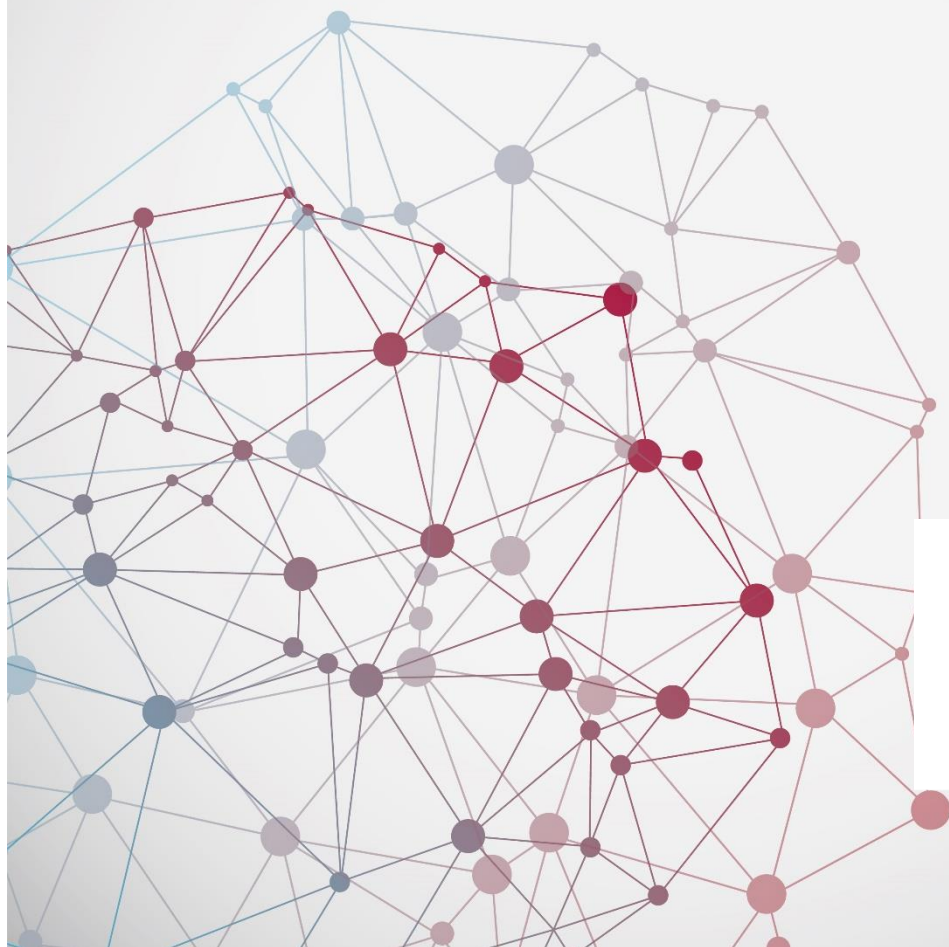


Jahresbericht 2020



Braunschweig
Löwenstadt



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

Förderkennzeichen:
4 SL 1.3 – 41580 – 19/03

Thema:
Entwicklung eines Gemeindepyschiatrischen Zentrums in der Stadt Braunschweig

Laufzeit des Vorhabens: 08.10.2019 bis 31.12.2021

Berichtszeitraum: 08.10.2019 bis 31.12.2020

Inhalt

Einführung	1
1. Modellprojekt Gemeindep psychiatrisches Zentrum Braunschweig	1
2. Das Braunschweiger Modell.....	2
Struktur und Arbeitsweise	4
3. Koordinierungsstelle Seelische Gesundheit.....	4
4. Koordination	6
5. Mobile Behandlungs-Teams – Fachliche Standards	6
Statistischer Bericht.....	11
6. Mobile Behandlungs-Teams – Praktische Umsetzung.....	11
7. Personelle Ressourcen	11
8. Fälle im Berichtszeitraum	12
Diagnosen und GAF Score.....	12
Kategorie MBT Fälle	13
Bisherige Hilfsangebote	14
Risikofaktoren Compliance	15
Weitere Maßnahmen / Behandlungsplan	16
Aktuelle Umsetzbarkeit / Bedarf zur Umsetzbarkeit	17
9. Öffentlichkeitsarbeit.....	18
10. Finanzen.....	18
Ausblick.....	20
11. Modellprojekt während der Corona-Pandemie.....	20
Erster Lockdown.....	20
Zweiter Lockdown und reduzierte Ressourcen	20
Kosten	20
Netzwerkarbeit.....	21
Begleitgruppe durch das MS.....	21
12. Ziele 2021	21
Fazit.....	22
Weitere Informationen	23

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 Koalitionsvereinbarung der Landesregierung 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 und gehandelt, integriert geplant und entwickelt wird.

Ein Konzept zum Strukturaufbau eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums über alle Altersgruppen und Lebenslagen, wurde gemäß den Fördergrundsätzen entwickelt 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 2020.

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 Landespsychiatrieplan 2016 wird die Steuerung des GPZ in Braunschweig von der Kommune wahrgenommen.³ Das GPZ ist 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 erfolgt über die sog. *Koordinierungsstelle Seelischen Gesundheit* (kurz: KSG), verortet im Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes.

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

Die Besonderheit in Braunschweig ist die modellhafte Erprobung, in Kooperation mit aktuell vier Anbietern ambulanter psychiatrischer Hilfen aus den Bereichen des vor allem des Sozialgesetzbuchs (SGB) IX (und z. T. des SGB V) *Mobile Behandlungs-Teams* (kurz: MBT) zu etablieren. Die MBT ergänzen die Krisenversorgung und bereits vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten. Das Angebot des GPZ steht dabei ausdrücklich nicht in Konkurrenz zu bestehenden Versorgungsangeboten, sondern verhindert vielmehr nicht notwendige Mehrfachinanspruchnahmen von Unterstützungsangeboten und verkürzt z. B. die Zeit bis zur Einleitung von Hilfsmaßnahmen. Dabei geht 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 soll das Angebotsspektrum an die örtlichen Gegebenheiten und vorhandenen Bedarfslagen angepasst und erweitert werden.

Beteiligte und nennenswerte Akteure in Arbeitskreisen rund um den Strukturaufbau des GPZ und zum Teil in der operativen Ebene sind 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., Psychiatrieerfahrene, die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikum Braunschweig und weitere Anbieter ambulanter psychiatrischer Hilfen.⁵ Die Intention aller Beteiligten kann wie folgt zusammengefasst werden:

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

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

⁴ www.nds-voris.de; Zugriff: 27.11.2020

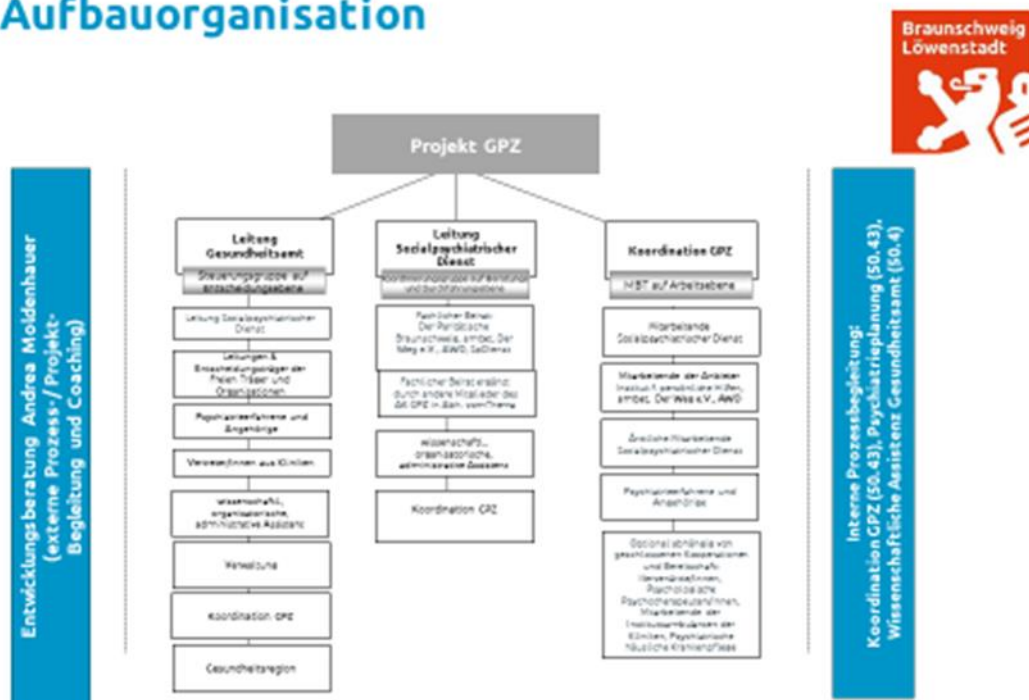
⁵ Alphabetische Reihenfolge

Um das Modellprojekt strukturiert durchzuführen und qualitativ zu begleiten, wurde eine Aufbauorganisation entwickelt, die im Folgenden kurz erläutert und veranschaulicht wird. Die Struktur des GPZ sieht 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.

Aufbauorganisation



Die wesentlichen Projekt- bzw. Prozessbeteiligten sind die Mitglieder der Steuerungsgruppe unter Vorsitz der Abteilungsleitung 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 werden intern und extern moderiert.

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

Ergänzend soll das Modellprojekt durch externe Kooperation mit der TU Braunschweig evaluiert werden.

Struktur und Arbeitsweise

3. Koordinierungsstelle Seelische Gesundheit

Neben den regulären Kernaufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes ⁶ werden die Mitarbeiter*innen durch ihre Tätigkeit in der KSG aktiv in die Arbeit im GPZ eingebunden. Die KSG fungiert als Schnittstelle zwischen dem Sozialpsychiatrischen Dienst und dem GPZ. Die Steuerung und die Einsetzung der MBT erfolgt grundsätzlich über die KSG im GPZ.

Die Zielklientel für die MBT sind:

- 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 erfolgt eine Einschätzung der Klient*innen und deren aktueller Situation oder ggf. der aktuellen Krise.

Unter Einbeziehung eines entwickelten Vordrucks erfolgt eine Anamnese relevanter Daten und Informationen, sowie eine Ersteinschätzung bzgl. des Funktionsniveaus über die GAF Skala⁷.

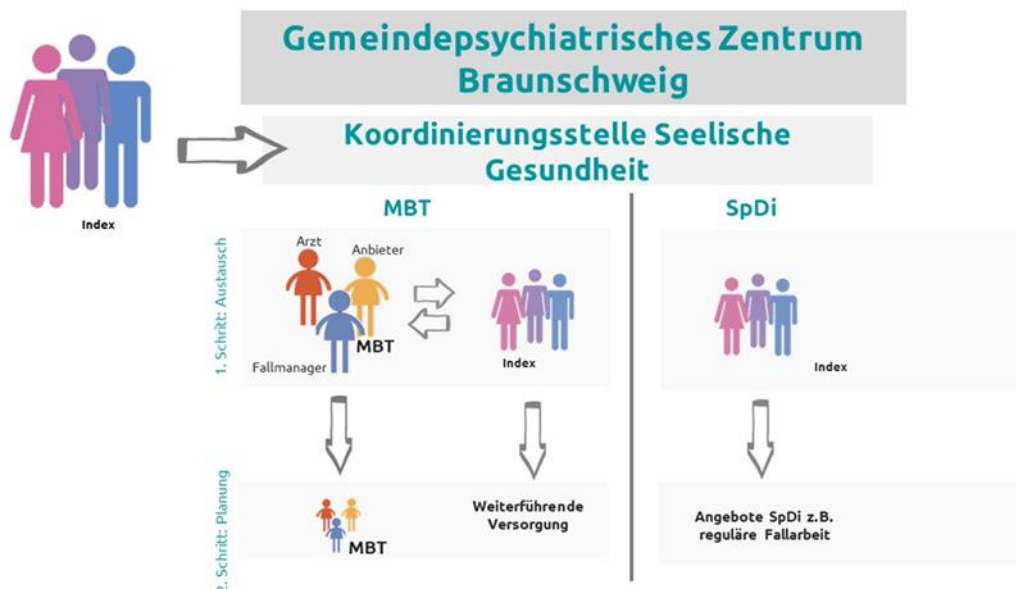


Abbildung: Aufbau GPZ Braunschweig, 2020

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

- a) eine psychiatrische Erkrankung vorliegt, die Betreuung und Behandlung zeitnah erfordert (=fehlende Symptomremission)

⁶ <https://www.sozialpsychiatrische-dienste.de/kernaufgaben-leistungsstandards-personalbedarf>; Zugriff 27.11.2020

⁷ GAF-Skala: Global Assessment of Functioning Scale in: Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-III.R., 1989

- b) schwere Einschränkungen im sozialen Funktionsniveau vorliegen (= GAF < 50)
- c) ein Zusammenhang zwischen a) und b) besteht (= Ursache und Aus-/ Wirkung)
- d) die psychiatrische Erkrankung mindestens zwei Jahre besteht (=Chronifizierung)
- e) benannte Probleme nicht vorübergehend, sondern andauernd und symptomatisch sind und eine intensivere Versorgung vor Ort somit notwendig ist

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

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

Mit den MBTs werden die meisten Interventionen für die Klient*innen von den einzelnen Mitgliedern des Teams ausgeführt im Sinne eines „integrierten Teams“⁸. Die notwendigen Interventionen und Tätigkeiten werden unter den Mitarbeiter*innen der MBTs aufgeteilt.

Die Erreichbarkeit der KSG für mindestens 40 Stunden pro Woche⁹ ist 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

www.braunschweig.de/gpz

Das Angebot der KSG bietet folgendes Spektrum:

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

Für die Tätigkeit der MBTs stehen 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 haben sich folgende Anbieter bisher bereit erklärt:

- Ambet e.V.
- AWO Sozialpsychiatrisches Zentrum Braunschweig GmbH
- Institut für persönliche Hilfen e.V. - INSEL
- Der Weg e.V.

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

⁸ Hier definiert als Team mit sich ergänzenden Fertigkeiten und Fachkenntnissen. Sie sind gemeinsam für den Prozess und den Fall verantwortlich.

⁹ 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.

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 hat in Bezug auf die MBTs folgende wesentliche Aufgaben.

Sie fördert 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. Das Schaffen einer sinnvollen Arbeitsstruktur, um die Arbeitsschritte, Maßnahmen, notwendigen Ressourcen, Kosten nachvollziehbar und kontrollierbar zu machen ist eine wesentliche Aufgabe der Koordination.

Die Impulsgebung und Umsetzung gemeinsamer (Weiter-) Entwicklungsstrategien für die praktische Arbeit der MBTs wird ebenfalls von der Koordination durchgeführt.

Neben der Koordination der Aktivitäten und Arbeitsprozesse innerhalb eines MBT, sowie der einzusetzenden personenbezogenen Hilfen in Zusammenarbeit mit den Mitarbeiter*innen der MBTs, ist die Kontaktpflege zu beteiligten Anbietern ein wichtiger Baustein für die Umsetzung der praktischen Arbeit.

Die Koordination ist Ansprechperson für alle Mitarbeiter*innen der MBTs zur kollegialen Beratung, Konsensfindung, Konfliktlösung und zugehöriger Entwicklung von Lösungsprozessen.

Eine weitere Aufgabe der Koordination ist das 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.

So wird unter Einbeziehung aller Hierarchieebenen eine Optimierung der Abläufe in den MBTs, der KSG und dem GPZ erreicht.

Die Koordination ist also die Schnittstelle in der amtsinternen und -externen Kommunikation.

Für das gesamte Projekt sind weitere nennenswerte Aufgaben der Koordination die 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.

5. Mobile Behandlungs-Teams – Fachliche Standards

Die notwendige multiprofessionelle Zusammensetzung eines MBT wird in der KSG abgeklärt und entschieden. Die Zusammensetzung variiert je nach individuellem Bedarf der Klient*innen und der Komplexität des Einzelfalles. In der Startphase der praktischen Arbeit der MBTs fungieren die Bezirkssozialarbeiter*innen des Sozialpsychiatrischen Dienstes als jeweiliger Fallmanager¹⁰ im MBT.

Die Fallmanager stellen den Beziehungsaufbau zu den Klient*innen her und die Behandlungskontinuität sicher.

¹⁰ Aus Gründen der Lesbarkeit wird hier die maskuline Schreibweise verwendet.

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

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

Die fachlichen Kombinationen im MBT können vielfältig sein und sind bis auf die Fallmanager flexibel und bedarfs- / situationsgerecht anzupassen.

Perspektivisches Ziel ist 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*in, 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.

Aktuell sind für die MBTs in Braunschweig nur einzelne der genannten Berufsgruppen verfügbar.

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

Das MBT hat eine gemeinsame Verantwortung für die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung der Klient*innen. Eine Kontinuität der persönlichen Kontakte und ggf. einer Behandlung muss 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 definiert und finden 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 bleiben:

- Clearing
- Beratung
- Organisation langfristiger Begleitung
- 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 erfolgt:

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

Im aktuell geltenden Konzept für die MBTs sind 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 ist es möglich mindestens zwei Mitarbeiter*innen derselben Berufsgruppe einzusetzen, dabei ist das Spezialwissen der Anbieter stets besonders zu berücksichtigen; perspektivisch sollen jedoch mindestens zwei unterschiedliche Berufsgruppen in einem MBT vertreten sein
- Die Versorgung wird 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 können direkt genutzt werden
- Das Aufsuchen der Klient*innen in ihrer Lebenswelt als Hausbesuch soll Standardvorgehen sein; Ausnahmen sind in Einzelfällen möglich (z. B. diagnosebedingt)
- Hausbesuche haben eine hohe Bedeutung für die Beziehung zwischen den Mitarbeiter*innen der MBTs und den Klient*innen und machen mindestens 80% der Gesamtkontakte eines Falles aus
- Die einzelnen Mitarbeiter*innen eines MBT treffen gemeinsam fallbezogene Entscheidungen
- Telekommunikationsstrukturen sind im Kontakt mit den Klient*innen im geeigneten Maße anzubieten und vorzuhalten (Telefonate, Mail, Messenger)
- Die fachliche Zusammensetzung eines MBT ist flexibel und an den individuellen Bedarf der Klient*innen, sowie ihrem Lebensumfeld stetig anzupassen.

Einmal wöchentlich finden Teambesprechungen in der KSG statt. Aus einem MBT muss zumindest der Fallmanager und /oder ein Vertreter teilnehmen. Weitere Teilnehmer*innen sind der Arzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes bzw. ein Arzt der Kooperationspartner, sowie die Koordination des GPZ.

Der Fallmanager sorgt dafür, dass die Koordination und der Arzt auf den aktuellen Stand des Falles gebracht werden und bündelt die wesentlichen Informationen.

Die Teambesprechungen dienen zur / zum / für:

- Abklärung / Prüfung / Austausch der Zusammensetzung der MBTs
- Rückmeldung an die Koordination und den Arzt

- 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 wird visuell dargestellt. In dieser Liste sind die Klient*innen aufgelistet, die eine intensive Versorgung durch ein MBT benötigen. Für jede*n Klient*in werden 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
- 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 werden *Kategorien zugeteilt, die widerspiegeln, weshalb sie ein MBT-Fall sind. Im Laufe des Prozesses können die Kategorien variieren. Folgende Kategorien sind bisher 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 werden so offen und flexibel wie möglich behandelt. Dies bedeutet, den Fall und die Zusammenhänge für alle Mitarbeiter*innen des MBTs und der KSG zugänglich und

transparent zu halten. Eine fortlaufende und aktuelle Dokumentation ist dazu erforderlich. Teilweise können die Fälle dabei als *variabel* eingestuft werden, wenn z. B. Kurz- und Langzeitversorgung schwanken.

Die Dokumentation erfolgt in Gumax¹¹ und beginnt mit der Anamnese und der Einstufung als Fall für die MBTs.

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

Die Dokumentation erfolgt computergestützt, teilweise mit Vordrucken.

Eine statistische Auswertung erfolgt im Sozialpsychiatrischen Dienst.

¹¹ Software des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Gesundheitsamt Braunschweig.

Statistischer Bericht

6. Mobile Behandlungs-Teams – Praktische Umsetzung

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

Nach den Sommerferien wurden die Kooperationsverträge mit z. Zt. vier Anbietern geschlossen. Die Verträge beinhalten eine Probephase für die MBTs bis zum 31.03.2020. Diese soll 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.

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

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

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

Im Optimalfall erfolgt ein Austausch anamnestischer Daten vor einem gemeinsamen Hausbesuch. Während eines gemeinsamen Hausbesuch klärt das MBT den aktuellen Bedarf der Klient*innen und bietet niedrigschwellige Unterstützung an. Da es sich bei der Zielklientel aktuell ausschließlich um chronisch psychisch erkrankte Personen mit erheblichen Defiziten in der Alltagsbewältigung handelt, ist von der Notwendigkeit von Mehrfach- und Fehlkontakten auszugehen.

Zur Modellphase der MBTs gehören das Ermitteln von weiteren Bedarfen an die Versorgungslandschaft und das Sammeln von Erfahrungswerten bzgl. der Umsetzbarkeit der praktischen Arbeit.

7. Personelle Ressourcen

Die Koordination des GPZ erfolgt mit 39,0 Wochenstunden.

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

Aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst sind alle Mitarbeiter*innen in die Tätigkeit der MBTs eingebunden. Die Mitarbeit in den MBTs betrifft die Kernaufgaben¹² für Sozialpsychiatrische Dienste und ist damit keine zusätzliche Tätigkeit.

Seit November 2020 sind aufgrund der Corona Pandemie und damit verbundener veränderter Arbeitsabläufe 2,0 Vollzeitstellen aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst in den Infektionsschutz bis auf weiteres entliehen. Eine weitere Vollzeitstelle entfällt seit Sommer 2020 derzeit krankheitsbedingt.

Demzufolge beläuft sich mit Stand Dezember 2020 die Personalstärke im Sozialpsychiatrischen Dienst für die MBTs auf 9 Sozialarbeiter*innen (3 Teilzeitstellen, 6 Vollzeitstellen) und 1,0 Facharztstelle.

¹² <https://www.sozialpsychiatrische-dienste.de/kernaufgaben-leistungsstandards-personalbedarf>; Zugriff 27.11.2020

Seitens der vier Kooperationspartner wurden 19 Mitarbeiter*innen mit sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Expertise, psychiatrischer Fachpflege 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.

Aufgrund der Hygiene- und Abstandsregeln, musste in drei Blöcken geschult werden. Für 2020 waren bereits weitere Schulungen / Kurzfortbildungen gemeinsam mit den Mitarbeiter*innen des Psychosozialen Krisendienstes geplant, die aufgrund der Corona-Pandemie abgesagt werden mussten.

8. Fälle im Berichtszeitraum

Im Zeitraum vom 02.07.2020 bis zum 01.12.2020 sind insgesamt 12 Fälle als MBT dokumentiert worden.

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

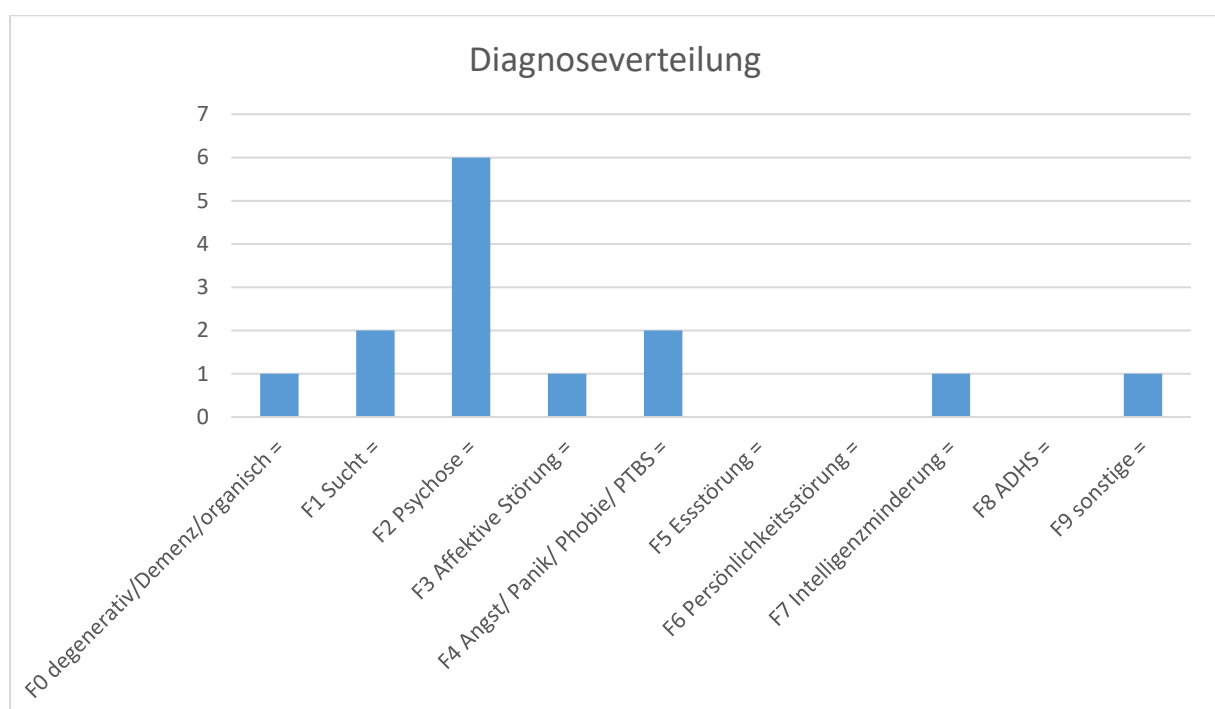
Die Altersspanne der Fälle lag zwischen 25 bis 83 Jahren.

Von 12 Fällen war nur eine Person dem Sozialpsychiatrischen Dienst bisher nicht bekannt.

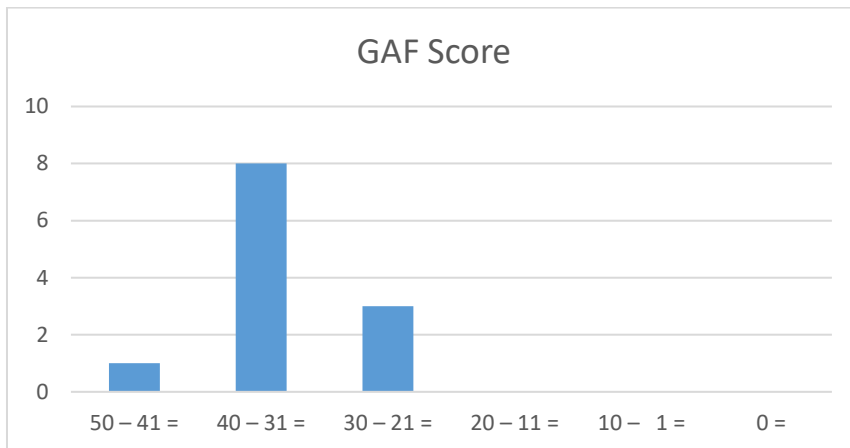
Im MBT Erstvermerk konnten alle Items nicht immer oder nicht vollständig ausgefüllt werden. Dies ergibt sich mangels Informationen durch die Klient*innen oder Melder*innen. Dementsprechend erhebt die Datenauswertung keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Diagnosen und GAF Score

Die Diagnoseverteilung nach ICD10 verteilt sich wie folgt (Mehrfachnennungen waren möglich):

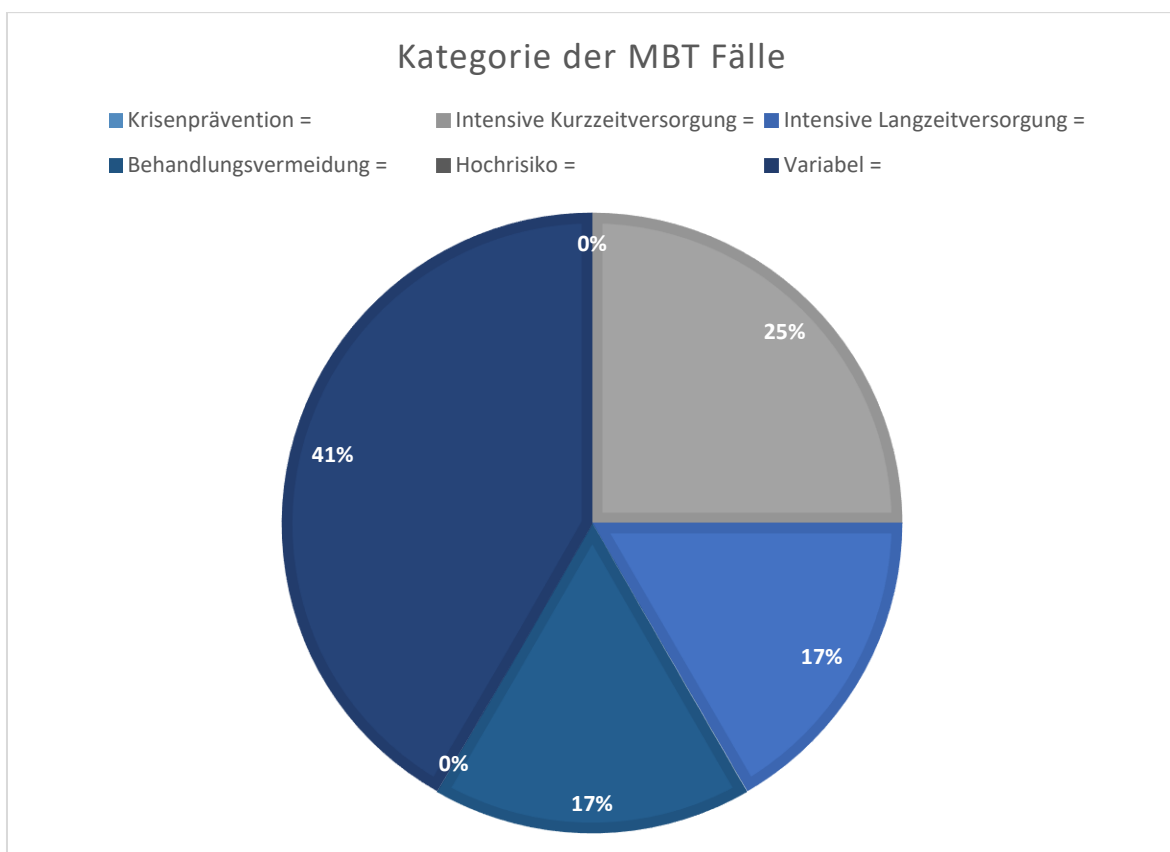


Der GAF Score wurde immer seitens des Fallmanagers ermittelt und verteilt sich wie folgt auf die dokumentierten Fälle:



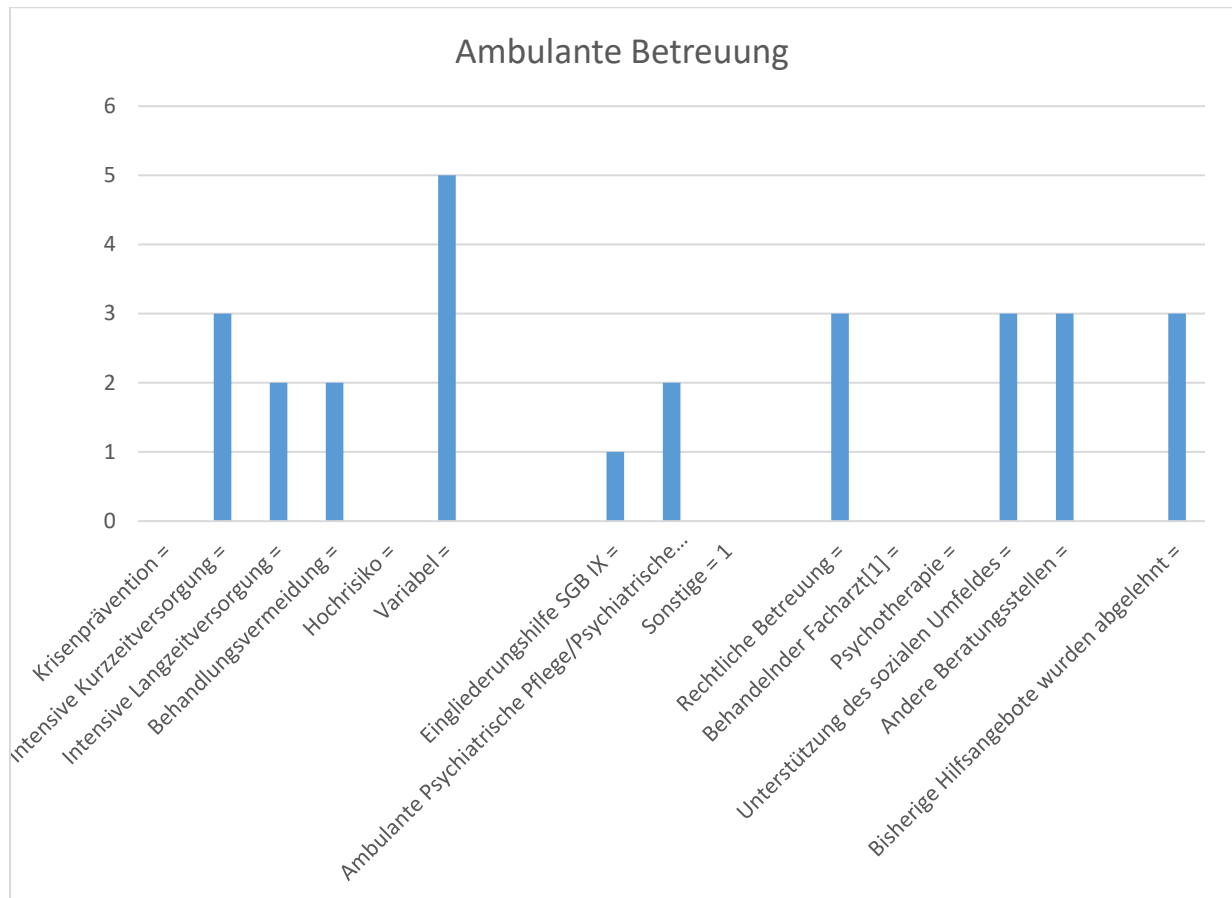
Kategorie MBT Fälle

Die Zuteilung der MBT Fälle auf Kategorien verteilt sich wie folgt:



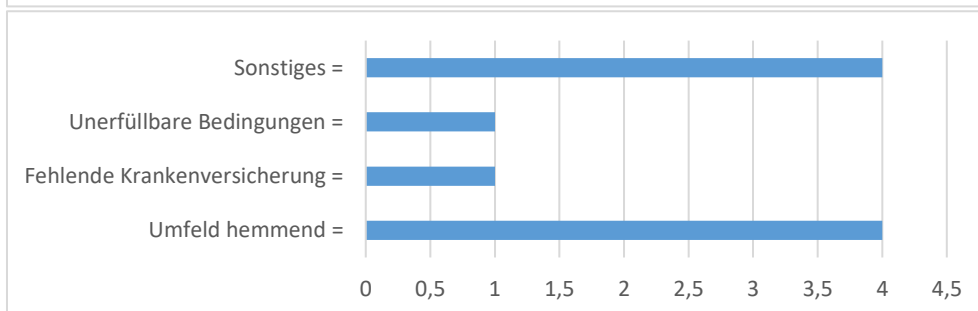
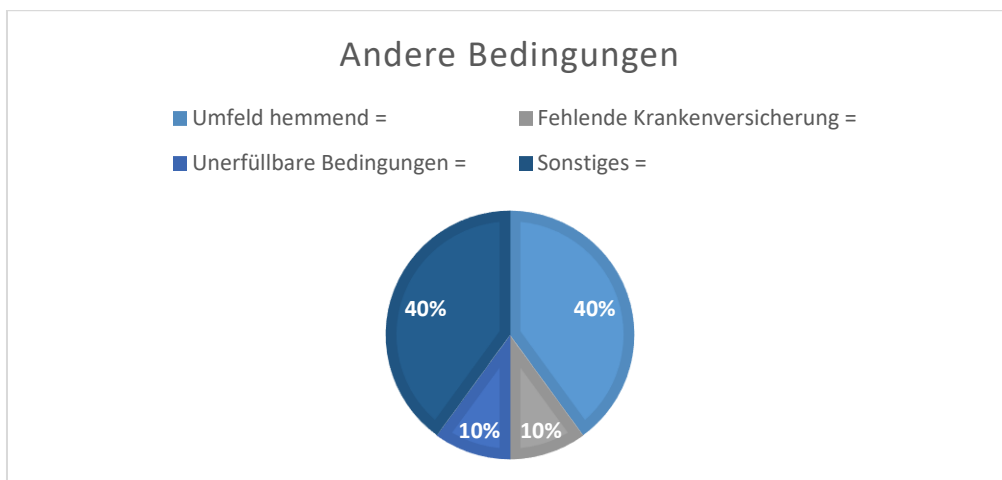
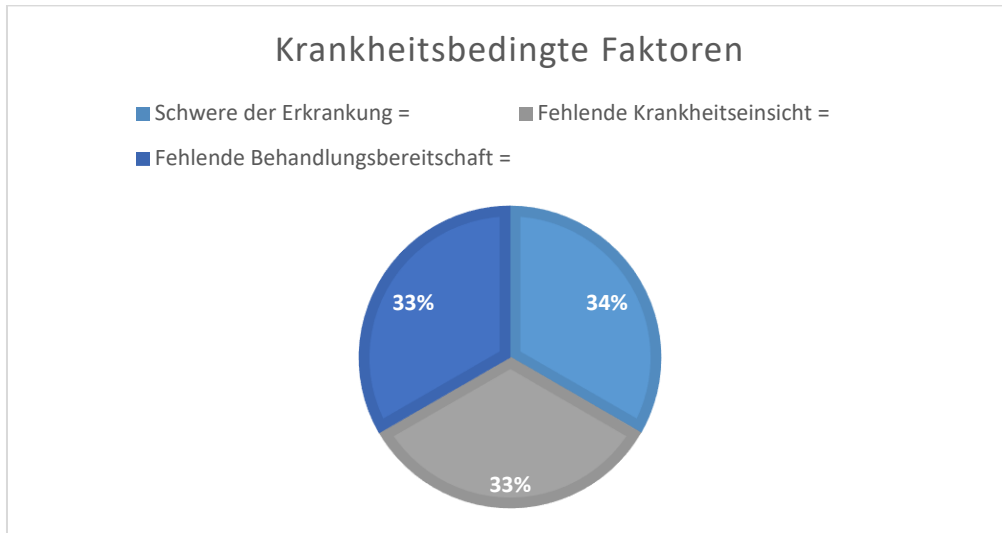
Bisherige Hilfsangebote

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



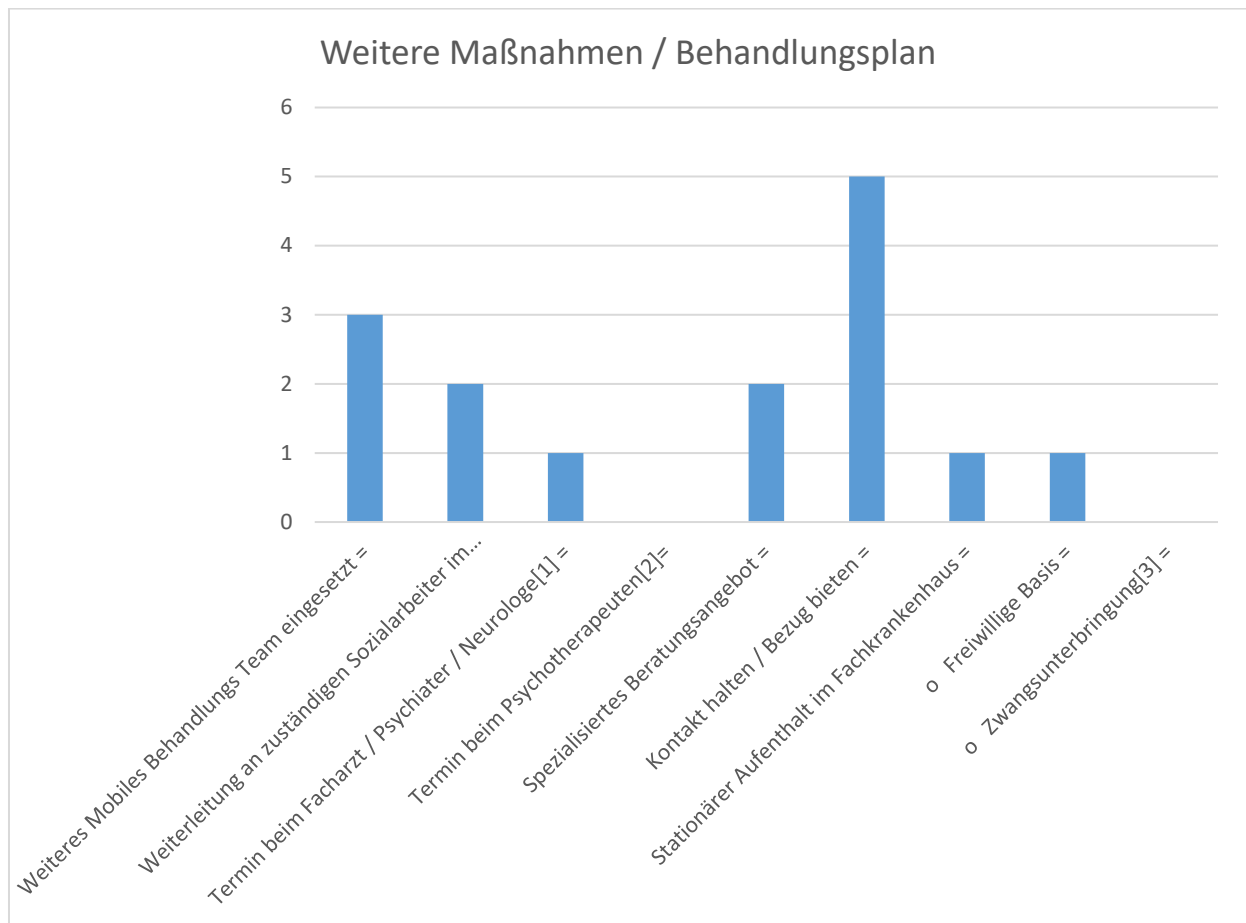
Risikofaktoren Compliance

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.



Weitere Maßnahmen / Behandlungsplan

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

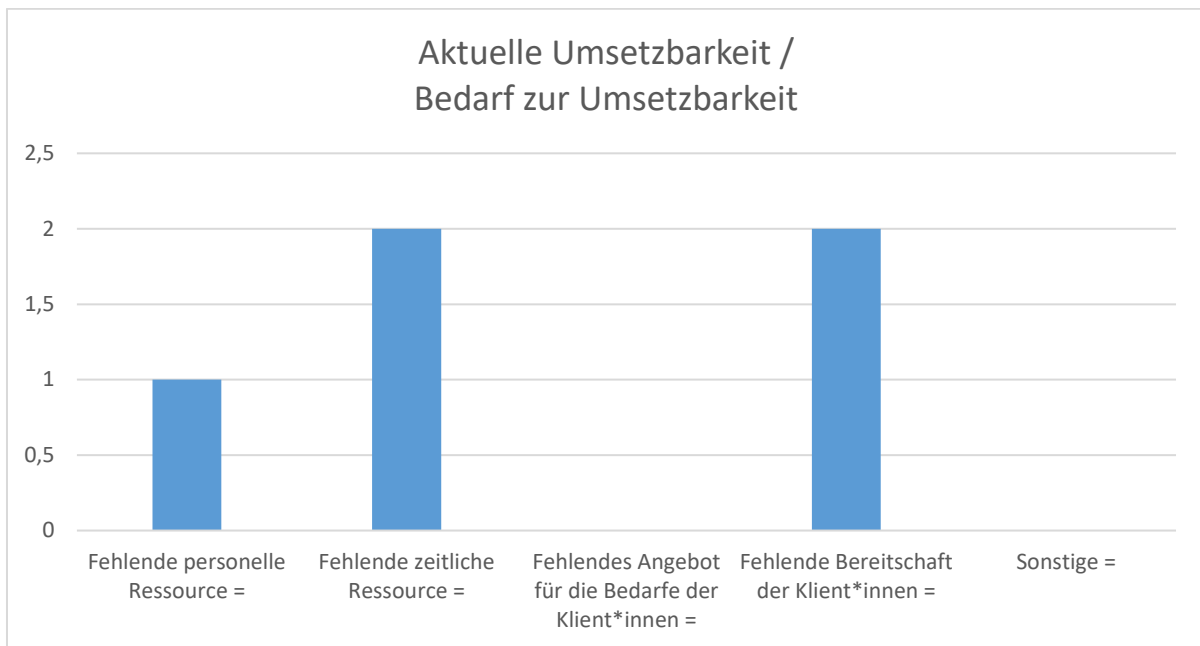


Aktuelle Umsetzbarkeit / Bedarf zur Umsetzbarkeit

In der Modellphase ist 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 den Sozialpsychiatrischen Dienst und die Kooperationspartner gleichermaßen.

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. Die Ergebnisse stehen kurz vor dem Abschluss und werden voraussichtlich Anfang 2021 über den entstehenden Internetauftritt des GPZ abrufbar sein.

Zudem wurde das Modellprojekt dem Gremium Kommunaler Fachbeirat und beim regionalen Treffen der Sozialpsychiatrischen Dienste in Süd-Ost-Niedersachsen während des Sommers 2020 mittels Präsentation vorgestellt. Der Modellantrag selbst wurde Interessierten dieser Gremien zur Verfügung gestellt.

10. Finanzen

Der Finanzplan unterliegt dem Controlling im Gesundheitsamt und der Projektleitung. Für 2021 werden ggf. noch Anpassungen vorgenommen.

Die Kosten orientieren 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 Corona-Pandemie sind einzelne Vorhaben des Projektes auf 2021 verschoben. Die finanziellen Mittel waren bereits für 2020 eingeplant und können laut Zuwendungsbescheid nicht in das Folgejahr übertragen werden.

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

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 €	
Peers/ Angehörige	-	8.320,00 €*	8.320,00 €	*bisher keine finanziellen Mittel abgerufen - Einschränkungen durch Corona
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 Corona
Honorarausgabe/ Organisations- entwicklung	2.500,00 €	16.660,00 €* 8.225,00 €* 5.500,00 €	7.000,00 €	Externe Vergabe *Einschränkungen durch Corona
Honorarausgabe/ Evaluation				*Ausfall durch Corona
Werbematerial	-	1.100,00 €* 1.100,00 €	1.100,00 €	*Ausfall durch Corona
Fortbildung/ Qualifizierung	2.500,00 €	11.225,00 €* 8.500,00 €	8.500,00 €	*Ausfall durch Corona
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 €	

Ausblick

11. Modellprojekt während der Corona-Pandemie

Erster Lockdown

Bereits der erste Lockdown in der ersten Jahreshälfte 2020 bremste die Planungen für das Modellprojekt teilweise 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 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 ist 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 Corona-Pandemie verlangt dem Gesundheitssystem derzeit alle verfügbaren personellen Ressourcen ab. Das Gesundheitsamt in Braunschweig hat sich entschieden diverse personelle Ressourcen für die Abteilung des Infektionsschutzes zu nutzen und Pflichtaufgaben aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst auszulagern.

Demzufolge sind personelle Kapazitäten im Sozialpsychiatrischen Dienst für den Infektionsschutz eingesetzt worden. Ferner wird zusätzlich ärztlicherseits Unterstützung im Infektionsschutz benötigt, sodass der Facharzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes neben seiner Funktion als Stellenleiter z. T. außerhalb der Abteilung eingesetzt werden wird.

Die Verordnungen des Landes Niedersachsen zur Regelung der Kontaktbeschränkungen werden befolgt. Somit mussten wir auf das Einsetzen weiterer MBTs seit dem 01.12.2020 komplett verzichten. Die Versorgung der Klient*innen wird weiterhin aufrechterhalten, jedoch ohne die fachliche Expertise unserer Kooperationspartner.

Durch Telefonkonferenzen mit unseren Kooperationspartnern ist bekannt, dass diese sich aufgrund der Kontaktbeschränkungen und Einschränkungen durch die Pandemie bedingt ebenfalls strukturell und personell umorganisieren (Homeoffice - Lösungen, Teamschichtlösungen...). Aufgrund dessen ist die Arbeit in den MBTs derzeit nicht das Hauptthema in den Einrichtungen.

Begrenzte technische Mittel der Stadt Braunschweig bzgl. der Kapazitäten für Videokonferenzen erschweren aktuell den Projektaufbau.

Aufgrund der aktuellen Situation durch Corona sind die Kapazitäten für z. B. Videokonferenzen rund um die Pandemiebekämpfung reserviert.

Kosten

Durch die Corona-Pandemie mussten bereits geplante Veranstaltungen abgesagt oder verschoben werden. Für die Veranstaltungen wurden im Finanzplan Mittel verplant, die nun

nicht mehr nutzbar sind und verfallen. Die fehlende Möglichkeit, Finanzmittel zu übertragen, ist der letzte Kenntnisstand aus Gesprächen mit dem NLS und dem Psychiatriereferat. Ein Änderungsbescheid steht seit Ende des ersten Quartals 2020 aus und wurde seitens des hiesigen Rechnungsprüfungsamtes mehrfach angemahnt.

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 Telefonkonferenzen. Der Austausch via Mail und Telefon ersetzt jedoch nicht den wichtigen persönlichen Austausch und die Begegnung in Arbeitsgruppen zum Aufbau eines GPZ.

Die Evaluation mittels Kooperation mit der TU Braunschweig konnte aufgrund der Kontaktbeschränkungen ebenfalls noch nicht beginnen.

Begleitgruppe durch das MS

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

Durch aktives Nachfragen und Bemühen um einen Termin seitens des Braunschweiger Projektes und der Landespsychiatriekoordination reagierte das Psychiatriereferat Ende Juni mit einer Videokonferenz. Rückmeldungen über den Eingang der Anfragen erfolgten unregelmäßig, so dass diese Möglichkeit von unserer Seite nicht mehr konsequent versucht wurde zu benutzen.

Präsenzveranstaltungen konnten seitens des Psychiatriereferats nicht realisiert werden. Stattdessen wurde eine weitere Videokonferenz im Oktober angeboten. Seither ruht der Kontakt wiederholt.

12. Ziele 2021

Im Allgemeinen ist die Umsetzung der obersten Projektziele die Priorität für das kommende Jahr:

- Koordination aufsuchender multiprofessioneller Hilfen
- Vermeidung systembedingter Wartezeiten und Fehlzweisungen
- Verstetigung der gemeinsamen Haltung über gemeinsame Fortbildung
- Verbesserung der Versorgung und Unterstützung für schwer erkrankte Menschen
- Prävention, wichtig zur Vermeidung der Psychiatisierung von Befindlichkeitsstörungen und psychosozialen Krisen
- Engmaschige multiprofessionelle Vernetzung von Behandlungs-, Beratungs-, Unterstützungs- und Steuerungsangeboten
- 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

Um die Projektziele zu erreichen, und zur weiteren Etablierung des GPZ in der Versorgungslandschaft sind weitere Schritte nötig, die größtenteils wegen der Corona-Pandemie und damit verbundenen Einschränkungen nicht oder nur sehr rudimentär stattfinden konnten und durchgeführt wurden:

- Die Weiterführung der MBT Arbeit mit den Kooperationspartnern
- Netzwerkarbeit in entscheidenden Gremien, Arbeitskreisen und Informationsrunden
- Gewinnung weiterer Kooperationspartner v.a. im Bereich des SGB V
- Entwurf eines Finanzierungskonzeptes für die MBTs in Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern
- Öffentlichkeitsarbeit für das GPZ ausweiten
- Öffentliche Veranstaltungen zum GPZ
- Schulungen und Fortbildungen für die MBT Mitarbeiter*innen zur weiteren Qualifizierung
- Start der Unterstützung durch Peers / Angehörige
- Workshops und Coaching durch die Organisationsberatung
- Organisationsentwicklung und Neustrukturierung Sozialpsychiatrischer Dienst bzgl. des GPZ Aufbaus
- Beginn der Evaluation
- Berichterstattung
- Vorbereitung der Verstetigung des Projektes.

Fazit

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

Die Chance eines GPZ liegt darin, neue Wege zu gestalten, um den Klient*innen passgenaue Hilfen „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 gebündeltem 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), 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 sollte daher sozialgesetzbuchübergreifend möglich sein.

Der erfolgreiche Einsatz der MBTs ist wesentlich für weitere Planungen im GPZ, wie z. B. eine physische 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 zu verbessern. Dazu sind verbindliche Teambesprechungen unter Teilnahme der Kooperationspartner angedacht. Die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung aller Beteiligten und im Sozialpsychiatrischen Verbund ist aufgrund der bereits

erwähnten Einschränkungen erschwert. Das Modellprojekt verzeichnet weiterhin ein großes Interesse innerhalb Braunschweigs, als auch überregional.

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

Es sollen weitere Kooperationspartner, v.a. aus dem SGB V Sektor gewonnen werden. Dazu wurden bereits in 2020 erste Gespräche z. B. mit dem AWO Psychiatriezentrum in Königslutter aufgenommen.

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

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.

Durch die Steuerung innerhalb der Kommune entsteht 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 denkbar.

Weitere Informationen

Gerne stehen wir Ihnen persönlich für weitere Fragen zur Verfügung:

Thomas Meyer

Stellenleiter Sozialpsychiatrischer Dienst - Projektleiter Gemeindepsychiatrisches Zentrum

Stadt Braunschweig, Sozialpsychiatrischer Dienst

Hamburger Straße 226, 38114 Braunschweig

Telefon: 0531 470 7281, Mail: thomas.meyer2@braunschweig.de

Alexandra Kühn

Projektkoordinatorin Gemeindepsychiatrisches Zentrum

Stadt Braunschweig,

Hamburger Straße 226, 38114 Braunschweig

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

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