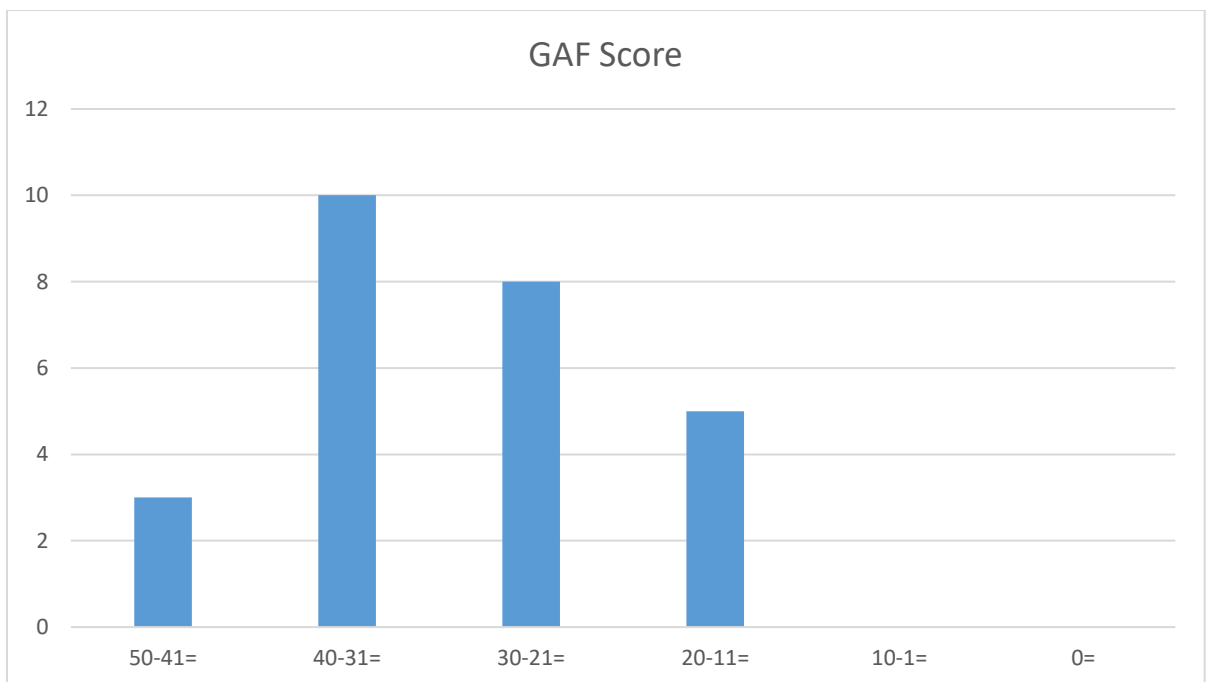
Diagnosen und GAF Score

Die Diagnoseverteilung nach ICD10, Kapitel V, ergibt einen Peak für Erkrankungen aus dem Schizophrenie Spektrum; v.a. handelte es sich bei den Krankheitsbildern um akute oder chronifizierte Psychosen.

Die Diagnosen der Klient*innen verteilten sich wie folgt (Mehrfachnennungen waren möglich):



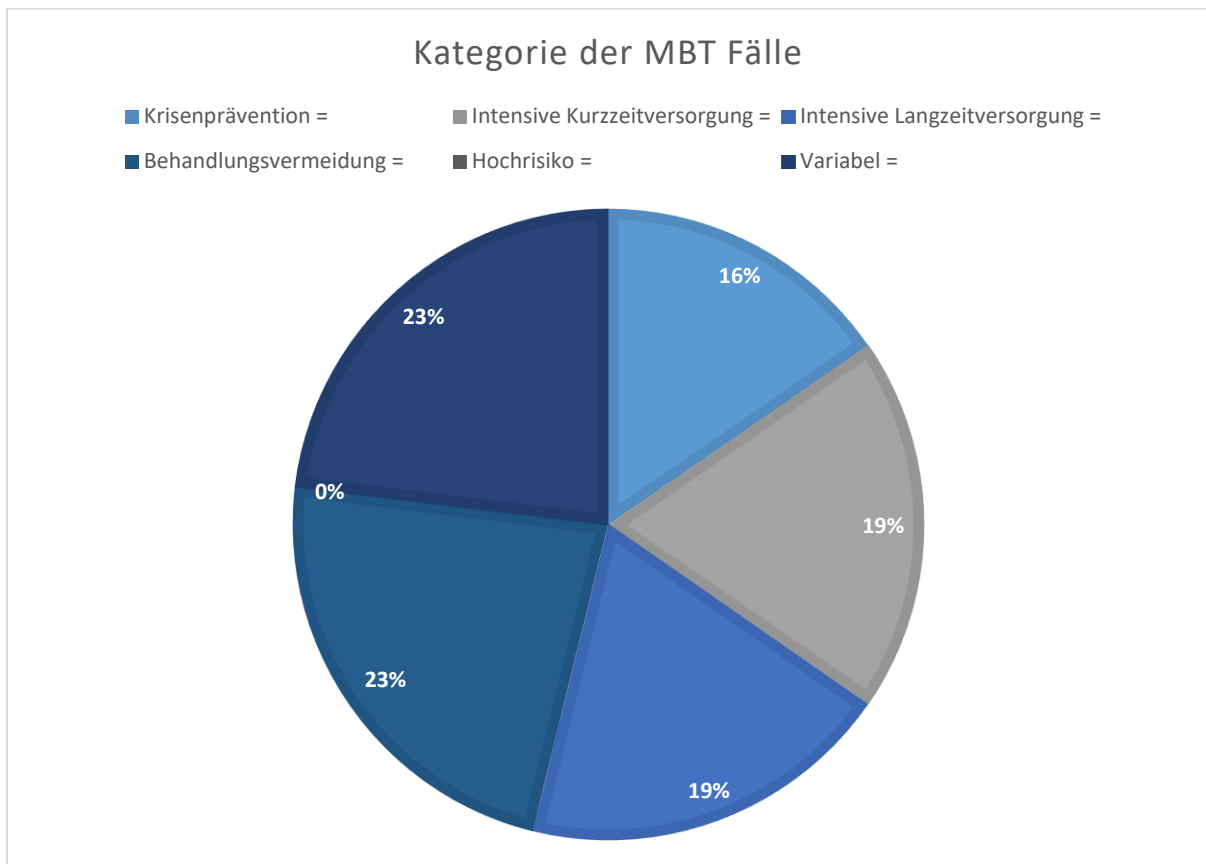
Der GAF Score wurde immer seitens des Fallmanagenden ermittelt und verteilte sich wie folgt auf die dokumentierten Fälle:



Kategorie MBT Fälle

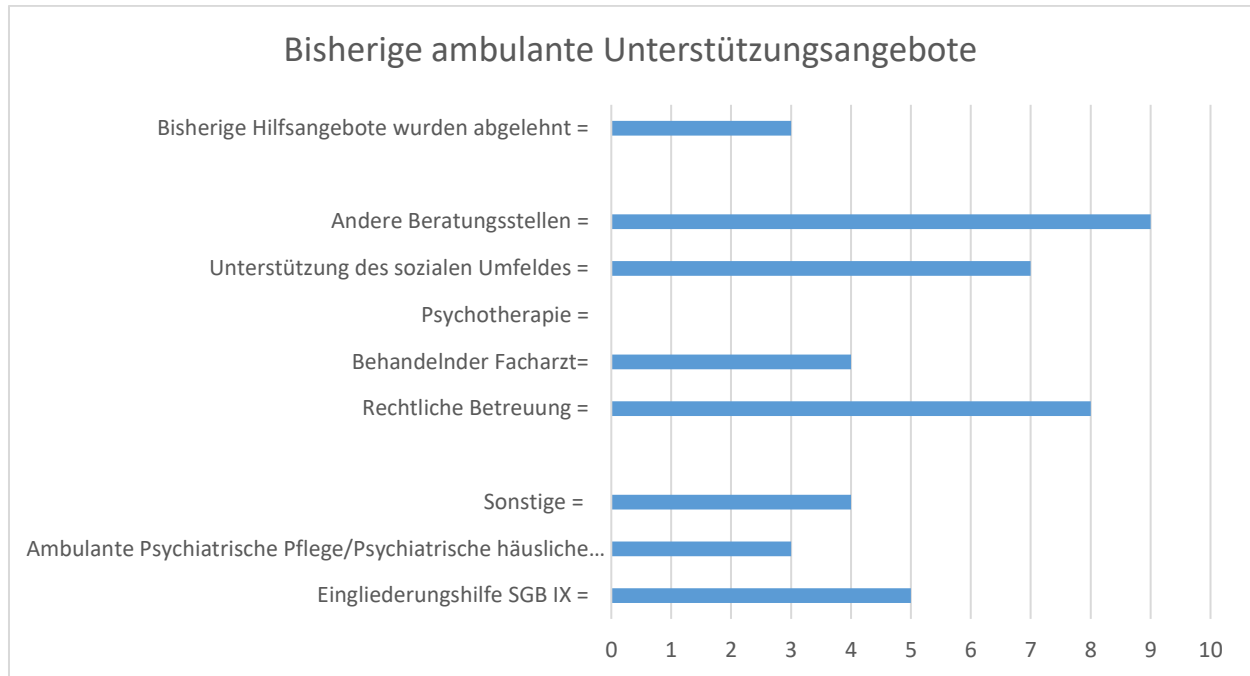
Durch die Zuteilung der MBT Fälle auf Kategorien lässt sich erkennen, dass *Behandlungsvermeidung* ein häufiger Anlass für die Fallbearbeitung im MBT war. Die Kategorie *Variabel* wurde ebenso häufig genannt und umfasst die Fälle, die sich entweder nicht eindeutig zuordnen ließen oder zwischen den Kategorien variierten. *Intensive Lang- oder Kurzzeitversorgungen* wurden gleichwertig gewählt. Die *Krisenprävention* konnte offensichtlich die Einstufung in einen *Hochrisiko*-Fall gänzlich verhindern. Letzteres zeigt den Erfolg der MBTs zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen und Klinikaufenthalten durch die engmaschige und intensive Arbeit des professionellen Helferteams mit den Klient*innen.

Die Kategorien verteilten sich wie folgt:



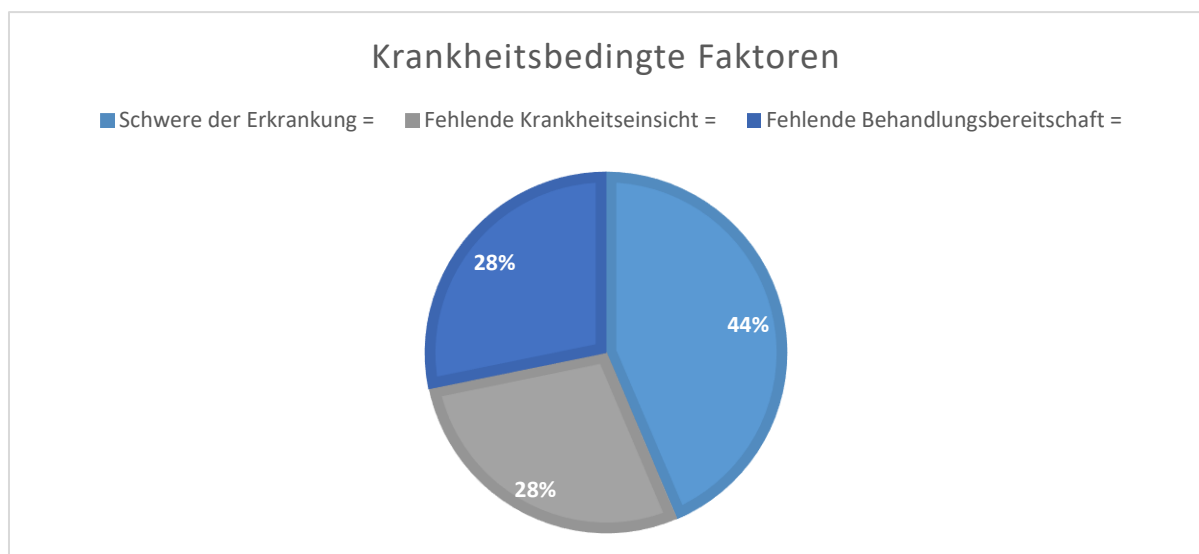
Bisherige Hilfsangebote

Es konnten Angebote erfasst werden, die die Klient*innen aktuell oder in der Vergangenheit bereits beansprucht haben. Mehrfachnennungen waren möglich.



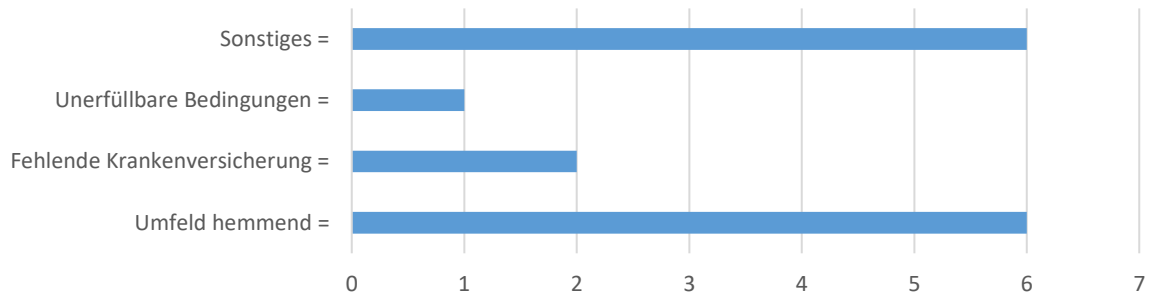
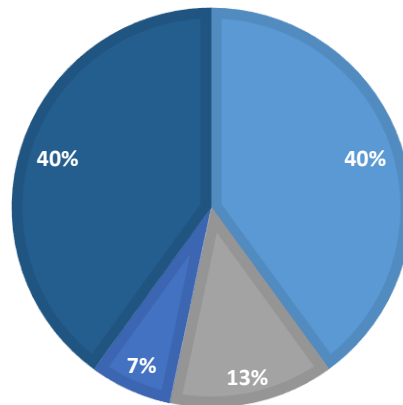
Risikofaktoren Compliance

Diese Items geben Hinweise auf die Risikofaktoren im Bereich der Compliance der Klient*innen. Unter „Sonstiges“ fielen z. B. Hinweise auf ein fehlendes soziales Umfeld, Hindernisse durch Milieu in einer Obdachlosenunterkunft, die fehlende Kooperation durch eine Fachklinik oder einen weiteren Dienstleister im sozialpsychiatrischen Bereich. Es waren Mehrfachnennungen möglich.



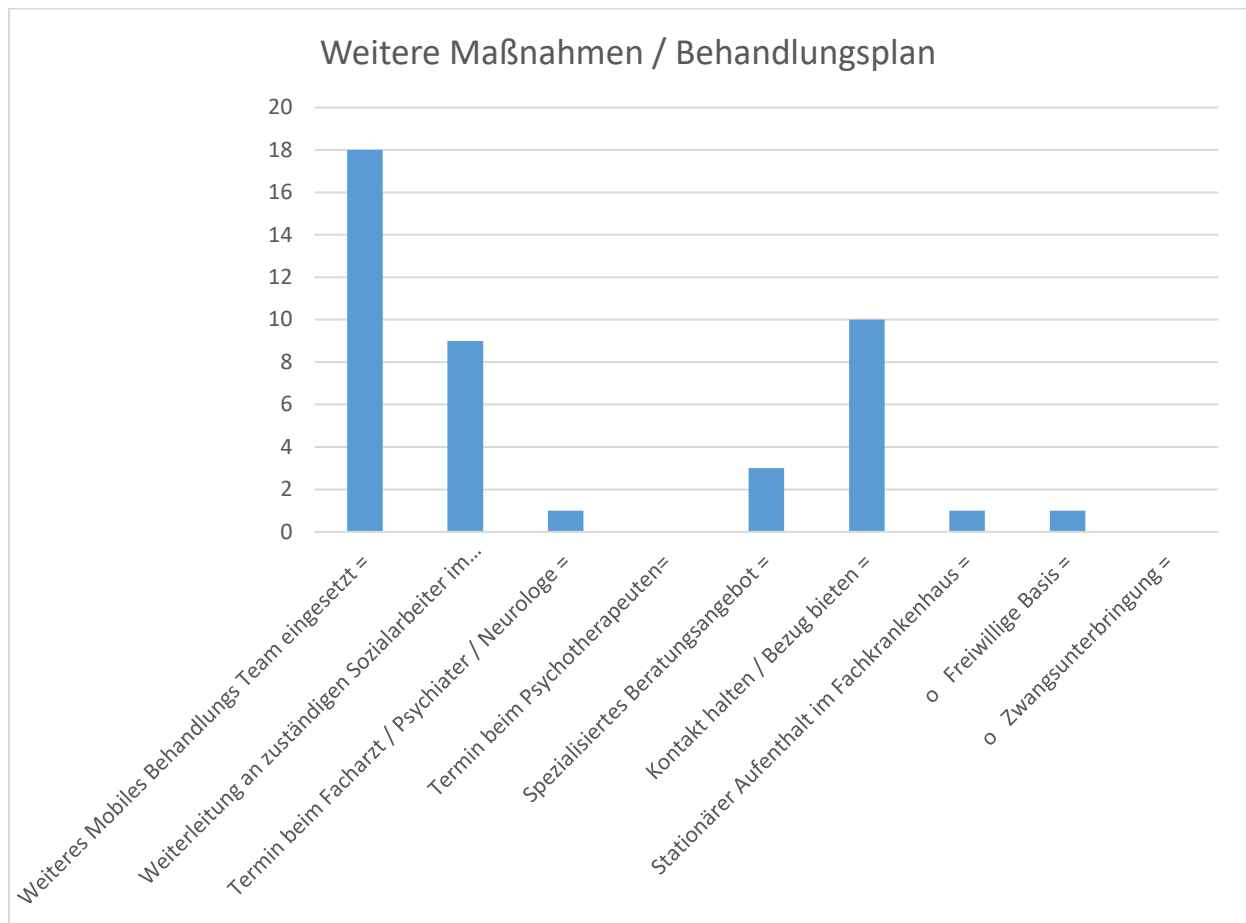
Andere Bedingungen

■ Umfeld hemmend = ■ Fehlende Krankenversicherung = ■ Unerfüllbare Bedingungen = ■ Sonstiges =



Weitere Maßnahmen / Behandlungsplan

Es wurden Maßnahmen erfasst, die in der KSG oder im MBT entschieden wurden.
Mehrfachnennungen waren möglich.

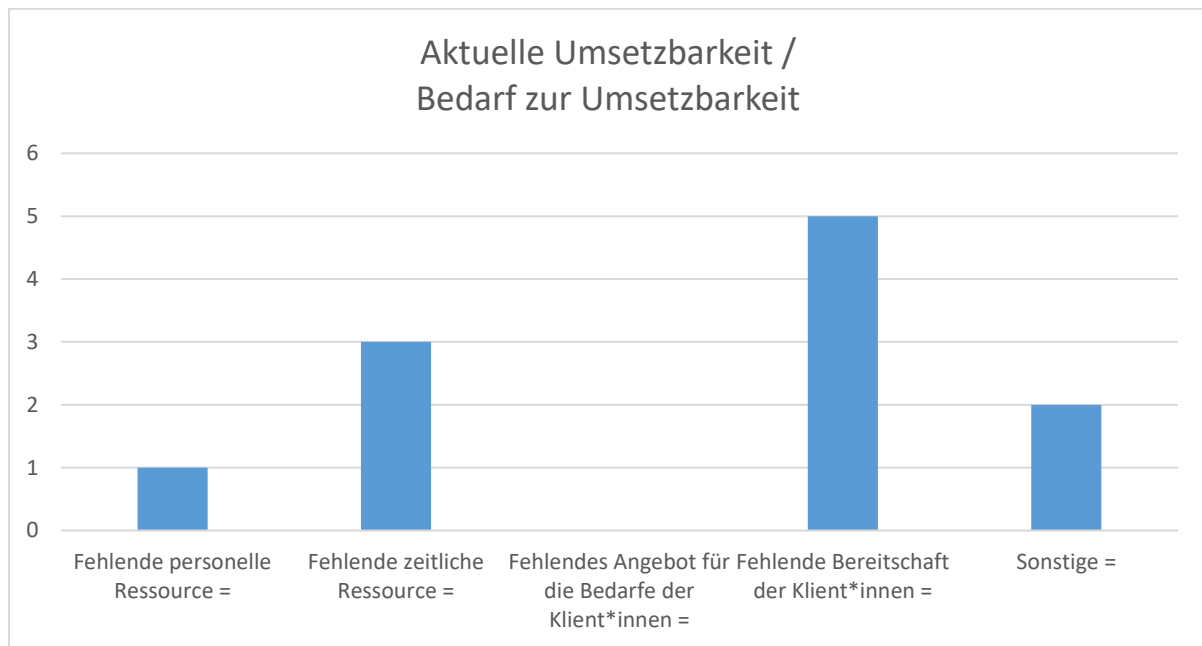


Aktuelle Umsetzbarkeit / Bedarf zur Umsetzbarkeit

In der Modellphase war es nötig auch diejenigen Erfahrungswerte zu generieren, die ein Scheitern der Hilfemaßnahmen dokumentieren oder aufzeigen, welche Ressourcen vorhanden sein müssten, um einen Fall als MBT bearbeiten zu können.

Zeitliche und personelle Ressourcen erfassen hierbei den Sozialpsychiatrischen Dienst und die Kooperationspartner gleichermaßen.

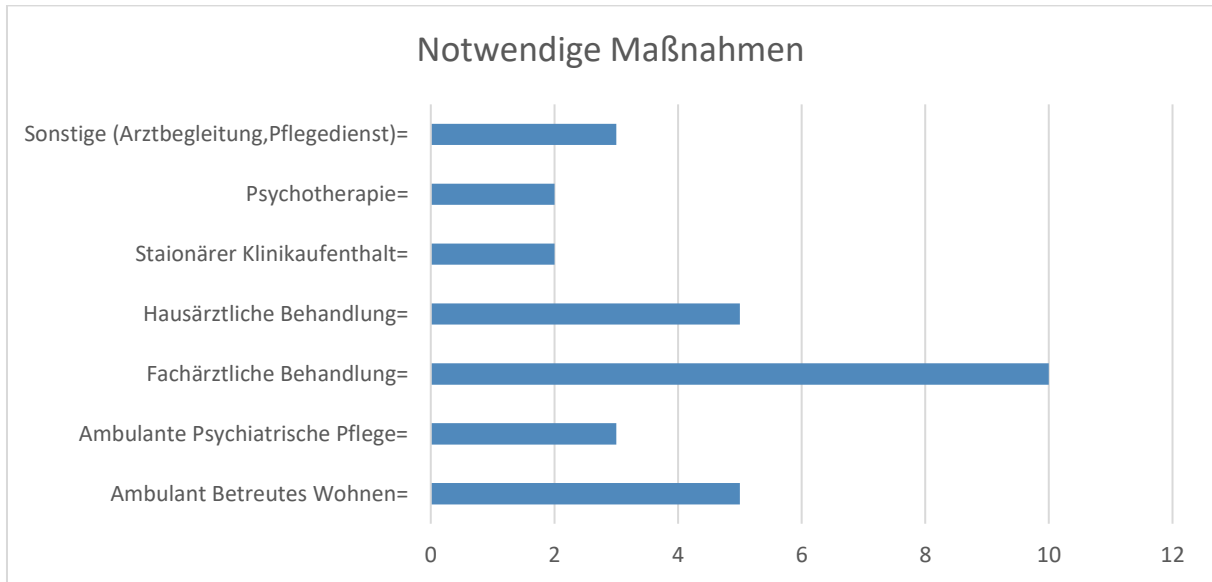
Es sind Mehrfachnennungen möglich gewesen.



Geeignete Maßnahmen für ein MBT

Zu den oben genannten Ressourcen zählten auch Maßnahmen, deren Installation bei vorhandenem Angebot, vorhanden personellen und zeitlichen Ressourcen oder vorhandener Compliance der Klient*innen und / oder deren Umfeld notwendig gewesen wären.

Es sind Mehrfachnennungen möglich gewesen.



9. Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit war von Beginn an ein fester Bestandteil im Modellprojekt. Ende Januar 2020 fand eine Auftaktveranstaltung unter Einbezug der Fachöffentlichkeit und Teilnahme aus Landespolitik, kommunalen Entscheidungsträger*innen, der Braunschweiger Bürgerschaft, Fachpublikum aus der Region, sowie Interessierten statt. In der regionalen und landesweiten Presse sowie dem Hörfunk wurde darüber berichtet. Außerdem wurde eine Broschüre zur Auftaktveranstaltung entwickelt und herausgegeben.

Des Weiteren wurde in Kooperation mit dem Braunschweiger Stadtmarketing und einer regionalen Design- und Werbeagentur ein Flyer, eine Broschüre und ein Prototyp für Veranstaltungshinweise entwickelt.

Zudem wurde über das Modellprojekt dem Gremium Kommunaler Fachbeirat und beim regionalen Treffen der Sozialpsychiatrischen Dienste in Süd-Ost-Niedersachsen mittels Präsentation regelmäßig berichtet.

Der Modellantrag selbst wurde Interessierten dieser Gremien zur Verfügung gestellt.

Der Jahresbericht 2020 wurde über die Website der Stadt veröffentlicht.

Im Sommer 2021 fand virtuell eine Informations- und Fortbildungsveranstaltung statt. Diese wurde gemeinsam mit einer Vertreterin des Vereins EX-IN Niedersachsen e.V. initiiert. Thema war die Implementierung von Genesungsbegleiter*innen im GPZ und anderen Bereichen der sozialpsychiatrischen Versorgung.

10. Finanzen

Der Finanzplan unterlag dem Controlling im Gesundheitsamt und der Projektleitung. Die Kosten orientierten sich an den im Zuwendungsbescheid vom 08.10.2019 genannten Summen.

Zu bemerken gilt, dass die Kosten für 2019 größtenteils nicht genutzt werden konnten, da der Zuwendungsbescheid nebst Zuwendung an die Stadt Braunschweig verzögert eintrafen. Ferner konnten veranschlagte Personalkosten für die Monate Januar bis März 2020 nicht mehr abgerufen werden, da die Stelle erst zum 01.04.2020 besetzt werden konnte.

Durch die Coronavirus-Pandemie waren einzelne Vorhaben des Projektes zunächst verschoben, später leider gänzlich entfallen. Die finanziellen Mittel waren für die Jahre 2020 und 2021 eingeplant und konnten laut Zuwendungsbescheid nicht in das Folgejahr übertragen werden.

Leider werden auch für 2022 bereits zugesagte finanzielle Mittel des Landes, doch nicht bereitgestellt. Aufgrund dieses Umstandes bemühte sich die Stadt Braunschweig, eigene Lösungen mit der Kommunalpolitik zu erarbeiten, um die Leistungen des GPZ für die Bürger*innen aufrecht zu erhalten.

Die folgende Kostenübersicht gibt einen gesamten Überblick der Ausgaben und markiert diejenigen Positionen, die von pandemiebedingten Einschränkungen¹⁶ betroffen sind.

¹⁶ Siehe farbliche Markierung.

Kostenübersicht Gemeindepsychiatrisches Zentrum 2019 bis 2020				
	2019	2020	2021	Bemerkungen
Personalkosten	3.115,70 €	77.909,79 €	95.284,32 €	
Koordination GPZ	-	53.761,59 € *	71.628,12 €	*ab 01.04.2020 besetzt
Koordination SpV	3.115,70 €	15.828,20 €	15.282,20 €*	*seit 01.06.2021 unbesetzt
Peers/ Angehörige	-	8.320,00 €*	8.320,00 €*	*bisher keine finanziellen Mittel abgerufen - Einschränkungen durch Coronavirus-Pandemie
Sachkosten	27.865,70 €	119.144,79 €	118.684,32 €	
Laptop, Drucker	5.500,00 €	-	-	Externe Beschaffung
MBT Smartphone	2.250,00 €	-	-	Externe Beschaffung
Beamer, Laptop	1.200,00 €	-	-	Externe Beschaffung
Mobiliar	1.100,00 €	-	-	Externe Beschaffung
Literatur, Bibliothek	2.300,00 €	-	-	Externe Beschaffung
Öffentlichkeits- arbeit/ Logo, Flyer	7.400,00 €	4.025,00 €	1.300,00 €	Externe Vergabe *Einschränkungen durch Coronavirus-Pandemie
Honorarausgabe/ Organisations- entwicklung	2.500,00 €	16.660,00 €*	7.000,00 €*	Externe Vergabe *Einschränkungen durch Coronavirus-Pandemie
Honorarausgabe/ Evaluation		8.225,00 €*	5.500,00 €	* Ausfall Coronavirus-Pandemie
Werbematerial	-	1.100,00 €*	1.100,00 €	*Ausfall Coronavirus-Pandemie
Fortbildung/ Qualifizierung	2.500,00 €	11.225,00 €*	8.500,00 €	* Ausfall Coronavirus-Pandemie
Personal/ Verwaltungs- kostenpauschale (8% der zuwendungs- fähigen Personalkosten)	249,26 €	6.232,78 €	7.622,75 €	
Gesamt	28.114,96 €	125.377,57 €	126.307,07 €	
Max. Zuwendung (80% der Gesamtausgabe)	22.491,96 €	100.000,00 €	100.000,00€	
Eigenanteil (20% der Gesamtausgabe)	5.622,99 €	25.377,57 €	26.307,07 €	

Pandemie

11. Modellprojekt während der Coronavirus-Pandemie

Erster Lockdown

Bereits der erste Lockdown in der ersten Jahreshälfte 2020 bremste die Planungen für das Modellprojekt teilweise stark aus. Einzelne Regelungen und Zusagen aus dem Zuwendungsbescheid wurde seitens des Landes ausgesetzt.

Die MBTs konnten nicht wie geplant zu Anfang April starten, da weder Schulungen durchgeführt werden konnten, noch wichtige Gremien über Kooperationsverträge o.ä. entscheiden konnten.

So musste der Start der Organisationsentwicklung mehrfach verschoben werden und konnte zunächst nur in Einzelcoachings stattfinden. Ähnlich wurde bezüglich der Kooperation mit der TU Braunschweig für die Evaluation verfahren.

Erste persönliche und zielführende Gespräche konnten erst im Sommer stattfinden.

Die Öffentlichkeitsarbeit sowie die Netzwerkarbeit konnten nur zu einem Mindestmaß erfüllt werden.

Dennoch hielt das Projekt weitgehend den Zeitplan ein und konnte im Prozess aktiv bleiben.

In den Sommermonaten 2020 war es gelungen, interne Veranstaltungen wie Workshops mit der Organisationsberatung, Schulungen für die MBT Mitarbeiter*innen und Netzwerkarbeit in den Gremien stattfinden zu lassen.

Zweiter Lockdown und reduzierte Ressourcen

Die Coronavirus-Pandemie verlangt dem Gesundheitssystem immer noch alle verfügbaren personellen Ressourcen ab.

Demzufolge wurden personelle Kapazitäten aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst für den Infektionsschutz eingesetzt. Ferner wurde zusätzlich ärztlicherseits Unterstützung im Infektionsschutz benötigt, sodass der Facharzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes neben seiner Funktion als Stellenleiter z. T. außerhalb der Abteilung eingesetzt wurde.

Die Verordnungen des Landes Niedersachsens zur Regelung der Kontaktbeschränkungen wurden befolgt. Somit musste auf das Einsetzen weiterer MBTs von 01.12.2020 bis 01.04.2021 komplett verzichtet werden. Die Versorgung der Klient*innen wurde weiterhin aufrechterhalten, jedoch ohne die fachliche Expertise der Kooperationspartner.

Durch Telefonkonferenzen mit den Kooperationspartnern war bekannt, dass diese sich aufgrund der Kontaktbeschränkungen und Einschränkungen durch die Pandemie bedingt ebenfalls strukturell und personell umorganisierten (Homeoffice - Lösungen, Teamschichtlösungen...). Aufgrund dessen war die Arbeit in den MBTs in dieser Phase nicht Fokus in den Einrichtungen.

Begrenzte technische Mittel der Stadt Braunschweig bzgl. der Kapazitäten für Videokonferenzen erschwerten damals den Projektaufbau.

Aufgrund der Situation durch die Coronavirus-Pandemie wurden die Kapazitäten für z. B. Videokonferenzen rund um die Pandemiebekämpfung reserviert.

Auch in den folgenden Monaten war die Projektarbeit durch die pandemische Situation erschwert und insbesondere für die operative und die koordinative Ebene herausfordernd.

Kosten

Durch die Coronavirus-Pandemie mussten bereits geplante Veranstaltungen abgesagt oder verschoben werden. Für die Veranstaltungen wurden im Finanzplan Mittel eingeplant, die nicht mehr nutzbar waren und verfielen. Die fehlende Möglichkeit, Finanzmittel zu übertragen, wurde aus Gesprächen mit dem NLS und dem Psychiatriereferat des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung deutlich gemacht.

Ein entsprechender Änderungsbescheid stand seit Ende des ersten Quartals 2020 aus und wurde seitens des hiesigen Rechnungsprüfungsamtes mehrfach angemahnt.

Im Dezember 2020 wurde seitens der Stadt Braunschweig schriftlich im zuständigen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung um Übertragung nicht verbrauchter finanzieller Mittel aus den Jahren 2019 und 2020 gebeten.

Im Januar 2021 wurde seitens Ministerium die Übertragung der restlichen Mittel aus 2019 zunächst nachweislich zugesagt.

Bedauerlicherweise wurde diese Zusage im Spätherbst 2021 zurückgezogen. Dies führte zu erheblichem Aufwand innerhalb der städtischen Verwaltung und Kommunalpolitik, mit dem Ziel die Leistungen im GPZ zu erhalten und die Planung einer Verstetigung auch ohne Mittel des Landes voranzutreiben.

Netzwerkarbeit

Aufgrund der stabilen Strukturen im Sozialpsychiatrischen Verbund in Braunschweig konnte die Netzwerkarbeit weitgehend mit alternativen Maßnahmen weiter durchgeführt werden. Es fanden z. T. Präsenzveranstaltungen während des Sommers statt, seit dem ersten Lockdown ergänzt durch Telefon- und Videokonferenzen. Der Austausch via Mail und Telefon ersetzte jedoch nicht den wichtigen persönlichen Austausch und die Begegnung in Arbeitsgruppen zum Aufbau eines GPZ und der Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung.

Evaluation

Die Evaluation in Kooperation mit der TU Braunschweig konnte aufgrund der Pandemie in 2021 noch nicht beginnen.

Seit Februar 2022 wird die Modellphase in Kooperation mit der TU Braunschweig evaluiert. Die Auswertung wird von Student*innen des Instituts für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Diagnostik im Rahmen ihrer Bachelor- und Masterarbeiten geleitet. Die Erhebung erfolgt mittels Interviews der maßgeblich Beteiligten. Der Fokus der Evaluation wird auf die Herausforderungen und Chancen des GPZ während der Projektzeit gelegt. Die Ergebnisse werden publiziert.

Begleitgruppe durch das Ministerium

Auf Landesebene war eine Begleitgruppe für die Modellregionen Braunschweig und Cuxhaven, Heidekreis sowie andere interessierte Regionen in Niedersachsen zugesagt und vorgesehen.

Die Begleitgruppe war triadisch besetzt und sollte vor allem den Modellregionen in der Projektphase zum gegenseitigen Austausch und Coaching dienen. Auf freiwilliger Basis konnten sich auch andere interessierte Kommunen ab den Treffen beteiligen, um Erfahrungen auszutauschen oder auch eigene Vorhaben und Entwicklungen zu diskutieren.

Durch aktives Nachfragen und Bemühen um einen ersten Termin seitens des Braunschweiger Projektes und der Landespsychiatriekoordination reagierte das Psychiatriereferat Ende Juni 2020 mit einer Videokonferenz. Präsenzveranstaltungen konnten seitens des Psychiatriereferats bis zuletzt nicht realisiert werden. Stattdessen wurden die Treffen regelmäßig als Videokonferenz angeboten.

Aus Sicht des Braunschweiger Modells besteht Anlass zur Kritik.

Vor allem die gemeinsame Bearbeitung der Ergebnisse des Begleitprojektes *SIE_GPZ*¹⁷ stand bei den Treffen der Begleitgruppe regelhaft im Vordergrund. Aus diesem Grund entstand für die Teilnehmenden der Modellregion Braunschweig der sich erhärtende Eindruck, dass das eigentliche Coaching der Modellregionen und der Austausch untereinander kaum stattfinden konnte und zu wenig Raum bekam.

Statt einer Begleitung durch das Ministerium für die Modellregionen, fand eher eine Begleitung durch die Modellregionen für das Begleitprojekt *SIE_GPZ* statt.

Diese Kritik wurde mehrfach während der Treffen geäußert, was aber zu keiner Veränderung beitrug.

Die Entwicklung von landesweit geltenden Standards für GPZ ist aus Braunschweiger Sicht verfrüht. Die doch viel kurzen Modellphasen vor dem Hintergrund einer Pandemie und inklusive unklarer Finanzierungsmöglichkeiten mangels fehlender Gesetzgebung, bieten insgesamt zu wenig Erkenntnisgewinn und Erfahrung, um auf einheitliche Standards schließen zu können. Darüber hinaus konnte die sich wiederholend aufdrängende Frage nach der Finanzierung der ermittelten Standards (bspw. Fortbildung aller Mitarbeitenden eines GPZ zu Themen wie *Open Dialogue*, *Recovery*, zwingende Beteiligung von (Fach-)Ärzt*innen...) nicht zufriedenstellend geklärt werden.

Zusätzlich fiel mehrfach auf, dass am Thema interessierte Regionen kaum in Diskussionen einbezogen waren, sondern vielmehr „stille Zuhörer“ waren. Auf etwaige andere Konzepte neben denen der Modellregionen wurde nicht eingegangen.

Weitere Umstände geben Anlass zur Kritik und werfen Fragen auf, die bis heute unbeantwortet geblieben sind.

Ein Beispiel:

Die Stadt Braunschweig hat während der gesamten Modellphase die herausfordernde Aufgabe der alleinigen Steuerungsfunktion für das GPZ, gemäß der vom Land definierten Förderrichtlinien und den Vorgaben im Zuwendungsbescheid wahrgenommen. An allen Treffen nahm aus dem Braunschweiger Projekt mindestens eine Person aus der kommunalen Verwaltung teil.

Andere Modellregionen nahmen unregelmäßig oder gar nicht an den für Modellregionen verbindlichen Terminen der Begleitgruppe teil; stattdessen wurden Vertreter*innen von Kooperationspartnern oder beteiligten Firmen entsendet.

Aus hiesiger Sicht, hätte das zuständige Ministerium diesen Umstand anmahnen müssen und auf eigene Regularien verweisen können; gemäß der Förderrichtlinien sollte die Steuerung während der Projektlaufzeit in den Kommunen liegen und nicht bei Kooperationspartnern.

Die Mitarbeit und Integration von Krankenkassenvertreter*innen in die Begleitgruppe zur Prüfung möglicher Abrechnungswege für Leistungen eines GPZ kann hier lobende Erwähnung finden, ebenso wie die dialogische Ausrichtung der Gruppe und die einmalige Präsentation des FACT-Modells aus den Niederlanden.

¹⁷ Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung hat das Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. (kurz: ISP) im September 2020 beauftragt für Gemeindepsychiatrische Zentren die Entwicklung von allgemeinen Standards zu entwickeln und ein Konzept zu deren Umsetzung zu beschreiben.

Die Erwartungen seitens der Modellregion Braunschweig an die Organisatoren der Begleitgruppe waren¹⁸:

- Berücksichtigung der Grundlagen des Projektmanagements
- Externe Moderation der Gruppe, da das Psychiatriereferat als Initiator der Modellprojekte als ein Stakeholder im Gesamtprozess fungierte
- Coaching der zwei bzw. drei Modellregionen zu den Themen Ablauf der Modellphase in Zeiten der Corona-Virus Pandemie und übriger individueller Herausforderungen (fehlende Ressourcen im SGB V Bereich, ländliche Bereiche vs. urbane Gebiete...)
- Etablierung von sinnhaften und an die Entwicklungen der Modelle angepassten Standards
- Entwicklung von Strategien zur Finanzierung nach Beendigung der Projektphase
- Austausch und aktiver Einbezug weiterer Regionen, die bereits ein GPZ-Konzept haben oder entwickeln möchten
- Ausarbeitungen in Unterarbeitsgruppen mit Expert*innen z. B. zur Finanzierungsthematik
- Transparente und frei zugängliche Dokumentation von Arbeitsergebnissen, z. B. mittels virtuellen Tools für einen besseren und zeitgemäßen Workflow
- Evaluation des gesamten Prozesses inkl. Interviews der Beteiligten und Beleuchtung der Sichtweisen (Betroffen-, Angehörigen-, Krankenkassen-, Modellregionen- und politischer Sicht)
- Blick über den Tellerrand: Wie sind GPZ in anderen Bundesländern organisiert und finanziert? Können auch etablierte gemeindepsychiatrische Strukturen im europäischen Ausland in Niedersachsen (teil-)erprobt werden? Austausch mit den Verantwortlichen des Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. zur Gemeindepsychiatrischen Basisversorgung
- Diskurs zu regional übergreifenden Kooperationen von GPZ (bspw. Fachärzte)
- Integration der versorgenden Fachkrankenhäuser der Modellregionen
- Unterstützung und Argumentationshilfen zur Nutzung für die Modellregionen und interessierte Regionen zur Etablierung bzw. festen Implementierung der GPZ.

Diese Erwartungen wurden zum Teil erfüllt bzw. in anderer Form (z. B. Protokoll statt virtueller Flipchart).

Die Beteiligung einer Organisationsentwicklung bzw. externen Prozessbegleitung wäre für eine zielgerichtete Zusammenarbeit in einer Begleitgruppe für die GPZ Projekte sicherlich sinnvoll gewesen.

12. Resümee Projektphase in Braunschweig

Von Beginn an, war die Projektphase von einer guten und vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen der Stadt Braunschweig als Trägerin des GPZ, den Vertreter*innen von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen, den Kooperationspartnern und externen Expert*innen geprägt.

Dementsprechend ist die Umsetzung der obersten Projektziele gelungen:

- Aufbau und Etablierung der Strukturen von KSG und MBTs
- Entwicklung eines Konzeptes für die praktische Arbeit der MBTs
- Koordination aufsuchender multiprofessioneller Hilfen

¹⁸ Aufzählung exemplarisch.

- Verstetigung der gemeinsamen Haltung
- Schulungen und Fortbildungen für die MBT Mitarbeiter*innen zur weiteren Qualifizierung
- Verbesserung der Versorgung und Unterstützung für schwer erkrankte Menschen durch ein individuelles Angebot beteiligter Netzwerkpartner
- (Krisen-)Prävention, zur Vermeidung der Psychiatrisierung von Befindlichkeitsstörungen und psychosozialen Krisen
- Engmaschige multiprofessionelle Vernetzung von Behandlungs-, Beratungs-, Unterstützungs- und Steuerungsangeboten
- Netzwerkarbeit in entscheidenden Gremien, Arbeitskreisen und Informationsrunden
- Gewinnung weiterer Kooperationspartner
- Entwurf eines vorläufigen Finanzierungskonzeptes als „Pilotprojekt“ für die MBTs in Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern und des Fachbereiches Soziales und Gesundheit der Stadt Braunschweig
- Öffentlichkeitsarbeit und Veranstaltungen zum GPZ
- Start der Unterstützung durch Peers und Angehörige
- Workshops und Coaching durch die Organisationsberatung und-entwicklung
- Berichterstattung
- Vorbereitung der Verstetigung des Projektes

Die Herausforderungen der Pandemie erschwerten zwar die Umsetzung einzelner Projektziele, was aber den Strukturaufbau des GPZ zu keiner Zeit gänzlich gefährdete. Durch die gemeinsame Haltung zum GPZ konnte es auch vor dem Hintergrund einer Pandemie erreicht werden, Ziele zu erreichen und Alternativen zu bisherigen Planungen zu finden.

Es konnte trotz aller herausfordernden Umstände für 26 Bürger*innen der Stadt Braunschweig das Angebot eines MBT gemacht werden und somit eine passgenaue Hilfeleistung erbracht werden.

Durch die konstruktive Mitarbeit aller Beteiligten auf operativer, struktureller oder koordinativer Ebene ist ein nicht-phisches GPZ entstanden, welches in den kommenden Jahren weiterentwickelt wird.

Zur Evolution der bislang erreichten Projektziele und zur weiteren Etablierung des GPZ in der Versorgungslandschaft sind weitere Schritte nötig. Größtenteils sollten diese bereits in der Modellphase umgesetzt werden, was aufgrund der Coronavirus-Pandemie und den damit verbundenen Einschränkungen nicht oder nur sehr rudimentär stattfinden oder durchgeführt werden konnte.

Ausgehend von einer Verstetigung des GPZ sind die nächsten Ziele folgende:

- Verstetigung des Projektes
- Gewinnung weiterer Kooperationspartner v.a. im Bereich des SGB V
- Die Weiterführung der MBT Arbeit mit den Kooperationspartnern
- Entwurf eines nachhaltigen Finanzierungskonzeptes für die MBTs in Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern unter Beratung mit zuständigen Kostenträgern und Expertenrunden
- Öffentlichkeitsarbeit für das GPZ ausweiten
- Öffentliche Veranstaltungen zum GPZ
- Schulungen und Fortbildungen für die MBT Mitarbeiter*innen zur weiteren Qualifizierung
- Verzahnung des Sozialpsychiatrischen Dienstes, des Psychosozialen Krisendienstes und des GPZ
- Etablierung der Unterstützung durch Peers / Angehörige
- Organisationsentwicklung und Neustrukturierung Sozialpsychiatrischer Dienst bzgl. des GPZ

- Fortführung der Evaluation
- Strukturelle Verknüpfung der Anbieter von SGB V-Leistungen und systematische Bearbeitung der Schnittstellen zu angrenzenden Versorgungsbereichen wie Eingliederungshilfe oder Jugendhilfe
- Entwicklung alternativer Versorgung bei z.B. fehlender Behandlungsbereitschaft
- Eigene Immobilie, in der SpDienst, GPZ und Krisendienst zusammengefasst tätig sein können

Fazit

Das GPZ war eines von zwei geförderten Modellprojekten in Niedersachsen. Es erweitert das Leistungsangebot des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit dem langfristigen Ziel ein eigenständiger und wesentlicher Baustein in der sozialpsychiatrischen Versorgung in der Stadt Braunschweig zu werden. Die KSG und die MBTs sind perspektivisch nur ein Teil des GPZ.

Für Braunschweig als die zweitgrößte Stadt in Niedersachsen ist ein GPZ in der sozialpsychiatrischen Versorgung unverzichtbar.

Durch intensive Bemühungen der Beteiligten im GPZ in Zusammenarbeit mit der Verwaltung des Gesundheitsamtes, des Fachbereiches Soziales und Gesundheit und der zuständigen Dezernentin, ist es gelungen das Thema und die Wichtigkeit gemeindepsychiatrischer Versorgung in der Kommunalpolitik zu platzieren. Eine weitere Finanzierung für die Arbeit des GPZ in Braunschweig wurde für die Haushaltsplanungen der kommenden drei Jahre der Stadt Braunschweig berücksichtigt.

Das Braunschweiger Modell will mittel- bis langfristig die Möglichkeit bieten, „Alles aus einer Hand“ zu bekommen.

Eine gezielte bedarfsgerechte Versorgung auf kurzem Weg in der Lebenswelt der Adressaten in einer urbanen Struktur ist das Ziel.

Die Steuerung innerhalb der Kommune hat ein wesentliches Qualitätsmerkmal:

Die Sozialpsychiatrische Versorgung ist Kernthema auf kommunaler Ebene, sodass die Stadt Braunschweig als Trägerin des GPZ eine Vorreiterfunktion in Niedersachsen einnimmt. Durch eine gute Vernetzung und gewachsene Strukturen auf Verbundebene entsteht eine unvergleichliche gesammelte Expertise für die Klient*innen. Das senkt die Hemmschwelle für Klient*innen, Angehörige und Bürger*innen gleichermaßen. Die Sensibilisierung für das Thema gemeindenahe Versorgung im psychiatrischen Sektor trägt entscheidend zur Entstigmatisierung und Inklusion bei.

Perspektivisch ist eine Ressourcenschonung und Umstrukturierung durch diese Art gesteuerter, zentraler und vor allem ambulanter Versorgung durchaus vorstellbar.

Die Chance eines GPZ für Braunschweig liegt darin, neue Wege zu gestalten, um den Klient*innen passgenaue Unterstützung „unter einem Dach und aus einer Hand“ vermitteln zu können. Die KSG und die Versorgung über MBTs nehmen dabei eine zentrale Rolle ein. Sie bieten eine ambulante Komplexleistung, die es zuvor nicht gab. Mit ihrem gebündelten Fachwissen dienen die MBTs den Klient*innen in ihren individuellen Situationen und helfen beispielsweise, stationäre Aufenthalte in Fachkliniken oder die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung zu vermeiden und Alternativen zu schaffen.

Zusätzlich werden Prozesse im Versorgungssystem beschleunigt (z. B. bei PHKP), Wartezeiten reduziert, eine schnelle Behandlung möglich und Abläufe transparenter gemacht.

Den Klient*innen und Angehörigen werden Zugangswege in die sozialpsychiatrische Versorgung erleichtert oder erstmalig ermöglicht.

Perspektivisch und langfristig ist vieles für das GPZ und die MBTs vorstellbar, wie z. B. bei Kooperationsbereitschaft Anbieter stationärer Hilfen stationsäquivalente Behandlung im eigenen Wohnumfeld der Klient*innen.

Im Aufbau eines GPZ sind die MBTs der erste wichtige Baustein, um die Sektorisierung von Behandlung durchlässiger zu machen. Die Arbeit des GPZ muss daher über die Gesetzgebung auch sozialgesetzbuchübergreifend möglich sein.

Der erfolgreiche Einsatz der MBTs ist wesentlich für weitere Planungen im GPZ, wie z. B. eine Immobilie für das GPZ inkl. Kontaktstelle wie Nachtcafé, Rückzugsräume, Tagesstätte, Gruppenangebote, Ergotherapieangebote, 24/7 Krisendienst u. v. m.

Zukünftig gilt es die Qualität in der Dokumentation und den Rücklauf der Informationen an die Koordination weiter zu entwickeln und zu optimieren.

Die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung aller Beteiligten und im Sozialpsychiatrischen Verbund ist trotz der bereits erwähnten Einschränkungen durch die Pandemie gelungen. Das GPZ verzeichnet weiterhin ein großes Interesse innerhalb Braunschweigs, als auch überregional.

Eine weitere Verzahnung zwischen dem Sozialpsychiatrischen Dienst, dem Psychosozialen Krisendienst und dem GPZ ist weiterhin angestrebt.

Es sollen weitere Kooperationspartner, v.a. aus dem SGB V Sektor gewonnen werden. Dazu wurden in 2020 / 2021 Gespräche z. B. mit dem AWO Psychiatriezentrum in Königslutter und der Psychiatrischen Klinik des Klinikums der Stadt Braunschweig aufgenommen. Weitere Gespräche zu möglichen Schnittstellen oder Kooperationen fanden mit Anbietern im Bereich der Wohnungslosenhilfe und der Flüchtlingshilfe statt.

Durch Inkrafttreten der KSVPsych-Richtlinie¹⁹ Ende 2021 ergeben sich nun neue Perspektiven für das GPZ. In entsprechenden Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes in Braunschweig werden zeitnah Möglichkeiten der Umsetzung der Richtlinie und auch die Vernetzung über das GPZ diskutiert werden. Seitens des Psychiatriereferates wurde angekündigt in Arbeitsgruppen auf Landesebene die Umsetzung der Richtlinie und damit verbundene Nutzung der Strukturen eines GPZ ebenfalls zu vertiefen und zu prüfen.

Die Idee eine gesetzliche Vorgabe zur Vorhaltung der GPZ in der Novelle des NPsychKG zu platzieren, erscheint für die mittelfristige Zukunft unausweichlich. Zeitgleich beinhaltet dies aber auch die tatsächliche Befähigung Sozialpsychiatrischer Dienste, auf personeller und struktureller Ebene, sowie der Kommunen auf finanzieller Ebene, diese Herausforderung annehmen zu können. Die Ideen und konkreten Planungen der niedersächsischen Landespolitik zur landesweiten Umsetzung von GPZ werden in Braunschweig mit Spannung erwartet.

¹⁹ <https://www.g-ba.de/beschluesse/4869/>; Zugriff: 11.01.2022

Weitere Informationen

Gerne stehen wir Ihnen persönlich für weitere Fragen zur Verfügung:

Sozialpsychiatrischer Dienst

Stadt Braunschweig

Hamburger Straße 226, 38114 Braunschweig

Telefon: 0531 470 7272, Mail: sozialpsychiatrischer.dienst@braunschweig.de

Alexandra Kühn

Koordinatorin Gemeindepsychiatrisches Zentrum

Stadt Braunschweig,

Hamburger Straße 226, 38114 Braunschweig

Telefon: 0531 470 7220, Mail: alexandra.kuehn@braunschweig.de

Informieren Sie sich ebenfalls online über das Modellprojekt: www.braunschweig.de/gpz