

Rehabilitation und Vernetzung: wie kann in Deutschland ambulante Rehabilitation mit ambulanten psychosozialen und psychiatrischen Diensten verknüpft werden?

Christian ZECHERT, Bielefeld

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Fachausschuss Forschung

Als Mitglied des Fachausschusses Forschung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) möchte ich vor allem für die französischen Tagungsteilnehmer darstellen, wie wir uns auf der deutschen Seite eine bessere Vernetzung der Rehabilitationsmaßnahmen und der psychiatrischen Hilfen vorstellen, und auf welche Schwierigkeiten wir bei der Umsetzung stoßen.

Die DGSP ist ein 1970 gegründeter Zusammenschluss von Personen und Organisationen, die sich und ihre Arbeit als sozial- oder gemeindepsychiatrisch verstehen. Am besten kann dies mit dem englischen Begriff „community based psychiatry“ umschrieben werden. Also eine Ausrichtung des psychiatrischen Behandlungs- und Rehabilitationsauftrages an den Ressourcen der „Gemeinde“. Wobei diese Ressourcen unterschiedlich als politische, regionale, bürgerschaftliche oder soziale Gemeinde interpretiert werden können. Diese stellen dabei keineswegs einen Gegensatz zu biologischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Faktoren dar. Sozial- oder Gemeindepsychiatrie versucht, die verschiedenen Dimensionen psychischer Erkrankung besser miteinander zu harmonisieren und in ein Gleichgewicht zu bringen. In Deutschland gehört inzwischen an vielen Orten die partnerschaftliche Kooperation mit den Vereinen der „Psychiatrie-Erfahrenen“ und der Angehörigen auf lokaler, Landes- und Bundesebene dazu. Auch der Bürger, der sich ehrenamtlich für Menschen in seelischen Krisen engagiert, wird nach einer langen Phase der Professionalisierung des Hilfesystems als Ressource neu entdeckt.

I. Ausgangspunkt

Bevor ich auf mein Thema der Vernetzung der Rehabilitation in der Psychiatrie zu sprechen komme, möchte ich den historischen Ausgangspunkt beschreiben, den wir in Deutschland vor ca. 40 Jahren vorfanden. HÄFNER wies in seinem Aufsatz: „Die Entwicklung der klinischen Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts“ darauf hin, dass der 1973 erschienene Zwischenbericht der Enquête zur Lage der Psychiatrie den Zustand der psychiatrischen Fachkrankenhäuser in Deutschland als eine „brutale Realität“ beschreibe:

„59 % der Kranken waren mehr als zwei Jahre untergebracht. 39 % der Betten standen in Räumen mit 11 oder mehr Betten. Den Kranken, die dort viele Jahre oder ihr ganzes Leben zu fristen hatten, standen oftmals nur eine Schachtel unter dem Bett oder ein Spind auf dem Korridor zur Verfügung. Im Durchschnitt mussten sich sechs Kranke ein einziges Waschbecken teilen. Die Personaldecke war extrem dünn und damit auch die Möglichkeit der Nachsorge. Im Mittel stand ein Sozialarbeiter für 715, eine Beschäftigungstherapeutin für 740 und eine Krankengymnastin für 1030 Kranke zur Verfügung. [1]“

Die Patienten in den Langzeitbereichen der Kliniken stammten zu hohen Anteilen aus ganz verschiedenen Regionen Deutschlands. Chronisch psychisch Kranke waren mit geistigbehinderten Menschen, Anfallskranken und Mehrfachbehinderten bunt

durcheinander auf den gleichen Stationen untergebracht. Behandlung und Rehabilitation fand für sie so gut wie nicht mehr statt. Die von 1973 – 1975 eingesetzte Enquête-Kommission [2] war deswegen vom Bundestag beauftragt, auf der Grundlage einer umfassenden Bestandsaufnahme der Missstände vor allem Vorschläge zur Überwindung der katastrophalen Verhältnisse zu entwickeln.

So hatte man u.a. sehr rasch und mit großem Enthusiasmus das Prinzip der Einteilung der Versorgungsregionen in definierte Sektoren von 80.000 – 120.000 Einwohnern von der französischen Psychiatrie auf die deutsche klinische Landschaft übertragen. Mit der positiven Folge, dass nach 1975 in Deutschland mehr und mehr psychiatrische Versorgungskrankenhäuser nach dem französischen Sektorprinzip arbeiteten. [3] Der Sinn dieser eng definierten Versorgungsregionen war nicht nur, überregionale Aufnahmen zu vermeiden sondern auch ein inneres, vernetztes System der Hilfen zu etablieren.

Betrachten wir rückblickend die deutsche Psychiatrie-Enquête der 70er Jahre unter dem Blickwinkel, ob und wie sie dieses Netzwerkprinzip aufgegriffen und ausformuliert hat, dann stellen wir schnell fest, dass die Innovation darin bestand, tatsächlich in modernen Netzwerkstrukturen geplant zu haben. Die Enquete-Kommission hatte die Funktionalität des Netzwerkes begriffen: wer Teil eines Netzwerkes ist, der muss mit den anderen kommunizieren. Solche klar definierten Standardversorgungsgebiete sind die äußeren Klammern eines nach innen geschaffenen Systems, innerhalb dessen sich die verschiedenen Leistungsanbieter ausgestalten. Die Steuerung dieses Systems über Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften oder Psychiatriebeiräte mit ihrer engeren kommunalen Anbindung war eine wichtige Voraussetzung, um überhaupt von Vernetzung sprechen zu können.

Wichtig ist, dass die Experten der Enquête eben nicht nur neue Dienste und Einrichtungen schufen oder die Anzahl der Ein- und Zweibettzimmer in den Kliniken erhöhten, sondern das regionale Netzwerk, den Sektor, das Pflichtversorgungsgebiet als Prinzip der psychiatrischen Versorgung für die klinischen Anbieter etablierten. Erst so konnten überhaupt z.B. bei den Kliniken vergleichende Statistiken hinsichtlich Bettenmessziffer, Verweildauer, Zusammensetzung nach Diagnosen etc. entwickelt werden. Aber noch wichtiger war die Schaffung einer an den regionalen Versorgungsbedürfnissen orientierten Kommunikation der Anbieter untereinander.

Versorgungsregion und Sektoren am Beispiel des Bezirkskrankenhauses München Haar

Regionalisierung und Sektorsierung bieten zentrale Planungsgrundlagen



Klinische Planung
- Bettenmessziffer
- Verweildauervergleich
- Diagnosespektrum etc.

Außerklinische Planung
- Ambulanzen
- Beschäftigungsangebote
- Hilfen beim Wohnen etc.

www.bezirkskrankenhaus-haar.de

Folie 1: Beispiel Sektoren München-Haar

Allerdings ist es nie zu der von dem damaligen Staatssekretär WOLTER geforderten „rechtlich unumstrittenen Verankerung zwischen ambulanten, halbstationären und stationären Aufgaben auch in einer Institution“ [4] gekommen. Man hatte das französische Sektorprinzip letztlich nur halbherzig übernommen. Den ambulanten, nicht-klinischen Bereich ebenfalls in die Sektorstruktur organisatorisch über die zum Teil

identischen Kostenträger einzubinden, hatte man schlichtweg vergessen. Ebenso vergessen hatte man, die klinische und ambulante Psychiatrie juristisch, personell und finanziell miteinander zu verknüpfen. Dies hatte Folgen:

- Festschreibung der Dominanz des klinischen Systems über das ambulante Hilfesystem in ökonomischer, fachlicher und wissenschaftlicher Hinsicht.
- Eine ungesteuerte Entwicklung im ambulanten Bereich, die man wie WIENBERG heute als „wilde Kommunalisierung“ [5] bezeichnen kann oder aber als eine zwar bunte, aber ökonomisch, fachlich und wissenschaftlich äußerst heterogene ambulante Landschaft.

Nach nunmehr 30 bis 40 Jahren „wilder Kommunalisierung“, oder positiv ausgedrückt gemeindepsychiatrischer Aufbauarbeit, verfügen wir in vielen Regionen Deutschlands dennoch über ein komplexes ambulantes Hilfesystem, das aber in sich schlecht organisiert ist.

ERNST-BASTEN, Geschäftsführer des Vereins „Brücke Schleswig-Holstein“, ein großer Träger mit nahezu ausschließlich ambulanten Hilfsangeboten und über 600 Mitarbeitenden, beschrieb die Situation so:

„Die Angebotslandschaft ist fragmentiert, die Leistungen stehen unverbunden nebeneinander. Die Leistungsträger markieren klare Grenzen in ihren Zuständigkeiten. Das System gleicht einem Puzzle mit vielen Einzelteilen, die nicht alle zusammenpassen. Es ist für alle Beteiligten, insbesondere für Menschen in Lebenskrisen, schwer durchschaubar. Die Leistungen sind angebots- und nicht personenzentriert. Die Finanzierungen sind an Einrichtungen und Dienste und nicht an Menschen gebunden, die Wahlmöglichkeiten der Menschen sind stark eingeschränkt. (...) Viele psychisch kranke Menschen leben auch in der Gemeinde in Sonderwelten, nutzen ein Netz von Betreuungspersonen und Therapeuten als Ersatz für ein „normales“ soziales Netz und haben fast nur Kontakt zu anderen Betroffenen.“ [6]

Sie sehen: das Problem einer fehlenden rechtlichen und formalen Vernetzung von klinischen und ambulanten Hilfen ist in Deutschland groß, damit auch teuer und ineffizient. Es führt zu einer weiteren gesellschaftlichen Exklusion betroffener Menschen. Wir haben mit viel Kreativität ein differenziertes ambulantes System geschaffen. Es ist aber schlecht untereinander und schlecht mit den anderen Hilfesystemen vernetzt.

Ausgeführt habe ich dies, damit Sie erkennen: Auch die psychiatrische Rehabilitationsangebote als Teil dieses Systems wurden nicht wirklich in das psychiatrische Hilfesystem integriert. Die Vernetzung der Hilfen von Rehabilitationsträgern mit ambulanten psychiatrischen Hilfen ist keine akademische Frage, sondern eine unmittelbar notwendige Aufgabe zur Verbesserung der Effizienz des psychiatrischen Hilfesystems.

II. Ambulante Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen

Im zweiten Teil möchte ich auf das engere Thema der ambulanten Rehabilitation zu sprechen kommen. Der augenfälligste Unterschied zwischen stationärer und ambulanter Rehabilitation ist, dass bei der ambulanten Rehabilitation die eigene Wohnung/

Häuslichkeit erhalten bleibt. Die tägliche Erreichbarkeit der „Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke“ (RPK) von zuhause muss möglich sein. Umgekehrt kann auch das Reha-Team Hausbesuche machen und wird bei Bedarf im privaten Lebensumfeld wie Familie, Nachbarschaft, Wohnbetreuer, Sozialpsychiatrischen Diensten usw. tätig werden.

Ambulante Rehabilitationsangebote sind in Deutschland selten. Es dürften insgesamt ca. 10 solcher ambulanten RPKs geben.

Ich möchte Ihnen drei dieser ambulanten RPKs vorstellen:

Beispiel 1: ambulante Rehabilitation in Mönchengladbach -

das Niederrheinische Institut für ambulante Rehabilitation Mönchengladbach

Das RPK-Institut in Mönchengladbach [7] bietet seit Anfang dieses Jahres medizinische und berufliche Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen an. Das Team ist interdisziplinär zusammengesetzt. Nach einer Orientierungsphase mit ganztägigem Programm und gegenseitigen Kennenlernen folgt die medizinisch-berufliche Rehabilitationsplanung. Sodann findet die Vermittlung auf einen externen Trainingsplatz statt. Bei der sog. "Unterstützten Beschäftigung" haben Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes Vorrang vor "beschützenden" Beschäftigungsträgern. Erfolgreiche Maßnahmen können mehrere Monate bis zu zwei Jahren dauern. Nach dem Prinzip "erst platzieren, dann rehabilitieren" (first place, then train) wird die individuelle Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit schrittweise gesteigert. Das Team berät und unterstützt direkt am Trainingsplatz, hält Kontakt zum Arbeitgeber und sichert die stabilisierende therapeutische Behandlung. Flankierend können Angebote des Wochenprogramms im Institut genutzt werden.

Beispiel 2: ambulante Rehabilitation in Neuss - die Reha-Ambulanz Neuss

Nach ähnlichen Prinzipien arbeitet seit 1999 die erste ambulante psychiatrische Reha-Einrichtung, die Reha-Ambulanz in Neuss. [8] Das Diakonische Werk der evangelischen Kirchengemeinde konnte 1999 mit der AOK Rheinland einen Vertrag über ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen abschließen, dem sich später die Deutsche Rentenversicherung anschloss. WILKES [9] beschreibt, wie hier therapeutische und ökonomische Vorteile zusammenfinden:

- durch die Reha-Ambulanz können lange stationäre Krankenhausaufenthalte vermieden oder verkürzt werden,
- Das Rehabilitationsangebot und die einzelnen Maßnahmen sind – entsprechend dem individuellen Hilfsbedarf des Patienten – flexibel kombinierbar und können nötigenfalls wiederholt eingesetzt werden.
- Die Maßnahmen setzen dort an, wo die psychische Erkrankung seinen Anfang nahm: Nämlich zu Hause, im direkten Lebensumfeld des Patienten – seiner Wohnung, seinem Arbeitsplatz, seinem Stadtteil und seiner Familie.
- Dadurch gelingt es, die Rehabilitanden besser in ihr soziales Umfeld zu integrieren und ihre Arbeits- und Erwerbsfähigkeit schneller wieder herzustellen.
- Die Chronifizierung akuter Erkrankungen kann tendenziell vermieden werden, Dauermedikationen werden reduziert, die Behandlungsbedürftigkeit der Patienten verringert und das Rehabilitationsergebnis langfristig gesichert.

Für die Patienten zählen die spürbaren qualitativen Erfolge des Projektes. So hat ihre Alltags- und Krankheitsbewältigungskompetenz erheblich zugenommen, alle Rehabilitanden sind in der Lage, deutlich besser auf Frühwarnzeichen ihrer Erkrankung zu reagieren, wodurch sich das Risiko eines Rückfalls erheblich verringert und der selbstverantwortliche Umgang mit der Medikation und die Compliance sich drastisch verbessert, kurz: Die Patienten der Reha-Ambulanz Neuss gewinnen eine tiefe, neue Lebensqualität. Sie sind besser für ein selbständiges Leben und den selbstverantwortlichen Umgang mit ihrer Erkrankung gerüstet.

Beispiel 3: ambulante Rehabilitation in Köln – „OSKAR“ - Ortsnahe, Soziale, Kölner Ambulante Rehabilitation

OSKAR in Köln [10] verfügt über 20 ambulante Behandlungsplätze, leistet fachärztliche Diagnostik, Arbeitsdiagnostik und Rehabilitationstherapie, arbeitet in psychotherapeutischen Gruppen, bietet Ergotherapie einzeln und in der Gruppen an, sowie Arbeitstherapie/ Belastungserprobung in den Trainingsbereichen Garten/ Hauswirtschaft/ EDV/ externe Praktika/ Angehörigenarbeit. Im Aufbau sind die Arbeitstherapiebereiche EDV- und Hauswirtschaft mit je fünf Arbeitstherapieplätzen. Schwerpunkt im EDV- Bereich sind sowohl allgemeine Büro- und Verwaltungsaufgaben und PC-Training als auch die Auftragsabwicklung für den Arbeitstherapiebereich Garten. Die sozialmedizinisch und arbeitsrehabilitativen Verfahrensweisen werden bei OSKAR durch weitere Behandlungsangebote ergänzt: Sport und Entspannung, kognitives Training, Kunsttherapie, Hausbesuche, lebensfeldbezogene Beratung, Angehörigenarbeit und Training lebenspraktischer Fertigkeiten.

Vernetzung der ambulanten Rehabilitation

Im ersten Beispiel der RPK Mönchengladbach ist die ambulante Rehabilitation vernetzt mit der örtlichen gemeindepsychiatrischen Versorgung: sie ist Verbundpartner der Rheinischen Kliniken für Psychiatrie, des örtlichen Rehabilitationsvereins im Sozialpsychiatrischen Zentrum (SPZ) und des Sozialpsychiatrischen Dienstes und ist Mitglied der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG).

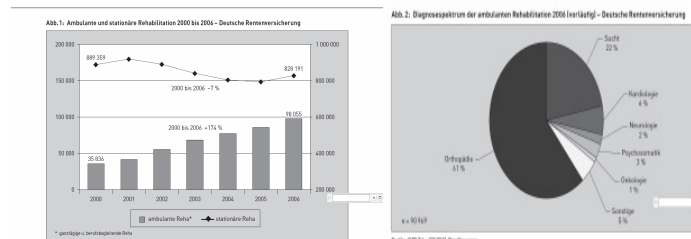
Finanzierung der ambulanten Rehabilitation

Die Finanzierung der obigen Modelle erfolgt über die Krankenkassen und Gesetzliche Rentenversicherung. Bis zu acht verschiedene *Kostenträger der Rehabilitation und Teilhabe* können Kostenträger sein:

1. Die gesetzlichen Krankenkassen (Krankenkasse)
2. Die Bundesagentur für Arbeit (Arbeitsamt)
3. Die gesetzlichen Unfallversicherungen
4. Die gesetzlichen Rentenversicherung
5. Die Träger der Alterssicherung der Landwirte
6. Die Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge
7. Die öffentliche Jugendhilfe
8. Die Sozialhilfeträger (Sozialamt/ ARGE)

Verhältnis zwischen ambulanter - stationärer Rehabilitation, somatischer Medizin - Psychiatrie:

Wir verfügen leider über keine Statistik zum Verhältnis von ambulanter und stationärer psychiatrischer Rehabilitation. Wenn wir uns aber den Vergleich aller Rehabilitationsmaßnahmen, auch der im somatischen Bereich, anschauen, [11] sehen wir: ambulante Rehabilitation hat in den letzten Jahren an Boden gewonnen. Sie macht aber trotz dieser positiven Entwicklung in den letzten Jahren nur einen Bruchteil aus, etwa 1/8 aller Maßnahmen:



Folien 2-3: Lindow, Klosterhuis, Naumann 2007 [11]

Könnten wir hierzu auch die entsprechenden Ausgaben in ein Verhältnis von stationär und ambulant bringen, würde der Unterschied noch deutlicher: Statt 1:8 ein Verhältnis von 1: 12 oder höher.

III. Vernetzung, Koordination und Steuerung

Im letzten Teil untersuche ich die Frage: „Über welche Instrumente zur Steuerung und Vernetzung verfügen wir in der deutschen Gemeindepsychiatrie?“

1. Der „Gemeindepsychiatrische Verbund“ (GPV)
2. Case Management (CM)
3. Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (IBRP)

1. Der Gemeindepsychiatrische Verbund



Folie 4 und mehr Infos unter www.bag-gpv.de

Definition

Der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV), ist ein freiwilliger aber verbindlicher Zusammenschluss der wesentlichen ambulanten, teilstationären und stationären Leistungserbringer in einer definierten Versorgungsregion. Die örtlichen gemeindepsychiatrischen Leistungserbringer konstituieren sich mit dem Ziel der Einhaltung von bestimmten Standards [12] für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Rahmen einer regionalen Pflichtversorgung sowie der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität.

Der GPV soll dabei als juristische Person vertragsfähig sein. Dies kann in Form eines Kooperationsvertrags, einer Grundsatzerklärung oder einer Vereinssatzung erreicht werden. Die Kommune ist im Träger-Verbund im Rahmen ihrer Pflichtaufgaben zur Daseinsvorsorge vertreten. Auf der Ebene der kommunalen Psychiatrieplanung und Steuerung (Federführung Kommune) arbeiten Träger und Kommune verbindlich zusammen.

Der GPV dient folgenden Zwecken:

a) der Sicherstellung von bedarfsgerechter Behandlung und Hilfe für Menschen mit schweren akuten und lang dauernden psychischen Erkrankungen in dem und aus dem Versorgungsgebiet in den folgenden Leistungsbereichen: Hilfe zur Selbstversorgung/ Wohnen, Tagesgestaltung und Kontaktfindung, Hilfe im Bereich Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung, Grundversorgung, Therapieverfahren , Behandlungs- und Rehabilitationsplanung.

b) die Koordination sozialpsychiatrischer und anderer erforderlicher Leistungen im Einzelfall und im Zusammenwirken der Institutionen, insbesondere Sicherstellung von personenzentrierten einrichtungsübergreifenden integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsprogrammen (Komplexleistungen),

c) der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung

d) der Beteiligung an der kommunalen Planung und Steuerung psychiatrischer Hilfen (kommunale Federführung) durch kontinuierlichen Austausch mit der kommunalen Gesundheits- und Sozialverwaltung, den Leistungsträgern, den organisierten Psychiatrieerfahrenen, den organisierten Angehörigen psychisch Kranker, weiteren Leistungserbringern, die nicht Mitglied des GPV sind.

e) der GPV pflegt kontinuierlichen Austausch mit Selbsthilfeorganisationen Psychiatrie-Erfahrener und Angehörigen psychisch Kranker. Vertreter dieser Selbsthilfegruppen können mit Rederecht an Versammlungen des GPV teilnehmen. Beispiel GPV Bielefeld: www.gpv-bielefeld.de .

Stärken und Schwächen

Die Stärken des Gemeindepsychiatrischen Verbundes sind die gemeinsame Entwicklung fachlicher, integrierender Standards, denen man sich freiwillig unterwirft. Der GPV ist ein Runder Tisch der Anbieter.

Seine Schwäche ist der hohe organisatorische Aufwand, mit dem versucht wird, die heterogenen Interessen auf möglichst hohem fachlichem Niveau miteinander zu harmonisieren. Der GPV hat keine Rechtsmittel, die z.B. ambulante und stationäre, kommunale und private Anbieter zur Kooperation zwingt. So haben die Verbände nur eine relativ geringe Durchsetzungskraft und Verbreitung in Deutschland. Es bestehen nach einem über 20jährigen Implementationsprozess gerade mal etwas mehr als 20 solcher Verbände (Ist) gegenüber einem Soll von 301 Landkreisen und 112 kreisfreien Städten in Deutschland. Dies sind gerade mal knapp 0,5% der politischen Gemeinden, die von gemeindepsychiatrischen Verbänden der BAG GPV abgedeckt werden.

Es gelingt ihnen auch nicht, die institutionellen Grenzen zwischen ambulant und stationär zu überwinden.

gen: Es wird darum gehen, ambulante Rehabilitation in der Kommune zu entwickeln und mit der lokalen Hilfeplanung zu verknüpfen. Das bedeutet: einen gemeinsamen Dokumentationsbogen verwenden, mit den Menschen, für die eine Rehabilitation in Frage kommt, ihre Lebensziele besprechen, ihre Wünsche im privaten, sozialen, beruflichen Bereich, und einen realistischen „Reha-Plan“ aufstellen und Patienten einen besseren Zugang zu Rehabilitation zu eröffnen. Gut vorbereitete Fallbesprechungen und Hilfepläne mit dem Schwerpunkt „Rehabilitation“ sind dafür wichtig.

Lindow, Klosterhuis und Naumann (2007) stellen in diesem Sinne zur Entwicklung ambulanter Rehabilitation positiv fest: *„Für einige Bereiche – z.B. die Nachsorge – werden die Besonderheiten und Vorteile einer wohnortnahen Rehabilitation erkennbar genutzt. In anderen Bereichen – wie z.B. der Vernetzung der Versorgungssegmente und der Einbeziehung von sozialem und beruflichem Kontext – werden die Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft. Der Aufbau von Versorgungsstrukturen und die Inanspruchnahme der bestehenden Einrichtungen weisen nach wie vor deutliche regionale und indikationsbezogene Unterschiede auf. Insgesamt hat sich die neue Form der (ambulanten C.Z.) Versorgung jedoch etabliert und ein eigenes Profil gewonnen. Aus der zunehmenden Differenzierung des Leistungsgeschehens und den innovativen Ansätzen resultieren umfassende Fragen auch für Epidemiologie, Reha-Qualitätssicherung und Forschung, deren Ergebnisse die künftige Entwicklung mitbestimmen werden. Wesentliche Aspekte werden dabei die Suche nach der jeweils besten Lösung in einem differenzierten System der medizinischen Rehabilitation im Sinne des Voneinander-Lernens und Miteinander-Verbindens sein. Dabei gilt es, die Vielfalt der Lösungsmöglichkeiten und Ansätze mit der Zielstellung einer optimalen rehabilitativen Versorgung der Versicherten zu gestalten“.* [11]

In einer der sehr seltenen Studien zur Kooperation beruflicher Rehabilitationseinrichtungen zwischen Deutschland und Frankreich kommen die Autoren Diery und Rau [1997] u.a. zu dem Ergebnis, „sprachliche und rechtliche Barrieren verhinderten Kooperationen bisher ebenso wie der fehlende Handlungsbedarf. Zukünftiger Kooperationsbedarf wird vor allem in der Intensivierung des Informations- und Erfahrungsaustausches, der gemeinsamen Produktion und dem Vertrieb sowie der Angleichung der rechtlichen Rahmenbedingungen gesehen“.[14]

IV. Zusammenfassung

Für eine erfolgreiche ambulante und stationäre Rehabilitation in der Psychiatrie ist eine enge, durch gegenseitige Verträge und institutionalisierte Kooperationen abgesicherte Vernetzung mit anderen ambulanten und klinischen Institutionen eine elementare Voraussetzung. Die vorgestellten Beispiele standen für diese enge Vernetzung mit dem gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem. Ihre Schwäche besteht darin, dass sie freiwillig erfolgt und nicht wirklich die getrennten Bereiche von ambulant und stationär überwindet.

Ich würde mich freuen, wenn das Engagement der DGSP für die französisch-deutsche Kooperation und für das Projekt „vernetztes ambulante Rehabilitation“ im Laufe der nächsten Monate mit Erfolg gekrönt ist. Die DGSP unterstützt das Projekt, weil es den großen Entwicklungsbedarf im Bereich der ambulanten Rehabilitation aufgreift:

- Ambulante psychiatrische Rehabilitation bi-national bzw. europäisch gleichwertig zur stationären Rehabilitation auszubauen und für die Kostenträger attraktiv zu machen,
- gleichzeitig ambulante und stationäre Rehabilitation mit der örtlichen psychiatrischen Versorgung gut vernetzen – zu einer sektorierten Rehabilitation! - und dafür die vorhandenen Formen der fallbezogenen und strukturellen Steuerung nutzen.

Literatur

- [1] Häfner, H. Die Entwicklung der klinischen Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. *Krankenhauspsychiatrie* 11 (2000) 145-157
- [2] siehe das vollständige Dokument unter www.dgppn.de/de_enquete-1975_39.html
- [3] Ayme, J., Hofmann, W. Geschichte und aktuelle Situation der französischen Sektorpsychiatrie In: Krisor, M., Wunderlich, K. (Hrsg.) Gerade in schwierigen Zeiten: Gemeindepsychiatrie verankern. Pabst Science Publishers Lengerich 2007
- [4] Enquête, Materialsammlung III, Bonn 1974, S. 3
- [5] Wienberg, G. Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven. *Sozialpsychiatrische Informationen* 1, 2008
- [6] Ernst-Basten, G. Wie kann die Integration chronisch psychisch kranker Menschen in die Gemeinde (wirklich) gelingen? In: "Kerbe - Forum für Sozialpsychiatrie" 1, 2008
- [7] www.rpk-rheinland.de
- [8] www.diakonie-neuss.de
- [9] Wilkes, M. Laudatio anlässlich der Verleihung des 5. Janssen-Cilag Zukunftspreises 2004. Neuss 2004
- [10] www.koelnerverein.de
- [11] Lindow, B., Klosterhuis, H., Naumann, B. Ambulante Rehabilitation – ein Versorgungsbereich profiliert sich. *RV aktuell* 7/2007, 207 – 213
- [12] www.bag-gpv.de/Datenbank/bag/0007_Qualitätsstandards
- [13] Berger, M. Plenarvortrag DGPPN Kongress 26.11.2004
- [14] Diery, H., Rau, J. (1997) Kooperationsmöglichkeiten beruflicher Rehabilitationseinrichtungen im grenznahen Bereich von Deutschland, Frankreich und Luxemburg. *Berufliche Rehabilitation: Beiträge zur beruflichen und sozialen Teilhabe junger Menschen mit Behinderungen*. 11 (1997), H. 4, 333-343

Réhabilitation et réseau : comment combiner la réhabilitation ambulatoire avec les soins médico-sociaux en Allemagne ?

Christian ZECHERT, Bielefeld

Association Allemande pour une Psychiatrie Sociale, comité de recherche

Je suis heureux de pouvoir m'adresser à vous en ma qualité de membre du comité de recherche de l'Association allemande pour une Psychiatrie Sociale, la DGSP. La DGSP a été créée en 1970 et regroupe des personnes et des organisations qui se réclament de la psychiatrie sociale ou communautaire. C'est le concept anglais de « *community based psychiatry* » qui décrit le mieux cette structuration de la mission de traitement psychiatrique et de réhabilitation en fonction des ressources de la « collectivité ». Et ces ressources peuvent ici être comprises comme celles de la collectivité politique, régionale, citoyenne ou sociale. Loin de s'opposer aux facteurs biologiques, pharmacologiques ou psychothérapeutiques, cette méthode cherche à établir une harmonie et un équilibre entre les différentes dimensions des troubles psychiques.

En Allemagne, le partenariat avec les associations d'usagers et les associations de familles relève bien souvent du niveau local, fédéral et des Länder. Et après une longue phase de professionnalisation du système de soins, on a également redécouvert que le citoyen qui s'engage dans une activité bénévole au service de personnes en crise psychique constitue aussi une ressource.

I. Point de départ

Avant d'en venir au thème du travail en réseau et de la réhabilitation en psychiatrie, je souhaiterais vous exposer brièvement la situation de départ dans laquelle nous nous trouvions en Allemagne il y a 40 ans. Dans son essai, paru en 2000, consacré à l'évolution de la psychiatrie clinique dans la deuxième moitié du XX^e siècle (*Die Entwicklung der klinischen Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts*), HÄFNER renvoie au rapport intermédiaire allemand « Psychiatrie-Enquête » publié en 1973, qui décrivait l'état des établissements spécialisés en Allemagne comme une « réalité brutale » :

« Quelque 59 % des malades y séjournaient depuis plus de deux ans ; 39 % des lits étaient situés dans des chambres en comptant 11 autres, voire davantage. Les malades, qui devaient y passer de longues années, ou même toute leur vie, n'avaient souvent à leur disposition qu'une boîte sous leur lit ou une armoire métallique dans le couloir. En moyenne, ils devaient se partager un lavabo à six.... On dénombrait en moyenne un assistant social pour 715 malades, une ergothérapeute pour 740 et une kinésithérapeute pour 1 030 malades » (1).

Les patients en hospitalisation de longue durée venaient bien souvent de régions très diverses d'Allemagne. Les personnes souffrant de troubles psychiques chroniques, les handicapés mentaux, les épileptiques et les polyhandicapés étaient regroupés dans un même service. Autant dire que pour eux, il n'y avait quasiment ni traitement ni réhabilitation. Le Bundestag a chargé la Commission de l'Enquête de

1973 – 1975 (2) d'élaborer des propositions visant en priorité à remédier aux situations les plus catastrophiques sur la base d'un état des lieux complet des carences.

On a ainsi, entre autres, transposé au paysage hospitalier allemand, avec beaucoup d'enthousiasme, le principe de la division des régions de prise en charge en secteurs de 80 000 à 120 000 habitants, introduit par la psychiatrie française. Cette mesure a produit un effet positif : après 1975, l'Allemagne a compté de plus en plus d'établissements psychiatriques qui fonctionnaient selon le principe de la sectorisation à la française (3).

Si, rétrospectivement, on se penche sur cette Enquête allemande des années 70, enquête qui, au passage, datait de 30 ans en 2005, dans l'optique de savoir si et comment l'Allemagne a repris et affiné le principe du travail en réseau, on observe rapidement que l'innovation réside déjà précisément dans la planification délibérée de structures modernes de réseau. La commission chargée de l'Enquête avait saisi la fonctionnalité du réseau : celui qui fait partie d'un réseau doit communiquer avec les autres.

Les secteurs de soins clairement définis sont les bornes extérieures d'un système tourné vers l'intérieur, au sein duquel s'organisent les différents prestataires. Le pilotage de ce système via des groupements psychosociaux ou des comités consultatifs psychiatriques au niveau communal constituait une condition importante pour que l'on puisse parler de travail en réseau.

Ce qui est important, c'est que les experts de la commission chargée de l'Enquête n'ont pas seulement créé de nouveaux services ou de nouveaux établissements, mais qu'ils ont aussi instauré le réseau régional, le secteur et le découpage géographique assorti de l'obligation d'accueillir et de soigner tout habitant de ce territoire pour les prestataires hospitaliers. Ce n'est qu'ainsi qu'il a été possible de compiler des statistiques par établissement à des fins de comparaison, par exemple sur le nombre de lits, la durée du séjour, la répartition par diagnostic, etc.



Illustration 1 - Région et secteurs psychiatriques, exemple de Munich- Haar

Traduction du texte allemand:

La régionalisation et la sectorisation jettent les bases d'une planification centrale

Planification intrahospitalière

- Indicateur du nombre de lits
- Comparaisons des durées d'hospitalisation
- Éventail des diagnostics, etc.

Planification extrahospitalière

- Centres de jour
- Offres de travail
- Assistance au logement, etc.

Certes, on n'est jamais parvenu à « *l'ancrage juridique incontesté de la structuration en soins ambulatoires, semi-hospitaliers et hospitaliers, y compris au sein d'un même établissement* », que WOLTER (4) appelait de ses vœux. On n'a finalement repris le principe français de la sectorisation qu'à demi, en omettant tout simplement d'intégrer les soins ambulatoires extrahospitaliers dans la sectorisation, sur le plan de l'organisation et du financement. On a également oublié d'établir un lien entre psychiatrie intra et extrahospitalière du point de vue de l'organisation, du personnel et des aspects financiers. Cette demi-mesure dans la sectorisation de la psychiatrie a eu d'importantes conséquences :

- La codification de la domination du système hospitalier sur le système de soins ambulatoires d'un point de vue économique, technique et scientifique.
- Un développement anarchique du secteur extrahospitalier, que l'on qualifie aujourd'hui de « communalisation sauvage » (Wienberg)(5) : il en résulte un paysage des soins ambulatoires certes varié, mais extrêmement hétérogène sur le plan économique, technique et scientifique.

Après de 30 à 40 ans de « communalisation sauvage », ou, pour exprimer les choses positivement, de construction de la psychiatrie communautaire, nous disposons néanmoins dans de nombreuses régions d'Allemagne d'un système de soins ambulatoires complet, mais très mal organisé.

ERNST-BASTEN, qui gère l'association « Brücke » (organisme important dans le Schleswig-Holstein, qui propose une offre presque exclusivement ambulatoire et compte plus de 600 collaborateurs), décrit ainsi la situation :

« Le paysage de l'offre est fragmenté, et les prestations n'ont aucun lien les unes avec les autres. Les différents prestataires marquent clairement les frontières entre leurs champs d'intervention respectifs. Le système ressemble à un puzzle constitué de nombreuses pièces, qui ne s'emboîtent pas toutes ensemble. Il est très opaque pour tous les acteurs, et en particulier pour les personnes en crise. Les prestations sont déterminées par l'offre, et non par les besoins de la personne. Les financements sont liés aux établissements et aux services, et non aux patients, lesquels n'ont guère d'options entre lesquelles choisir. [...] De nombreuses personnes atteintes de troubles psychiques vivent dans la collectivité mais demeurent aussi enfermées dans des mondes particuliers. C'est un réseau d'éducateurs et de thérapeutes qui leur tient lieu de réseau social « normal » et elles n'ont presque exclusivement de contacts qu'avec d'autres personnes souffrant de maladies psychiques (6)»

Vous voyez : en Allemagne, l'absence de mise en réseau juridique et officielle des services hospitaliers et ambulatoires pose un gros problème, coûte cher et est inefficace, et conduit aussi à l'exclusion sociale des personnes concernées. Nous avons certes construit avec beaucoup de créativité un système ambulatoire

différencié. Ce dernier ne dispose néanmoins pas d'un réseau satisfaisant, en interne et avec les autres systèmes de soins.

Résumé

Pour récapituler, voici ce que je viens d'exposer :

La réhabilitation psychiatrique n'a pas vraiment été intégrée dans le système de soins psychiatriques.

La mise en réseau des services de réhabilitation avec les services psychiatriques ambulatoires n'est pas une question théorique, mais un impératif immédiat si nous voulons améliorer l'efficacité du système de soins psychiatriques !

II. La réhabilitation ambulatoire pour les troubles psychiques

Dans la deuxième partie de mon exposé, je souhaiterais parler plus précisément de la réhabilitation ambulatoire. Une différence entre réhabilitation hospitalière et ambulatoire va de soi : dans le cas de la réhabilitation ambulatoire, le patient conserve son logement et reste entouré de ses proches. Il faut que le patient puisse se rendre chaque jour dans un centre de réhabilitation pour les personnes souffrant de troubles psychiques (RPK) depuis chez lui. De même, l'équipe de réhabilitation doit pouvoir lui rendre visite chez lui et intervenir en cas de besoin dans son environnement de vie, par exemple auprès de la famille, du voisinage, des aides à domicile, des centres médico-psychologiques, etc.

En Allemagne, l'offre de réhabilitation ambulatoire est très maigre.

Je souhaiterais vous présenter trois de ces centres de réhabilitation :

Exemple 1 : Réhabilitation ambulatoire à Mönchengladbach – le Niederrheinische Institut für Rehabilitation (institut de réhabilitation de Rhénanie du Nord), Mönchengladbach

Le centre de réhabilitation de Mönchengladbach (7) offre depuis le début de cette année des services de réhabilitation médicale et professionnelle aux personnes souffrant de troubles psychiques. L'équipe est pluridisciplinaire. Après une phase d'orientation de plusieurs semaines, pendant laquelle, le patient suivant un programme à plein temps, l'équipe et le patient apprennent à se connaître mutuellement, intervient la planification complète de la réhabilitation médicale et professionnelle. On aide ensuite le patient à trouver un poste de travail qui lui sert de formation externe, en privilégiant les emplois dits assistés (*supported employment*) dans des entreprises du marché du travail normal sur les emplois d'intérêt social « protégés ». L'expérience a montré que pour porter leurs fruits, de telles mesures doivent durer entre plusieurs mois et deux ans. Selon le principe « d'abord placer, ensuite réhabiliter » (*first place, then train*), on augmente ensuite progressivement la capacité de travail et les performances de chacun dans des conditions de travail réelles. L'équipe apporte ses conseils et son soutien directement sur le lieu de formation, reste en contact permanent avec l'employeur et assure le traitement thérapeutique de stabilisation. Il est possible de recourir en accompagnement aux offres du programme hebdomadaire de l'institut.

Exemple 2 : Réhabilitation ambulatoire à Neuss –

la Reha-Ambulanz de Neuss

Le premier établissement de réhabilitation psychiatrique ambulatoire, la Reha-Ambulanz de Neuss (8), fonctionne selon des principes analogues. En 1999, l'œuvre diaconale de l'Église évangélique a conclu avec la caisse d'assurance maladie de Rhénanie du Nord un contrat sur des prestations de réhabilitation médicale ambulatoire auquel s'est ensuite rattachée l'assurance pension allemande. WILKES (2004) décrit (9) comment ce système allie des avantages thérapeutiques et économiques :

- La Reha-Ambulanz permet d'éviter de longues hospitalisations ou d'en raccourcir la durée.
- L'offre de réhabilitation et les mesures sont individualisées en fonction des besoins de chaque patient, peuvent se combiner de manière flexible et peuvent être réitérées en cas de besoin.
- Les mesures interviennent là où les troubles psychiques ont trouvé leur origine : à savoir à la maison, dans l'environnement de vie direct du patient, dans son logement, sur son lieu de travail, dans son quartier et sa famille.
- Il est ainsi possible de mieux intégrer les patients dans leur environnement social et de rétablir plus rapidement leur capacité de travailler et de gagner leur vie.
- On peut ainsi éviter que des troubles aigus ne deviennent chroniques, réduire la durée de la prise de médicaments, atténuer le besoin de soins du patient et pérenniser le résultat de la réhabilitation.

Pour les patients, ce sont les améliorations qualitatives qu'ils ressentent qui comptent. Dès que leur capacité de maîtriser leur vie quotidienne et leur état psychique s'est améliorée, tous les patients sont en mesure de réagir bien mieux aux signes avant-coureurs de leurs troubles, ce qui réduit nettement le risque de rechute et renforce considérablement la gestion responsable de la prise des médicaments et le respect du traitement par le patient. En bref, la Reha-Ambulanz de Neuss confère aux patients une nouvelle qualité de vie. Ils sont mieux armés pour mener une vie autonome et pour gérer de manière responsable leurs troubles.

Exemple 3 : Réhabilitation ambulatoire à Cologne –

« OSKAR » (Ortsnahe, Soziale, Kölner Ambulante Rehabilitation) (réhabilitation ambulatoire, sociale et de proximité de Cologne)

L'unité OSKAR, à Cologne (10), dispose de 20 places de traitement ambulatoire, assure un diagnostic médical spécialisé, un diagnostic de travail et une thérapie de réhabilitation, effectue un travail de psychothérapie en groupe, propose des services d'ergothérapie individuelle ou en groupe, ainsi qu'une thérapie par le travail/une évaluation des aptitudes dans les domaines de formation : horticulture, économie domestique, informatique. Viennent s'y ajouter des stages en entreprise et un travail avec les proches.

La thérapie par le travail dans l'horticulture est surtout axée sur la production de plantes vivaces, de fleurs et d'herbes de cuisine. Des missions connexes sont en projet, par exemple un service consistant à aller chercher et à ramener des plantes en pot qui sont confiées à l'unité pour l'hiver. Ce domaine représente environ huit à dix des vingt places de thérapie à la disposition des patients. L'unité compte cinq places en informatique et cinq autres en économie domestique. Les patients se formant à l'informatique effectuent des travaux de bureau, des tâches

administratives, apprennent à utiliser un PC et s'occupent de l'administration des ventes effectuées par le domaine horticulture.

Aux procédures médico-sociales et de réhabilitation par le travail dans le cadre de l'unité OSKAR viennent s'ajouter des offres de traitement complémentaire : sport et loisirs, entraînement cognitif, art-thérapie, visites à domicile, conseil relatif à divers aspects de la vie, travail avec les familles et entraînement aux compétences pratiques de la vie quotidienne.

Réseau de réhabilitation ambulatoire

Exemple de Mönchengladbach : La réhabilitation ambulatoire est bien intégrée aux solutions locales de psychiatrie communautaire. Elle est « partenaire-réseau » de l'association pour la psychiatrie communautaire des établissements psychiatriques rhénans, de l'association de réhabilitation locale du centre médico-psychologique (CMP) et du service médico-psychiatrique, et est membre du groupement ~~de travail~~ psycho-social (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, PSAG).

Financement de la réhabilitation ambulatoire

Pour l'essentiel, le financement passe par les caisses d'assurance-maladie et l'assurance sociale invalidité-vieillesse obligatoire. Mais au total, il peut y avoir jusqu'à huit bailleurs de fonds pour la réhabilitation et la réinsertion :

1. Les caisses d'assurance-maladie obligatoires (assurance-maladie)
2. L'agence fédérale pour l'emploi
3. Les assurances-accidents obligatoires
4. L'assurance pension obligatoire
5. Les organismes d'assurance-vieillesse des exploitants agricoles
6. Les organismes de couverture et d'assistance aux victimes de guerre
7. L'assistance à la jeunesse
8. Le bureau d'aide sociale (ARGE)

On dénombre globalement très peu de prestataires de services pour la réhabilitation psychiatrique ambulatoire :

Rapport accueil intra-extrahospitalier, médecine somatique-psychiatrie

Nous ne disposons hélas d'aucune statistique permettant de comparer réhabilitation psychiatrique intra et extrahospitalière. La comparaison de toutes les mesures de réhabilitation, y compris dans le domaine somatique, nous amène à constater que, sur la dernière décennie, la réhabilitation ambulatoire a gagné du terrain. Cependant, malgré cette évolution positive, elle n'en représente, ces dernières années, qu'une petite fraction : environ 1/8 de toutes les mesures.

Feuille ambulatoire/intrahospitalière LINDOW, KLOSTERHUIS, NAUMANN (11)

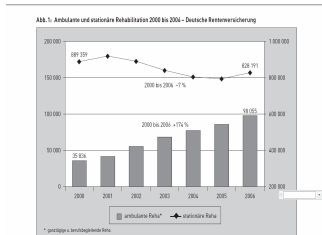


Illustration 2 - Réhabilitation ambulatoire/intrahospitalière 2000 à 2006 – Assurance pension en Allemagne

Légende :

Réhabilitation ambulatoire*

Réhabilitation intrahospitalière

2000 à 2006 : -7 %

2000 à 2006 : +174 %

*Réhabilitation à temps complet et avec suivi professionnel

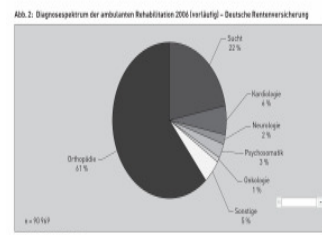


Illustration 3 - Répartition par diagnostic des réhabilitations ambulatoires en 2006 (provisoire) – Assurance pension en Allemagne

Légende :

Addictions 22 %

Cardiologie 6 %

Neurologie 2 %

Psychosomatique 3 %

Oncologie 1 %

Autres 5 %

Orthopédie 61 %

Si nous pouvions en plus mettre en regard les dépenses correspondantes pour les mesures ambulatoires et intrahospitalières, la différence serait encore plus nette : au lieu de 1 pour 8, on passerait à un rapport de 1 pour 12 ou plus.

III. Mise en réseau, coordination et pilotage

Dans la troisième et dernière partie, je vais me pencher sur la question suivante : De quels instruments disposons-nous pour le pilotage et la mise en réseau dans la psychiatrie communautaire allemande ?

On peut citer :

1. La confédération de services pour la psychiatrie communautaire (*Gemeindepsychiatrischer Verbund, GPV*)
2. Le Case Management (CM)
3. Le programme intégré de traitement et de réhabilitation (*Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan, IBRP*)

1. La confédération de services pour la psychiatrie communautaire (Gemeindepsychiatrischer Verbund, GPV)



illustration 4 – voir www.bag-gpv.de

Définition

La GPV est un regroupement contractuel des principaux prestataires d'une région de soins définie.

La GPV se constitue en réseau ayant pour but de respecter des normes de qualité (12) et de rentabilité ; elle s'engage à faire respecter l'obligation d'accueil et de soin à l'échelle régionale, et à l'amélioration continue de la qualité. La GPV doit donc avoir la capacité de contracter en tant que personne morale. Cette capacité peut résulter d'un contrat de coopération, d'une déclaration de principe ou des statuts d'association.

La commune est représentée dans ce regroupement au titre de son devoir de prévoyance. Les organismes et la commune sont obligés de travailler ensemble pour la planification et le pilotage des services psychiatriques (responsabilité de la commune).

Objectifs

La GPV poursuit plusieurs objectifs :

- a) garantir un traitement conforme aux besoins et une assistance aux personnes atteintes de troubles psychiques en phase aiguë et chroniques dans la zone géographique desservie et en dehors, dans les domaines de prestations suivants : aide à l'autonomie/au logement, organisation de la journée et prise de contacts, aide dans le domaine du travail, formation et occupation, soins de base, processus thérapeutique, planification du traitement et de la réhabilitation,
- b) coordonner les prestations médico-sociales et d'autres prestations requises, notamment en synergie avec les institutions, et plus précisément la mise en place de programmes intégrés de traitement et de réhabilitation centrés sur la personne et qui dépassent le simple cadre de l'établissement (prestations globales),
- c) améliorer en continu la qualité par l'élargissement de l'offre, la différenciation des aides en fonction des besoins et l'optimisation de l'utilisation des ressources,
- d) participer à la planification et au pilotage des services psychiatriques au niveau local (responsabilité de la commune) par un échange obligatoire et continu avec les administrations sociales et sanitaires municipales, les prestataires, des associations

Psychothérapeute

Neurologue
Urgences

Établissement de réhabilitation
Réhabilitation ambulatoire

Polyclinique Hôpital de jour

Clinique psychiatrique-psychothérapeutique

Services spécialisés

B. regroupement pour la psychiatrie communautaire
groupe de travail (pour gérer le regroupement)

Patient atteint de troubles chroniques
avec incapacité persistante

Logement assisté

Cabinet axé sur
la socio-psychiatrie

Travail protégé

Médecin de famille Psychiatre
Psychothérapeute Urgentiste

CMP

Entreprises

d'intégration

Sociothérapie

centres de jour

Conférence de
Case-Management

Opportunités de
rencontre + temps libre

Intermédiaire

Polyclinique Hôpital de jour urgence ambulatoire

équipe amb. de l'hôpital
soins infirmiers

Hôpital pour troubles aigus avec services spécialisés

2. Le Case Management (CM)

Je ne vais m'arrêter que brièvement sur le Case Management : les grandes lignes de sa fonction et de ses effets doivent déjà être connues.

- Le CM souhaite développer, parallèlement aux autres services de réhabilitation, un suivi de soutien des patients ;
- Le CM a pour mission d'élaborer à des projets d'assistance intégrés, indispensables dès lors que plusieurs besoins d'aide apparaissent simultanément ;
- Le CM doit aussi coordonner toutes les prestations de soins, qui peuvent se recouper ou se contredire.

Il faut ici se demander si le CM est une solution qui permet d'organiser le processus de traitement de manière véritablement efficace et optimale pour le patient. Le CM présente un gros inconvénient : différents textes de loi (SGB V, VIII, IX, XI) imposent la coordination et la mise en réseau et, par exemple, la création d'un centre de service transversal (SGB IX), mais les bailleurs de fonds ou les prestataires de services ne mettent jusqu'à présent guère de financement à la disposition du Case Management. **En outre, à ma connaissance, la preuve scientifique de son efficacité n'a pas été faite. Le CM n'exerce aucune influence sur la structure des soins.**

3. La planification intégrée du traitement et de la réhabilitation (*Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung, IBRP*)

Le « Programme intégré de traitement et de réhabilitation » (voir www.ibrp-online.de) de l'association Aktion Psychisch Kranke a été développé par une commission d'experts à la demande du ministère fédéral de la Santé. Il se comprend comme un instrument de l'« aide centrée sur la personne », qui cible les besoins, capacités et incapacités individuelles de chaque patient. La fiche détaillée sur le patient de l'IBRP et les « conférences de Case Management » (*Hilfeplankonferenzen*) ont été entretemps introduits dans de nombreux Länder et régions avec différentes variantes et actualisations. Il est vrai que pour beaucoup, la fiche détaillée représente un instrument plutôt technocratique en raison du coût élevé qui y est associé. Pour beaucoup de régions, il représente cependant un instrument de travail qui a fait ses preuves, et pour beaucoup de bailleurs de fonds, un outil de décision essentiel. En Bade-Wurtemberg, la planification de l'aide individuelle a été introduite dans un projet de l'association Aktion Psychisch Kranke pour 2001-2004. Depuis, les « conférences de Case Management » (*Hilfeplankonferenzen*) sont en place dans une partie des régions, tandis que dans d'autres existent des formes mixtes ou une coordination sous la responsabilité de la commune (bureau d'aide sociale).

Si, comme nous l'espérons, nous pouvons également développer un projet franco-allemand de « réhabilitation ambulatoire », alors nous disposons ici de conditions de base favorables : il s'agira de développer la réhabilitation ambulatoire sous différentes formes dans les communes, et de la relier avec le Case Management ou la planification de l'aide individuelle tels qu'ils existent au niveau local. Cela signifie : employer une fiche détaillée commune, mais aussi, discuter avec les personnes pour lesquelles une réhabilitation est envisagée de leurs objectifs de vie, ainsi que de leurs souhaits dans les domaines privé, social et professionnel, afin d'établir un « plan de réhabilitation » réaliste et ouvrir aux patients l'accès à la réhabilitation. À cet égard, une bonne préparation des discussions sur les cas et des plans d'aide pour la « réhabilitation » est essentielle.

IV. Synthèse

La réussite de la réhabilitation psychiatrique ambulatoire et intrahospitalière passe impérativement par une intégration étroite avec d'autres établissements hospitaliers et extrahospitaliers formalisée par des contrats réciproques et par une coopération institutionnalisée. Les exemples de réhabilitation ambulatoire que nous avons présentés constituent également des illustrations de cette étroite mise en réseau

avec le système de la psychiatrie communautaire. La faiblesse de cette mise en réseau tient à son caractère facultatif et au fait qu'elle ne parvient pas véritablement à surmonter les cloisonnements entre l'intra et l'extrahospitalier.

(Je n'ai pas pu m'arrêter sur la possibilité de soins intégrés qu'offre le législateur depuis 2004 (*Integrierte Versorgung*, IV). Cette possibilité répond à la volonté de faire tomber les cloisonnements de la pratique traditionnelle, scindée en soins ambulatoires et intrahospitaliers, grâce à des incitations économiques et des garanties juridiques, et de la rendre ainsi globalement moins onéreuse.

Je me réjouirai de voir l'engagement de la DGSP pour la coopération franco-allemande et pour le projet « mise en réseau de la réhabilitation ambulatoire » couronné de succès dans les prochains mois. La DGSP soutient ce projet parce qu'il s'attaque précisément au besoin pressant de développer plus avant ce domaine de la réhabilitation :

- Développer la réhabilitation psychiatrique ambulatoire pour la porter au même niveau que la réhabilitation intrahospitalière, et la rendre plus attrayante pour les bailleurs de fonds.
- Parallèlement, constituer un solide réseau entre la réhabilitation ambulatoire et intrahospitalière, et l'offre de soins psychiatriques locaux, - une réhabilitation sectorisée ! - et pour ce faire, utiliser les formes existantes de pilotage structurel et de pilotage centré sur les cas.

Bibliographie

- [1] Häfner, H. Die Entwicklung der klinischen Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. *Krankenhauspsychiatrie* 11 (2000) 145-157
- [2] siehe das vollständige Dokument unter www.dgppn.de/de_enquete-1975_39.html
- [3] Ayme, J., Hofmann, W. Geschichte und aktuelle Situation der französischen Sektorpsychiatrie In: Krisor, M., Wunderlich, K. (Hrsg.) Gerade in schwierigen Zeiten: Gemeindepsychiatrie verankern. Pabst Science Publishers Lengerich 2007
- [4] Enquête, Materialsammlung III, Bonn 1974, S. 3
- [5] Wienberg, G. Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven. *Sozialpsychiatrische Informationen* 1, 2008
- [6] Ernst-Basten, G. Wie kann die Integration chronisch psychisch kranker Menschen in die Gemeinde (wirklich) gelingen? In: "Kerbe - Forum für Sozialpsychiatrie" 1, 2008
- [7] www.rpk-rheinland.de
- [8] www.diakonie-neuss.de
- [9] Wilkes, M. Laudatio anlässlich der Verleihung des 5. Janssen-Cilag Zukunftspreises 2004. Neuss 2004
- [10] www.koelnverein.de
- [11] Lindow, B., Klosterhuis, H., Naumann, B. Ambulante Rehabilitation – ein Versorgungsbereich profiliert sich. *RV aktuell* 7/2007, 207 – 213
- [12] www.bag-gpv.de/Datenbank/bag/0007_Qualitätsstandards

[13] Berger, M. Plenarvortrag DGPPN Kongress 26.11.2004

[14] Diery, H., Rau, J. (1997) Kooperationsmöglichkeiten beruflicher Rehabilitationseinrichtungen im grenznahen Bereich von Deutschland, Frankreich und Luxemburg. Berufliche Rehabilitation: Beiträge zur beruflichen und sozialen Teilhabe junger Menschen mit Behinderungen. 11 (1997), H. 4, 333-343