

Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie

Welche Risiken und Chancen bringen Sozialversicherungsleistungen für die Sozialpsychiatrie?

Mit der Gleichstellung von psychisch und somatisch kranken Menschen sollen die Ausgrenzung und Ausschließung psychisch kranker Menschen überwunden und ihre sozialrechtliche und gesellschaftliche Stellung grundlegend verändert werden. Angesichts dramatischer Kürzungen im Sozial- und Gesundheitsbereich steht die Forderung nach kontinuierlicher Umsetzung dieser Gleichstellung jetzt vor veränderten Rahmenbedingungen



3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

■ Abschied vom Übergangswohnheim

Eine Bilanz der ambulanten, stationären und teilstationären Reha
Elisabeth Noeske, Seite 4

■ Baustein in der ambulanten Versorgung

Soziotherapie lässt sich gut in den Arbeitsalltag integrieren
Andreas Ullrich, Seite 7

■ Verbesserung von alltagspraktischen und sozialen Kompetenzen

Die Sozialpädagogik eignet sich gut für die Umsetzung der Soziotherapie
Harald Ansen, Seite 10

■ Gemeinsame Gestaltung von Hilfen ist Idealvorstellung

Integrierte Versorgung im Gemeindep psychiatrischen Verbund nach SGB V kaum machbar
Karl Salzl, Seite 13

■ Ermutigung für integriert arbeitende Dienste

Hilfreiche Verknüpfung von Sozialpsychiatrischen Diensten und Institutsambulanzen
Hermann Elgeti, Seite 15

■ Auf dem Weg zur Sozialen Krankenhausfürsorge

85 Jahre Sozialarbeit in Hamburger Krankenhäusern
Beate Schneider und Manfred Voepel, Seite 18

■ Nicht an den Bedürfnissen vorbeisparen

Häusliche Pflege trägt dazu bei, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden
Ingrid Backhaus, Seite 21

■ Hohe Erwartungen relativiert

Ursprünglich sollte Soziotherapie flächendeckende Versorgung ermöglichen
Wolfgang Mohn, Seite 23

■ Auf dem Weg zur Akutbehandlung ohne Klinikbett

Krefelder Integrierte Psychiatrische Behandlung mit hoher Akzeptanz
Andreas Horn, Seite 24

■ Einsamkeit überwinden

Der Gartenhof Ebersberg ist eine erfolgreiche Tagesstätte
Georg Knufmann, Seite 27

27 Spectrum

■ Gelungene Systematisierung

Eine Kurzbewertung des Qualitätskonzepts PPQ
Fritz Baur, Seite 29

■ Eigenständiges Krankheitsbild?

Auf den Spuren von Messis, Verwahrlosung und Vermüllung
Klaus Obert, Seite 31

■ Mitwirkung am kulturellen Prozess

Das Bayreuther Projekt Kunst im Regenbogen
Heike Schulz, Seite 33

■ Personen im Mittelpunkt

Regionale Netzwerke in der Hilfe für behinderte Menschen
Ein Thesenpapier, Seite 34

■ Wortmeldungen einer Psychiatrie-Erfahrenen

Anmerkungen zu einem Buch von Sibylle Prins
Jürgen Bombosch, Seite 35

36 Leserbrief

37 Nachrichten

39 Termine

Editorial



Die Gleichstellung von psychisch und somatisch kranken Menschen wurde schon in der Psychiatrie-enquête zu einer der vier zentralen Forderungen erhoben. Damit sollte die Geschichte der Ausgrenzung und Ausschließung psychisch kranker Menschen überwunden und ihre sozialrechtliche und gesellschaftliche Stellung grundlegend verändert werden.

Angesichts der sich immer dramatischer entwickelnden Kürzungen im Sozial- und Gesundheitsbereich stellt sich die Forderung nach kontinuierlicher Umsetzung der Gleichstellung von psychisch kranken und somatisch kranken Menschen unter veränderten Bedingungen:

In der Vergangenheit war die psychiatrische Versorgung vom Ausschluss psychisch kranker Menschen aus sozialversicherungsrechtlichen Leistungen der Pflege, der Rehabilitation und der komplexen Behandlung gekennzeichnet. Gegenwärtig wächst das Risiko, dass sich Land und Kommunen aus ihrer Pflicht zur Daseinsvorsorge zurückziehen und die Betroffenen mehr und mehr einem medizinischen Hilfesystem überlassen, das den Bedürfnissen chronisch psychisch kranker Menschen nur bedingt gerecht wird.

In Baden-Württemberg beabsichtigt beispielsweise die Landesregierung, die Zuschüsse für die Sozialpsychiatrischen Dienste um 50 Prozent zu reduzieren. Damit wird die ambulante Basisversorgung für diesen Personenkreis und zugleich der Kern der gemeindepsychiatrischen Verbundentwicklung

Liebe Leserin, lieber Leser

in Frage gestellt. Gleichzeitig wird die illusorische Hoffnung geweckt, dass die Dienste durch die Erbringung sozialtherapeutischer Behandlungsangebote und durch die Kooperation mit den neu entstehenden Institutsambulanzen die Ausfälle der Grundversorgung kompensieren könnten.

Die sozialrechtlich sinnvolle Mit-einbeziehung vorrangiger Kostenträger in die Finanzierung von Hilfen für chronisch psychisch kranke Menschen bedeutet die Ausweitung einzelleistungsorientierter Finanzierungsformen und die Stärkung einer marktwirtschaftlichen Orientierung, in der vor allem die Menschen zum Zuge kommen, die über Leistungsrechte verfügen und selbst dazu bereit und in der Lage sind, aktiv an der Gestaltung ihres Hilfeprozesses mitzuwirken. Gleichzeitig erzeugen die neuen Finanzierungsformen oft einen zunehmend bürokratischen Verwaltungsaufwand.

Die Gewährung von Kassenleistungen erfolgt auf der Grundlage ärztlicher Diagnostik und Verordnungen. Hilfeplanung und Hilfestaltung sind damit nicht mehr notwendigerweise Ergebnis multiprofessioneller und trialogischer Aushandlungsprozesse. Psychosoziale Hilfen werden vorrangig aus der Perspektive der Ergänzung der ärztlichen Behandlung konzipiert. Das Risiko der einseitigen Medizinerung im Verständnis und in der Hilfestaltung wächst.

*Dr. Klaus Obert
Professor Dr. Jürgen Armbruster*



Vom Übergangswohnheim zur Rehabilitationseinrichtung

Bilanz und aktuelle Entwicklungen der ambulanten, teilstationären und stationären Rehabilitation

Von Elisabeth Noeske

Bis Mitte der 70-er Jahre herrschten – vor dem Hintergrund des immer noch die rechtliche Situation beeinflussenden sogenannten „Halbierungserlasses“ des Dritten Reiches von 1939 – skandalöse Verhältnisse in den psychiatrischen Kliniken der BRD. Es gab insbesondere kaum adäquate ambulante Angebote zur Begleitung psychisch erkrankter Menschen nach Entlassung aus stationär-psychiatrischer Klinikbehandlung. 1978 wurde der „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD“ (Psychiatrie-Enquete) vorgelegt. Hierin wurde auf die vielfältigen grundgesetzwidrigen Benachteiligung psychisch erkrankter Menschen hingewiesen, insbesondere hinsichtlich deren im Verhältnis zu somatisch Erkrankten wesentlich schlechteren medizinischen, beruflichen, wirtschaftlich/finanziellen und sozialen Versorgungssituation.

Die Sachverständigenkommission empfahl seinerzeit

- die sozialrechtliche Gleichstellung von psychisch und organisch erkrankten Menschen,
- Verkleinerung der Landeskrankenhäuser durch Bettenabbau,
- die Einrichtung und modellhafte Erprobung von Übergangsheimen in Gemeindenähe.

In Umsetzung der Forderungen der Enquete-Kommission wurde zwischen 1976 und 1979 die Übergangseinrichtung für psychisch kranke Menschen „Elisabeth-Lutz-Haus“ in Mannheim modellhaft entwickelt und erprobt. Im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG) wurde dieser Prozess vom „Zentralinstitut für Seelische Gesundheit“ (ZI) in Mannheim wissenschaftlich begleitet. Parallel hierzu wurde ein

Rechtsgutachten zur Kostenfrage erstellt. Die Untersuchungsergebnisse wurden in der Schriftenreihe des BMJFG Band 160, 1982 veröffentlicht. Leider einigten sich die nach dem Gesetz für Rehabilitationsmaßnahmen zuständigen Sozialversicherungsträger (gesetzliche Krankenversicherungen, Rentenversicherungen und Arbeitsverwaltung) aber dennoch auf keine Kostenregulierung.

Kostenübernahme wird verweigert

Ende der 70-er, Anfang der 80-er Jahre entstanden auch an anderen Orten in der Bundesrepublik Deutschland Übergangseinrichtungen für psychisch Kranke (innerhalb von 10 Jahren mehr als 100). Dies erfolgte mit dem Ziel, durch ein rehabilitatives Angebot chronisch psychisch erkrankten Menschen zu helfen, nach stationärer psychiatrischer Klinikbehandlung in der freien Sozietät (wieder) Fuß zu fassen sowie (wieder) in den beruflichen Alltag integriert zu werden.

Trotz vorliegender Untersuchungsergebnisse des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit verweigerten die gesetzlichen Sozialversicherungs- und damit auch Rehabilitationsträger jedoch weiterhin eine Kostenübernahme für dieses außerklinische Rehabilitationsangebot, wobei insbesondere die Krankenversicherungen dieses kurzerhand als Maßnahme der sozialen Rehabilitation einstufen. Es bestand seinerzeit allerdings auch keine wirkliche Notwendigkeit zur Zuständigkeitsklärung, da fast zeitgleich das Bundessozialhilfegesetz durch Ausweitung der Eingliederungshilfe eine Regelfinanzierung des Angebotes ermöglichte.

So übernahmen die überörtlichen Sozialhilfeträger fast ausschließlich dessen Finanzierung. Eigentlich ist solches systemwidrig, da Sozialhilfe stets nachrangig gewährt werden und keine Aufgaben der Regelversorgung übernehmen soll. Eine Verbesserung der außerklinisch-stationären Versorgung in Übergangseinrichtungen durch Sozialhilfeleistungen ist aber für die Betroffenen mit gravierenden Nachteilen verbunden. So müssen sie – im Gegensatz zu organisch erkrankten Menschen – solche Rehabilitationsmaßnahmen ganz, beziehungsweise wesentlich mitfinanzieren. Als Sozialhilfeempfänger sind sie verpflichtet, vorhandenes Vermögen weitgehend, Einkünfte teilweise bis zu 100 %, zur Fi-

Mit dem „Halbierungserlass“ wurde den seelisch Kranken ihre Heilbarkeit abgesprochen. Sie wurden als Behinderte und chronisch Kranke eingestuft, mit der Folge, dass bei Krankenhausaufenthalten die Krankenkasse sechs Wochen lang einen niedrigeren Pflegesatz für die stationäre Betreuung bezahlte, danach wurde der Aufenthalt vom überörtlichen Sozialhilfeträger finanziert, mit noch einmal verkürztem Pflegesatz. Auch heute noch gilt der Halbierungserlass und findet Anwendung bei den Langzeitpatienten in Groß-, Landeskrankenhäusern (LKH's).

nanzierung der Maßnahmekosten beizusteuern. Von der geforderten Gleichstellung psychisch und somatisch erkrankter Menschen kann insofern keine Rede sein. Dies führt dazu, dass notwendige Maßnahmen oft erst viel zu spät, das heißt nach bereits eingetretener Chronifizierung



Elisabeth Noeske, Diplompsychologin, Leiterin des Haus Landwasser in Freiburg. E-Mail: haus.landwasser@t-online.de

und Hospitalisierung eingeleitet werden, was nachweislich den Eingliederungsprozess erschwert bis verunmöglicht – mit Gefahr der Fortsetzung beziehungsweise Verstärkung des sogenannten „Drehtüreffekts“.

Die Sozialversicherungsträger widerstehen dem Druck

Die Sozialversicherungsträger ließen sich lange Zeit trotz zunehmendem politischem Druck, vielfältigen Bemühungen, unter anderem des Deutschen Vereins, der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), von Fachverbänden, der Berater- und Expertenkommission der Bundesregierung, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser, von Landesverbänden verschiedener Kassen, Gesetzesvorschlägen verschiedener Parteien und Bundesländer nicht in die Pflicht nehmen, die Rechtslage der faktischen Situation anzugleichen. Erst als eine gesetzliche Regelung zu kommen drohte, einigten sie sich auf eine „freiwillige Minimallösung“. Um nicht alle Übergangseinrichtungen anerkennen und finanzieren zu müssen kreierten sie am 17.11.1986 mit sogenannten „Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte“ (RPK-Einrichtungen) im Rahmen einer „Empfehlungsvereinbarung RPK“ (Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte) einen neuen Einrichtungstyp.

Anforderungsprofil für Rehaeinrichtungen

Deren erforderliche Ausstattung und Zielsetzung legten sie in einem Anforderungsprofil fest. So sollten die künftigen RPK-Einrichtungen mindestens 50 Plätze vorhalten – was dem Ziel einer gemeindenahen Versorgung durch dieses außerklinisch-komplementäre Angebot widersprach. Positiv ist jedoch zu sehen, dass

in diesem Einrichtungstyp medizinische und berufliche Rehabilitation integriert und festgelegt wurde und dass trotz unseres gegliederten Sozialsystems die Kostenregulierung nahtlos erfolgen sollte. Problematisch ist jedoch zu sehen, dass eine RPK-Maßnahme lediglich für eine (Wieder-)Eingliederung vorbereitet. Nicht inbegriffen ist die Möglichkeit der gemeindenahen Begleitung einer Aus- oder Umschulung selbst. So sind die Betroffenen, sofern sie solches nicht mit ambulanter Begleitung leisten können, gegebenenfalls gezwungen, gerade dann, wenn sie infolge der Belastungen durch einen Ausbildungsbeginn psychisch besonders beansprucht und damit krisengefährdet sind, einen Bezugstherapeutenwechsel zu leisten, so zum Beispiel in ein Berufsförderungswerk zu wechseln. Da viele psychisch erkrankte Menschen solchen Belastungen (Bezugspersonen-, Ortswechsel, Ausbildungsneubeginn) nicht gewachsen sind, scheitern sie, obwohl etliche von ihnen bei weiterer kontinuierlicher Begleitung im vertrauten Rahmen gute Chancen der (Wieder-)Eingliederung gehabt hätten.

Rehaträger mit Verzögerungstaktik

Statt 1986 auf den Ergebnissen des Forschungsberichts des ZI aufzubauen, einigten sich die Rehabilitationsträger auf eine nochmalige vierjährige wissenschaftlich begleitete Erprobungsphase, an der pro Bundesland jeweils eine Einrichtung teilnehmen sollte. Solches konnte beziehungsweise kann nur als erneute Verzögerungstaktik angesehen werden. Das dann nach vier Jahren vorgelegte Gutachten wurde von ihnen als nicht ausreichend bezeichnet, die Finanzierung einer weiteren Begleitforschung jedoch abgelehnt, wobei die bisherigen Modelleinrichtungen Bestandsschutz erhielten.

Im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) wurde 1989 das Gesetz der Krankenversicherungen (SGB V) geändert, das der Rentenversicherungen im Jahre 1991 (SGB VI). Die „Empfehlungsvereinbarung RPK“ fand – wohl aus finanziellen Gründen,

wohl aber auch aus Sorge vor dem Widerstand der Sozialversicherungsträger – in keinem der genannten Gesetze Eingang. Allerdings enthält § 27 SGB V die Aufforderung, bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, was sich jedoch, da sich solches nicht auch in den leistungsrechtlichen Bestimmungen niederschlug, eher als Papiertiger erwies.

Flächendeckende Ausweitung stagniert

So stagniert seither in vielen Bundesländern die vorgesehene flächendeckende Ausweitung eines außerklinisch-stationären gemeindepsychiatrischen Angebotes RPK oder es erfolgt/e höchstens auf intensiven politischen Druck. So war es in Baden-Württemberg auf ministerielle Intervention hin 1995 möglich, zusätzlich zur bereits vorhandenen RPK-Modelleinrichtung in sechs Städten des Landes in vorhandenen Übergangseinrichtungen jeweils 10 Plätze in RPK-Plätze umzuwandeln. Solches ist sicherlich positiv zu bewerten und bewährte sich auch über etliche Jahre. Allerdings versuchen inzwischen doch immer häufiger verschiedenste Leistungsträger, sich aus ihrer Verantwortung zu stehlen und die in der Empfehlungsvereinbarung festgelegten Bestimmungen zu unterlaufen. Solches geschieht, indem beispielsweise einzelne Krankenkassen die Empfehlungsvereinbarung umdefinieren und für ihre Kostenzusage die gleichen Anforderungen wie die Rentenversicherungen stellen (positive Prognose für eine (Wieder-)Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt), die Rentenversicherungsträger trotz günstiger Prognose Rehabilitationsanträge in Renten-anträge umzudeuten versuchen.

Vereinbarung über Angebot nicht zustande gekommen

Leider konnte in all den Jahren noch nicht erreicht werden, dass – analog der Empfehlungsvereinbarung RPK – eine Vereinbarung über ein von den Sozialversicherungsträgern zu finanzierendes teilstationäres und/oder ambu-

Statt 1986 auf den Ergebnissen des Forschungsberichts des ZI aufzubauen, einigten sich die Rehabilitationsträger auf eine nochmalige vierjährige wissenschaftlich begleitete Erprobungsphase, an der pro Bundesland jeweils eine Einrichtung teilnehmen sollte

Leider konnte in all den Jahren noch nicht erreicht werden, dass – analog der Empfehlungsvereinbarung RPK – eine Vereinbarung über ein von den Sozialversicherungsträgern zu finanzierendes teilstationäres und/oder ambulantes Angebot zustande gekommen wäre

Immer wieder scheiterten Bemühungen, die Leistungsträger dazu zu bewegen, sich im außerklinischen Bereich nicht nur für die Behandlung psychisch erkrankter Menschen durch niedergelassene Nervenärzte zuständig zu fühlen, sondern auch ein adäquates ambulantes gemeinde-/sozialpsychiatrisches Angebot zu finanzieren

Ende 1995 erfolgte nach Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den gesetzlichen Krankenversicherungen in der Rehabilitationseinrichtung Haus Landwasser, Freiburg, die Umwandlung von 10 der 30 bisher sozialhilfefinanzierten Plätze in sog. RPK-Plätze

lanter Angebot zustande gekommen wäre. Zwar wurden – soweit erkennbar lediglich aus Kostengründen, weshalb oft erhebliche Kompromisse eingegangen werden mussten – in manchen Bundesländern RPK-Einrichtungen mit einem teilstationären oder gar ambulanten Angebot aufgebaut. Da hier im Gegenzug allerdings auf stationäre Angebote verzichtet wurde, ist auch in diesen Ländern kein differenziertes, dem jeweiligen Bedarf gemäßes Angebot vorhanden. Seit einiger Zeit arbeitet zwar die Bundesarbeitsgemeinschaft der Rentenversicherungsträger (BAR) an einer Vereinbarung für ambulante und teilstationäre Rehabilitation, bisher jedoch ohne wirklichen Erfolg.

Aber auch darüber hinaus waren in all den Jahren Bemühungen zur Entwicklung und Verbesserung des ambulanten und teilstationären rehabilitativen Angebotes im gemeindepsychiatrischen Bereich nur beschränkt erfolgreich. Immer wieder scheiterten Bemühungen, die Leistungsträger dazu zu bewegen, sich im außerklinischen Bereich nicht nur für die Behandlung psychisch erkrankter Menschen durch niedergelassene Nervenärzte zuständig zu fühlen, sondern auch ein adäquates ambulantes gemeinde-/sozialpsychiatrisches Angebot zu finanzieren.

Mehrere Modellversuche mit häuslicher Pflege erfolgreich

Zwar besteht seit 1988 gemäß § 27 Abs. 1, Ziff. 4 SGB V, i.V.m. § 37 SGB V ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wobei gem. § 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V den besonderen Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen Rechnung zu tragen ist. Nach mehreren positiv verlaufenen Modellversuchen mit häuslicher psychiatrischer Krankenpflege, vom 1. Februar 1998 bis 30. März 1999 wissenschaftlich begleitet von der Aktion psychisch Kranke (ApK), kam es zu keiner Ausweitung dieses Angebots, da die von den Krankenversicherungen bezahlten Leistungen nicht die Kosten der Einsätze decken.

Flächendeckende Sozialpsychiatrische Dienste

Inzwischen wurde in den Bundesländern flächendeckend „Sozialpsychiatrische Dienste“ eingerichtet, denen schwerpunktmäßig der Auftrag zu nachgehender Hilfe übertragen wurde. Die Finanzierung erfolgt jedoch nur in den seltensten Fällen beziehungsweise höchstens teilweise durch die Krankenversicherungen. Da es sich hier um keine Pflichtleistungen handelt, ist deren Weitergewährung stets von politischen Strömungen oder der jeweiligen Kassenlage abhängig. (Von der Idee, Gesundheitsvorsorge zu betreiben und damit Folgekosten zu vermeiden, scheinen die Kostenträger noch weit entfernt!). Dies sei verdeutlicht an der Situation in Baden-Württemberg. Hier waren die Krankenversicherungen bei der Finanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste mit einem Anteil von 20% „mit im Boot“.

Diese Leistungen wurden jedoch zwischenzeitlich schrittweise zurückgefahren (statt dessen wurden inzwischen Institutsambulanzen eingerichtet). Da in den Jahren 2002/3 auch die Landeszuschüsse sukzessive gekappt werden, ist dies besonders verhängnisvoll. Ein solcher „Ausverkauf“ ist allerdings wohl nur deshalb möglich, da in Baden-Württemberg trotz langjähriger Bemühungen und vielen Versprechungen immer noch kein „Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ (PsychKG) verabschiedet wurde. Insofern können die vorgesehenen Mittelkürzungen in vielen Fällen das „Aus“ für dieses wichtige Angebot bedeuten.

Gesetzlicher Anspruch auf Soziotherapie

Nach jahrelangen Auseinandersetzungen und einem zweijährigen wissenschaftlich begleiteten Modellprojekt wurde zum 1. Januar 2000 mit § 37a ein Anspruch auf Soziotherapie ins Gesetz der Krankenversicherungen (SGB V) eingefügt. Es handelte sich dabei jedoch zunächst um eine Übergangsempfehlung, an die sich nur wenige Krankenversicherun-

gen hielten. Erst am 23. August 2001 wurden schließlich Soziotherapie-Richtlinien durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen verabschiedet, wodurch nun Versicherte einen Leistungsanspruch auf Soziotherapie haben. Entgegen der ursprünglich deutlich weiter gefassten Intention des Gesetzesvorhabens hat hierauf jedoch nur Anspruch, wer wegen schwerer psychischer Erkrankung ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen nicht selbständig in Anspruch nehmen kann und wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Eine weitere Einschränkung liegt darin, dass der Anspruch auf Soziotherapie sich auf 120 Stunden in drei Jahren begrenzt. Durch die so vorgenommene Einengung des anspruchsberechtigten Personenkreises, die stundenmäßig begrenzte Leistung und den vorrangigen Auftrag, die Wahrnehmung ärztlich oder ärztlich verordneter Leistungen zu garantieren, ist auch hierüber nicht die erforderliche Kontinuität der Begleitung im Sinne eines Case-Managements zu leisten.

Recht auf Teilhabe

Nach mehreren Anläufen und jahrelangen Vorbereitungen trat zum 1. Juli 2001 das SGB IX in Kraft. Damit wurde das Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen auf eine verbesserte Rechtsgrundlage gestellt. Leider wurden jedoch auch in diesem Gesetz viele ursprünglichen Absichten nicht verwirklicht. Lediglich unter Beachtung der Bestimmungen des SGB IX wäre zum Beispiel künftig die „Empfehlungsvereinbarung RPK“ überflüssig. Solches wird allerdings verhindert, da die Rehabilitation behinderter Menschen weiterhin in den besonderen Teilen des Sozialgesetzbuches verankert ist (so insbesondere in den Sozialgesetzbüchern für Kranken- und Rentenversicherungen, Arbeitsförderung und Sozialhilfe). Eine Vielzahl von Problemen zeichnen sich bereits ab, die häufig wohl erst über eine höchstrichterliche Rechtssprechung gelöst werden können.

Das Beispiel Haus Landwasser

Nachfolgend werden die Auswirkungen der Anerkennung als RPK-Einrichtung auf die Arbeit in einer früher ausschließlich sozialhilfefinanzierten Übergangseinrichtung dargestellt. Das Haus Landwasser verstand sich schon von jeher als Rehabilitationseinrichtung. So wurden hier auch schon früher – aufgrund von Selbstverpflichtung – stets zeitlich begrenzte Maßnahmen durchgeführt. Insofern bedeutete die Anerkennung als RPK-Einrichtung zunächst einmal eine erhebliche Verbesserung, können so doch Rehabilitandinnen und Rehabilitanden häufig bereits dann erreicht werden, wenn noch keine gravierende Schädigungen infolge Chronifizierung und Hospitalisierung entstanden waren, eine (Wieder-)Eingliederung insofern eher zu erreichen ist. Der seitens der vorrangigen Reha-träger vorgenommene engere zeitliche Rahmen und die damit verbundene häufigere Berichtspflicht führt zu reflektierterem Arbeiten. Bei der Erarbeitung der Rehabi-

litationsziele und bei der Umsetzung der Maßnahme besteht eine größere Chance der verantwortlichen, kontinuierlichen Einbeziehung der Rehabilitanden in ihren Maßnahmeprozess.

Administrative Hürden gestiegen

Problematisch wirkt sich allerdings aus, dass gerade in der letzten Zeit immer größere administrative Hürden aufgebaut werden (zunehmende Berichtspflicht, umfangliche Prüfungen seitens der Leistungsträger), wodurch die inhaltliche Arbeit zunehmend leidet, wenn es nicht gelingt, solches durch Überstunden abzufangen. Besonders problematisch wirkt sich aber auch die geringe Flexibilität vieler Leistungsträger aus. So ist es inzwischen nicht mehr möglich, bei Abkürzung der für eine RPK-Maßnahme vorgesehenen Zeit (in der Regel maximal zwei Jahre) eine Rehabilitandin bei einer beruflichen Aus-/Umschulung zu begleiten. Hier wirken sich derzeit die Bestimmungen des SGB IX zusätzlich erschwerend aus, da – entgegen

früher – Tendenzen bestehen, dass sich nun auch der Sozialhilfeträger mit Hinweis auf § 33 SGB IX nicht mehr für die Maßnahmekosten in der Einrichtung zuständig fühlt. Sollte sich solches fortsetzen und keine anderweitige Lösung gefunden werden, könnte sich das gravierend negativ für eine nicht unerhebliche Anzahl von Rehabilitandinnen auswirken.

Unter Berücksichtigung der neuesten Spar-Tendenzen im Gesundheitsbereich, aber auch seitens der Länder und Kommunen, besteht derzeit die große Gefahr, dass insbesondere im außerklinischen sogenannten komplementären Bereich die in den letzten 25 Jahren mühsam errungenen Fortschritte, wieder zurückgefahren werden, da die Leistungsträger offensichtlich den Vorbeugungscharakter entsprechender Angebote nicht zu erkennen bereit sind. Solchem ist durch intensive Anstrengungen auf allen Ebenen Einhalt zu gebieten. Die noch immer nicht erreichte Gleichstellung psychisch und somatisch erkrankter Menschen ist weiterhin einzufordern!

Unter Berücksichtigung der neuesten Spar-Tendenzen im Gesundheitsbereich, aber auch seitens der Länder und Kommunen, besteht derzeit die große Gefahr, dass insbesondere im außerklinischen sogenannten komplementären Bereich die in den letzten 25 Jahren mühsam errungenen Fortschritte, wodurch die Lage psychisch erkrankter Menschen schrittweise verbessert wurde, wieder zurückgefahren werden

Lang ersehnter Baustein in der ambulanten Versorgung

Soziotherapie lässt sich gut in Arbeitsalltag integrieren / Nach Modellphase fällt Regelfinanzierung schwächer aus

Von Andreas Ullrich

„Ein Wunschtraum wird Gesetz“ – so titelte der erste Bericht über Soziotherapie vor rund drei Jahren in dieser Zeitschrift. Wird der Wunschtraum jetzt zum Alptraum? Ein gutes halbes Jahr ist vergangen, seit der lang ersehnten Einführung der Soziotherapie in den ambulanten sozialpsychiatrischen Betreuungskontext. Die gesetzliche Grundlage wurde schon viel früher geschaffen, eine Modellphase von 1995 bis 1999, über die in der Kerbe (3/4 1999) ausführlich berichtet wurde, war der SGB V-Regelung vorangegangen. Vielversprechend wurden Fallbeispiele

genannt, in denen sogar schwerst chronisch psychisch kranke Menschen von der soziotherapeutischen Einzel- und Gruppenförderung in einem Maße profitierten, dass vielerorts diese neue Behandlungsform als ultimative, heilbringende Allzwecktherapie für alle irgendwie von einer psychischen Krise Betroffenen gefeiert wurde.

Breite Anwendungsspektren, ein hohes Maß an flexibler Gestaltung des zur Verfügung stehenden therapeutischen Zeitbudgets und das nachgewiesene Funktionieren sowohl im Rahmen nervenärztli-

chen Praxisbetriebs als auch eingebettet in einen leistungsstarken Einrichtungsverbund, ließen auf ein solides zukünftiges Komplexleistungsangebot für eine breite Klientel hoffen. Dann kamen die Soziotherapierichtlinien. Und dann die Bundesempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen. Und zu guter Letzt der Rahmenvertrag auf Landesebene mit der Liga der freien Wohlfahrtspflege und den Kassen. Jetzt dürfen die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi's) – momentan sogar noch exklusiv – endlich das tun, was sie im Grunde eigentlich

Dieser Beitrag wurde zu einer Zeit verfasst, als von der Halbierung des Zuschusses der Landesregierung Baden-Württemberg an die Sozialpsychiatrischen Dienste noch nicht die Rede war.

Es scheint ja inzwischen zum guten Ton bundesrepublikanischen Wirkens zu gehören, sich einer gewissen „subdepressiven Patina“ zu bedienen



Andreas Ullrich, Arkade e.V., Gartenstraße 3, 88212 Ravensburg, E-Mail: ullrich@arkade-ev.de

schon immer getan haben, nur ab sofort zu schlechteren Bedingungen. Wirklich schlechter? Einiges an bewährten Spielregeln wurde aus Angst vor unkalkulierbaren Kostenlawinen eingeschränkt oder sogar ganz gestrichen. So ist allen Verantwortlichen klar, dass gerade Soziotherapie eine Leistung darstellt, deren Effizienz maßgeblich von einer professionellen Koordinations- und Kooperationstätigkeit abhängt. Sie war auch im Modell noch mit maximal 20 Stunden angemessen finanziert. Ganz im Stil der neuen schlanken Welle muss sie zwar weiterhin erbracht werden, wird jedoch – für Krankenkassen eher ungewöhnlich – lediglich mit „Gotteslohn“ honoriert. Sollten die soziotherapeutischen Bemühungen wider Erwarten einmal in einen stationären Aufenthalt des Klienten münden, sind auch hier Vorkehrungen getroffen: Explizit erwähnen die Richtlinien, dass in diesem Fall die Soziotherapie-Leistungen Klientenbesuche im Krankenhaus einschließen. Die Vergütung dafür allerdings nicht. Statt dessen versuchen manche Kassen, mit eigenmächtigen Zusatzbestimmungen außerhalb jeglicher Rahmenvertragstextes die Bedingungen für die Leistungserbringer weiter zu verschärfen, indem sie die Genehmigung bei Krankenhausaufenthalten widerrufen.

Soziotherapie nicht finanziert

Bestand zu Modellzeiten noch die Hoffnung, Soziotherapie würde zusätzlich zum bestehenden Versorgungssystem etabliert, hat sich dieser Traum, zumindest in Baden-Württemberg, aufgrund des Argumentes der Kassen, in SpDi's würde ohnehin schon soziotherapeutisch gearbeitet und man würde keine Doppelfinanzierungen zulassen, bald in Luft aufgelöst. Tatsächlich hatte die Liga der freien Wohlfahrtspflege eine Untersuchung veranlasst, die belegte, dass rund 14 % der in SpDi's erbrachten Leistungen im kassenrechtlichen Sinne als Soziotherapie zu bewerten sei. Gemessen an den Modellbedingungen. Die Zugangskriterien für Soziotherapie wurden in der Regelfinanzierung jedoch deutlich verschärft, dafür

durften die SpDi's dann nicht auf 14 sondern auf 20% ihres Finanzbudgets verzichten. Wem hier als Einsparargument die berühmten Synergieeffekte in den Sinn kommen, dem sei die Frage gestellt, warum in gleichem Atemzug ausgerechnet die vor Logistik strotzenden Zentren für Psychiatrie bei der Errichtung der zweifellos inhaltlich wichtigen und richtigen Psychiatrischen Institutsambulanzen von den Kassen so wohlwollend behandelt wurden.

Jammern auf hohem Niveau?

Es scheint ja inzwischen zum guten Ton bundesrepublikanischen Wirkens zu gehören, sich einer gewissen „subdepressiven Patina“ zu bedienen. Es ist nicht mehr ganz so einfach, innerhalb der vermeintlich notleidenden Institutionen und Betriebe die „Profinörgler“ von den echten Hilfsbedürftigen zu unterscheiden. Also lassen wir einmal „das liebe Geld“ beiseite und betrachten den Nutzen für die Betroffenen: die markanteste Verschlechterung gegenüber der Modellphase liegt hier eindeutig bei der Verkleinerung des Kreises der Zugangsberechtigten. Wer eine klassische Psychose im Sinne des ICD-10 F20 hat, gehört – was für Psychosebetroffene selten genug der Fall ist – zu den „Gewinnern“. Einfach depressiv zu sein, reicht nicht aus. Einschränkungen im Arbeitsalltag, im sozialen Umgang und in anderen Lebensbereichen sind vollkommen unerheblich, sollte dem Patienten eine schwere Persönlichkeitsstörung oder eine Zwangserkrankung attestiert worden sein.

Und was passiert mit den Klienten, die so stark zurückgezogen leben, dass sie gar nicht in nervenärztlicher Behandlung sind, aber dennoch einen hohen Hilfebedarf haben? Da Soziotherapie in jedem Fall eine vom Facharzt verordnete Leistung ist, bleibt denen wie bisher nur die Begleitung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst – was auch in der Regel professionell und gut sichergestellt wird, wie der Artikel von Klaus Obert in der letzten Ausgabe dieser Zeitschrift belegte. Der Dienst hat jedoch immer weniger Zeit für solcherlei nach-

gehenden Luxus, muss er sich doch aus betriebswirtschaftlichen Gründen immer mehr den abrechenbaren Patienten widmen, so zumindest unken die Teilzeitpessimisten. Ganz zu schweigen von den vielen Soziotherapie-Klienten, die nach verbrauchten Einheiten trotzdem noch einen erheblichen Hilfebedarf haben und dem Dienst als zeitintensive Betreuungen erhalten bleiben.

Sind Dienste noch zu retten?

Statt die neue Systemlogik als Chance für eine konstruktive Weiterentwicklung und Erweiterung des Handlungsspielraumes zu begreifen, lecken viele Dienste berufskrank ihre Wunden, der Veränderung gegenüberstehend wie das Kaninchen vor der Schlange. Sagen wir nicht fast täglich unseren Klienten, dass Veränderung neben allem Angstmachenden auch Chancen auf Reifung, auf Stabilisierung in einem höheren Niveau, auf Verbesserung der Lebensqualität beinhaltet? Warum handeln wir nicht nach unseren eigenen Grundsätzen?

20 Argumente für einen positiven Umgang mit Soziotherapie

- Die SpDi's sind endlich ernstzunehmende Vertragspartner und nicht mehr ausschließlich Zuwendungsempfänger
- Baden-Württemberg ist bisher das einzige Bundesland, in dem eine vertragliche Regelung in dieser Größenordnung zustande kam. Die SpDi's dort sind Vorreiter
- Die SpDi's sind dank guter Verhandlungsführung der Liga in der exklusiven Situation, erste und zur Zeit noch einzige Anbieter am Markt zu sein
- Die SpDi's erweitern ihre Angebotsstruktur und damit ihre Bedeutung im GPV
- Der bürokratische Aufwand der Verordnung hält sich in Grenzen und ist sogar geringer als in der Modellphase
- Die Klienten haben endlich einen Rechtsanspruch auf eine speziell zugeschnittene Leistung

■ Ist das zugegebenermaßen im Vergleich zur Modellphase etwas engere Nadelöhr der Beantragung durchschritten, öffnet sich nach wie vor eine breite Palette möglicher Behandlungsvarianten, die bei genauerem Hinsehen nur unwesentlich von der klassischen SpDi-Betreuung abweicht

■ Die Beziehung zum Klienten wird durch die Vertragsgestaltung aufgewertet (Formulierung von Therapiezielen, Unterschrift, gegenseitige Verpflichtungen)

■ Zeitliche Begrenzung schafft mehr Handlungsspielraum im Umgang mit der Gesamtheit aller zu betreuenden Klienten und unter Umständen größere therapeutische Effekte

■ Die Klienten müssen – abweichend vom bestehenden Heil- und Hilfsmittelkatalog des SGB V und den Androhungen gegen Ende des Modells – keine Zuzahlungen leisten

■ Die SpDi's sind gezwungen, aufgrund eines gewissen Verordnungsinteresses noch enger mit den niedergelassenen Nervenärzten, aber auch mit den Psychiatrischen Institutsambulanzen zu kooperieren. Das festigt die Marktposition und schadet wohl kaum dem Klienten

■ Auch wenn es nicht so gedacht war: Verordnung und Soziotherapeutischer Behandlungsplan eröffnen die Möglichkeit, Gedanken gut des IBRP zu platzieren. Bei Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen oder bei Therapiezielen lassen sich – in Absprache mit dem Arzt – Begriffe aus dem Register der Aktion Psychisch Kranke implantieren

■ Das Zeitkontingent für jeden einzelnen Klienten hat sich gegenüber der Modellphase erhöht. Die 120 Einheiten beziehen sich auf 60, nicht mehr 45 Minuten

■ Die Finanzierung der Leistung ist zwar nicht üppig aber fair.

■ Die durchschnittliche Klientel in SpDi's ist etwa 40 Jahre alt, seit über 10 Jahren an einer Schizophrenie erkrankt, bekommt

eine EU-Rente, wohnt allein, hat schwere psychosoziale Belastungsfaktoren und ist stark beeinträchtigt bezüglich seiner sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit: wer sich als Dienst an seine „Stammklientel“ hält, braucht den Mangel an soziotherapeutisch abrechenbarer Arbeit nicht zu fürchten

■ Soziotherapie ist grundsätzlich immer neben anderen BSHG- oder SGB V-Leistungen möglich. Im Sinne eines personenzentrierten Ansatzes ist es also als zusätzliches, zeitlich begrenztes Modul bei Betroffenen mit erhöhtem Hilfebedarf denkbar und umsetzbar, beispielsweise im Ambulant Betreuten Wohnen oder bei Institutsambulanzbehandlung

■ Endlich wird den Diensten auch die Motivationsarbeit vergütet, die geleistet wird, um einen Klienten vom Allgemeinmediziner zum Facharzt zu bewegen. Das war in der Modellphase nicht so

■ Auch die Festbeträge von Land und Kommunen sind keineswegs garantierte Vergütungspauschalen. Es wird also höchste Zeit, den Umgang mit der Soziotherapie zur Routine werden zu lassen

■ Diese Veränderung ist erst der Anfang eines größeren Umstrukturierungsprozesses in der Versorgungslandschaft. Flexibilität wird immer wichtiger. Erfolgreiche Soziotherapie hilft nicht nur dem Klienten besser zurechtzukommen sondern auch den SpDi's

■ In 10 Jahren werden wir über die Sorgen von heute schmunzeln, also lasst uns bedarfsgerecht und personenzentriert betreuen, das geht sowohl in der einen wie in der anderen Form.

Zwei Fallbeispiele

Herr S., 29 Jahre, seit 1997 an einer schizophrenen Psychose erkrankt, mehrfach stationär in ZfP-Behandlung, ohne abgeschlossene Berufsausbildung, 1999 bis 2001 in einem RPK, danach Entlassung ins Ambulant Betreute Wohnen der Arkade eV., gleichzeitig Aufnahme in die WfBM. Herr S. hat einen enormen

Bedarf an verbalem Austausch und dem Entwickeln von Coping-Strategien bezüglich seiner Erkrankung. Dieser sprengt den Rahmen des üblichen Betreuungsumfangs bei weitem, ohne ein zusätzliches Angebot droht Herr S. nachhaltig zu dekomensieren und den Weg eines typischen „new-chronic“ zu beschreiten, möglicherweise mit Heimunterbringung. 120 Stunden Soziotherapie können hier den Verlauf der Erkrankung in entscheidender Weise beeinflussen. In bisher 15 Einzelsitzungen konnten erste Nähe-Distanzprobleme angegangen und kleinere Selbständigkeits-erfolge erzielt werden.

Frau A., 45 Jahre, seit 1985 erkrankt an einer bland verlaufenden Schizophrenie, erst seit einem halben Jahr in ärztlicher Behandlung in der PIA, arbeitet in der WfBM, klagt kaum über positive Symptome, hat aber extreme Rückzugstendenzen über mehrere Tage, bei denen sie sich selbst gefährdet, indem sie keine Flüssigkeit mehr zu sich nimmt. Eine Betreuung über den ambulanten Pflegedienst lehnt sie kategorisch ab, eine wöchentliche soziotherapeutische Begleitung mit einem zusätzlichen Notfallprogramm bei Bedarf ist für sie akzeptabel. Seit drei Monaten bestehen jetzt regelmäßige Kontakte, die Krankheits-einsicht, die Bereitschaft zur Medikamenteneinnahme, Verwahrlosungstendenzen und Fehlzeiten bei der Arbeit beginnen sich zu verbessern, die Absprachefähigkeit wächst nach und nach.

Fazit: Soziotherapie in ihrer jetzigen Form ist weder der ultimative Durchbruch in der ambulanten Versorgung, die perfekt die Lücke in den Angeboten schließen oder gar bestehende Angebote überflüssig machen würde. Sie ist aber auch weder unnötig noch in ihrer Ausgestaltung wirkungslos oder am Bedarf vorbei. Sie bildet schlicht und einfach einen weiteren, lange ersehnten Baustein in der Versorgung, dessen Regelfinanzierung etwas schmaler ausfällt, als dies in der Modellphase noch zu hoffen war, der sich aber ohne große Reibungsverluste in den ambulanten sozialpsychiatrischen Alltag integrieren lässt.

Herr S. hat einen enormen Bedarf an verbalem Austausch und dem Entwickeln von Coping-Strategien bezüglich seiner Erkrankung. Dieser sprengt den Rahmen des üblichen Betreuungsumfangs bei weitem, ohne ein zusätzliches Angebot droht Herr S. nachhaltig zu dekomensieren

Soziotherapie in ihrer jetzigen Form ist weder der ultimative Durchbruch in der ambulanten Versorgung, die perfekt die Lücke in den Angeboten schließen oder gar bestehende Angebote überflüssig machen würde. Sie ist aber auch weder unnötig noch in ihrer Ausgestaltung wirkungslos oder am Bedarf vorbei

Alltagspraktische und soziale Kompetenzen verbessern

Das Gerüst des sozialpädagogisch-methodischen Handelns ist Grundlage für die Umsetzung der Soziotherapie in der Psychiatrie

Von Harald Ansen



Professor Dr. Harald Ansen, Berufsakademie Stuttgart, Ausbildungsbereich Sozialwesen, Herdweg 29, 70174 Stuttgart, Telefon 0711/1849-725, e-Mail: ansen@ba-stuttgart.de

Die Sozio- oder Sozialtherapie wirkt durch die gezielte Beeinflussung krankmachender sozialer Lebensbedingungen auf die psychosoziale Befindlichkeit von Menschen. Ihr wesentliches Anliegen besteht darin, die alltagspraktischen und sozialen Kompetenzen ihrer Klientel zu verbessern. Sie ist heute vor allem in der Suchtbehandlung, der Straffälligenhilfe und der Psychiatrie etabliert. In den folgenden Ausführungen beschränke ich mich auf die Soziotherapie in der Psychiatrie. Die Soziotherapie ist in unterschiedlichen Diensten und Einrichtungen der Psychiatrie einsetzbar. Sie kann auch ambulant durchgeführt werden. Für die Umsetzung ist die Sozialpädagogik mit ihren Handlungsansätzen besonders geeignet.

In den sozialrechtlichen Regelungen zur Soziotherapie finden wir allgemeine Hinweise, die eine erste inhaltliche Orientierung ermöglichen. Nach § 37a SGB V zielt die Ambulante Soziotherapie darauf, vor allem chronisch psychisch Kranke in ein belastbares soziales Umfeld zu integrieren, ihnen lebenspraktische Kompetenzen zu vermitteln und ihre Erwerbsmöglichkeiten zu verbessern. Die Aufnahme der Soziotherapie in den Leistungskatalog des SGB als eine ärztliche Nebenleistung hat neben der verbesserten Versorgung auch finanzielle Gründe. Mit der Soziotherapie soll eine ansonsten erforderliche Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden. Methodisch stehen aus der Sicht des Gesetzgebers strukturierte Trainingsmaßnahmen im Vordergrund. Konkrete Handlungskonzepte finden wir aber weder im Gesetzbuch noch in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und der Krankenkassen über die

Durchführung der Soziotherapie. Das Sozialrecht steckt lediglich den Rahmen ab, in dem wir uns bei der Umsetzung bewegen.

Therapeutisches Verfahren der ersten Stunde

Für die Umsetzung der Soziotherapie durch die Soziale Arbeit ist es wichtig, an die psychiatrische Fachdiskussion anzuschließen. Dort hat sie eine lange Tradition. Finzen beschreibt die Soziotherapie als ein therapeutisches Verfahren der ersten Stunde. Er erinnert an das Moral Treatment, mit dem ein möglichst normales Leben unter normalen Bedingungen angestrebt wurde (vgl. Finzen 1998). In einem breiten Begriffsverständnis vereinigt die Soziotherapie unter ihrem Dach neben der Gestaltung eines therapeutischen Milieus die Ergotherapie, berufliche Trainingsmaßnahmen und auch das Einüben lebenspraktischer Fertigkeiten wie Haushaltsführung oder Freizeitgestaltung. Theoretisch geht man davon aus, dass die Symptomatik und das Erleben und Verhalten psychisch Kranker auch von sozialen Einflüssen abhängen und durch Interventionen in diesem Bereich beeinflusst werden können (vgl. Reker 1999).

Die Soziale Arbeit ist gefordert

Die Soziale Arbeit ist mit ihrem inhaltlichen Anliegen und ihrem Handlungsverständnis besonders geeignet, die Soziotherapie in die Praxis umzusetzen. Die Soziale Arbeit ist gefordert, wenn Menschen aus persönlichen oder sozialen Gründen in ihren Lebensbezügen scheitern oder zu scheitern drohen. Ihre Hilfen richten sich sowohl auf die äußeren Lebensumstände wie die

Ausstattung mit Einkommen und Wohnraum als auch auf das individuelle Verhalten der Klientel. Die zentrale Aufgabe der Sozialen Arbeit besteht darin, Menschen die Fähigkeiten zu vermitteln und die sozioökonomischen Ressourcen zu erschließen, die sie benötigen, um in der Gesellschaft zu bestehen. Ganz im Sinne der Soziotherapie konzentriert sich die Soziale Arbeit auf die alltäglichen Verhältnisse von Menschen in prekären Lebenslagen. Aus einer alltags- oder lebensweltorientierten Perspektive interessieren wir uns für die verfügbaren materiellen Mittel eines Menschen und seine Teilhabe an Bildung, Gesundheitsleistungen und sozialen Diensten (vgl. Thiersch 1997).

Sozialpädagogisch-methodisches Handeln

Die Soziale Arbeit wird an ihren Beiträgen gemessen, die zu einer besseren Alltagsbewältigung führen. Für psychisch Kranke sind entsprechende Hilfen von elementarer Bedeutung. Grundlage des sozialpädagogischen Handelns ist eine methodische Vorgehensweise. Unabhängig davon, ob wir beratend, erziehend oder therapierend tätig sind, muss eine Abfolge von Arbeitsschritten zurückgelegt werden, mit denen bestimmte Ziele erreicht werden sollen. Üblicherweise beginnen wir mit einer Beschreibung der Ausgangslage und einer darauf aufbauenden systematischen Problemerkennung- und definition. In der Fachliteratur wird dieser Teil des methodischen Handelns als psychosoziale Anamnese beschrieben. Sie liefert uns das Material für eine solide Interpretation oder psychosoziale Diagnose. In diesem Prozess des Fremdverstehens greifen wir auf

die objektiv erhobenen Informationen zurück, wir berücksichtigen darüber hinaus die vom Klienten den Informationen zugeschriebene Bedeutung und unsere situativen Eindrücke in der Begegnung mit dem hilfeschuchenden Menschen. Entscheidend ist, dass wir uns für Korrekturen unserer Sichtweisen offen halten und bei Bedarf erneut in den Prozess der Anamnese einsteigen. So verringern wir das Risiko, den Klienten zu verkennen, der sich im Verlauf der Unterstützung verändert.

Gemeinsam mögliche Lösungen besprechen

Nachdem wir das Problem vorläufig erfasst haben, besprechen wir mit dem Klienten mögliche Lösungen. Zunächst erarbeiten wir Ziele, die an das Problem anknüpfen. Hilfreich ist es, zwischen kurz-, mittel- und langfristigen Zielen zu unterscheiden und immer darauf zu achten, dass die Ziele im Lebenskontext der Klienten bedeutsam sind und vom ihnen auch erreicht werden können. Erst jetzt ist es sinnvoll, mit in Frage kommenden Interventionen zu beginnen. Der Erfolg einer Intervention hängt nicht nur von der eingebrachten Technik ab, sondern ganz wesentlich auch von den Beiträgen des Klienten. Diese so genannte Kontingenz macht deutlich, dass es sich bei sozialpädagogischen Interventionen nicht nur um die reine Anwendung einer Technologie handelt, sondern um einen interaktiven Prozess mit einem nur begrenzt kalkulierbaren Ausgang (vgl. Kaufmann 2002). Dieses Gerüst des sozialpädagogisch-methodischen Handelns ist Grundlage für die Umsetzung der Soziotherapie in der Psychiatrie.

Elemente sozialpädagogischer Interventionen

Ausgangspunkt für eine systematische Darstellung sozialpädagogischer Interventionen in der Soziotherapie sind die typischen Folgen einer chronischen psychischen Erkrankung. Der Verlust von Antrieb und Initiative steht häufig neben reduzierten lebenspraktischen Kompetenzen und einem sozialen Abstieg. Die

sozialen Folgen für die Schul- und berufliche Ausbildung und berufliche Qualifikation, die Ablösung vom Elternhaus, den Aufbau einer Partnerschaft und die wirtschaftliche Unabhängigkeit sind um so gravierender, je früher die psychische Krankheit entsteht. Bei Finzen heißt es: „Der typische rehabilitationsbedürftige psychisch Kranke hat keinen Schulabschluss, keinen Beruf, keine Freunde, begrenzten Kontakt zu Angehörigen und lebt in ungünstigen wirtschaftlichen Verhältnissen.“ (Finzen 2001) Die vorrangigen Themen der Soziotherapie umfassen vor diesem Hintergrund Fragen der angemessenen Wohnformen, der Freizeitgestaltung, der bildungs- und berufsbezogenen Möglichkeiten, der sozialen Unterstützung und der individuellen Perspektiven.

Die zentralen Ansatzpunkte für ein sozialpädagogisches Handlungskonzept sehe ich in den folgenden Interventionsformen:

Maßnahmen zur sozialen und materiellen Sicherung:

Hierzu zählen beispielsweise die Sicherung des Einkommens durch die Förderung der Erwerbschancen und die Erschließung von Sozialleistungen wie Sozialhilfe, Lohnersatzleistungen oder Rente wegen Erwerbsminderung. Weiter gehören die Sicherung des Wohnraums oder die Organisation von geeigneten Wohnformen und die Regelung bestehender Schulden zu diesen Maßnahmen. Dieses klassische Feld der Sozialarbeit ist ein integraler Bestandteil der Soziotherapie.

Erst wenn die Lebensgrundlagen gesichert sind, ist der Klient auch für weitergehende soziotherapeutische Hilfen erreichbar. Methodisch geht es um die einzelfallbezogene Anwendung der differenzierten sozialen Sicherungsmaßnahmen. Die Beratung der Betroffenen über ihre sozialen Rechte und ihre Unterstützung im Antragsverfahren sind die dominierenden Arbeitsformen des Sozialpädagogen, der über fundierte sozialrechtliche Kenntnisse und die Grundlagen der Gesprächsführung verfügen muss.

Gestaltung des Lebensraums:

Psychisch Kranke sind auf eine anregende Umgebung angewiesen, in der sie mit ihren Möglichkeiten gefordert werden. Bei der Gestaltung des Lebensraums greifen wir auf die Elemente der therapeutischen Gemeinschaft zurück. Wir geben Hilfestellungen für das Zusammenleben mit anderen Menschen, unterstützen aber auch psychisch Kranke, die es vorziehen, alleine zu leben. In der Sozialpädagogik sprechen wir in Bezug auf die Gestaltung des Lebensraums vom „Ortshandeln“. Gemeint ist damit, einen Ort zu gestalten, an dem Menschen angeregt werden, sich weiter zu entwickeln, an dem Menschen Schutz finden und an dem sie mit ihrem Verhalten auch experimentieren dürfen (vgl. Winkler 1988). Entscheidend ist aus meiner Sicht, dass es uns gelingt, auch durch die raumsprachlichen Botschaften psychisch Kranke in ihrer Alltagsautonomie zu fördern und einer Unterstimulation vorzubeugen.

Organisation sozialer Dienste und Einrichtungen:

Chronisch psychisch Kranke sind vielfach auf unterschiedliche Hilfen angewiesen. Die häusliche Betreuung, alltagsstrukturierende Angebote, berufliche Fördermaßnahmen und psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfen stehen teilweise unverbunden nebeneinander. Es kommt zu Doppelbetreuungen und Reibungsverlusten. Im Rahmen der Soziotherapie hat deshalb das klinische Case Management einen festen Platz. Im Ablauf ist es mit den oben beschriebenen methodischen Schritten vergleichbar. Das Case Management ist bei komplexen Problemlagen gefordert, in der arbeitsteilig handelnde Akteure auf ein gemeinsames Ziel orientiert werden. Aus der Perspektive der Sozialpädagogik geht es um eine verbesserte Abstimmung zwischen den Kapazitäten der Umwelt und den Möglichkeiten des Klienten, die Linderung der Probleme, den Aufbau unterstützender Netze und die Koordination von Dienstleistungen (vgl. Ewers/Schaeffer 2000). Im klinischen Case Management ist es besonders wichtig, den Klienten an den Arbeitsschritten aktiv zu beteiligen, um

Psychisch Kranke sind auf eine anregende Umgebung angewiesen, in der sie mit ihren Möglichkeiten gefordert werden. Bei der Gestaltung des Lebensraums greifen wir auf die Elemente der therapeutischen Gemeinschaft zurück.

Chronisch psychisch Kranke sind vielfach auf unterschiedliche Hilfen angewiesen. Die häusliche Betreuung, alltagsstrukturierende Angebote, berufliche Fördermaßnahmen und psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfen stehen teilweise unverbunden nebeneinander

Angesichts der Rückzugstendenzen vieler psychisch Kranker, aber auch der Überforderung von Angehörigen ist es wichtig, soziale Netze zu fördern

Insbesondere bei chronischen psychischen Erkrankungen ist die Gefahr groß, dass alltagspraktische Fähigkeiten wie die Haushaltsführung, das Zubereiten von Mahlzeiten oder die Einteilung des Geldes verloren gehen

auch seine persönliche Entwicklung zu fördern (vgl. Raiff/Schore 1997).

Soziale Vernetzung:

Angesichts der Rückzugstendenzen vieler psychisch Kranker, aber auch der Überforderung von Angehörigen ist es wichtig, soziale Netze zu fördern. In ihnen findet der Klient emotionale Unterstützung, praktische Hilfen und Kontakte für die Freizeitgestaltung. Die Aufgaben im Rahmen der Soziotherapie bestehen darin, Selbsthilfegruppen zu unterstützen, Kontakte anzubahnen, Räumlichkeiten zu organisieren, aber auch die Klienten individuell zu befähigen, mit anderen Menschen zu kooperieren. Individuelle Barrieren, die in einem geringen Selbstwertgefühl oder sozialen Ängsten liegen können, werden in Einzelgesprächen und dem Einüben alternativer Verhaltensweisen abgebaut (vgl. Pearson 1997). Wichtig ist es, den Klienten nicht zu überfordern und seine sozialen Bedürfnisse zu würdigen. Nicht alle wollen umfassend sozial eingebunden leben, einige können es auch nicht. Mit der Soziotherapie flankieren wir unterschiedliche Lebensentwürfe und sind auch gefordert, Nischen mit den Klienten zu basteln, in denen sie möglichst eigenständig über die Runden kommen.

Vermittlung alltagspraktischer und sozialer Kompetenzen:

Insbesondere bei chronischen psychischen Erkrankungen ist die Gefahr groß, dass alltagspraktische Fähigkeiten wie die Haushaltsführung, das Zubereiten von Mahlzeiten oder die Einteilung des Geldes verloren gehen. In der Begleitung der Betroffenen üben wir diese für ein selbständiges Leben basalen Fähigkeiten und vermitteln in Einzel- und Gruppenarbeit neue Kompetenzen. Diesen Prozess sollten wir durch so genannte therapeutische Hausaufgaben begleiten, die das Ziel haben, Lernprozesse zu festigen, den psychisch Kranken mit der Realität zu konfrontieren, ihn an neue Erfahrungen heranzuführen und seine Eigenmotivation zu verbessern (vgl. Wendtland 2002). Parallel dazu arbeiten wir mit den Betroffenen an ihren sozialen

Kompetenzen, die im Alltag eine ebenso wichtige Rolle spielen, etwa wenn es darum geht, mit Nachbarn auszukommen, mit anderen Kontakt aufzunehmen oder eigene Interessen durchzusetzen. In Einzel- oder Gruppengesprächen thematisieren wir die Verstehens- und Handlungsformen der Betroffenen in Bezug auf ihre Tauglichkeit für Kommunikations- und Interaktionsprozesse und für rationale Konfliktlösungsmuster sowie hinsichtlich der vorhandenen und auszubauenden Frustrationstoleranz. Das soziale Lernen bezieht emotionale, kognitive und handelnde Aspekte ein. Soziale Kompetenzen entstehen nicht in der geschützten therapeutischen Kommunikation, sondern im Feld, also in der alltäglichen Umsetzung (vgl. Eikelmann 1997). Auch hier bieten sich therapeutische Hausaufgaben an, um den Transfer in den außertherapeutischen Raum zu unterstützen.

Förderung der Compliance und Patientenedukation:

Die Bereitschaft von psychisch Kranken zur Mitarbeit in der Behandlung ist nicht immer ausreichend vorhanden. Die regelmäßige Einnahme von Psychopharmaka ist mit Nebenwirkungen verbunden, die teilweise sehr belastend sind. Nach dem Abklingen akuter Symptome fällt es mitunter schwer, den Sinn der Behandlung einzusehen, vielleicht fehlt auch krankheitsbedingt die Einsicht, Behandlungsregeln einzuhalten. Durch eine mangelnde Compliance erhöht sich das Risiko eines Rückfalls um das drei- bis vierfache. Dieser Befund unterstreicht, wie wichtig es ist, die Bereitschaft der Betroffenen zu fördern, in der Behandlung aktiv mitzuarbeiten. Die systematische Aufklärung des Patienten über seine Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten dient der Beteiligung des Patienten am Behandlungsgeschehen. Er wird als mündiger Patient an den Entscheidungen beteiligt, mit den notwendigen Informationen versorgt und auch in seinen Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung gestärkt (vgl. Hurrelmann 2000). Diese Form der Patientenedukation sollte in Gesprächen erfolgen und nicht über Broschü-

ren oder andere Datenträger, da Betroffene dazu tendieren, die angebotenen Informationen selektiv wahrzunehmen.

Gute Ergänzung von Somato- und Psychotherapie

Mit der Soziotherapie werden soziale Einflüsse auf psychische Erkrankungen ausdrücklich gewürdigt. Sie ergänzt die Somato- und Psychotherapie um entscheidende Aspekte und trägt damit zu einer verbesserten Behandlung bei. Die Soziotherapie bietet der Sozialpädagogik einen Rahmen, in dem unterschiedliche Handlungsansätze kombiniert werden können. So gelingt es der Sozialpädagogik, ihre Behandlungsbeiträge in der Psychiatrie noch genauer abzustechen. Die Soziotherapie trägt – auch durch ihre sozialrechtliche Verankerung – zu einer weiteren Konsolidierung der Sozialpädagogik in der Psychiatrie bei. Wenn es die Sozialpädagogik aber versäumt, ihre soziotherapeutische Kompetenz durch eigene Handlungskonzepte auszuweisen, wird sie in eine marginale Position in der Psychiatrie abgedrängt.

Literatur

- Eikelmann, Bernd/Reker, Thomas/Albers, Matthias (Hrsg.), 1999: Die psychiatrische Tagesklinik, Stuttgart: Thieme
- Eikelmann, Bernd, 1997: Sozialpsychiatrisches Basiswissen, Stuttgart: Enke
- Ewers, Michael/Schaeffer, Doris, 2000: Case Management in Theorie und Praxis, Bern: Huber
- Finzen, Asmus, 1998: Das Pinelsche Pendel, Bonn: Ed. Das Narrschiff
- Finzen, Asmus, 2000: Schizophrenie, Bonn: Psychiatrie Verl.
- Hurrelmann, Klaus, 2000: Gesundheitssoziologie, Weinheim, München: Juventa
- Kaufmann, Franz-Xaver, 2002: Sozialpolitik und Sozialstaat, Opladen: Leske u. Budrich
- Pearson, Richard E., 1997: Beratung und soziale Netzwerke, Weinheim, Basel: Beltz
- Raiff, Norma/Shore, Barbara K., 1997: Fortschritte im Case Management, Freiburg: Lambertus
- Reker, Thomas, 1999: Soziotherapie in der tagesklinischen Behandlung in: Eikelmann u.a.
- Thiersch, Hans, 1997: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit, Weinheim, München: Juventa
- Wendtland, Wolfgang, 2002: Therapeutische Hausaufgaben, Stuttgart: Thieme
- Winkler, Michael, 1988: Eine Theorie der Sozialpädagogik, Stuttgart: Klett-Cotta

Gemeinsame Gestaltung von Hilfen ist Idealvorstellung

Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V im Gemeindepsychiatrischen Verbund realistischer Weise kaum realisierbar

Von Karl Salzl

Der Gemeindepsychiatrische Verbund (GpV) soll in einer definierten Region die patientenzentrierte Versorgung und Hilfe für psychisch Kranke und Behinderte durch Koordination der Versorgungs- und Hilfeprozesse sowie durch eine verbindliche Kooperation der ambulanten und stationären Versorgungs- und Hilfsstrukturen im Rahmen von Versorgungsverpflichtungen gewährleisten. In der Idealvorstellung sind daher alle medizinischen, rehabilitativen und sozial integrierenden Versorgungs- und Hilfeeinrichtungen beteiligt, die ambulante, teilstationäre oder vollstationäre Leistungen für psychisch Kranke erbringen. Auf diese Weise soll mit wirtschaftlichem Einsatz der verfügbaren Mittel die für den einzelnen psychisch Kranken zweckmäßige und angemessene medizinische Versorgung und Teilhabe am Gesellschafts- und Erwerbsleben ermöglicht werden. Der psychisch Kranke ist dabei nicht Objekt der handelnden Einzelpersonen und Institutionen. Vielmehr wirkt er an der Planung und Ausgestaltung aktiv mit.

Diese umfassende Vorstellung des GpV ist sicher noch nicht Realität. Erste Ansätze des Gemeindepsychiatrischen Verbunds entwickeln sich im Wohnbereich. In der medizinischen Versorgung ist mit der Einführung der Soziotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zumindest für eine eng begrenzte Gruppe psychisch Kranker ein Versorgungselement geschaffen worden, das die Koordination medizinischer Leistungen beinhaltet, allerdings begrenzt auf den Zweck der Verkürzung

beziehungsweise Vermeidung von Krankenhausbehandlung. In Modellversuchen wird derzeit bundesweit die Realisierbarkeit des personenzentrierten Ansatzes erprobt. Wesentlicher Bestandteil sind dabei Hilfeplankonferenzen, in die der psychisch Kranke voll einbezogen ist.

Bei ambulanter Versorgung Patienten kaum mit einbezogen

Von einer personenzentrierten medizinischen Versorgung psychisch Kranker oder gar deren Integration in den GpV kann aber derzeit außerhalb solcher Modellversuche nicht ausgegangen werden. Dazu mangelt es an ausgeprägten sektorübergreifenden Prozessen und Strukturen. Ärzte und nicht-ärztliche Heilberufe (Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden) stellen sich allenfalls in stationären Einrichtungen (Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen) dem Patienten als Einheit dar, die ärztlich dominiert ist. In der ambulanten Versorgung sehen sich die psychisch Kranken weitestgehend mit „Einzelkämpfern“ (niedergelassenen Ärzten und Angehörigen nicht-ärztlicher Heilberufe) konfrontiert, die auf denkbar niedrigem Niveau über den Patienten kommunizieren, nicht jedoch unter seiner Einbeziehung miteinander planen und handeln.

Freilich haben Vertragsärzte und von den Krankenkassen zugelassene nichtärztliche Leistungserbringer gesetzliche und/oder vertragliche Versorgungsverpflichtungen. Die Pflicht zur Zusammenarbeit beschränkt sich jedoch in aller Regel auf die Erstellung und den Austausch von Berichten. Das gilt ebenso für die Kommunikation zwischen dem

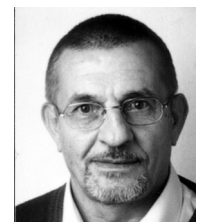
ambulanten und dem stationären Versorgungssektor. Ob sich an dieser Situation durch die gerade stattfindende Einführung der Soziotherapie in die ambulante Versorgung Wesentliches ändern wird, bleibt abzuwarten. Es zeichnet sich bereits ab, dass die in Baden-Württemberg parallel zur Einführung der Soziotherapie sich entwickelnde Versorgung in psychiatrischen Institutsambulanzen neben den bisherigen Strukturen herläuft. Gekennzeichnet sind alle diese Entwicklungsprozesse durch Beschreibung von Abgrenzungen der jeweiligen Versorgungsaufträge. Man kann nur hoffen, dass für die psychisch Kranken diese Abgrenzungen akzeptabel sind und sich nicht zu neuen Ausgrenzungen entwickeln.

Programmatische Elemente integrierter Versorgung

In dieser aktuellen Situation wird die Frage gestellt, ob das Krankenversicherungsrecht Instrumente vorsieht, die eine Integration der medizinischen Versorgung in den GpV ermöglichen oder befördern können. In der Tat gibt es im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) einen eigenen Abschnitt, der mit „Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung“ überschrieben ist (§§ 140a bis 140h SGB V). Die programmatischen Elemente dieser integrierten Versorgung lassen sich wie folgt aus dem Gesetzestext ableiten:

Zu Strukturen und Prozessen:

- Verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten
- Vereinbarung besonderer Leistungen und Qualitätsstandards
- Am Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusam-



Karl Salzl, Referatsleiter Versorgungsmanagement beim BKK Landesverband Baden-Württemberg

Dass psychisch Kranke von einer besseren Kooperation der Ärzte, Krankenhäuser, Ergotherapeuten und Krankengymnasten sowie von einer besseren Koordination deren Leistungen profitieren können, liegt auf der Hand

Nüchtern analysiert ist also festzustellen, dass schon die auf die medizinische Versorgung beschränkte integrierte Versorgung kaum realisierbar ist. Um so weniger lässt sich wohl diese Form der medizinischen Versorgung als kooperierender Partner in den GpV integrieren

menarbeit aller beteiligten Leistungserbringer einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen

- Fallbezogene Nutzung der gemeinsamen Dokumentation durch die beteiligten Leistungserbringer mit Einverständnis des Versicherten
- Informationsrechte des Versicherten über die Bestandteile der integrierten Versorgung
- Freiwilligkeit der Teilnahme für Versicherte
- Möglichkeit eines satzungsmäßigen Bonus für teilnehmende Versicherte im Rahmen erfolgter Einsparungen

Zur Finanzierung:

- Von Rechtsvorschriften für die übliche Finanzierung abweichende Vergütung möglich
- Übertragung der Budgetverantwortung auf die Leistungserbringer insgesamt oder für Teilbereiche (kombiniertes Budget) möglich
- Berücksichtigung von Zahl und Risikostruktur der Versicherten sowie ergänzender Morbiditätskriterien bei der Budgetbildung
- Bereinigung anderer Budgets (vertragsärztliche Leistungen, Arznei- und Heilmittel, Krankenhaus)

Zu den Partnern der integrierten Versorgung:

- Vertragshoheit der einzelnen Krankenkasse; gemeinsame Verträge mit anderen Krankenkassen nicht ausgeschlossen - einerseits -
 - Gemeinschaften von Vertragsärzten oder -zahnärzten, Kassenärztliche Vereinigungen, zugelassene nicht-ärztliche Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften, Träger zugelassener Krankenhäuser oder Rehabilitationseinrichtungen bzw. deren Gemeinschaften - andererseits -
- Keine Kollektivverträge

Die integrierte Versorgung beschränkt sich auf Leistungen, die Gegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Nur diejenigen Leistungserbringer, die auch ansonsten Vertragspartner der Krankenkassen sind, können an der integrierten Versorgung teilnehmen. Zweck ist allein die patientenorientierte Kooperation der Leistungserbringer und die Koordination der Versorgungspro-

zesse. Ziel ist dabei die Verbesserung der Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Vermeidung von Unwirtschaftlichkeit. Durch die Vereinbarung einheitlicher Standards für die medizinische Versorgung (Leitlinien) und/oder mit Hilfe von Qualitätszirkeln wird eine am aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Stand der Erkenntnisse orientierte Diagnostik und Therapie gewährleistet. Die Behandlung erfolgt auf der jeweils fachlich am besten geeigneten Versorgungsebene. Durch die Nutzung gemeinsamer Dokumentation werden die rechtzeitige Diagnostik und die Information über die Therapie aller beteiligten Leistungserbringer sichergestellt. Gleichzeitig werden unnötige Doppeluntersuchungen vermieden.

Psychisch Kranke profitieren von verbesserter Kooperation

Dass psychisch Kranke von einer besseren Kooperation der Ärzte, Krankenhäuser, Ergotherapeuten und Krankengymnasten sowie von einer besseren Koordination deren Leistungen profitieren können, liegt auf der Hand. Durch gemeinsame Budgetverantwortung dieser Leistungserbringer ist sicher auch eine wirtschaftlichere Versorgung erreichbar. Auch ärztliche Qualitätszirkel können in der psychiatrischen Versorgung ein gutes Instrument sein. Die Einbeziehung der Soziotherapie in das Gesamtangebot einer integrierten Versorgung für psychisch Kranke würde die Zielerreichung wesentlich verbessern.

Das wäre schon viel, auch wenn Mängel oder Unwirtschaftlichkeit in der psychiatrischen Versorgung nicht in dem Maße diskutiert werden wie in der Versorgung somatisch Kranker. Mehr als eine vielleicht nur partielle Verbesserung der medizinischen Versorgung kann aber die integrierte Versorgung allein für die psychisch Kranken nicht leisten. Notwendig ist vielmehr eine bessere Kooperation der medizinischen Versorgungsstrukturen mit der rehabilitativen (beruflichen und sozialen) Ebene, also zum Beispiel die Einbeziehung der Heilberufe in Hilfeplankonferenzen. Voraussetzung wäre also, dass die

Vertragspartner der integrierten Versorgung ihre Beteiligung an der gemeinsamen Planung der gesamten Versorgung und Hilfe mit allen daran Beteiligten zum Qualitätsstandard der medizinischen Versorgung erklären und verpflichtend vereinbaren. Qualitätsgesicherte Leitlinien, die einer solchen Vereinbarung zu Grunde gelegt werden können, fehlen aber in Deutschland. Es dürfte also schon aus diesen Gründen schwierig genug sein, für psychisch Kranke die integrierte Versorgung zu vereinbaren.

Dabei liegen die Hauptprobleme dafür, dass es seit Einführung der Vorschriften zur integrierten Versorgung im Jahre 2000 bis heute noch kaum Ansätze für eine Umsetzung dieses Modells gibt, gar nicht im Bereich der Qualitätsorientierung sondern in der Kompliziertheit der gesetzlichen Regelungen zur Finanzierung. Die mangelnde Bereitschaft zur Übernahme der Budgetverantwortung und die Widerstände bei der Bereinigung anderer Budgets sind es, die bisher die integrierte Versorgung weitestgehend verhindern.

Integrierte Versorgung kaum realisierbar

Nüchtern analysiert ist also festzustellen, dass schon die auf die medizinische Versorgung beschränkte integrierte Versorgung kaum realisierbar ist. Umso weniger lässt sich wohl diese Form der medizinischen Versorgung als kooperierender Partner in den GpV integrieren. Hoffnungen gar, mit Hilfe der integrierten Versorgung könne ein die medizinischen Leistungen einschließendes „Patientenbudget“ erreichbar sein, sind derzeit und wohl auch langfristig Utopie. Das sollte aber die Bemühungen, den Gemeindepsychiatrischen Verbund Schritt für Schritt zu entwickeln, nicht beeinträchtigen. Die Beteiligung der medizinischen Leistungserbringer mit ihrer Verantwortung für die Versorgung der Patienten ist dabei sicher auch ohne das Instrument der integrierten Versorgung möglich. Dazu ist nur guter Wille und Bereitschaft zur personenzentrierten Zusammenarbeit nötig.

Ermutigung für integriert arbeitende Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste und Institutsambulanzen im gemeindepsychiatrischen Verbund bringen nicht nur psychisch Kranken Nutzen

Von Hermann Elgeti

Sozialpsychiatrische Dienste und Psychiatrische Institutsambulanzen bezeichnen zwei Teilfunktionen eines ambulant-aufsuchenden Dienstes, dem eine zentrale Bedeutung für den gemeindepsychiatrischen Verbund zukommt. Vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen aus langjähriger Versorgungspraxis werden Sinn und Zweck einer Integration beider Teilfunktionen in einem Arbeiterteam geschildert. Dabei geht es nicht nur um Gemeinsamkeiten und Unterschiede

überschneiden (Rössler 1996). Konsequenter organisieren die anderen großen europäischen Länder ihre gemeindepsychiatrische Versorgung mit nur einem ambulant-aufsuchenden Dienst pro Sektor (Hinterhuber 2001, Jontza 1997, Sayce 1991). Eine Expertenkommission der Bundesregierung hat 1988 dies auch für die Bundesrepublik Deutschland gefordert (BMJFFG 1988). Diese Forderung glich aber einem Ruf in der Wüste. Während in den

Hannover (MHH) in einem multidisziplinären Team integriert.

Deutsche Doppelgleisigkeit bei Angeboten

Die deutsche Doppelgleisigkeit beruht auf einer alten Konkurrenz unterschiedlicher Formen der „offenen Irrenfürsorge“ aus dem ersten Drittel des 20. Jahrhunderts: das „Gelsenkirchener Modell“ stand gegen das „Erlanger Modell“. In einigen Großstädten und

Staat	ambulant-aufsuchender Dienst	durchschnittliche Sektorgroße
Vereinigtes Königreich Frankreich Italien	Community Mental Health Centre Centre médico-psychologique Centro di Salute Mentale	65.000 Einwohner 70.000 Einwohner 100.000 Einwohner
Deutschland	Sozialpsychiatrischer Dienst und Psychiatrische Institutsambulanz	Expertenkommissions-Empfehlung 1988: 100.000 - 150.000 Einwohner

Tabelle: Die ambulant-aufsuchenden Dienste und ihr Einzugsgebiet in großen europäischen Staaten

im gesetzlichen Auftrag und bei den Zielgruppen, sondern auch um einige Widerstände gegen eine Zusammenlegung. Die Organisation eines integriert arbeitenden Dienstes stellt ungewohnte Anforderungen an die verantwortlichen Führungskräfte. Den Nutzen haben nicht nur die psychisch Kranken und ihre Angehörigen, sondern auch die Mitarbeiter der Dienste und das Gemeinwesen insgesamt.

Wer die außerklinische Arbeit mit psychiatrischen Risikogruppen kennt, weiß, wie sehr sich die Aufgabenfelder von Sozialpsychiatrischen Diensten und Institutsambulanzen im Alltag

Polikliniken der Deutschen Demokratischen Republik Ärzte mit Krankenpflege- und Fürsorgekräften in schwierigen Situationen problemlos zusammenarbeiten konnten, gab es in Westdeutschland vor 1989 kaum ein ähnliches Angebot. Nur Hannover und Hildesheim unterhielten bereits Sozialpsychiatrische Dienste mit angestellten Ärzten, die eine kassenärztliche Behandlungsermächtigung hatten.

Heutzutage sind die Funktionen eines Sozialpsychiatrischen Dienstes und einer Institutsambulanz nur in Leipzig, in Bremen und in den beiden Polikliniken der Medizinischen Hochschule

im rheinisch-westfälischen Industriegebiet gab es im Rahmen der kommunal organisierten sozialhygienischen Fürsorge bereits 1914 „Fürsorgestellen für Gemüts- und Nervenranke“. Anderswo wurde ein System der Außenfürsorge psychiatrischer Krankenhäuser als Nachbetreuung entlassener Kranker aufgebaut, beispielsweise in Bayern, wo im Jahr 1930 alle entsprechenden Krankenhäuser damit arbeiteten.

Psychiatrische Sonderkrankenhäuser können seit 1976 Institutsambulanzen ohne Bedarfsprüfung durch den Zulassungsausschuss der örtlichen Kassenärztlichen Vereinigung einrichten. Psych-



Dr. med. Hermann Elgeti, Leiter der Sozialpsychiatrischen Poliklinik der Medizinischen Hochschule Hannover, Walderseestraße 1 - 30163 Hannover



Die Zusammenlegung der beiden eben skizzierten Angebotsformen lohnt sich besonders wegen der wichtigen Kontinuität persönlicher Beziehungen in der Einzelfallhilfe mit psychisch Kranken.

iatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sind seit dem Jahre 2000 von einer solchen Prüfung befreit, sofern sie eine regionale Versorgungsverpflichtung eingegangen sind. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in einer Institutsambulanz soll sich nach § 118 Sozialgesetzbuch (SGB) V auf chronisch und schwer erkrankte Personen konzentrieren. Voraussetzung ist, dass bei ihnen das Angebot niedergelassener Fachärzte und Psychotherapeuten nicht ausreicht. Die Patienten benötigen in der Regel langfristige und bei Bedarf aufsuchende Hilfen durch ein multidisziplinäres Team. In letzter Zeit richten immer mehr Kliniken Institutsambulanzen ein. Eine erhebliche Unterfinanzierung von Seiten der Krankenkassen verhindert allerdings vielerorts die Erfüllung der gesetzmäßigen Aufgaben.

Sozialpsychiatrische Dienste nicht in allen Bundesländern

Sozialpsychiatrische Dienste gibt es in den meisten, aber nicht in allen Bundesländern. Ihr Auftrag leitet sich mehrheitlich aus

schiedlich. Die Arbeitsschwerpunkte liegen dort, wo die etablierten Angebote zur Behandlung, Rehabilitation und Pflege nicht hinkommen oder für sich allein nicht ausreichen. Es sollen vorsorgende und nachgehende Hilfen für in Not geratene psychisch Kranke gegeben werden, erweitert um Begutachtungen sowie die Beratung Angehöriger und verschiedenster Dienste. Nicht immer ist die Mitwirkung bei Zwangseinweisungen vorgesehen. Sozialpsychiatrische Dienste haben aber auch Aufgaben bei der regionalen Zusammenarbeit, Planung und Steuerung der gemeindepsychiatrischen Versorgung.

Für und Wider einer Zusammenlegung

Die Zusammenlegung der beiden eben skizzierten Angebotsformen lohnt sich besonders wegen der wichtigen Kontinuität persönlicher Beziehungen in der Einzelfallhilfe mit psychisch Kranken. Von den Krankenkassen werden nämlich nachgehende und aufsuchende Aktivitäten, Beratung von Angehörigen, sozialen Diensten

zu gewinnen, wenn diese dafür nicht den Ort und die therapeutische Bezugsperson wechseln müssen. So geht bei integriert arbeitenden Diensten die persönliche Beziehung des Patienten zu seinem Therapeuten und dessen Vertrautheit mit seiner Lage nicht verloren, wenn die Zuständigkeit des Kostenträgers zwischen Sozialpsychiatrischem Dienst und Institutsambulanz wechselt.

Organisatorische Vorteile

Auch organisatorisch bringt die Zusammenarbeit der Mitarbeiter in einem gemeinsamen Dienst Vorteile. Man kann dann kleinere Versorgungssektoren bilden, und hat dennoch genügend Personal für ein kompaktes multidisziplinäres Team. Die so gebündelten Ressourcen im 63 000 Einwohner umfassenden Einzugsgebiet der Sozialpsychiatrischen Poliklinik der MHH liegen über dem, was die Expertenkommission der Bundesregierung im Jahr 1988 für ambulant-aufsuchende Dienste in städtischen Versorgungsregionen forderte. Die Personalausstattung eines durchschnittlichen Community Mental Health Centre (CMHC)

	Vollzeitstellen	davon für SpDi	davon für PIA
Sozialpsychiatrische Poliklinik der MHH*			
Ärztlicher Dienst	3,9	1,5	2,4
Krankenpflege	2,2	0,8	1,4
Sozialpädagogik und Sozialarbeit	4,1	1,8	2,3
Ergotherapie	2,4		2,4
Summe der therapeutischen Fachkräfte	12,6	4,1	8,5
zum Vergleich:			
Empfehlung der Expertenkommission 1988	9,3	<i>Quelle: BMJFFG (1988)</i>	
CMHC im Vereinigtes Königreich 1987	15,7	<i>Quelle: Sayce et al. (1991)</i>	
<i>* ohne Verwaltungskräfte und Stellenanteile für Lehre, Forschung und stationäre Krankenversorgung</i>			

Abbildung: Zahl therapeutischer Fachkräfte im ambulant-aufsuchenden Dienst pro 100.000 Einwohner

Organisatorisch bringt die Zusammenarbeit der Mitarbeiter in einem gemeinsamen Dienst Vorteile. Man kann kleinere Versorgungssektoren bilden, und hat dennoch genügend Personal für ein kompaktes Team

Psychisch-Kranken-Gesetzen (PsychKG) ab. Finanziert werden sie im Rahmen der Daseinsvorsorge aus öffentlichen Mitteln der Kommunen oder der Länder. Aufgaben, Leistungsspektrum und Personalausstattung sind unter-

und anderen Bezugspersonen im Vorfeld oder nach Abbruch einer Behandlung nicht finanziert. Das ist Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Dem wiederum gelingt es eher, insbesondere misstrauische und ängstliche Personen für eine Behandlung

in Großbritannien und Nordirland lag im Jahre 1987 deutlich darüber.

Mit zwölfteinhalf Fachkräften pro 100 000 Einwohner ist eine breite Kompetenz und ein differenziertes

Leistungsspektrum gewährleistet. Umgerechnet auf diese Einwohnerzahl, werden in der Sozialpsychiatrischen Poliklinik der MHH pro Quartal rund 400 Patienten betreut, von denen etwa 75% zur Institutsambulanz-Funktion gehören. In der Einzelbetreuung sind pro Patient durchschnittlich 30 Minuten direkte Kontaktzeit pro Woche möglich. Das breite Gruppenangebot erreicht ungefähr 25% der Patienten, besonders erwähnenswert ist eine halbtägige ambulante Arbeitstherapie. Der Bezugstherapeut arbeitet in jedem Einzelfall mit einem ärztlichen Tandempartner zusammen, der auch Vertretungsaufgaben übernimmt. Zumindest während der Dienstzeiten besteht eine interdisziplinäre mobile Notfallbereitschaft.

Vielfältige Widerstände gegen Integration

Der Widerstand gegen eine solche Integration ist vielfältig. Häufig hört man von Klinikleitern, dass die Krankenkassen Institutsambulanzen nur auf dem Klinikgelände genehmigen und nicht als Außenstellen, zum Beispiel in den Räumen eines Sozialpsychiatrischen Dienstes. Gegenteilige Beispiele aus Bremen, Hannover, Leipzig und einigen Standorten von Klinikambulanzen in der Kinder-Jugend-Psychiatrie lassen vermuten, dass es im Hintergrund andere Motive gibt.

Kaum zu übersehen sind ideologische Vorbehalte, die sich gegen Grundhaltung und Arbeitsstil des jeweils anderen Dienstes richten. Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes sehen ihren Lebenswelt- und Gemeinwesenorientierten Ansatz durch den vermeintlich klinischen Blick der Ärzte und Krankenpflegekräfte einer Institutsambulanz bedroht. Diese wiederum befürchten dort eine mangelnde Professionalität und scheuen sich vor der Unübersichtlichkeit und Ungeschütztheit psychosozialer Arbeit außerhalb ihrer Institution.

Hemmend wirken auch persönliche Antipathien und Widerstände, die sich überall regen, wo eingefahrene Gewohnheiten und

liebgewonnener Einfluss im angestammten Tätigkeitsbereich in Frage gestellt wird.

Marktwirtschaftliche Orientierung im Wachsen begriffen

Diese Hindernisse gegen eine Zusammenlegung von Sozialpsychiatrischem Dienst und Institutsambulanz werden überlagert von Problemen der Führung eines integrierten Dienstes, der intern hoch differenziert und extern stark vernetzt ist. Reizworte wie Zielgruppenspezifität, Zeitbudget, Fallzahl-Controlling, Therapiebefristung, Führungsverhalten und Zielvereinbarungen sind für viele ein rotes Tuch. Man warnt vor einer Aushöhlung der humanistischen Grundanliegen gemeindepsychiatrischer Arbeit unter dem Banner einer marktwirtschaftlichen Rationalisierung.

Organisation und Nutzen eines integriert arbeitenden Dienstes

Die tatsächlichen Aufgaben und Probleme hinter diesen Reizworten dürfen aber nicht umgangen werden, wenn die Wirksamkeit der Hilfen im Verbund verbessert werden soll. Die historisch gewachsene Abschottung zwischen Professionen und Institutionen lässt sich zugunsten einer vertrauensvollen Zusammenarbeit überwinden. Eine Zusammenarbeit, in der Vielfalt als bereichernd erlebt wird. Moderne Konzepte der Organisations- und Personalentwicklung, denen im gemeindepsychiatrischen Kontext bisher zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde, dürften dabei eine zentrale Bedeutung gewinnen. Die Mitarbeiter benötigen klare Rahmenbedingungen für ihr Engagement mit persönlichem Spielraum und verbindlichen Regeln in der Teamarbeit. Die Organisation als Ganzes muss eine gute Balance finden zwischen Bewahren und Verändern. Gelingt den verantwortlichen Führungskräften dies in und mit ihrem Team, gibt es trotz der anspruchsvollen, komplizierten und psychisch belastenden Arbeit gute Ergebnisse und eine hohe Zufriedenheit der Mitarbeiter.

Psychisch Kranke profitieren von integriertem Dienst

Den Hauptnutzen eines integriert arbeitenden ambulant-aufsuchenden Dienstes haben zweifellos die psychisch kranken Mitbürger im zugeordneten Einzugsgebiet. Die Kranken selbst und ihre Angehörigen, ihre Haus- und Fachärzte, Sozial- und Pflegedienste haben dann für sozialpsychiatrische Problemlagen eine immer zuerst einmal zuständige Anlaufstelle, die sofort handeln kann. Forschungsergebnisse im Einzugsgebiet der Sozialpsychiatrischen Poliklinik der MHH zeigen, dass auf diese Weise mehr chronisch und schwer erkrankte Patienten langfristig ambulant betreut werden können (Elgeti 1995 und 2001). Zusätzlich notwendige komplementäre Hilfen werden häufiger und schneller vermittelt, der regionale Platzbedarf für eine stationäre Versorgung in der Klinik und im Heim sinkt. Diese Aussichten sollten alle Akteure in der gemeindepsychiatrischen Versorgung ermutigen, sich in jeweils ihrer Region für die Einrichtung eines solchen Dienstes einzusetzen.

Literatur

Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) (1988): Empfehlungen der Expertenkommission zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich. Eigendruck.

Elgeti, H (1995): Der regionale und bevölkerungsbezogene Ansatz in der gemeindepsychiatrischen Versorgungsplanung. Sozialpsychiatrische Informationen 25(3): 6-13.

Elgeti H et al. (2001): Sind Langzeithospitalisationen bei chronisch psychisch Kranken vermeidbar? Ein Beitrag zur Evaluation gemeindepsychiatrischer Versorgungsbedingungen. Sozialpsychiatrische Informationen 31(Sonderheft): 51-58.

Hinterhuber H et al. (2001): Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Italien. Nervenarzt 72: 501-510.

Jontza T (1997): Sozialpsychiatrie in Frankreich. Gesundheitswesen 59: 726-729

Rössler W, Salize HJ (1996): Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker - Daten, Fakten, Analysen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Sayce L et al. (1991): The development of Community Mental Health Centres in the U.K.. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 26: 14-20.

Diese Hindernisse gegen eine Zusammenlegung von Sozialpsychiatrischem Dienst und Institutsambulanz werden überlagert von Problemen der Führung eines integrierten Dienstes, der intern hoch differenziert und extern stark vernetzt ist

Auf dem Weg zur Sozialen Krankenhausfürsorge

85 Jahre Sozialarbeit in Hamburger Krankenhäusern

Von Beate Schneider und Manfred Voepel

Beate Schneider
(Dipl. Psychologin)
und Manfred Voepel,
(Dipl.-Sozialarbeiter
(FH) und Dipl. Pädago-
goge) Klinikum Nord,
Sozialdienst im Kran-
kenhaus

Bereits um die Jahrhundertwende sind in einzelnen Großstädten im damaligen Deutschland Aktivitäten erkennbar, die zur Entwicklung und Installierung der Sozialen Krankenhausfürsorge führten. Kennzeichnend für diesen Entwicklungsprozess war, dass die Initiative zur Einrichtung der sozialen Beratung im Krankenhaus von einzelnen Persönlichkeiten ausging. Für die Entwicklung in Hamburg steht dafür der Name von Maria Philipp. Durch Ihre Initiative konnte zunächst in dem Krankenhaus St. Georg die Krankenhausfürsorge begonnen – und dann sehr bald ausgeweitet werden auf die Krankenhäuser Barmbek, Eppendorf, das Hafenkrankehaus und das Vereinshospital.

Bis 1925 wurde der Sozialdienst im Krankenhaus außerdem in den Krankenhäusern Langenhorn (jetzt AK Ochsenzoll), dem Krankenhaus Friedrichsberg (jetzt AK Eilbek), dem Marienkrankenhaus und dem Kinderhospital (jetzt Kinderkrankenhaus Altona) eingerichtet werden. Sowohl für Fragen der Professionalisierung sozialer Arbeit im Krankenhaus, für Fragen des Handlungs- beziehungsweise Beratungskonzeptes, als auch die Definition des Aufgabenspektrums prägte Philipp die Hamburger Situation. Aus heutiger Sicht kann man vermuten, dass diese Aktivitäten durch Entwicklungen der Krankenhaussozialarbeit in anderen Städten- insbesondere in Berlin- zurückzuführen sind oder angeregt wurden.

Fürsorge erstmals 1896 erwähnt

Erstmals wurde die „Krankenfürsorge in einem Auskunftsbuch die Wohlfahrteinrichtungen Berlins und seiner Vororte“ im Jahre 1896 erwähnt. Dieses Auskunfts- buch wurde von der „Deutschen

Gesellschaft für ethische Kultur“ herausgegeben, dem Vorläufer- institut des heutigen Deutschen Zentralinstituts für soziale Fragen (DZI). Die Gründung von sozialen Frauenschulen (knapp nach der Jahrhundertwende) und die damit beginnende Professionalisierung dieses jungen Frauenberufs in Berlin haben wesentlich dazu bei- getragen, die Entwicklung einer qualifizierten Krankenhausfür- sorge zu fördern.

Dieser Professionalisierungsgedanke trug offensichtlich auch die Hamburger Entwicklung. So heißt es dazu im ersten Rechen- schaftsbericht: „Die Arbeit selbst, die Besuche in den Kranken- häusern, bei den Behörden, den Angehörigen der Kranken und so weiter wird von beamteten Kran- kenhaus-Fürsorgerinnen geleistet, die ihre ganze Zeit und Kraft in den Dienst dieser Sache stellen. Es haben sich uns auch einige eh- renamtliche Kräfte zur Verfügung gestellt, denen wir hier nochmals für ihre Mitarbeit unseren wärm- sten Dank sagen.“

Ideen aus der Amerika

Die Idee einer sozialen Kran- kenhausfürsorge in Deutschland wurde damals entscheidend auch durch Elsa Strauß getragen. Sie hatte in den USA Einrichtungen der amerikanischen Krankenhaus- fürsorge kennen gelernt und für deren Konzeption in Deutschland geworben. Der Grundgedanke ba- sierte auf folgender Erkenntnis: „Der Kranke benötigt neben ärzt- lichem Rat und ärztlicher Hilfe sowie pflegerischer Versorgung weitere „Sachverständige Hilfe““. Elsa Strauß erwähnte bereits die Erstellung einer sozialen Anam- nese und schilderte ein Anam- neschema, das auch modernen Ansprüchen standhält.

Wichtige Aufgabe der Sozialarbeit wäre danach die Erforschung der Lebens- und Familienverhältnisse, der Wohn- und Berufsbedingun- gen, der sozialen Beziehungen des Patienten und seine persönliche Einstellung zum Behandlungsver- lauf und zum Heilungsprozess.“

Dieser Ansatz orientierte sich an den sozialen und medizinischen Verhältnissen der damaligen – überwiegend proletarischen – Großstadtbewohner: „Unhygi- enische, überfüllte Wohnungen, ungeeignete oder zu knappe Ernährung, missliche Familien- verhältnisse, ungünstige Arbeits- und Berufsbedingungen könnten zur Entstehung der Krankheit beigetragen haben und sich bel- astend auf Heilung und Nach- sorge auswirken oder diese sogar verhindern. Diese Erkenntnisse des Sozialarbeiters müssten dem Arzt und Pflegepersonal mitge- teilt werden und im gemeinsamen Behandlungskonzept Eingang finden. Dieser aus heutiger Sicht gar nicht so unmodern wirkende Ansatz bezog sich damals auf die Tuberkulosebekämpfung, die Herz- Kreislaufbehandlungen und auf Allergiebekämpfungen und -ver- meidungen.

Aspekte sozialer Vorbeugung

Diese Bereiche standen schon damals für eine unverzichtbare Erhebung der Sozialanamnese. Dadurch wurde das medizinische Behandlungskonzept durch As- pekte der sozialen Vorbeugung als auch der psychosozialen Nachsorge erweitert. Ein bis heute nicht unaktueller Gedanke: Ein erfolgreicher Heilungsprozess hat nur dann eine Chance, wenn die psychosozialen Bedingungen des Patienten erträglich beziehungs- weise tragend gestaltet sind.

Dazu heißt es im ersten Bericht der sozialen Krankenhausfürsorge in Hamburg: „Lange schon hat sich für die soziale Arbeit die Notwendigkeit ergeben, vor den Türen der Krankenhäuser nicht halt zu machen; liegt doch manch Kranker dort, der neben seinem körperlichen Leiden Sorgen zu tragen hat, die ihm die rechte Ruhe zur Genesung nehmen, sie verzögern, oder den Kranken dazu veranlassen, seinen Aufenthalt abzukürzen, bevor er gesundet ist. Das bedeutet allemal eine Schädigung des Einzelnen, einer ganzen Familie und zuletzt eine Schädigung der Gesamtheit“.

Heute Sozialarbeit in der Klinik unverzichtbar

Vor diesem Hintergrund ist Sozialarbeit im Krankenhaus damals wie heute ein unverzichtbarer Bestandteil des gesamtklinischen Auftrages. Die Beiträge zur Heilung, Linderung und insbesondere zur Stabilisierung (vergleiche dazu SGB V) waren und sind dabei ausgesprochen vielfältig. Erfolgreiche Sozialarbeit im Krankenhaus hängt dabei entscheidend von der Zusammenarbeit mit Ärzten, Ärztinnen, Krankenschwestern, Krankenpflegern und anderen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen ab.

Alle im klinischen Bereich tätigen Berufsgruppen sind aufgefordert, die jeweiligen medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Erfordernisse eines Patienten auf dessen nachklinische Situation zu extrapolieren. Hierbei geht es im Schwerpunkt sicherlich weniger um die Patienten, für die ein umfassendes Heilungsversprechen einlösbar erscheint, sondern eher um die Patienten, für die es um die Frage der Linderung und der Stabilisierung geht (Stichwort: Leben mit Krankheit).

Die von den Gründungsmüttern der Sozialarbeit im Krankenhaus formulierten Ansätze wurden so während der Weimarer Zeit in den 20-iger Jahren im Grundsatz weiter ausformuliert und konzeptionell umgesetzt. Zumindest wird dies aus den damals veröffentlichten Publikationen

und Jahresberichten deutlich. Die Krankenhausfürsorge im Nationalsozialismus wurde wie viele andere Institutionen „gleichgeschaltet“ und einem ideologischen Zerrbild unterworfen.

In den Arbeitsrichtlinien für die Krankenhausfürsorge aus dem Jahre 1938 heißt es dazu: „Die Krankenhausfürsorgerin hat erzieherische Aufgaben zu erfüllen. Sie soll in gemeinsamer Arbeit mit dem Arzt die Kranken auf die Pflicht zur Gesundheit hinweisen. Erbkrankte soll sie mit dem Gedanken der Sterilisation aussöhnen und Verständnis für das Opfer, das die Erbkrankten der Allgemeinheit bringen müssen, wecken.“ Krankenhausfürsorge wurde in vielen Bereichen ein instrumenteller Teil staatlich organisierten Verbrechens. Der Krankheitsbegriff während dieser Zeit war zwiespältig besetzt. Insbesondere psychisch Kranke, sogenannte Erbkrankte und Geistigbehinderte waren nicht mehr Adressaten von fördernder und integrierender Fürsorge sondern eher Adressaten bürokratischen „Entsorge“. Gegenüber der übrigen Gruppe der Krankenhauspatientinnen und -patienten konnte die eher fürsorgende Aura im Wesen aufrecht erhalten bleiben. Letztlich widersprachen diese Ziele den kriegspolitischen Zielen des NS-Regimes nicht.

Wiederaufbau mit Ideen aus den 30-er Jahren

In Hamburg zeichnete sich der Wiederaufbau von Sozialarbeit im Krankenhaus auch durch eine gewisse personelle Kontinuität aus, die scheinbar bruchlos aus der NS Zeit hinüber ragt. In der damaligen Leitungsebene des Sozialdienstes standen dieselben Personen für einen Handlungsansatz, der an die Zeit vor 1933 anknüpft. Für diese fatale Doppelrolle stehen eine Reihe von Namen im damaligen Fürsorgesystem, die sowohl organisatorisch einerseits Hilfestellungen zur Umsetzung der NS Ideologie bis 1945 betrieben, als auch wichtige Impulse zum Aufbau verschiedener rehabilitativer und nachsorgender Einrichtungen in der Nachkriegszeit bewirkten.

Unabhängig von dieser damaligen Situation muss gesagt werden, dass wir im Grunde zu wenig über Formen der Mittäterschaft, Arten von Mitläufern, Formen der inneren Immigration oder aber auch Formen des Widerstandes im Sozialdienste in Hamburger Krankenhäusern wissen. Aus den Gesprächen mit den Zeitzeuginnen, die in der Nachkriegszeit ihre Berufstätigkeit im Sozialdienst begannen, wissen wir immerhin, dass dieses heikle Thema nicht Gegenstand der damaligen Gespräche war. Eine der möglichen Schlussfolgerungen aus diesen Phänomenen zeigt sicherlich auf die Notwendigkeit einer ethischen Orientierung, die ideologischen Anfälligkeiten und Instrumentalisierungsabsichten vorbeugt.

Sozialarbeiterinnen mit „doppeltem Mandat“

Ein Kennzeichen für die Entwicklung der Sozialarbeit im Krankenhaus nach dem Krieg ist sicherlich aus dem „doppelten Mandat“ der Sozialarbeiterinnen herauszuinterpretieren. Das heißt, neben der Berücksichtigung der Wünsche und Interessen ihrer Patientinnen und Patienten müsste und muss die Interessenlage der Organisation Krankenhaus mit berücksichtigt werden.

Die Verlegungspraxis in außerklinische Einrichtungen – insbesondere in Pflegeheime – steht für diesen Brennpunkt. An dieser schwierigen Frage ist längst nicht immer hinreichend den Wünschen und Interessen der Patientinnen und Patienten Rechnung getragen worden. Andererseits führte dieser „Druckpunkt“ an der Schnittstelle zwischen der klinischen Versorgung und einer damals fast nicht vorhandenen außerklinischen Nachsorge zu einer Reihe von verdienstvollen Initiativen. Dazu gehören die Einrichtung von Anschlussheilbehandlungen, rehabilitativen Übergangseinrichtungen, verbesserten Pflegeheimen, eine Reihe von Beratungsstellen, der Entwicklung der Sozialstationen und anderen Versorgungsstrukturen, die von uns heutigen Sozialarbeitern oft wie selbstverständlich genutzt werden.

In Hamburg und vermutlich auch in anderen Städten zeichnete sich der Wiederaufbau von Sozialarbeit im Krankenhaus auch durch eine gewisse personelle Kontinuität aus, die scheinbar bruchlos aus der NS Zeit hinüber ragt

Ein Kennzeichen für die Entwicklung der Sozialarbeit im Krankenhaus nach dem Krieg ist sicherlich aus dem „doppelten Mandat“ der Sozialarbeiterinnen herauszuinterpretieren

In den heutigen Krankenhäusern arbeiten unterschiedlichste Berufsgruppen zusammen. Sie folgen dabei einer horizontalen Arbeitsteilung

Die in den letzten Jahren enorm gekürzte Liegezeit im Krankenhaus führt dazu, dass Patientinnen und Patienten in der Regel sehr viel kränker und pflegebedürftiger als früher entlassen werden

Heutige Aufgaben der Sozialarbeit im Krankenhaus

An vielen dieser Strukturentwicklungen waren Mitarbeiterinnen aus den Sozialdiensten im Krankenhaus maßgeblich mit beteiligt. Ein großer Teil der heutigen Aufgaben von Sozialarbeit im Krankenhaus lässt sich durch die Merkmale kennzeichnen, die direkt über gesellschaftliche Veränderungsprozesse ableitbar sind:

- die Zunahme der Single-Haushalte (insbesondere ältere allein-stehende Frauen) hat direkte Auswirkungen auf Möglichkeiten der Betreuung, Versorgung und Pflege in der eigenen Wohnung.
- Der mit dem oben genannten Phänomen zusammenhängende Funktionsverlust von Familie konfrontiert die Sozialarbeit im Krankenhaus mit Menschen, die über kaum oder gar nicht ausgeprägte sozial tragfähige Bezüge verfügen.
- Die in den letzten Jahren enorm gekürzte Liegezeit im Krankenhaus führt dazu, dass Patientinnen und Patienten in der Regel sehr viel kränker und pflegebedürftiger als früher entlassen werden.
- Die Bedeutung von Sozialarbeit im Krankenhaus ist in den vergangenen Jahren insbesondere in ihrer Funktion als „Scharnier“, Brücke oder Schnittstelle zu den zum Teil sehr komplexen außerklinischen Versorgungs- und Betreuungssystemen geworden.

Ein geglückter „weicher“ Übergang aus der klinischen Versorgung in die nachklinische Betreuung und Versorgung steht für die Wünsche der meisten Patienten, trotz des vielfach bestehenden krankheitsbedingten Handicaps, in eine möglichst „normalisierte“ Lebenssituation zurückzukehren. Für chronisch Kranke und Behinderte bedeutet dies, eine möglichst hohe Lebensqualität zu sichern beziehungsweise mit ihnen zu gestalten (verhandeln statt behandeln).

Horizontale Arbeitsteilung

In den heutigen Krankenhäusern arbeiten unterschiedlichste Berufsgruppen zusammen. Sie folgen dabei einer horizontalen

Arbeitsteilung. Die Berufsgruppe der Sozialarbeiter ist im Verhältnis zu anderen Berufsgruppen im Krankenhaus durch deutlich weniger Mitarbeiter vertreten. Die Umsetzung der Personalverordnung Psychiatrie in den Jahren ab 1992 setzte für den Bereich der psychiatrischen Krankenhaussozialarbeit völlig neue Maßstäbe und Möglichkeiten.

Erstmals war durch den Anspruch einer stationsintegrierten Arbeit eine Sozialarbeiterin oder ein Sozialarbeiter genauso in das Stationsgeschehen integriert wie die dort tätigen Pflegekräfte und Ärzte. Da insbesondere psychisch kranke und behinderte Menschen mit den sozialen Folgen ihrer Erkrankung besonders konfrontiert sind (Stichwort: sekundäre Handicaps), machte dieser Ansatz einen besonderen Sinn. Die in der Vergangenheit oft von der Behandlung losgelöste soziale Beratung war jetzt eingebunden in den gesamten stationären Behandlungsverlauf eines Patienten.

Hierüber konnten und können Hilfeinterventionen bedarfsgerechter und genauer auf die psychosozialen Bedürfnisse der Patienten abgestimmt werden. Die bisherigen Erfahrungen aus der multiprofessionellen stationsintegrierten Arbeit zeigen für Mitte der 90-er Jahre eine bisher nicht gekannte Qualitätsverbesserung für psychisch Kranke. Neben den besonders geschätzten synergetischen Effekten in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wird von Sozialarbeit im Krankenhaus eine bisher im Krankenhaus nicht gekannte Fülle von Kompetenzen und Qualifikationen angeboten und nachgefragt (zum Beispiel soziale Gruppenarbeit, Arbeit mit Angehörigen in Gruppen, Problemlöseorientierte Gruppen zur besseren Alltagsbewältigung der Patienten, psychoedukative Angebote, Sprachkurse für psychisch kranke Migranten und die Akquise von Praktikumsstellen im ersten und zweiten Arbeitsmarkt für Patienten)

Anzeige Diakonie

Sparen ja – aber nicht an den Bedürfnissen vorbei

Häusliche Pflege für psychisch kranke Menschen hilft, den Aufenthalt im Krankenhaus zu vermeiden

Von Ingrid Backhaus

Der Grundsatz des Vorrangs ambulanter Hilfen vor stationären Leistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist in aller Munde – bei Betroffenen, Leistungsanbietern und Kostenträgern. Die Realität gestaltet sich jedoch gänzlich anders. Trotz sinkender Krankenhaus-Verweildauer ist die Anzahl psychiatrischer Krankenhausaufenthalte in den vergangenen Jahren zunehmend. Teilweise fehlen flächendeckende ambulante Angebote, teilweise werden sie nicht oder unzureichend finanziert. In den überwiegenden Fällen werden stationäre Behandlungsformen und Wohnformen den ambulanten Hilfearten vorgezogen. Eine Möglichkeit, den Aufenthalt in einem Fachkrankenhaus zu vermeiden, zu verkürzen und eine Aufnahme in einer stationären Behinderteneinrichtung zu verhindern, bietet die ambulante psychiatrische Fachpflege.

Die ambulante psychiatrische Fachpflege setzt genau dort an, wo der betroffene Mensch steht und so lange wie möglich bleiben sollte: In seinem häuslichen Umfeld. Seit Einführung dieser Leistung im Jahr 1980 ist in wissenschaftlich begleiteten Modellprojekten nachgewiesen worden, dass durch die häusliche Pflege psychisch kranker Menschen die Kosten für stationäre Behandlung und Folgebetreuung gesenkt wurden.

Die Leistungen der ambulanten psychiatrischen Fachpflege

Nach § 37,2 SGB V erhalten Versicherte „in ihrem Haushalt oder ihrer Familie als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforder-

lich ist“. Obwohl die gesetzliche Krankenversicherung „bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen...“ (§ 27, Abs.1 SGB V) beabsichtigt, gibt es keine bundeseinheitliche Regelung für die Inanspruchnahme und Gewährung der ambulanten psychiatrischen Pflege. Damit ist bis zum heutigen Tage die Gleichstellung psychisch kranker Betroffener mit körperlich erkrankten Menschen nicht realisiert.

Trotz der Beauftragung der Aktion Psychisch Kranker durch das Bundesgesundheitsministerium zur Erstellung eines Gutachtens im Jahr 1999 und der Tätigkeit einer Expertengruppe liegt keine einheitliche Etablierung der Leistung und somit keine Leistungsbeschreibung für die ambulante psychiatrische Pflege auf Bundesebene der Krankenversicherung vor. In einigen Bundesländern wurde die ambulante psychiatrische Pflege als Leistung in die Rahmenverträgen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Wohlfahrtspflege nach § 132 ff SGB V aufgenommen.

Voraussetzung für die ambulante psychiatrische Fachpflege ist eine psychische Grunderkrankung, die fachärztlich behandelt wird. Zur Sicherung der ärztlichen Behandlung wird aufgrund einer Verordnung eines niedergelassenen Facharztes für Neurologie/ Psychiatrie ein Behandlungsziel vorgegeben.

Zur Erreichung der Behandlungsziele beinhaltet die ambulante psychiatrische Pflege folgende Leistungen:

■ Beziehungsgestaltung

■ Wahrnehmung und Beobachten des jeweiligen Krankheitszustandes und der Krankheitsentwicklung

■ Feststellen, Beobachten, Dokumentieren des jeweiligen Zustandes der Pflegebedürftigkeit und dessen weitere Entwicklung (Pflegeprozess)

■ Anregung / Abstimmung therapeutischer, pflegerischer und ergänzender Maßnahmen; Zusammenarbeit mit dem verordnenden Arzt

■ Hilfe bei der Medikamenteneinnahme

■ Vorsorge bei Suizid- oder Fremdgefährdung

■ Krisenintervention

■ Aktivierung zur elementaren Verrichtung / Training elementarer Fertigkeiten (orientiert an den ATL's)

■ Psychiatrische Entlastung im Alltag

■ Geistiges und psychisches Training

■ Hilfen beim Erkennen beeinträchtigender Gefühle, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen

■ Erarbeiten krankheitsangemessener Sicht- und Verhaltensweisen

■ Hilfe bei der Tages- und Wochenstrukturierung

■ Zusammenarbeit mit Familienangehörigen

■ Kontaktaufnahme und Kooperation mit anderen psychiatrischen Diensten, Fachpersonal und Institutionen

Derzeitige Finanzierungspraxis

Zur Durchführung und Aufrechterhalten der Leistung der ambulanten psychiatrischen Fachpflege ist eine ständig zu überprüfende Kalkulation zwischen qualifiziertem Personal, Leistungserbringung und Vergütungssatz erforderlich. Der Balanceakt zwischen qualifi-



Ingrid Backhaus, Diplom-Sozialarbeiterin. Gründerin des ambulanten psychiatrischen Pflegedienstes ALPHA gGmbH (Tochterunternehmen des Sozialwerks St. Georg e.V. Gelsenkirchen)

Der schwache Ausbau ambulanter psychiatrischer Leistungen und personenzentrierter Hilfen mit einhergehenden Kosteneinsparungen sind eine Folge der scharfen Trennung von Zuständigkeiten und der Kostenträgerschaft von stationären und ambulanten Hilfen

Häufig wird in der Genehmigungspraxis nicht auf die Art, die Schwere oder die Entwicklung des Krankheitsgeschehens geachtet, sondern aus reinen Kostenzwängen auf die Dauer der Genehmigungszeit

zierter Fachpflege und Ökonomie steht täglich auf der Tagesordnung eines Pflegedienstes, der die ambulante psychiatrische Pflege erbringt.

Gegenwärtig sind in einigen Bundesländern nach den gesetzlichen Bestimmungen die Krankenkassen und Sozialhilfeträger die zuständigen Kostenträger für die ambulante psychiatrische Pflege. Im Rahmen des SGB XI fallen psychisch kranke Menschen häufig keine Ansprüche zu, da es sich bei der ambulanten psychiatrischen Pflege nicht um eine grundpflegerische Leistung handelt. In der derzeitigen Finanzierungspraxis ist die Kostenübernahme der ambulanten psychiatrischen Pflege durch die Krankenkassen zeitlich befristet. In den günstigsten Fällen liegt die Genehmigungsdauer für die Leistung bei einem Jahr, in den ungünstigsten Fällen bei sechs Wochen.

Kostenträger wissen wenig über den Hilfebedarf

Psychische Erkrankungen und ihre Verläufe richten sich jedoch nicht nach einem verwaltungstechnisch festgelegten Finanzierungssystem. Die Kenntnisse bezüglich des Hilfebedarfs von psychisch kranken Menschen sind bei den Kostenträgern äußerst selten vorhanden. Es wird unterschätzt, dass es sich bei der Leistung der ambulanten psychiatrischen Pflege um einen unregelmäßigen, über lange Zeit häufig wechselnden lebensfeldbezogenen Hilfebedarf handelt. Die Annahme, dass jeder psychisch kranke Mensch nach einer bestimmten Zeit einen bestimmten und stabilen Entwicklungsstand erreicht und damit Sozialhilfe in Anspruch nehmen sollte, entbehrt jeder fachlichen Grundlage.

Abrupte Betreuungsabbrüche

Häufig wird in der Genehmigungspraxis nicht auf die Art, die Schwere oder die Entwicklung des Krankheitsgeschehens geachtet, sondern aus reinen Kostenzwängen auf die Dauer der Genehmigungszeit. Der frühzeitige oder abrupte Betreuungsabbruch führt nicht selten zur Dekompensation des Patienten und damit erneut

zu Krankenhausaufenthalten und damit zu kostenaufwendigeren Hilfeformen. Grundsätze wie „ambulant vor stationär“ oder „von der institutionsbezogenen zur personenzentrierten Hilfe“ für Menschen mit psychischen Erkrankungen scheitern häufig am historisch gegliederten System von Finanzierungsmodellen im Gesundheits- und Sozialwesen der BRD. Gerade angesichts knapper werdender Mittel der Kostenträger im Sozial- und Gesundheitswesen erleben wir häufig Unzuständigkeiten und zeitaufwendige Kostenklärungen, die nicht dem Patienten zu Gute kommen.

Alternative Ansätze notwendig

Der schwache Ausbau ambulanter psychiatrischer Leistungen und personenzentrierter Hilfen mit einhergehenden Kosteneinsparungen sind eine Folge der scharfen Trennung von Zuständigkeiten und der Kostenträgerschaft von stationären und ambulanten Hilfen. Dennoch gibt es einige wenige Kostenträger, die im gegenseitigen vertrauensvollen und transparenten Umgang mit dem Pflegedienst den Entwicklungsprozess des Patienten in den Vordergrund stellen und unter anderem auch durch eigene Fachkräfte begleiten. Werden dabei von diesen Krankenkassen abteilungsübergreifend die Dauer und Kosten von Krankenhausaufenthalten vor und während der Betreuungszeit verglichen, werden deutliche Einsparungspotentiale im stationären Bereich erkannt.

Ebenso haben Kooperationsmodelle zwischen Krankenkassen und Sozialhilfeträgern Vorbildfunktion. In gemeinsamen patientenorientierten Kostenübernahmegesprächen mit dem Pflegedienst werden die Entwicklungsschritte des psychisch kranken Menschen offengelegt und gemeinsam über die weitere Notwendigkeit der Leistung und einer Kostenübernahme entschieden.

Motivation wichtiger Faktor

Ein wichtiger Faktor zur Finanzierung ambulanter psychiatrischer Leistungen ist die Aufnahme des Moduls „Motivation zu grund-

pflegerischen Pflegeleistungen“ im Leistungskatalog des SGB XI. Nicht die Übernahme einer Ganzwaschung oder das Anziehen von Kleidung ist in der psychiatrischen Pflege notwendig, sondern die oftmals zeitaufwendigere Motivation, die Anleitung und die aktivierende Begleitung dazu.

Mit neuen Denk- und Sichtweisen von Kostenübernahmemodellen besteht die Chance, über die derzeitig bestehenden Kostenträgerstrukturen hinweg, den allseits geforderten Ausbau der Ambulantisierung personenzentriert zu implementieren. Es ist durchaus wünschenswert und realisierbar, dass ein psychisch kranker Mensch nach festgestellter Bedürftigkeit sein Hilfsangebot eigenständig oder durch Assistenz auswählt wie beispielsweise nach dem Modell des persönlichen Budgets. Der betroffene Mensch hätte die Möglichkeit der Wahl zwischen ambulanter oder stationärer Hilfe, zwischen zeitintensiver Pflege oder grobmaschiger Betreuung. Er hätte die Möglichkeit, nach seinen Bedürfnissen aus den vorhandenen Angeboten und deren Qualität zu wählen.

Nicht mehr in den Vordergrund gestellt werden bei diesem Modell ambulante oder stationäre Kostenträgerstrukturen. Nicht mehr im Vordergrund steht der Verschiebepunkt zwischen Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Sozialhilfeträger. Einsparungsmöglichkeiten beinhaltet dieses Modell sicherlich, allerdings ohne die Bedürfnisse des Betroffenen zu übergehen.

Erwartungen relativiert

Soziotherapie sollte flächendeckende Versorgung ermöglichen / Jetzt drohen Kürzungen

Von Wolfgang Mohn

Als erstem Bundesland haben in Baden-Württemberg die Liga der freien Wohlfahrtspflege und die Landesverbände der Krankenkassen im Juli 2002 einen Rahmenvertrag zur Erbringung der Soziotherapie abgeschlossen. Künftig können die Sozialpsychiatrischen Dienste Soziotherapieleistungen erbringen. Mit einem Schlag – so die Hoffnung der Krankenkassen und des Sozialministeriums – ist seit Juli 2002 eine flächendeckende Versorgung mit soziotherapeutischen Leistungen durch die Sozialpsychiatrischen Dienste geschaffen worden. Damit sichern die Krankenkassen eine flächendeckende Versorgung durch eine sehr begrenzte Anzahl von zugelassenen Leistungserbringern. Die Erwartung der Krankenkassen ist aber auch, die Kosten für Soziotherapie so in Grenzen zu halten.

„Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die an sich ein Anspruch besteht, selbständig in Anspruch zu nehmen. Dies kann zu wiederkehrenden stationären Aufenthalten führen.“ Mit dieser Gesetzesbegründung wurde in dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 die Betreuungsleistung Soziotherapie eingeführt. Das Ziel der Therapie ist vor allem, die Inanspruchnahme ärztlich verordneter Leistungen zu ermöglichen. Sie soll außerdem dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen. Soziotherapie, als Prozess verstanden, kann dem Patienten einen besseren Zugang zu seiner Krankheit verschaffen, indem persönliche Einsichten und Initiativen sowie soziale Kontaktfähigkeiten und Kompetenzen gefördert und aktiviert werden.

Erwartungen schnell relativiert

Doch etwaige hohe Erwartungen wurden sehr schnell relativiert: Die Indikationen für die Zielgruppe wurden in der auf der Bundesebene erarbeiteten Richtlinie erheblich eingegrenzt. So ist der Bereich der spezifischen Persönlichkeitsstörungen ausgeklammert worden. Zusätzlich ist die GAF-Skala (Global Assessment of Functioning Scale) als diagnostisches Instrument eingeführt worden, durch das ein festgelegtes Maß an funktioneller Einschränkung nachgewiesen werden muss.

Damit wird eine weitere Eingrenzung der ohnehin kleinen Gruppe von psychisch kranken Menschen erreicht, die künftig Anspruch auf Soziotherapie haben.

Hohe qualifikatorische Anforderungen

In der Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen werden hohe qualifikatorische Anforderungen an die Leistungserbringer formuliert. So müssen die künftigen Leistungserbringer Kenntnisse und mehrjährige Erfahrungen der ambulanten sowie der klinisch-stationären psychiatrischen Berufspraxis vorweisen. Sie müssen den Nachweis über Kenntnisse im fachkrankenpflegerischen oder im Sozialleistungsbereich führen. Die Kritik der Verbände: Die künftigen Leistungserbringer müssen praktisch über die Kenntnisse von Sozialarbeitern und Fachkrankenpflegern verfügen.

Vor diesem Hintergrund konnte in den zähen Verhandlungen um einen Rahmenvertrag nur ein Kompromiss erreicht werden: Als Berufsgruppen bei den Sozialpsychiatrischen Diensten werden zwar Sozialpädagogen, Fachkrankenpflegekräfte und Psychologen akzeptiert, bei den Diplompädagogen wird aber nur eine Einzelprüfung der Qualifikationsvoraussetzungen durch die Krankenkassen zugesagt. Andere Berufsgruppen, die zum Teil langjährig bei den Sozialpsychiatri-

schen Diensten angestellt sind, kommen nicht in Betracht. Auch das Ergebnis der Einzelvergütung von knapp über 41 pro soziotherapeutischer Beratungsstunde ist ein Kompromiss, der den Trägern der Sozialpsychiatrischen Dienste bei geringer Nachfrage nach Soziotherapie ein Defizit verschafft. Vor allem das Einnahmedefizit, das in den ersten Jahren der Umsetzung der Soziotherapie entsteht, geht voll zu Lasten der Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste.

Erste Erfahrungen

Welche Erfahrungen lassen sich nach den ersten vier Monaten ableiten?

■ Eine wesentliche Voraussetzung zur Verordnung von Soziotherapie ist die Zulassung von Fachärzten durch die Krankenkassen. Dies hat sich in den Stadt- und Landkreisen unterschiedlich schnell entwickelt. Aktuell sind bisher 270 Vertragsärzte zugelassen.

■ Grundsätzlich können die im Land entstehenden Psychiatrischen Institutsambulanzen ebenfalls Soziotherapie verschreiben. Die Zulassung muss bei der Kasernenärztlichen Vereinigung beantragt werden. Bisher haben nur einige Institutsambulanzen dies beantragt. Ihre Zurückhaltung ist auffällig. Auffallend ist auch die zögerliche Bereitschaft zum Abschluss von Kooperationsverträgen zwischen Sozialpsychiatrischen Diensten und Institutsambulanzen.

■ Bisher wurden keine weiteren Leistungserbringer – etwa gewerbliche Träger – für die Soziotherapie zugelassen.

Die zuletzt genannte Entwicklung wird – sollten die Kürzungen der Baden-Württembergischen Landesregierung umgesetzt werden – die Arbeit rasch verändern. Die Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste sind gezwungen, unter diesen Umständen ihr Personal um die Hälfte zu reduzieren. Damit vermindert sich auch die Zahl der Soziotherapeuten. Unter diesen Voraussetzungen werden die gewerbliche Anbieter keine großen Probleme haben, nicht abgedeckte Bedarfe an Soziotherapie nachzuweisen.

Die Frage, wie die Zukunft der Sozialpsychiatrischen Dienste mit den angekündigten Kürzungen aussieht, lässt sich derzeit nicht beantworten. Die Liga der freien Wohlfahrtspflege bleibt bei ihrer bisherigen Haltung: Die sozialpsychiatrische Grundversorgung muss der wesentliche Aufgabenbereich in der Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste bleiben. Die bisherige Pauschalfinanzierung der Daseinsfürsorge muss auch weiterhin staatlicherseits abgesichert werden



Wolfgang Mohn, Referent Rehabilitation, Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart

Den Weg zur Akutbehandlung ohne Klinikbett geebnet

Die Krefelder „Integrative Psychiatrische Behandlung“ hat bei Klienten hohe Akzeptanz / neue gesundheitspolitische Schritte

Von Andreas Horn

Die seit 1998 am Krefelder Alexianer-Krankenhaus praktizierte „Integrative Psychiatrische Behandlung“ (IPB) ebnet den Weg zu Formen der Krankenhaus-Akutbehandlung ohne Klinikbett. Klinisches „Hometreatment“ zeigt eine hohe Akzeptanz bei den Klienten, führt zu einer Erweiterung diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten der Klinik und eröffnet im Rahmen der IPB neue gesundheitspolitische Wege durch Verknüpfung klinischer und ambulant/komplementärer Ressourcen. Die IPB baut auf den seit den 70-er Jahren im englischen Sprachraum und in Skandinavien erprobten gemeindeintegrierten Akutversorgungsformen auf und nutzt darüber hinaus klinische Erfahrungen mit multiprofessionellen Komplexleistungen. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorausgesetzt ist die IPB-Behandlung am klinischen Syndrom und am konkreten Hilfebedarf der Akutpatienten orientiert.

In der traditionellen Versorgungslandschaft stehen sich die Blöcke ambulant/komplementärer Bereich, psychiatrisches Fachkrankenhaus (sowie Fachabteilung) und somatisches Krankenhaus organisatorisch und versorgungstechnisch trotz Vernetzungsbemühungen oft disparat gegenüber. Durch die Schaffung von Institutsambulanzen, die insbesondere Aufgaben in der Behandlung von chronisch Kranken und Problempatienten übernehmen und aufsuchend tätig werden sollten, wurde ein erster Schritt zur Integration der einzelnen Bereiche vorgenommen. Seit 1992 wird am Krefelder Alexianer-Krankenhaus eine multiprofessionell besetzte, auch aufsuchend tätige Institutsambulanz betrieben. Die Klinik hat jedoch in der Folge auch einen Schritt in umgekehrter Richtung unter-

nommen, indem niedergelassenen Nervenärzten der Region Behandlungsmöglichkeiten im stationären Setting angeboten wurden; sie können seit 1994 namens und im Auftrage der Klinik stationär behandlungsbedürftige Patienten im Fachkrankenhaus verweildauerbefristet behandeln. Sie steuern dabei selbst Diagnostik und Therapie, übernehmen tägliche Visiten und nach eigener Planung andere fachpsychiatrische Leistungen, eventuell Psychotherapie.

Gesamtes diagnostisches Spektrum

Das gesamte diagnostische und therapeutische Spektrum der Klinik kann beansprucht werden. Dies gilt sowohl für die erforderliche apparative Diagnostik, für einzel- und gruppentherapeutischen Psychotherapieleistungen sowie auch für ergotherapeutische und andere ergänzende Therapieverfahren, sozialarbeiterische Betreuung, Grund- und Fachpflege. Dieses als Kooperationsklinik bezeichnete Modell dient ebenfalls der Integration der versorgungstechnisch getrennten Bereiche und ist auch unter dem Aspekt der Behandlerkontinuität sinnvoll. Mit der IPB wurde letztlich ein weiterer flexibler Baustein geschaffen, der eine Integration in beide Richtungen ermöglicht und zudem neue Kooperationsformen zwischen somatischen und psychiatrischen Kliniken ermöglicht

Die Gesundheitsreform 2000 hat mit der „Integrierten Versorgung“ nach § 140 a-h SGB V einen Prozess in Gang gesetzt, der die insbesondere bei der Versorgung chronischer Patienten ungünstigen Folgen der doppelt besetzten Facharztschienen und der sektoralen Gestaltung der medizinischen Rehabilitation beseitigen soll.

Praxis der Integrativen Psychiatrischen Behandlung

IPB verbindet im Rahmen der psychiatrischen Krankenhaus-Akutbehandlung die gesetzlichen Vorgaben in Hinblick auf integrierte Versorgungssysteme mit dem von der Aktion Psychisch Kranke geforderten Paradigmenwechsel von institutionszentrierten Angeboten hin zu lebensfeldbezogenen Komplexleistungsprogrammen im gemeindepsychiatrischen Verbund. Zudem basiert die IPB auf der Feststellung, dass bei einer vollstationären Akutbehandlung auch bei guter Tagesstruktur im Krankenhaus Leerzeiten auftreten, so dass die Patienten nicht durchgängig vom stationären Aufenthalt profitieren. Dies lässt sich auch nicht durch Rekurs auf die therapeutische Gemeinschaft, deren Bedeutung hier sicherlich nicht unterschätzt werden soll, überdecken. Notgedrungen muss der Patient einen Teil seiner gesunden Persönlichkeit an der Krankenhauspforte abgeben, was die gewünschte Ressourcenorientierung erschwert. Kliniken praktizieren zur Gewährleistung einer ausgefüllten Tages- und Wochenstruktur eine Polypragmasie, deren medizinische Sinnhaftigkeit angezweifelt werden kann. Hometreatment erleichtert die Ressourcenerkennung und deren Nutzung für den therapeutischen Prozess.

IPB ist durch folgende Charakteristika gekennzeichnet:

- Verweildauerbegrenzte klinisch psychiatrische Behandlung am Ort des Hilfebedarfs bei stationärer Behandlungsnotwendigkeit
- Nutzung aller Klinikressourcen für Diagnostik und Therapie, soweit im jeweiligen Behandlungsfall erforderlich
- Personenzentrierte klinische

Komplexleistung und Bereitstellung individueller Therapiepläne. Die Leistungen werden in Abstimmung mit dem Patienten, an seinen Möglichkeiten, Wünschen und therapeutischen Notwendigkeiten orientiert, teils in seiner Wohnung, teils im sozialen Umfeld, teils in der Klinik erbracht

- Mobiles multiprofessionelles Behandlungsteam, das individuelle Hilfemaßnahmen in Form des Hometreatments und eine 24-stündige klinische Verantwortung an sieben Tagen in der Woche gewährleistet
- Nutzung der Verbundressourcen, das heißt Einbeziehung von ambulanten und komplementären Behandlungsangeboten, deren Finanzierung aus dem Krankenhausbudget erfolgt

Insgesamt ergibt sich eine Kombination aus integrierter Versorgung und integrativen Therapiemodellen.

Komplexleistung ohne Ortsbindung

Krankenhausbehandlung definiert sich aus Sicht der Integrativen Psychiatrischen Behandlung als verweildauerbegrenzte, ortsungebundene klinische Komplexleistung, die eine personenzentrierte multiprofessionelle Akutbehandlung unter partieller Nutzung von Verbundressourcen einleitet und dadurch im Hinblick auf die anschließende ambulante Weiterbehandlung Koordinierungsfunktion im gemeindepsychiatrischen Verbund übernimmt. Derzeit werden im IPB gleichzeitig 12 bis 16 Patienten integrativ am Alexianer-Krankenhaus behandelt. Welcher Prozentsatz der psychiatrischen Krankenhauspatienten für eine integrative Behandlung im Sinne der hier geschilderten IPB in Betracht kommt, bleibt abzuwarten und dürfte je nach regionalen Versorgungsstrukturen unterschiedlich sein. Zahlen zwischen 10 und 30 % sind hier vorläufig zu veranschlagen. Modelle aus Großbritannien, bei denen im Rahmen von Assertive-Community-Projekten wie in Birmingham bis zu 80 % der Krankenhausbetten abgebaut wurden, sind hier weder verantwortlich erreichbar noch erstrebenswert. Sie gehen von anderen Therapiedauern aus, sind auf dem

Hintergrund eines gänzlich anderen Gesundheitssystems zu sehen und würden eher zu Kostensteigerungen als zu Einsparpotentialen beitragen. IPB könnte jedoch eine therapeutisch sinnvolle Alternative zur voll- und teilstationären psychiatrischen Krankenhausbehandlung darstellen, beziehungsweise diese in dem oben genannten Prozentsatz ersetzen.

Rahmenbedingungen der IPB

- Ärztlich geleitetes, berufsgruppenübergreifend arbeitendes therapeutisches Stammteam aus Ärzten, (Fach-) Pflegekräften und Sozialarbeiter/in, in das, je nach Bedarf, Ergo-, Bewegungstherapeuten, Diplompsychologen, Psychotherapeuten, Sozialpädagogen und andere von intern (Klinikmitarbeiter) und extern (Ärzte, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Soziotherapeuten, Mitarbeiter komplementärer Dienste) einbezogen werden können
- Mobilität der Mitglieder des therapeutischen Teams durch die Anschaffung von Fahrzeugen
- 24-stündiger Bereitschaftsdienst an sieben Tagen in der Woche, nur aus den ärztlichen Mitarbeitern der IPB rekrutiert
- enge Abstimmung im therapeutischen Team.

Mobiles Behandlungsteam

Das mobile Behandlungsteam der integrativen psychiatrischen Behandlung chefärztlicher Leitung besteht neben der halbtags tätigen, fachärztlichen Koordinatorin aus einem Facharzt und zwei somatischen Fachärzten in fortgeschrittener psychiatrisch-psychotherapeutischer Weiterbildung, die jeweils hälftig innerhalb der integrativen psychiatrischen Behandlung und im stationären beziehungsweise teilstationären Setting der Krankenhausbehandlung beschäftigt sind. Weiter gehören zum Team zwei ganztags tätige Fachpflegekräfte, eine halbtags tätige, in das Team integrierte externe Ergotherapeutin, eine halbtags im IPB beschäftigte Sozialpädagogin sowie einem fakultativ verfügbaren Familientherapeuten und einer halbtags beschäftigten Sekretariatskraft. Bedarfsorientiert oder im Rahmen

des Kooperationsmodells werden niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten, Ergo- und Physiotherapeuten und Pflegekräfte in das IPB-Team miteinbezogen.

Unterschiedliche Patientengruppen

Mit der IPB können unterschiedliche Patientengruppen behandelt werden, in jedem Fall ist von der Notwendigkeit einer Einweisung, Notfallindikation und Indikationsüberprüfung durch die Krankenkassen oder den Medizinischen Dienst der Krankenkassen auszugehen:

- Direkteinweisung als Alternative zur vollstationären Aufnahme,
 - Direkteinweisung zur indikationsspezifischen Vermeidung von Hospitalisierung,
 - Direkteinweisung bei Akuterkrankung aufgrund ergänzender sozialpsychiatrischer Indikation
 - Verlegung nach kurzzeitiger stationärer Intensivbehandlung zur Reduktion der vollstationären Verweildauer,
 - Verlegung nach verkürzter klinischer Regelbehandlung zur Verbesserung und Sicherung des Behandlungserfolges einschließlich Einleitung geeigneter rezidivprophylaktischer Maßnahmen,
 - Enthospitalisierungsschritt nach längerfristiger, mehr als achtwöchiger stationärer Behandlung unter besonderer Beachtung der gemeindepsychiatrischen Integration.
- Zu Beginn der IPB wird, wie auch bei vollstationärer Aufnahme, ein diagnostisches und therapeutisches Procedere entworfen, das sich an Anamnese, aktueller psychopathologischer, psychosozialer und psychodynamischer Situation, Ergebnissen der Aufnahmeuntersuchung und an Vorbefunden orientiert. Die gesamte Palette psychiatrischer, psychodynamischer, neuropsychologischer, labormedizinischer, elektrophysiologischer, radiologischer oder sonstiger somatischer Diagnostik wird zur Verfügung gestellt.

Therapeutische Module

Zur Erstellung des Therapieplanes ist es erforderlich, das therapeutische Angebot zu modularisieren,

Das mobile Behandlungsteam der integrativen psychiatrischen Behandlung chefärztlicher Leitung besteht neben der halbtags tätigen, fachärztlichen Koordinatorin aus einem Facharzt und zwei somatischen Fachärzten in fortgeschrittener psychiatrisch-psychotherapeutischer Weiterbildung

Zu Beginn der IPB wird, wie auch bei vollstationärer Aufnahme, ein diagnostisches und therapeutisches Procedere entworfen, das sich an Anamnese, aktueller psychopathologischer, psychosozialer und psychodynamischer Situation, Ergebnissen der Aufnahmeuntersuchung und an Vorbefunden orientiert

Zweifellos kann und will IPB nicht stationäre Akutversorgung psychisch Kranker ersetzen. Sie scheint eine kosteneffiziente Ergänzung stationärer Behandlungsformen darzustellen, die zudem mit Vorteilen für die Patienten verbunden ist. Darüber hinaus kann sie entscheidende Nachteile für die Versorgung der Patienten durch den vielerorts vollzogenen oder noch bevorstehenden Bettenabbau abwenden helfen und die Weiterentwicklung der Verbundsysteme in fachlich und versorgungspolitisch sinnvolle Bahnen lenken.

so dass diagnosespezifisch Bausteine verordnet werden können. Auch hierbei kann das gesamte Angebot des Fachkrankenhauses genutzt werden und auch in der Region vorhandene allgemeine und spezifische therapeutische Angebote zurückgegriffen werden. Jeder Patient erhält auf dieser Weise einen individuellen Wochentherapieplan, dem zu entnehmen ist, welche Behandlungsbausteine in seiner Wohnung oder im sozialen Nah- beziehungsweise Umfeld erbracht werden und welche Angebote in der Klinik stattfinden. Die Verteilung der Therapieorte wird individuell der Situation und dem Bedarf angepasst; sie kann bedarfsweise auch ausschließlich im Wohnumfeld des Patienten erbracht werden. Dies stellt jedoch nicht den Normalfall dar.

Zur Basisbehandlung der IPB in Krefeld gehören neben der 24-stündigen klinischen Verantwortung über den gesamten Behandlungszeitraum:

- tägliche Arztvisiten, davon wöchentlich je eine Chefarztvisite und eine Visite mit der fachärztlichen Koordinatorin,
- mindestens drei psychotherapeutische Einzeltermine pro Woche mit psychoedukativer, verhaltenstherapeutischer oder tiefenpsychologischer Zielsetzung,
- drei bis fünf fachpflegerische Kontakte im Sinne des Hometreatments,
- zwei bis drei ergotherapeutische Interventionen,
- zumindest ein sozialarbeiterisch oder sozialpädagogisches Gespräch in der ersten Behandlungswoche zur Abklärung des sozialen und psychosozialen Hilfebedarfs
- regelmäßige ergänzende Telefonkontakte.

Der Wochenplan wird mit dem Patienten individuell besprochen und ihm in schriftlicher Form ausgehändigt. IPB lässt sich durch die Begriffe **Integration**, **Hometreatment**, **Casemanagement** und **Modulsystem** beschreiben:

Hometreatment im Sinne der IPB meint, dass wesentliche Teile der Behandlung in der Wohnung des Patienten stattfinden, erbracht

durch ein mobiles Team. Zu diesen Maßnahmen können zählen: Therapeutische Visiten, Einzelpsychotherapie, ärztliche Beratung, Information und Psychoedukation, Familientherapie, Ergotherapie, einschließlich neuropsychologischem Training, Soziotherapie, Bewegungstherapie und psychiatrische Krankenpflege, einschließlich tages- und wochenstrukturierende Maßnahmen. Im Rahmen des Hometreatments findet auch lebensfeldbezogene Diagnostik der unterschiedlichen Berufsgruppen statt.

Das **Modulsystem** der IPB ermöglicht es, diagnostische und therapeutische Leistungen anhand eines Verordnungsbogens individuell zusammenzustellen. Basis des Diagnostik- und Therapieplans sind die Diagnose beziehungsweise das zu behandelnde Syndrom, Stadium und Verlauf der Erkrankung, Motivation, Compliance und Kooperation des Patienten, seine Wünsche und Ressourcen sowie der psychosoziale Hintergrund und der Ort der Leistungserbringung. In Abhängigkeit von der Symptomatik des Patienten, seinen Möglichkeiten und Fähigkeiten sowie in Abhängigkeit von therapeutischen Überlegungen können neben dem Hometreatment weitere Therapieelemente in der Klinik oder im sozialen Umfeld stattfinden. In der Klinik kann der Patient in vorhandene stationsgebundene, stationsübergreifende Gruppen oder auch in IPB-eigene Gruppen eingebunden werden.

Im Rahmen der IPB findet ein klinikärztliches **Casemanagement** statt, da es sich um eine Krankenhausakutbehandlung auf Basis eines medizinischen Konzeptes handelt. Es wird also fachärztlich ein diagnostisches Prozedere und ein Therapiekonzept erarbeitet. Das multiprofessionelle Team wird ärztlich geleitet und die zuständigen Ärzte übernehmen als Casemanager die Koordination von ambulanten, komplementären und klinischen Leistungen sowie die Vorbereitung der Nachsorge im gemeindepsychiatrischen Verbund.

Integration im Sinne der IPB bedeutet Krankenhausbehand-

lung mit Integration in den gemeindepsychiatrischen Verbund, Anwendung integrierender Therapiekonzepte und Realisierung von Aspekten der integrierten Versorgung nach dem § 140 SGB V. Sie führt zur Schnittstellenminimierung durch intensivere Zusammenarbeit im gemeindepsychiatrischen Verbund, Behandlungskontinuität, Integration von niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten in die klinische Behandlung, Integration von externen Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten unter anderem therapeutischen Spezialisten, Kooperation mit komplementären Diensten und bedarfsorientierte Vorbereitung eines gemeindepsychiatrischen Casemanagements, zum Beispiel im Sinne ambulanter Soziotherapie.

Die Beteiligung niedergelassener Nervenärzte an der IPB vollzieht sich in drei Stufen, von uns veranschaulichend als Stufen der Kommunikation, Kooperation und Delegation bezeichnet. Die Form der Beteiligung orientiert sich an den Wünschen der Fachkollegen, der örtlichen gemeindepsychiatrischen Struktur und den gesetzgeberischen Rahmenbedingungen. Es sollte zu Beginn und zum Abschluss der Behandlung ein direkter Kontakt in der Praxis des Niedergelassenen, möglichst unter Beteiligung des Patienten, stattfinden, so dass das Wissen bezüglich der ambulanten Vorbehandlung in die stationäre Behandlung einfließt und eine lückenlose ambulante Weiterbehandlung unter Nutzung der klinischen diagnostischen und therapeutischen Erfahrungen möglich wird. Auf der Stufe der Kooperation übernimmt der niedergelassene Facharzt einzelne Behandlungsaufgaben in Absprache mit den Klinikärzten, so zum Beispiel Visiten oder psychotherapeutische Behandlungsbausteine; es bleibt jedoch ein klinisch ärztliches Casemanagement bestehen. Erst auf der Stufe der Delegation würde der niedergelassene Facharzt namens und im Auftrage der Klinik die Behandlungsverantwortung insgesamt übernehmen und unter Rückgriff auf die diagnostischen und therapeutischen Module zum Casemanager der Akutbehandlung.

Ein Ort, der Einsamkeit überwinden hilft

Der „Gartenhof“ Ebersberg: eine erfolgreiche Psychiatrische Tagesstätte ohne Ergotherapie

Von Georg Knufmann

Vor fünf Jahren eröffnete der „Gartenhof“, die Psychiatrische Tagesstätte für den Landkreis Ebersberg, in einem alten Haus mit einem großen Garten in Herzen von Ebersberg. Die Tagesstätte ist ein Baustein der Sozialpsychiatrischen Dienste Ebersberg der Inneren Mission München, einem Einrichtungsverbund, zu dem in Ebersberg auch der Sozialpsychiatrische Beratungsdienst, Formen betreuten Einzelwohnens und eine Anzahl von kleinen Wohngemeinschaften für psychisch kranke Menschen gehören. Seit Eröffnung der Tagesstätte hat eine Vielzahl von Besucherinnen und Besucher mitgeholfen, den Gartenhof zu gestalten. Sie haben Räume renoviert, Möbel zusammengeschaubt, den Garten bestellt, unzählige Male eingekauft, gekocht, geputzt und vieles mehr.

Der Gartenhof ist ein Treffpunkt, der von montags bis freitags geöffnet hat, täglich Cafeteria-Betrieb und Mittagessen nach Selbstversorgungsprinzipien anbietet. Haus und Garten bilden kleine Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten ohne Überforderungsdruck. Die Besucherinnen und Besucher können etwas für ihre körperliche Fitness tun: es gibt kleine Wellness-, Kontakt- und Freizeitmöglichkeiten. Wer will, kann Erfahrung am Computer sammeln, im Internet surfen, die Werkstattmöglichkeiten nutzen, im Garten mithelfen, oder zwanglos einfach nur vorbei kommen, um andere Menschen zu treffen.

Daneben gibt es seit einigen Jahren ein wichtiges Angebot, die Kunsttherapie, die ohne weitere Voraussetzungen mit verschiedenen Materialien die Kreativität und den Ausdruck fördert. So

bietet die Tagesstätte über die Jahre hinweg immer wieder neue Möglichkeiten, brach liegende Fähigkeiten zu aktivieren, etwas Verantwortung zu übernehmen oder Menschen zu treffen. Für diejenigen, die den Gartenhof sonst nicht erreichen könnten, wird ein Fahrdienst angeboten. Die Tagesstätte hat 20 Plätze. Allerdings kommen im Monat bis zu 70 Besucherinnen und Besucher, die die jeweiligen Angebote unterschiedlich oft und unterschiedlich lange nutzen.

Zugang soll niederschwellig sein

Da der Zugang zum Gartenhof auch für noch zögernde Klientinnen und Klienten sehr niederschwellig sein soll, ist es dennoch nicht leicht, jeden Monat die volle Platzzahl von 20 Plätzen in einem Flächenlandkreis wie Ebersberg zu erfüllen. Für ältere psychisch kranke Menschen gibt es mit dem Aktiv-Café ein spezielles Angebot in Zusammenarbeit mit unserer gerontopsychiatrischen Fachkraft des Beratungsdienstes. Spielerische Gedächtnisübungen und ein anschließender gemütlicher Kaffeeklatsch erleichtern einigen alten Besucherinnen und Besuchern den Zugang zur Tagesstätte.

Die Finanzierung Psychiatrischer Tagesstätten im Bezirk Oberbayern kann man etwa als „auf den Einzelfall bezogene Teilpauschalierung mit einem minimalisierten Sozialhilfeantrag“ auf der Basis von täglichen Unterschriftenlisten beschreiben. Von den Entgelten werden zwei pädagogische Vollzeitstellen, eine Halbtags-Verwaltungskraft, ein Zivildienstleistender, eine hauswirtschaftliche Kraft auf der Basis geringfügiger Beschäftigung und weitere Ho-

norarkräfte wie beispielsweise Kunsttherapeuten bezahlt.

Die notwendigen und in den Förderrichtlinien des Bezirkes Oberbayern vorgesehenen ergotherapeutischen Angebote können bei der jetzigen Finanzierungsstruktur nur sehr ungenügend oder gar nicht verwirklicht werden. So muss im Gartenhof die sehr komplexe Arbeit tagesstrukturierender Angebote für chronisch psychisch kranke Menschen schon rein rechnerisch, bezogen auf eine Größe von 20 Plätzen, mit einem Drittel weniger personeller Kapazität bewältigt werden. Das Fehlen der Ergotherapie hat hier als Fehlen der dritten Fachkraft erhebliche Konsequenzen.

Ergotherapie ist notwendiger Bestandteil Psychiatrischer Tagesstätten, um durch die Förderung manueller, kreativer und kognitiver Fähigkeiten Arbeitsverhalten neu zu lernen, Fertigkeiten auszubauen und unter Belastung zu erproben. Ergotherapie kann darüber hinaus die Selbst- und Fremdwahrnehmung psychisch kranker Menschen, persönliches Wachstum und Sinnorientierung in der Welt fördern. Ich halte die Pauschalfinanzierung ergotherapeutischer Leistungen in Tagesstätten durch die Krankenkassen für eine fachlich gute Lösung und die effektivste Art der Mitteleinsetzung. Einen Versuch, Ergotherapie im Gartenhof in Zusammenarbeit mit einer niedergelassenen ergotherapeutischen Praxis sicherzustellen, mussten wir vor rund fünf Jahren nach kurzer Zeit einstellen.

Knapp bemessene Budgets

Eine Leistungspflicht der Krankenversicherung setzt eine vertragsärztliche Verordnung voraus. Die Verordnung von Heilmitteln richtet sich nach den „Heil- und Hilfsmittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung“. Leistungen werden dadurch über jeden Versicherten, über den Leistungspflicht zuerkannt wird, ausgelöst und über Einzelziffern abgerechnet. Bekanntlich haben niedergelassene Ärzte und Fach-



Georg Knufmann, Diplom-Sozialpädagoge, Leitung Sozialpsychiatrische Dienste Ebersberg

Mit viel persönlichem Einsatz und Erfahrungsreichtum haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das Fehlen der Ergotherapie zu ergänzen oder zu überbrücken

Unter den jetzigen Gegebenheiten sind die meisten Tagesstätten nicht in der Lage, auf Rezept kontinuierlich ergotherapeutisch zu arbeiten

ärzte ein sehr begrenztes Budget der möglichen Heilmittelverordnungen. Budget beziehungsweise Richtwerte sind so knapp bemessen, dass ein großer Teil der niedergelassenen Ärzte kaum Möglichkeiten sah, Ergotherapie für Tagesstätten-Klientel zu verordnen. Die ergotherapeutische Arbeit mit schwerkranken Besucherinnen und Besucher ist deshalb gefährdet.

Situation abseits der städtischen Zentren noch verschärft

Diese Situation verschärft sich zudem noch in der Tagesstätten-Arbeit auf dem Lande, abseits städtischer Zentren. Für die Tagesstätten war es bislang kaum oder überhaupt nicht möglich, von den behandelnden Ärzten ihrer Besucher Verordnungen für Ergotherapie zu bekommen, da Ärztinnen und Ärzte nicht ohne weiteres die Möglichkeit haben, bei anderen Patienten entsprechende Heilmittel einzusparen. Besucherinnen und Besucher der Tagesstätten haben meist schwere Krankheitsbilder, die eine längerfristige ergotherapeutische Behandlung erfordert. Selbst wenn behandelnde Ärzte sich bereit erklären, für einen Patienten ein oder zwei Rezepte mit je zehn Behandlungen auszustellen, kann der erforderliche Versorgungsauftrag dadurch so nicht erfüllt werden.

Unter den jetzigen Gegebenheiten sind die meisten Tagesstätten nicht in der Lage, auf Rezept kontinuierlich ergotherapeutisch zu arbeiten. Es ist chronisch psychisch kranken Menschen, die auf Verlässlichkeit angewiesen sind, nicht zuzumuten, sich solchen unsicheren Laufzeiten ergotherapeutischer Verordnungen auszusetzen. Es ist auch kaum möglich, ergotherapeutisches Personal zu finden, das sich auf so unsichere Arbeitsbedingungen einlässt.

Persönlicher Einsatz hilft, fehlende Fachkraft zu kompensieren

Obwohl die Ergotherapie-Fachkraft im Gartenhof fehlt, konnten wir dennoch nicht Öffnungszeiten oder die Leistungen einer Tagesstätte zurückfahren. Mit viel

persönlichem Einsatz und Erfahrungsreichtum haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das Fehlen der Ergotherapie zu ergänzen oder zu überbrücken. Dies erhöht die Gefahr, dass engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die vielfältigen und hohen Anforderungen der Tagesstätten-Arbeit „ausbrennen“ oder sich nach ein bis zwei Jahren Tätigkeit einen neuen Arbeitsplatz suchen.

So ist die Beständigkeit der in Tagesstätten an allererster Stelle stehenden Beziehungsarbeit für bis zu 70 Besucherinnen und Besucher und Besucher im Monat gefährdet. Wir wollen mit unserer sozialpsychiatrischen Ausrichtung auf Basisversorgung für den Landkreis sehr niederschwellig offen sein und nicht beispielsweise wie in Tageskliniken mit quasi „festen Aufnahmeverträgen“ für 20 Besucherinnen und Besucher den Weg für die anderen versperren. Nach meiner Überzeugung muss eine Psychiatrische Tagesstätte sowohl offen sein für diejenigen, die sich noch voller Misstrauen langsam annähern, wie auch für diejenigen, die „fit“ genug sind und genug Vertrauen haben, um an jedem Öffnungstag mit persönlichen Förderplänen ein intensives Arbeitstraining zu machen. Ergotherapie kann dabei das fachliche Angebot entscheidend bereichern und vor allem auch zu einer stabilen Teambildung beitragen.

Arbeit der Tagesstätte hat sich bewährt

Die Psychiatrische Tagesstätte hat sich bewährt. Sie versucht mit individueller Beziehungsarbeit auf niederschwellige Art und Weise die Ideen der Selbsthilfe, der Gemeinschaft, der Selbstverpflichtung Einzelner, wie auch eine angemessene Annäherung an die Erfordernisse normalen Erwerbslebens mit Arbeit, Gestaltung, kollektiver Kontakte und auch die Förderung persönlichen Wachstums zusammenzuführen. Nach den ersten fünf Jahren Erfahrungen mit der Tagesstätten-Arbeit zeigt sich, dass die Hauptaufgabe des Gartenhofes die Treffpunkt-Funktion mit mindestens 33 Stunden Öffnungszeit in der Woche ist. Für

viele Besucherinnen und Besucher ist der Gartenhof ein vertrauter Ort geworden, der hilft, aus der Einsamkeit herauszukommen.

Manche Krise wird im Vorfeld verhindert

Damit ist die Tagesstätte auch im Bereich der Krisenvorbeugung und -bewältigung wirksam. Im Jahr 2001 war es in Zusammenarbeit mit den Sozialpsychiatrischen Diensten Ebersberg möglich, die erste Integrations- und Zuverdienstfirma der Inneren Mission und des Evangelisch-Lutherischen Dekanats München im Landkreis Ebersberg, die „diakonia“, eine gemeinnützige GmbH, aus der Taufe zu heben. Gerade im Zuverdienstbereich auf der Basis geringfügiger Beschäftigung können Tagesstätten-Besucherinnen und Besucher kleine tariflich entlohnte Anschlussarbeitsplätze finden. Die Ausstattung des Gartenhofes mit einer zusätzlichen ergotherapeutischen Fachkraft kann hier sehr wirkungsvoll ein gezieltes Arbeitstraining ermöglichen. Gezielte ergotherapeutische Förderung erleichtert damit den Zugang zu bezahlter Arbeit und Beschäftigung.

Anzeige
transfer

Bitte aus
Ausgabe
4/02 über-
nehmen!!

Gelungener Versuch einer Systematisierung

Das Qualitätskonzept „Pro Psychiatrie Qualität (PPQ)“ – eine Kurzbewertung

Von Fritz Baur

Der vorliegende Beitrag ist ein Statement, das der Autor anlässlich der Fachtagung „Ein System zur leitzielorientierten Qualitätsentwicklung in der Sozialpsychiatrie – Abschlusspräsentation des verbandsübergreifenden Projekts von BEB und PIC am 19./20.06.2002 in Berlin hielt.

Zu Beginn der Kurzbewertung seien zunächst einige Anmerkungen zu den verschiedenen mit dem Begriff der Qualität in Verbindung stehenden weiteren Begrifflichkeiten gemacht: Als Qualität wird gemeinhin die Beschaffenheit einer Sach- oder Dienstleistung bezeichnet. Überall da, wo derartige Leistungen erbracht werden, hat der Begriff der Qualität derzeit Hochkonjunktur. So ist Ende 2001 das Pflegequalitätssicherungsgesetz erlassen worden; das Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – hat wesentliche Regelungen zur Qualität geschaffen, auch die §§ 93 ff. Bundessozialhilfegesetz befassen sich mit der Qualität der sozialhilferechtlichen Leistungen. Die erwähnten Gesetze und Regelungsbereiche sind freilich kaum aufeinander abgestimmt. Im übrigen sagen sie allesamt nichts zum Qualitätsbegriff, sondern setzen diesen inhaltlich voraus.

Gesetze und Regelungsbereiche wenig aufeinander abgestimmt

Aus dieser Gemengelage ist ein Wildwuchs entstanden, der wie folgt gekennzeichnet werden kann:

- Es ergeben sich erhebliche Überschneidungen der verschiedenen Regelungsbereiche (Pflege, Rehabilitation, Eingliederungshilfe)

- Es gibt unterschiedliche Verbindlichkeitsgrade; sie reichen von Regelungen mit bloßem Empfehlungscharakter über vertragliche Vereinbarungen bis hin zu verbindlichen Gesetzesanordnungen.

- Die verschiedenen Regelungen sehen unterschiedliche und wechselnde, sich zum Teil überschneidende Vertrags- und Vereinbarungspartner vor.

Darüber hinaus ist festzustellen, dass die vorhandenen Qualitätssicherungs- und Qualitätsentwicklungskonzepte meist stark formalisiert sind, es handelt sich um Systeme deskriptiver Natur mit einem hohen Abstraktionsniveau. Solche Konzepte haben zwar den Vorteil eines sehr breiten Konsenspotentials, verbunden allerdings mit dem entscheidenden Nachteil mangelnder Konkretisierung und daraus folgender weitgehender Praxisuntauglichkeit.

PPQ definiert Qualität konkret

Das hier in Rede stehende Qualitätskonzept „Pro Psychiatrie Qualität (PPQ)“ stellt demgegenüber den gelungenen Versuch einer Systematisierung der verschiedenen Qualitätsebenen unter Vermeidung (oder besser: Überwindung) des soeben festgestellten Wildwuchses dar und definiert konkret, was unter Qualität im Einzelnen und der Qualitätssicherung im Besonderen zu verstehen ist.

Im Zusammenhang mit dem Begriff der Qualität fällt über kurz oder lang auch immer der Begriff des Standards. Dazu Folgendes: Als Qualität ist die Beschaffenheit, als Standard das Niveau der Beschaffenheit anzusehen. Darü-

ber besteht weitgehend Einigkeit. Über den konkreten Inhalt des Standards, also des Niveaus der Beschaffenheit, gibt es allerdings eine Reihe von Missverständnissen.

Diese resultieren zumeist daraus, dass mit dem Begriff des Standards zwei grundlegend unterschiedliche Zielrichtungen verfolgt werden können:

- Zum einen kann als Standard eine normative Vorgabe, eine konkrete Zielvorstellung, eine anzustrebende Mindestqualität angesehen werden: Standard also als Norm (Wertung).

- Zum anderen kann Standard auch die Abbildung eines konkreten Ist-Zustandes sein, die Beschreibung einer tatsächlichen gegenwärtigen Situation: Standard also als Widerspiegelung eines empirisch erhobenen Zustandes (Befund).

Im Folgenden geht es ausschließlich um den normativen Standardbegriff, da PPQ zwar auch Ist-Zustände beschreibt, aber ausgerichtet ist auf die Erreichung eines normativ gesetzten Soll-Zustandes.

Unterschiedliche Standarddimensionen

In diesem Rahmen kann man drei unterschiedliche Standarddimensionen unterscheiden:

- die fachkonzeptionelle Dimension
- die versorgungsstrukturelle Dimension
- die einrichtungsbezogene Dimension

Diesen unterschiedlichen Standarddimensionen sind auch unterschiedliche Verantwortungsbereiche zugeordnet. Fachkonzeptionelle und einrichtungsbezogene Standards liegen primär in der Verantwortung der Einrichtungen und Dienste. Der versorgungsstrukturelle Standard ist primär eine Angelegenheit der Leistungsträger und der öffentlichen Körperschaften. Folgerichtig befasst sich PPQ mit den fachkonzeptionellen und einrichtungsbezogenen

„PPQ“ ist ein überzeugendes Konzept. Es ist in sich schlüssig und lückenlos, es ist logisch abgeleitet und dabei nicht rein technisch-äußerlicher, sondern primär inhaltlicher Natur

Das Grundproblem jeder Standardbildung liegt darin, dass, egal wie der Standard gebildet oder gesetzt wird, es immer Widerstand aus zwei unterschiedlichen Interessenlagen gibt

Standards. Die versorgungsstrukturellen Standards sind nicht Gegenstand dieses Konzepts, können es auch nicht sein.

Einschätzung des PPQ-Konzepts

Vor diesem Hintergrund lässt sich folgende Einschätzung des „PPQ“ abgeben.

■ „PPQ“ ist ein überzeugendes Konzept. Es ist in sich schlüssig und lückenlos, es ist logisch abgeleitet und dabei nicht rein technisch-äußerlicher, sondern primär inhaltlicher Natur. Ein besonderer Vorzug besteht in der zentralen Einbeziehung der Betroffenen und deren Angehöriger. Auch die Einbeziehung subjektiv-wertender Elemente scheint ein wesentlicher positiver Kern von PPQ zu sein. Durch die Einbeziehung dieser subjektiv-wertenden Sichtweisen wird im Übrigen folgendes Grunddilemma entschärft:

■ Das Grundproblem jeder Standardbildung liegt darin, dass, egal wie der Standard gebildet oder gesetzt wird, es immer Widerstand aus zwei unterschiedlichen Interessenlagen gibt. Hochstandardrichtungen wehren sich gegen die normative Setzung von Standards, die den ihren unterschreiten. Sie befürchten daraus resultierende Leistungsverlechterungen und damit verbunden Vergütungsabsenkungen. Leistungs- und Kostenträger stehen demgegenüber höheren Normstandards kritisch gegenüber. Sie befürchten höhere Kostenbelastungen infolge von Leistungsverbesserungen in Verbindung mit Vergütungserhöhungen. Aus diesem Spannungsfeld resultiert eine Tendenz zur Beibehaltung des jeweiligen Status quo, diese Beharrungstendenz führt dann insgesamt nicht zu inhaltlichen Leistungs- und Vergütungsentscheidungen, sondern zu pauschalen Fortschreibungen auf der Grundlage des Bisherigen. Letzteres ist dann auch seit Jahren bundesweit zu beobachten.

■ Dieses Dilemma kann weitgehend vermieden werden durch die zentrale Einbeziehung „weicher Indikatoren“ und daraus zu bildender Qualitätsstandards. Das sind die subjektiven Bewertungen

von Klienten und Angehörigen. Es handelt sich deshalb hier um einen zielführenden Ansatz, der in vielen anderen Qualitätskonzepten entweder gar nicht berücksichtigt wird oder aber jedenfalls zu kurz kommt. In diesem Zusammenhang ist auch zu würdigen, dass dem Beschwerdewesen im PPQ ein besonderer Stellenwert – wenn auch noch unterentwickelt – beigemessen wird. Die Beseitigung subjektiv empfundener Beschwerden von Angehörigen und Klienten gehen in der größeren Zahl der Fälle nicht – wie oft befürchtet – mit vergütungserhöhenden Maßnahmen einher. Sehr häufig sind es die Organisationsabläufe und Führungsstrukturen, die die Beschwerden hervorrufen. Dies jeden falls belegen Dienste und Einrichtungsträger, die über ein eingeführtes und systematisiertes Beschwerdeverfahren verfügen.

SGB IX hat gewisse Klarheit geschaffen

Aus der spezifischen Kostenträgersicht zur Abgrenzung der sozialversicherungsrechtlichen Systeme (Krankenkasse und Rentenversicherung) von der Sozialhilfe ist festzustellen, dass es hier in der Vergangenheit und auch heute noch eine Reihe von Streitstatbeständen gab. Hier hat das SGB IX in gewisser Hinsicht Klarheit geschaffen, indem es den sich immer weiter entwickelten Begriff der „Leistung aus einer Hand“ (Komplexleistung) noch weiter konkretisiert hat.

Daraus folgt für die Kostenträgerzuordnung in diesem Rahmen Folgendes:

■ ambulante und stationäre Krankenbehandlung und Rehabilitation ist Sache der Krankenversicherung und Rentenversicherung

■ das ambulante und stationäre Betreute Wohnen sowie die Hilfen in Werkstätten für behinderte Menschen und sonstige Tagesstätten ist Angelegenheit der Sozialhilfe (Eingliederungshilfe)

■ die Förderung von Integrationsfirmen ist primär Angelegenheit der Integrationsämter (Hauptfürsorgestellen)

Gerade die letzteren Hilfen sind für den bei PPQ im Mittelpunkt stehenden Personenkreis der psychisch kranken behinderten Menschen von richtungsweisender Bedeutung.

Eine skeptische Bemerkung zum Schluss

Abschließend noch eine grundlegende, eher skeptische Bemerkung. Seit Mitte der 80-er Jahre ist ein immer kräftiger werdender genereller Entsolidarisierungsprozess als – notwendiger? – Preis für die zunehmende von vielen gewollte und herbeigesehnte Individualisierung zu erkennen. Viele gesellschaftliche Prozesse laufen heute nach dem schlichten Motto ab: Jeder für sich – keiner für alle! Gleichzeitig wird aber allenthalben verbal und oft nur rein äußerlich eine Solidarisierung und solidarisierende Haltung den Armen, den Schwachen und Kranken gegenüber gefordert. PPQ stellt auch eine Forderung nach Solidarität mit den psychisch Kranken dar.

Sie verhält sich geradezu gegenläufig zum Zeitgeist der Entsolidarisierung. Daher ist die ja auch kostenverursachende Einführung von PPQ keine Frage, die sozusagen technisch zwischen Kostenträgern und Einrichtungsträgern geklärt werden könnte. Es handelt sich hier – wenn auch aufs Ganze gesehen in relativ bescheidenem Umfang – um eine gesamtgesellschaftlich zu lösende Aufgabe. Wenn die Herstellung und Sicherung einer angemessenen Qualität Zusatzkosten verursacht, dann muss die Bereitschaft geweckt und aufrecht erhalten werden, die dafür erforderlichen Mittel zur Verfügung zu stellen. Am Mangel dieser Bereitschaft scheitern bis heute nahezu alle erfolgversprechend begonnenen Qualitätsprozesse. Möge PPQ dieses Schicksal nicht beschieden sein!

Ein eigenständiges Krankheitsbild?

Spuren zur Unterscheidung von Messis, Verwahrlosung und Vermüllung

Von Klaus Obert

Messi, Verwahrlosung, Vermüllung sind Begriffe, die seit einigen Jahren öffentlich verhandelt werden. Handelt es sich dabei um ein Modethema, das sich medienwirksam vermarkten lässt? Oder verbergen sich dahinter Menschen mit einem intensiven Leidensdruck, denen es gelingt, an die Öffentlichkeit zu gehen, „sich zu outen“, Selbsthilfegruppen zu organisieren, um dort Zuflucht, Ansprache, Verständnis und Hilfe zu finden? Handelt es sich um eine von der Fachwelt bisher weitgehend vergessene und verdrängte Thematik? Dazu können unterschiedliche Hypothesen gebildet werden. Einige wurde vor allem von Dettmering (2000) entwickelt. Vielleicht ist die Antwort auf die Fragen eine Kombination aus diesen verschiedenen Faktoren. Eines scheint jedoch gewiss: Es bestehen wenig gesicherte und intersubjektiv nachvollziehbare Antworten und Erkenntnisse. Das bisherige Wissen müsste tiefer und breiter entwickelt und generiert werden, um genauere Aussagen treffen zu können.

Ich beziehe mich auf Aussagen von Selbsthilfegruppen, auf Dettmering und Pastenaci (2000) sowie auf Erfahrungen aus der eigenen sozialpsychiatrischen Arbeit. Zum einen verdeutlichen sich dadurch unterschiedliche Standpunkte. Zum anderen liegen mir bislang keine weitergehenden Untersuchungen vor. Die wesentlichen Aussagen von Selbsthilfegruppen lassen sich nicht einfach zusammenfassen, da es unterschiedliche Strömungen gibt und kaum einheitliche Aussagen vorliegen. Bei der Durchsicht einiger Beiträge fällt zum einen auf, dass der Fachwelt vorgeworfen wird, sich bisher zu wenig und zu unspezifisch mit der Situation von Messis sowie von Menschen mit Verwahrlosungs- und Vermüllungsproblemen befasst zu haben. Andererseits scheint das Verstehen und Erklärungen des Verhaltens oft von den subjektiven Sichtweisen der jeweiligen Leitern und Protagonisten der Selbsthilfegruppen abhängig zu sein.

Eigenständiges Krankheitsbild?

Für Dettmering und Pastenaci handelt es sich beim Vermüllungssyndrom um ein eigenständiges

Krankheitsbild, wenn folgende Faktoren vorliegen:

- Es wird auf ein auf ein Trauma reagiert, das mit einem Verlust einhergeht.
- Der Müll stellt eine veräußerte Manifestation eines inneren Erlebnisses dar.
- Die inneren und äußeren Zugänge zu den Anfängen der Vermüllung können nicht mehr hergestellt werden, wobei der innere Konflikt als solcher nicht erlebt wird.
- Es geht die Fähigkeit verloren, Brauchbares von Unbrauchbarem zu unterscheiden
- Die Hilfe wird abgelehnt oder nur unter äußersten Bemühungen schrittweise angenommen. Es entstehen häufig panikartige Reaktionen bei schneller Räumung und Entsorgung des „Mülls“ in der Wohnung.
- Zunehmender Rückzug aus der Umwelt und Isolierung breiten sich aus.
- Während die Aussagen in den Schriften von Dettmering und

Pastinaci einen eher festgelegten, statischen, nicht so leicht veränderbaren Eindruck hinterlassen, relativierte Dettmering in einer Tagung in Stuttgart seine Aussagen in folgender Richtung: Er sieht in seiner eher tiefenpsychologisch orientierten Begründung des Vermüllungssyndroms ein Arbeitskonstrukt. Ihm gehe es darum, Formen des Verstehens zu entwickeln als Hilfestellung für die sozialpsychiatrische ambulante Arbeit.

Eine theoretische Ausleuchtung steht also erst am Anfang. Allerdings scheint mir noch nicht eindeutig geklärt zu sein, wie die theoretische Diskussion geführt werden sollte. Meines Erachtens müsste als erstes in der Fachöffentlichkeit das Interesse und die Bereitschaft geweckt werden – auf der Basis praktischer Erfahrungen und Beobachtungen in der täglichen Arbeit. Daraus kann sukzessive das Problemfeld und die damit verbundenen Fragestellungen genauer umrissen, gesichtet, geordnet und weiterentwickelt werden im Sinne einer „grounded Theory“, (Glaser und Strauss 1967). Jedoch sollte vor vorschnellen Festlegungen, Einordnungen und Zuschreibungen gewarnt werden, besonders dann, wenn geprüft werden soll, ob es sich beim Vermüllungssyndrom um ein eigenständiges Krankheitsbild handelt.

Erfahrungen aus der sozialpsychiatrischen Arbeit

Der Blick zurück auf 20 Jahre ambulante sozialpsychiatrische Arbeit zeigt, dass verwahrloste und vermüllte Wohnungen schon immer fester Bestandteil im täglichen Handeln der Mitarbeiter sind. Eine Stichprobe im Sozialpsychiatrischen Dienst Bad Cannstatt ergab, dass von den 220 kontinuierlich betreuten Klienten 30 bis 35 Probleme mit Verwahrlosung und Vermüllung in ihrer Wohnung aufweisen. In der Arbeit eines Sozialpsychiatrischen Dienstes mit Versorgungsverpflichtung ist die gesamte Bandbreite der Erscheinungsformen repräsentiert, wie sie Dettmering und Pastenaci beschreiben. Diese reichen von massiven Problemen, die Ordnung

Messi, Verwahrlosung, Vermüllung sind Begriffe, die seit einigen Jahren öffentlich verhandelt werden. Handelt es sich dabei um ein Modethema, das sich medienwirksam vermarkten lässt?



Dr. Klaus Obert, Kneippweg 8, 70374 Stuttgart, Telefon 0711/520460-60 e-mail: obert@caritas-stuttgart.de

Es geht in der täglichen sozialpsychiatrischen Arbeit nicht um die Erklärung. Vielmehr wird versucht, das Verhalten zu verstehen

Während unter verwahrlosten Wohnungen eher eine leere in verschmutztem Zustand verstanden wird, wird hingegen in einer vermüllten Wohnung kontinuierlich Müll angesammelt. Allerdings sind die Zustände von Verwahrlosung und Vermüllung nicht immer scharf voneinander zu trennen (Pastenaci 2000, S. 29 – 113)

in der Wohnung aufrecht zu erhalten, über Verwahrlosung bis hin zur Vermüllung: Den Mitarbeitern begegnet

■ ebenso jene Frau, die mit ihrem Chaos in der Wohnung nicht fertig wird, außerhalb ihrer Wohnung jedoch durchaus in der Lage ist, in anderen Wohnungen Putzaufträge anzunehmen,

■ genauso wie jene chronisch psychisch kranke Frau, deren Wohnung im Verlauf jeder akuten psychotischen Krise vollständig vermüllt und der Aufenthalt darin durch den beißenden Geruch aus Urin, verschimmelten Lebensmitteln und verschmutzter Kleidungsstücke kaum noch zu ertragen ist,

■ wie auch jener psychisch kranke Mann, der zwischen meterhohen, akribisch gesammelten Zeitungs- und Zeitschriftenstapeln mühsam Gänge durch die Wohnung gebahnt hat, um darin noch hausen zu können. Er wird bei dem Gedanken, dass die Wohnung aus Gründen feuerpolizeilicher Schutzmaßnahmen entsorgt werden muss, von Panikattacken erfasst.

Vermüllung eher ein Randthema

Weshalb wurde diese Thematik nicht wie andere sozialpsychiatrische Fragestellungen mehr in den Mittelpunkt der Arbeit gerückt? Meiner Einschätzung nach waren dafür verschiedene Gründe ausschlaggebend. Irgendwie gehörten und gehören derartige „extreme“ Situationen zur sozialpsychiatrischen Arbeit hinzu und verleihen ihr „etwas Besonderes“. Die Arbeit mit den Betroffenen trägt zur Umsetzung einer Methodik bei, die sich am Prinzip der Ganzheitlichkeit, der Bestimmung durch die Situation, des „sich-für-nichts-zu-schade-zu-sein“ (THIERSCH 1986) orientiert, worin alltagspraktische Hilfen eine große Bedeutung erlangen.

Trotz aller Skepsis gegenüber der psychiatrischen Diagnoseschemata besteht implizit eine Haltung, dass beispielsweise in Verbindung mit Antriebsminderungen oder durch die Fixierung und das Verwohensein in belästigende Stimmen

oder Verfolgungsideen der Blick für das Alltägliche verloren zu gehen droht.

Es geht in der täglichen sozialpsychiatrischen Arbeit nicht um die Erklärung. Vielmehr wird versucht, das Verhalten zu verstehen und dieses aus der Biografie und der aktuellen Lebenslage gemeinsam mit den Betroffenen nachvollziehbar zu gestalten. Eingebettet und geprägt war die Auseinandersetzung von der einzelfallbezogenen Klärung, wo das Recht auf Selbstbestimmung und Eigensinn und damit auch auf die Verwahrlosung der Wohnung endet und das Recht auf und die Pflicht zum fürsorglichen Handeln durch Professionelle beginnt. Dieser ethisch begründete Diskurs steht als zentrales normatives Prinzip im Zentrum sozialpsychiatrischen Tuns – gerade, wenn es in der Privatsphäre der Betroffenen stattfindet. Dies ließ die Diskussion um die Frage in den Hintergrund treten, ob es sich bei Verwahrlosung und Vermüllung um ein eigenständiges Krankheitsbild handelt oder nicht.

Diskussion – oder: was ist zu tun?

Angesichts der aktuellen Entwicklung stellt sich für die Praxis die Bewältigung folgende Aufgabe: Wenn für die Hilfe und Unterstützung von Menschen, die in vermüllten und verwahrlosten Wohnungen leben, ein Spezialdienst erforderlich ist, wie dies in Stuttgart mit HERA („Helfen und Räumen“) versucht wird, muss dieser Dienst fallbezogen und konzeptionell sehr eng und vernetzt mit anderen Diensten zusammen arbeiten. Gleichzeitig muss geklärt werden, in welchem Bereich der Dienst am sinnvollsten und effektivsten zu integrieren ist (Wohnungsnotfallhilfe – wie in Stuttgart –, Sozialpsychiatrie oder Hilfen für suchtkranke Menschen).

Die beabsichtigte wissenschaftliche Begleitung des Dienstes in Stuttgart, welche die zentralen Fragestellungen untersuchen soll, könnte hier zu einer Klärung beitragen. In gleichem Maße könnte eine vorrangig qualitativ orientierte wissenschaftliche Begleitung

einen Beitrag zur theoretischen Diskussion leisten.

Folgende Fragen müssten untersucht werden:

■ Handelt es sich beim Vermüllungssyndrom um ein eigenständiges Krankheitsbild, oder ist es als Bestandteil einer umfassenden psychosozialen und medizinischen Diagnostik eingebunden in eine ganzheitliche Sichtweise?

■ Im Hinblick auf methodische Handlungsregeln ist zu fragen, ob die Arbeit mit „vermüllten“ Menschen spezifische Leistungsmerkmale und Vorgehensweisen erfordert – oder ob die Herangehensweise in ein umfassendes, alltags- und lebensweltorientiertes Handlungsspektrum mit spezifischen Ausprägungen integriert werden kann (Obert 2001)?

■ Und schließlich ergäbe sich aus der Klärung inhaltlich-praktischer und theoretischer Fragestellungen die Beantwortung der Frage, ob ein professioneller Spezialdienst gebraucht wird, oder ob die Arbeit von den Regeldiensten unter der Voraussetzung der Ausweitung ihrer personellen Ressourcen zu übernehmen ist.

Literatur

DETTMERING P./PASTENACI R.: Das Vermüllungssyndrom – Theorie und Praxis. Eschborn bei Frankfurt/Main 2000

GLASER B.G./STRAUSS A.L. in: LAMNEK S.: Qualitative Sozialforschung Band 1 Methodologie. – 3. korrigierte Auflage. Weinheim 1995

OBERT K.: Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze sozialpsychiatrischen Handelns. Bonn 2001

TAGUNGSDOKUMENTATION: 1. Messie – Fachtagung in Berlin am 27.05.2000 in Berlin. Hrsg.: Förderverein zur Erforschung des Messie – Syndroms, Tegerstr. 15 32825 Blomberg

THIERSCH H.: Die Erfahrung der Wirklichkeit: Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik. Weinheim und München 1986

Mitwirkung am kulturellen Prozess

„Kunst im Regenbogen“ mit Psychiatrieerfahrenen

Von Heike Schulz

„Kunst im Regenbogen“ ist ein Projekt des Sozialpsychiatrischen Dienstes Bayreuth. Es bietet psychiatrieerfahrenen Künstlern und Künstlerinnen die Möglichkeit, ihre Arbeiten in den Räumen des Dienstes öffentlich auszustellen. Daneben unterstützen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Künstler bei der Präsentation.

Das Angebot wendet sich an die Besucher der Begegnungsstätte im Sozialpsychiatrischen Dienst, genannt „Treffpunkt Regenbogen“. Die Idee dazu entwickelte sich in der Auseinandersetzung mit einem rund 100 qm großen Raum, der dem Dienst seit 1991 zur Verfügung steht. Mit seinen großflächigen, hohen Wänden und dem hellen Licht aus Oberlichtern war er von Anfang an eine gestalterische Herausforderung; er verlangte danach, belebt und ausgefüllt zu werden. Nach längerer Zeit des Ausprobierens merkten wir, dass wir das mit dem bloßen Aufhängen von Bildern nicht leisten konnten und fingen an, jeweils für einen Zeitraum von ein paar Monaten den Raum mit einer Einzelausstellung von Werken eines Künstlers oder einer Künstlerin aus der regionalen Psychiatrieszene auszufüllen. Die Wirkung überzeugte, und die positive Resonanz bei allen Beteiligten motivierte uns, auf diesem Weg weiterzugehen.

Noch ungelöst blieb dabei lange Zeit die Frage, wie wir neben den Werken auch die Person des Künstlers in die Veranstaltung einbeziehen können. Dürfen wir seinen Namen auf Plakaten unseres Dienstes öffentlich nennen, auch wenn sie selbst damit einverstanden ist? Wie sollen wir die Künstler dem Publikum vorstellen, ohne ihren Bezug zur Psychiatrie preiszugeben? Bei der Suche nach Antworten

auf solche Fragen kamen uns die Impulse der Betroffenenbewegung entgegen. Sie führten dazu, dass wir 1994 auch in Bayreuth ein Psychoseseminar gründeten und dabei bald lernten, uns auf neue Formen des Umgangs zwischen Menschen mit und ohne Psychiatrieerfahrung einzulassen.

Die Verbindung zwischen Ausstellungen und Psychoseseminar entwickelte sich wechselseitig. Da beides im gleichen Raum stattfindet, ergibt es sich immer wieder von selbst, dass die Bilder oder Installationen in den verbalen Erfahrungsaustausch einbezogen werden und so zu einer Vertiefung und Erweiterung des Dialogs beitragen. Umgekehrt erleichtert die oft sehr lebendige Auseinandersetzung im Seminar, Zugang zu diesen Werken zu finden – besonders dann, wenn der Künstler oder die Künstlerin selbst daran teilnimmt. Dieser Prozess der kommunikativen Vermittlung zwischen Kunst, Künstler und Teilnehmern von Seminar oder Vernissage ist mit zunehmender Erfahrung in beiden Bereichen wichtiger und spannender geworden. Im Regenbogen überwiegt das Interesse an der Etablierung eines Kunstbetriebs.

Dennoch steht unser Projekt nicht außerhalb der Kunstwelt, die im nahen und fernen Umfeld und in kunstgeschichtlichen Traditionen existiert. Ein großer Teil dessen, was wir im Regenbogen zeigen, lässt sich der „Art Brut“ oder „Outsider Art“ zuordnen. Diese Kunstrichtung hat in jüngerer Zeit unter Kunstkennern und -sammlern zunehmend an Interesse und auf dem Markt dementsprechend an Wert gewonnen. Obwohl wir selbst keine Ambitionen haben, uns an diesem Markt zu beteiligen, so ist dennoch der damit verbundene Gewinn an

Beachtung und Ernstgenommenwerden auch für „unsere“ Künstler groß. Einblicke und Beziehungen zu diesem Kontext verdanken wir vor allem dem Glücksfall, dass wir 1996 vor Ort mit Ulli Beier einen erfahrenen Experten für Outsider Art kennen lernen konnten. Er zeigte nicht nur ein unerwartet lebhaftes Interesse an unserer Arbeit, sondern ließ uns in gemeinsamen Projekten auch an seiner Erfahrung, seinem Wissen und an dem reichhaltigen Material seiner Sammlung teilhaben. Die Zusammenarbeit mit ihm, die bis heute besteht, hat unsere Kunst im Regenbogen in einen Zusammenhang gerückt, der weit über die Grenzen unserer Region hinausgeht und den Kreis der interessierten Besucher, Nutzer und Unterstützer erweitert hat.

Auf dem Hintergrund der Erfahrung von inzwischen mehr als 20 Ausstellungen sind die anfänglichen Unsicherheiten im Umgang zwischen den psychiatrieerfahrenen Künstlern und den Veranstaltern weitgehend überwunden. Auf Seiten der Psychiatrieerfahrenen hat sich ein stabiles Vertrauen in eine zuverlässige und wertschätzende Unterstützung entwickelt. Dazu hat nicht zuletzt auch eine bisher stets wohlwollende Berichterstattung beigetragen.

Wer seine Kunst im Regenbogen zeigen will, erhält neben der persönlichen Beratung und Begleitung während des gesamten Prozesses vor allem technische, organisatorische und wenn nötig in begrenztem Umfang auch finanzielle Unterstützung. Einnahmen aus dem Verkauf von Bildern werden ohne Abzug an den Künstler oder die Künstlerin weitergegeben. Die Ziele, die wir mit dieser Arbeit verfolgen, sind vielschichtig. Zunächst einmal gehen wir davon aus, dass die kreative Arbeit von und mit psychiatrieerfahrenen Künstlern – wie bei vielen anderen Menschen auch – einer inneren Notwendigkeit entspricht und daher ihren Sinn und Zweck in sich selbst trägt. Darüber hinaus geht es aber nicht nur um die Bedürfnisse des Einzelnen, sondern auch um die Mitwirkung an einem gesellschaftlichen und kulturellen Prozess.



Dr. Heike Schulz, Psychologische Psychotherapeutin, Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes Bayreuth, Brunnenstrasse 4, 95444 Bayreuth, E-Mail: heike.a.schulz@web.de

Die Personen stehen im Mittelpunkt

Regionale Netzwerke in der Hilfe für behinderte Menschen

Ein Thesenpapier

Vorbemerkung: Der Hauptausschuss „Entwicklung der Einrichtungen und Dienste“ knüpft mit diesem Thesenpapier an die vorangegangenen Veröffentlichungen „Arbeitshilfe für Leitungsgruppen von Komplexeinrichtungen zur Standort- und Zielbestimmung“ (VEEMB Mai/1995) und „Herausforderungen vor denen wir stehen – Impulse zur verbandsinternen Diskussion“ (BEB April/2001) an. Zugleich nimmt er Bezug auf die Entwicklungen in der fachlichen Diskussion (zum Beispiel Community Care, Case Management/Assessment, Citizen Advocacy, Gemeindepsychiatrische Verbände, Personenzentrierte Hilfeleistung) und die politischen Grundaussagen wie sie sich in der aktuellen Gesetzgebung (zum Beispiel SGB IX) wiederfinden. Diese Entwicklungen stehen im Einklang mit den konzeptionellen Grundaussagen des BEB (Menschenbild, Förderung der Autonomie, Hilfe als Assistenz, Entwicklung von alltagstauglichen Hilfesystemen). Netzwerke werden nachfolgend als Hilfesysteme verstanden, in denen alle Hilfeformen als gleichwertige Teile miteinander in Beziehung stehen und verknüpft sind.

■ Es kann davon ausgegangen werden, dass die betroffenen Menschen mit Behinderungen (Kunden/Nutzer/Verbraucher) und ihre Angehörigen weitgehend ambulante Hilfen bevorzugen. Nur beim Vorhandensein umfassender Netzwerke können behinderte Menschen ihr Wunsch- und Wahlrecht ausüben.

■ Alle am Prozess der Sicherstellung der erforderlichen Hilfen Beteiligten müssen gemeinsam dafür Sorge tragen, dass das gesamte Spektrum der erforderlichen Hilfen verfügbar ist und dass die rechtlichen Regelungen die Inanspruchnahme aller Teile des Hilfesystems ermöglichen.

■ Netzwerke können nur dann funktionieren, wenn alle beteiligten Träger einschließlich der Selbsthilfeorganisationen zusammenarbeiten und bereit sind, sich in die regionale Versorgungsplanung einzugliedern. Die Entwicklung von regionalen Netzwerken muss dabei die Selbstorganisation von Betroffenen, Angehörigen, bürgerschaftlich Engagierten als Partner einbeziehen und erfordert gegebenenfalls trägerübergreifende Zusammenarbeit.

■ Der Entwicklung von Netzwerken kommt sowohl aus der Sicht der behinderten Menschen, als auch aus der Sicht der Angebots-träger, eine immer größere Bedeutung zu. Netzwerke sind keine Selbstläufer; unter inhaltlichen, wie auch unter unternehmerischen Gesichtspunkten verbinden sie Chancen der Innovation miteinander. Für diakonische Träger bietet sich hier die Chance als Anreger/Motoren zur Bildung regionaler Netzwerke tätig zu werden und so im Zusammenwirken mit anderen auch die eigene Beteiligung zu sichern.

■ Die Weiterentwicklung von Netzwerkstrukturen kann auch einen Beitrag dazu leisten, Gemeinwesen dazu zu befähigen, gemeinsames Leben mit behinderten Menschen in ihrer Mitte (besser) zu gestalten. Netzwerke können durch ihr differenziertes und personenzentriertes Hilfsangebot im Sinne der Subsidiarität die Selbstverantwortlichkeit und die Ressourcen der Betroffenen, ihrer Familien und der Gemeinden fördern und pflegen.

■ Bei der Netzwerkentwicklung ist die Nutzerorientierung und damit verbunden eine hohe Dienstleistungsqualität von vorrangiger Bedeutung, nur so wird sich auch die Zukunft für die beteiligten

Anbieter absichern lassen. Schon aus Selbsterhaltungsinteresse heraus sollten sich Träger von Einrichtungen und Diensten aktiv bei der Entwicklung und Gestaltung von Netzwerken einbringen und sie aktiv betreiben.

■ Die Besonderheiten kleinerer Träger können in Netzwerken gut zum Tragen kommen, sie haben neben größeren Trägern einen eigenen Stellenwert, insbesondere bei der Entwicklung innovativer Ansätze und der Umsetzung von Selbsthilfekzepten.

■ Die Weiterentwicklung regionaler Netzwerke für behinderte Menschen sollte sich an folgenden Grundsätzen orientieren: Antidiskriminierung, Inklusion, Wahlfreiheit, Vermeidung von Abhängigkeiten, Prävention, Ambulant vor stationär, Partizipation, Transparente Planung, Bedarfsgerechtigkeit, Individuelle Passgenauigkeit, Unabhängiges Assessment, Verbindliche Hilfeplanung, Vertragliche Grundlage, Verbindliche Qualitätsstandards, Evaluation als Prinzip (zitiert nach AQUA-NetOH, Arbeitshilfe des Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen/ Dezember 2001)

■ Die Entwicklung von Netzwerken unterstützt den Aufbau von personenzentrierten Hilfen. So sind innerhalb der Netzwerke Verfahren erforderlich, die den Hilfebedarf unabhängig von einem bestimmten Einrichtungstyp ermitteln und in der anschließenden Hilfeplanung dann die individuell erforderliche Unterstützung absichern. Regionale Netzwerke benötigen Strukturen, die Verantwortung für das Assessment und das Case Management übernehmen und geeignete Verfahren für eine personenzentrierte Hilfebedarfsermittlung, -planung und Evaluation absichern.

Dem BEB-Hauptausschuss „Entwicklung der Einrichtungen und Dienste“ gehören Vertreter von Diensten und Einrichtungen für geistig behinderte, körperbehinderte und psychisch kranke Menschen an. Dort werden Fragen der Strukturentwicklung diskutiert, die sich in ähnlicher Weise auch der Sozialpsychiatrie als Herausforderung für die Zukunft stellen.

Das vorliegende Papier wurde in der Sitzung von 15./16. Oktober 2002 nach Vorberatung im Erweiterten Vorstand des BEB verabschiedet.

Wortmeldungen einer Psychiatrie-Erfahrenen

Anmerkungen zu „Gut, dass wir mal darüber sprechen!“ von Sibylle Prins

Von Jürgen Bombosch

Wenn eine „Expertin in eigener Sache“ wie Sibylle Prins, die sich als Autorin in der sozialpsychiatrischen Szene bereits einen Namen gemacht hat, zur Feder greift, kann man gespannt sein, was sie sozialpsychiatrisch Bewegten diesmal „zumutet“. Und das in einer sehr einladenden und lebendigen Sprache ohne Fachbegriffe. Mit „Gut, dass wir mal darüber sprechen!“; Wortmeldungen einer Psychiatrie-Erfahrenen, legt Prins insbesondere den Professionellen eine kritische Reflexion und Herausforderung für das aktuelle und zukünftige sozialpsychiatrische Denken und Handeln vor. Sie tut dies, indem sie sich fair und selbstkritisch einbezieht und damit zur Streitkultur anregt.

Als Grundlage für die folgende Besprechung habe ich zwei bedeutende Kernbereiche ausgewählt: „Am Anfang war das Wort; Gedanken zur Sprache in der Psychiatrie“ und „Hilf dir selbst, sonst helf ich Dir!; Selbsthilfe und Dialog“. Dorothea Buck, Ehrenvorsitzende des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE), hat uns bereits vor einiger Zeit das Paradoxon einer „sprachlosen Psychiatrie“ in das psychiatrische Stammbuch geschrieben. Eine beschämendere Kritik gegenüber uns professionell Handelnden in der Psychiatrie ist für mich kaum vorstellbar. Sibylle Prins zitiert diese „Form der Behandlung“ aus eigener Erfahrung sinngemäß mit dem Kernsatz: „Gespräche sind für Psychotiker gefährlich“. Und dies, so die Autorin, in aller Undifferenziertheit aus dem Munde professioneller Entscheidungsträger.

Persönlich kann ich mich noch lebhaft an ähnliche oder gleichlautende Aussagen aus meiner

aktiven Zeit in der klinischen Psychiatrie erinnern. Ist solches Denken und Handeln im Zeitalter der qualitäts-, dienstleistungs-, kunden-, personen- und damit subjektorientierten Psychiatrie noch denkbar? Mitteilungen von Psychiatrie-Erfahrenen in einem Psychoseseминаr sprechen schmerzlich dafür!

Forderung nach Demokratie und Gleichberechtigung

Die Autorin beschreibt dies für die aktuelle Psychiatrie so: „Trotz aller heute erfahrenen Nettigkeit und Offenheit – sobald ich zum Beispiel zum Thema Medikamente eine kritische Frage stelle, ist da doch dieses gewisse Zurückschrecken“. Hier lautet die schlichte

Wenn Sie Sibylle Prins zu einer Lesung einladen möchten, wenden Sie sich bitte an Margitta Knopf, Sekretariat des Geschäftsbereichs Sozialwesen, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche im Rheinland, Lenaustraße 41, 40470 Düsseldorf; Telefon: 0211/6398-265; Fax: 0211/6398-366; e-mail: mknopf@dw-rheinland.de

Frage an uns Profis: Wie gehen wir mit dem durch Asmus Finzen geprägten Grundsatz zur psychiatrischen Qualitätsdebatte „Verhandeln statt Behandeln“ um? Wie ernst nehmen wir die Forderung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen nach mehr Demokratie und Gleichberechtigung?

Hin zur Trialogischen Psychiatrie

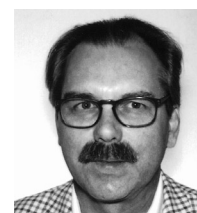
Womit wir bereits in der Zukunft psychiatrischen Denkens und Handelns angelangt wären,

auf dem Weg zur „Trialogischen Psychiatrie“, in der eine neue Chance für die qualitative Weiterentwicklung der bundesdeutschen Psychiatrie liegt – falls wir noch den Anspruch erheben, empirische Wissenschaft betreiben zu wollen. Bezogen auf die gleichberechtigte Wahrnehmung und Bewertung der Perspektiven von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Profis als Basis einer neuen demokratischen Psychiatrie, wirft Sibylle Prins die Frage auf: „Haben wir eigentlich einen Dialog oder bloß zwei Dialoge – wir und die Profis hier und die Angehörigen und die Profis dort?“.

Gemeinsame Lobby von Psychiatrie-Erfahrenen und Profis

An anderer Stelle problematisiert die Autorin, dass zwar Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene einen gemeinsamen Dachverband haben (hier ist der Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen (DV) in Bonn gemeint), um schließlich zu fragen: „Was könnten wir zusammen für eine starke Lobby bilden...?“. Allerdings mit der Betonung, dass hier die „utopische Ader“ möglicherweise wieder mit der Autorin durchgehe. Offensichtlich sieht Prins einen gemeinsamen Selbsthilfeverband von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen – unter dem Dach des DV – aktuell als wenig realistisch an. Bezogen auf die „Trialogische Psychiatrie“ geht es der Autorin letztlich um die nachvollziehbare Befürchtung, dass Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige unter dem Deckmantel des Dialogs erneut instrumentalisiert werden könnten. Und, da die Kunst professionell Helfender meiner Einschätzung nach insbesondere darin besteht, sich partizipativ und dialogisch mit ihrer Klientel zu professionalisieren, seien folgende Worte von Sibylle Prins zur Aufnahme in jedes psychiatrische Qualitätshandbuch empfohlen: „Einige Profis haben offenbar den besonderen Schmuckeffekt des Dialogs entdeckt? nun muß man sich vor Theaterflitter in Acht nehmen“.

Sibylle Prins: „Gut, dass wir mal darüber sprechen!“ Wortmeldungen einer Psychiatrie-Erfahrenen. Paranus-Verlag, Neumünster 2001, 198 Seiten, 12,80 Euro, ISBN 3-926200-49-9.



Jürgen Bombosch, Geschäftsführer Bereich Sozialwesen, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche im Rheinland, Lenaustraße 41, 40470 Düsseldorf, E-Mail: jbombosch@dw-rheinland.de

Gegen eine „Vergiftung der Atmosphäre“

Patientenfürsprecher weist „pauschale Vorwürfe“ zurück

„Der Artikel „Partizipation heißt ernst genommen zu werden“ von Ursula Zingler in Heft 4/02 der Kerbe wurde mir von einem Kollegen zur Kenntnis gebracht. Als Sprecher der Patientenfürsprecher für psychisch Kranke und ihre Angehörigen in Baden-Württemberg muss ich die hier von Frau Zingler gegenüber Patientenfürsprechern erhobenen Vorwürfe und Unterstellungen entschieden zurückweisen.

Die Patientenfürsprecher werden in der Regel auf Vorschlag des Psychiatrie-Arbeitskreises durch den Landrat beziehungsweise Kreistag oder Gemeinderat bestellt. Für die Übernahme des Ehrenamtes werden Rechts- und Psychiatriekenntnisse, insbesondere Kenntnisse über das psychiatrische Versorgungsnetz vorausgesetzt. Darüber hinaus sollen es sogenannte „sozial erfahrene“ Personen im Sinne des BSHG sein. Um die Unabhängigkeit und Neutralität zu gewährleisten, sind Mitarbeiter der Einrichtungen und Dienste des „psychiatrischen Kernbereichs“ ausgeschlossen. Hierzu gehören auch Angehörigen- und Selbsthilfegruppen, so dass Angehörige oder Psychiatrie-Erfahrene nur bei Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen mit der Aufgabe betraut werden können.

Meistens werden die Beschlussvorschläge zur Bestellung eines Patientenfürsprechers durch den Psychiatrie-Arbeitskreis einstimmig gefasst, so dass es unwesentlich ist, ob eine Gruppierung stimmenmäßig unterrepräsentiert ist, wobei jede Einrichtung, jeder Dienst und jede Interessengruppe nur eine Stimme hat. Auch heißt dies nicht, dass jedes Bestellungsverfahren zwangsläufig zu Fehlbesetzungen führt. Es mag sein, dass die berufenen Patientenfürsprecher nicht immer die Wunschkandidaten der Psychiatrie-Erfahrenen sind. Das bedeutet aber noch lange nicht, dass die bestellten Funktionsträger für

ihre Aufgabe ungeeignet sind. Die pauschalen Vorwürfe „Viele Klagen werden laut. Patientenfürsprecher, so manche Patienten, würden sie nicht ernst nehmen, gingen den Beschwerden nicht nach und scheuten die Auseinandersetzungen mit den Ärzten/dem Pflegepersonal. Sie würden ihrer Rolle als Patientenfürsprecher nicht gerecht. Dies sind keine Einzelfälle. Allein in den letzten Tagen erreichten mich Klagen über die Behandlungen in mehreren Zentren für Psychiatrie“ führen zu nichts und vergiften höchstens die Atmosphäre zwischen den Patienten und denen, die ihnen helfen wollen.

Ich kann mir nicht vorstellen, dass Patientenfürsprecher Patienten, die mit einem Anliegen auf sie zukommen, nicht ernst nehmen. Allerdings dürfen sie auch erst aktiv werden, wenn der Patient den Auftrag dazu erteilt hat. Aufgabe des Patientenfürsprechers ist es, durch ein verbindliches Ge-

spräch eine gemeinsame Lösung anzustreben, die von den streitenden Parteien akzeptiert werden kann. Nach meiner persönlichen Erfahrung scheuen eine ganze Reihe von Patienten ein klärendes Gespräch mit Arzt, Pflegepersonal oder Betreuer, weil sie befürchten, bei anderer Gelegenheit Nachteile zu erleiden. Andere Patienten schildern nur Teilaspekte ihres Problems oder geben Fakten aus ihrer Sicht wieder, die sich dann später völlig anders darstellen. So ergeben sich häufig Entscheidungen, die nicht mit den Wünschen übereinstimmen oder den Vorstellungen der Patienten entsprechen. Im Übrigen können wir Patientenfürsprecher ärztliche Diagnosen mit der notwendigen Therapie oder richterliche Entscheidungen nicht korrigieren, sondern nur auf umfassende Begründung und Erklärung hinwirken und andere Wege oder Rechtsmittel aufzeigen.“

Siegfried Bürk

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:

Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BEB), Postfach 101142, 70010 Stuttgart, E-Mail: kerbe@beb-ev.de

Redaktion:

Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart; Helmut Beutel, Stuttgart; Doris Biedermann, Hamburg; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Gudrun Mahler, Nürnberg; Dr. Ulrich Müller, Düsseldorf; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Helmut Urbaniak, Stuttgart; Wolfram Keppler (geschäftsführender Redakteur), Stuttgart

Verlag und Bestelladresse:

Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-0

Adressenänderungen bitte unter regina.schuller@evangemeindeblatt.de

Bezugspreis:

Jahresabonnement für vier Hefte 21,50 Euro (einschließlich Versandkosten), ISSN 0724-5165

Anzeigen:

Anzeigengemeinschaft Süd, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-41 (Frau Rössel), Fax -76.

E-Mail: kerbe@anzeigengemeinschaft.de Zurzeit gilt die Preisliste Nr. 19 vom 1. Januar 2002

Druck:

J.F. Steinkopf Druck GmbH, Stuttgart

Erscheinungstermine:

1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt eine Beilage für Abonnementwerbung für die Zeitschrift „Praxishandbuch Sozialmanagement, Bonn, bei

Belange behinderter Menschen nicht vernachlässigen

Ökonomisierung und Ethik Themen bei BEB-Mitgliederversammlung

Unter dem Thema „Der Mensch steht im Mittelpunkt“, trafen sich vom 4. bis 6. November rund 300 Teilnehmerinnen und Teilnehmer zur Mitgliederversammlung des BEB in Cottbus. In seiner Begrüßung verwies der scheidende Vorsitzende und neue Ehrenvorsitzende des BEB, Pastor Erich Eltzner, auf die Bedeutung des Tagungsthemas hin, das die anwaltschaftliche Funktion des Bundesverbandes verdeutliche. Die zunehmende Ökonomisierung der Gesellschaft dürfe, so Eltzner, die Belange von Menschen mit Behinderungen nicht vernachlässigen oder gar ausblenden.

Brandenburgs Sozialminister Günter Baaske verwies auf die bereits erreichten Erfolge in der Integration von Menschen mit Behinderungen. Doch Integration, so Baaske, müsse auch in den Köpfen der Menschen stattfinden. Er stellte fest, dass das Leistungsvermögen behinderter Menschen in der Gesellschaft noch zu wenig Anerkennung finde. Obwohl sich die ökonomischen Rahmenbedingungen verändert haben, wandte sich der Minister gegen eine „VerALDIisierung“ sozialer Leistungen. Es brauche einen starken Staat, um Schwache zu unterstützen.

Horst Steinhilber, Direktor im Diakonischen Werk der EKD, stellte fest, dass im Koalitionsvertrag ganze 15 Zeilen der Integration von Menschen mit Behinderungen gewidmet seien. „Diakonie ist ein unverzichtbarer Mitgestalter einer sozialen Gesellschaft“, sagte Steinhilber. Man werde deshalb die neue Bundesregierung an ihren Taten messen und Teilhabe und Integration konsequent einfordern.

Thomas Dane, Diakonisches Werk Berlin Brandenburg, forderte in seinem Grußwort den BEB auf, künftig mehr politische Akzente zu setzen. Er habe den Eindruck, dass die Diakonie vor einer sozialpolitischen Zäsur stehe, die sich

zunehmend an ökonomischen Aspekten orientiere. Er sähe die Gefahr, dass dabei der Mensch eben nicht mehr im Mittelpunkt stehen könnte, und verdeutlichte die gesamtpolitische Verantwortung der Diakonie. „Der Staat allein“, so Dane, „sei oft ein schlechter Ökonom“.

Neuer Vorstand gewählt

Da die erste Legislatur seit der Fusion des früheren VEEMB und VEERB nach vier Jahren zu Ende ging, wählte die Mitgliederversammlung des BEB in Cottbus einen neuen Vorstand. Zum ersten Vorsitzenden wurde Pastor Klaus-Dieter Kottnik, gewählt. An seiner Seite im Geschäftsführenden Vorstand bestätigten die Teilnehmer Pastor Friedrich-Wilhelm Pape (Vorstandsvorsitzender Verein Oberlinhaus, Potsdam) und Diakon Hans Hermann Gerdes (Das Rauhe Haus, Hamburg) als stellvertretende Vorsitzende.

Kottnik möchte sich dafür einsetzen, das politische Profil des Bundesverbandes weiter zu stärken. Besonders die Stimme der neuen Bundesländer müsse gewichtiger werden. Nachdrücklich forderte er einen Einrichtungsvergleich, um Innovationspotential zu entdecken und damit die Kompetenz des Verbandes weiter zu entwickeln.

Innovationspotentiale entdecken

Diese Richtungsweisung wurde in den anschließenden Redebeiträgen nachhaltig unterstützt. Der BEB sei ein Kompetenzzentrum und müsse seine Unverwechselbarkeit und seinen „Diakonischen Eigensinn“ stärker kommunizieren. Dabei wurde gleichzeitig auf die Problematik fehlender Fachkräfte in den Einrichtungen und Diensten hingewiesen. Darüber hinaus müsse sich der BEB mehr als Dienstleister verstehen und die interne und externe Kommunikation weiter intensivieren.

Mit Spannung erwarteten die Teilnehmer die beiden Grundsatzreferate am Schlußtag, die das Tagungsthema noch einmal hervorheben sollten und gleichzeitig auf die aktuelle Ethikdiskussion

eingingen. Dr. Katrin Grüber, Leiterin des Instituts Mensch, Ethik und Wissenschaft, Berlin, das vom BEB und acht weiteren Verbänden Ende 2001 gegründet worden ist, stellte die Frage: „Welches Problem soll die Gentechnik lösen?“. Die Forschung an embryonalen Stammzellen sei in einer Frühphase, die seriöse Aussagen derzeit nicht zulasse. Von den Befürwortern der Stammzellenforschung würden vage Heilaussichten gegen die Rechte von Embryonen gemacht. Doch der Mensch, so Dr. Grüber, sei ein soziales Wesen und nicht die Summe seiner Gene. Deutlich sprach sich die Rednerin für eine interdisziplinäre und wertfreie Forschung aus Sicht der Betroffenen aus, bei der der Mensch nicht Objekt sondern Subjekt sein müsse. In der medizinischen Forschung regiere jedoch der Blick der Gesunden. „Andere wollen über lebenswertes Leben bestimmen“, kritisierte Dr. Grüber. Dabei sei die Vielfalt des Lebens ein Wert an sich. Homogenität führe zu Destabilität. Deshalb unterstützt Dr. Grüber auch die gesetzliche Grenzziehung der Forschung. Darin läge die Chance, von einem eindimensionalen, linearen Fortschrittsdenken Abschied zu nehmen.

Ganz anders näherte sich Professor Dr. Klaus Tanner, Universität Halle, dem Thema. Er stellte zunächst fest, dass die Kirche als Kritikerin des Fortschritts auf eine historische Entwicklung zurückblicken könne und bezeichnete die heutige Position der Kirche als „Heuristik der Furcht“. Ethik, so Tanner, sei immer eine Krisenwissenschaft. Dennoch forderte er innerhalb der Kirche eine Kultur des Vertrauens. Ihn beschäftige die Frage, wie der ethische Diskurs organisiert werde. Derzeit führe die Diskussion eher zu Verunsicherung. Dennoch sieht der Theologieprofessor im Begriff Ethik keine Antwort, sondern vielmehr ein Medium der Kontexterweiterung im Nachdenken über die Folgen wissenschaftlicher Forschung. Grenzüberschreitungen und Grenzverschiebungen gehörten zur wissenschaftlichen Entwicklung. „Die Frage ist, ob wir diesen grenzüberschreitenden Charakter der Wissenschaft akzeptieren“.

Schuldnerberatungsprojekt erneut ausgezeichnet

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Projektes »Schuldnerberatung für Patienten im Krankenhaus« aus dem Klinikum Nord in Hamburg können sich zum zweiten Mal über eine Auszeichnung ihrer Arbeit freuen. Nachdem das Modellprojekt 2000 den jährlich vergebenen Hauptpreis des Lilly Award bekommen hatte, erhält es nun einen Förderpreis als Stipendiat von „Start Social“. „Hilfe für Helfer durch Wissenstransfer“ heißt das Motto dieser Initiative, die von verschiedenen Unternehmen der Wirtschaft unter Schirmherrschaft des Bundeskanzlers getragen wird.

Das seit 1998 bestehende Schuldnerberatungsangebot wurde ursprünglich von Jörn Wieking ins Leben gerufen, der diese mit Hilfe des Hamburger Spendenparlamentes initiierte. Anke Abraham – von Haus aus juristisch vorgebildet – führte das Projekt mit zu dem gegenwärtigen Erfolg und hat ihre Erfahrungen mittlerweile auch in einem Buch zusammengefasst: »Ohne Moos nichts los«, heißt der Ratgeber, der für jede Verschuldungssituation praktische Hilfen anbietet und in diesem Herbst im Psychiatrie-Verlag Bonn erscheint.

Zurzeit wird ein Schulungsprogramm für überschuldete Menschen im Krankenhaus entwickelt. Ziel ist es, über allgemeine Risiken der Überschuldung sowie über Strategien ökonomisch günstiger Haushaltsführung zu informieren. Dieses Schulungsprojekt in Kleingruppenform soll die stark nachgefragte Einzelfallberatung für Patienten ergänzen. Seit kurzem befindet sich das Schuldnerberatungsangebot im Modellförderprogramm der Hermann-Reemtsma-Stiftung, die damit maßgeblich die Finanzierung des Projektes im Krankenhaus mitträgt und sichert.

Zehnte systemisch-sozialpsychiatrische Weiterbildung abgeschlossen

Im November 2002 endete unter der Leitung von Sylvia Fahr-Armbruster (Diplom-Pädagogin und Systemische Familientherapeutin) der zehnte Akademiekurs der berufsbegleitenden Weiterbildung „Systemisches Arbeiten in der Psychiatrie / Sozialpsychiatrie“ der Diakonischen Akademie Deutschland mit einem Abschlusskolloquium. Diese Weiterbildung war 1989 in Zusammenarbeit mit dem BEB entstanden und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt worden. Seit 2000 ist das Konzept dieser zweieinhalbjährigen Zusatzqualifikation von der Gesellschaft für Fortbildung und Organisationsentwicklung (GFO) übernommen worden.

Ziel ist die Förderung der methodisch-fachlichen und persönlichen Handlungskompetenzen in den Feldern der Psychiatrie/ Sozialpsychiatrie. Damit verbunden ist die Erarbeitung einer systemisch fundierten, sozialpsychiatrischen Arbeitshaltung und spezifischer Vorgehensweisen, die darauf ausgerichtet sind, die eigene Handlungskompetenz für die vielfältigen Situationen des sozialpsychiatrischen Alltags zu erweitern. Zentrales Anliegen ist es, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu befähigen, sich mit den Aufgaben und Herausforderungen eines personenzentrierten, regionalen, sozialpsychiatrischen Hilfesystems auseinander zu setzen. Die personenzentrierte Umgestaltung der sozialpsychiatrischen Hilfen erfordert spezifische Kompetenzen in der Wahrnehmung der subjektiven Bedürfnisse der Betroffenen, im Verständnis ihrer systemischen Lebenszusammenhänge und in der Reflexion des eigenen Handelns verbunden mit einer von Respekt und Verständnis geprägten Haltung.

Als Referentinnen und Referenten wirkten in diesem Kurs unter anderem Klaus Nouvertné, Prof. Dr. Klaus Dörner, Dr. Elisabeth Hopfmüller, Thomas Keller, Manfred von Bebenburg, Prof. Dr. Alfred Drees sowie Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Bürgerhelfer mit.

Der nächste Kurs beginnt mit einer Informationsveranstaltung im Juni 2003.

Empfehlungen zur Situation älterer Psychisch Kranker

Der Vorstand des Bundesverbands Evangelische Behindertenhilfe (BEB) hat jetzt Empfehlungen zur Situation älterer psychisch kranker Menschen und älterer Menschen mit geistigen und/oder mehrfachen Behinderungen verabschiedet. Noch im Jahr 2001 hatte der Vorstand zwei Arbeitsgruppen damit beauftragt, Empfehlungen des Verbandes für die beiden Zielgruppen zu erarbeiten. Im September 2002 konnten nun die Endfassungen verabschiedet werden.

In den letzten Jahren ist die Frage der adäquaten Betreuung und Begleitung von älteren Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen in den Vordergrund getreten. Für den BEB-Vorstand war dies Anlass, auf der Grundlage bereits ausgearbeiteter Materialien die Position des BEB für die beiden Arbeitsfelder geistige und/oder mehrfache Behinderung sowie psychische Erkrankung zu entwickeln und nach intensivem Diskussionsprozess zur Veröffentlichung freizugeben. Dieser Prozess war für den Bereich Psychiatrie bereits Ende 2001 abgeschlossen. Die Empfehlungen für den Bereich der Behindertenhilfe mussten mehrfach überarbeitet werden und konnten daher erst in der Vorstandssitzung Ende September 2002 in Leipzig verabschiedet werden.

Beide Empfehlungen stehen ab sofort zum Download im bebnet des BEB (Bereich „Fachliche Arbeit“) den Mitgliedseinrichtungen (mit entsprechendem Passwort) zur Verfügung. Die Internet-Adresse des BEB lautet: www.beb-ev.de

<p>7. -9.5. 2003 (Einführungstage) Hösbach</p>	<h3>Systemisches Management in sozialen Organisationen</h3>	<p>30.6. - 2.7. 2003 Steinfurt</p>	<h3>Annäherung an ein Taubthema</h3>
<p>12. - 15.5. 2003 Leinfeld-Echterdingen</p>	<h3>Systemisch-sozialpsychiatrische Ansätze der Krisenintervention</h3>	<p>Frühjahr 2003 (Beginn)</p>	<h3>Verstehen – planen – handeln in der Behindertenhilfe</h3>
<p>12. - 15.5. 2003 (Seminar 1) Steinfurt</p>	<p>Anmeldung und Information: GFO Süd, Sudetenweg 92 74523 Schwäbisch Hall Telefon (07 91) 5 00-2 82 Fax (07 91) 500-300 E-mail: sued@gfo-diakonie.de</p>	<p>Herbst 2003 (Beginn)</p>	<p>Basisangebot; Selbstbestimmung und Subjektorientierung als zentrale Elemente der Individuellen Betreuungsplanung; Kooperationsveranstaltung mit dem Fachverband Behindertenhilfe in den Diakonischen Werken Westfalen und Lippe</p>
<p>16. - 18.6. 2003 (Modul I) Tecklenburg</p>	<h3>Qualifizierung zur Gruppen- oder Verbundleitung in sozialen Organisationen</h3>	<p>Anmeldung und Auskunft: GFO Nord Friesenring 32/34, 48147 Münster Tel.: 0251/ 2709 396 Fax: 0251/ 2709 398 E-mail: diekmann@gfo-diakonie.de</p>	<p>Praxisanleitung/Projektmanagement für Gruppenleitungen/ Teamleitungen: Selbstbestimmung umsetzen; Selbstbestimmung und Subjektorientierung als zentrale Elemente der Individuellen Betreuungsplanung; Kooperationsveranstaltung mit dem Fachverband Behindertenhilfe in den Diakonischen Werken Westfalen und Lippe</p>
<p>23. - 24.6. 2003 (Infoveranstaltung) Stuttgart</p>	<h3>Kompetenzzentrum: Entwicklungszeit – Erneuerungsraum</h3>	<p>16. - 17.5 .2003 Berlin</p>	<h3>Da bin ich manchmal hilflos</h3>
<p>27. - 29.8. 2003 (Seminar 1) Lehнин/Brandenburg</p>	<h3>Systemisches Arbeiten in der Psychiatrie/Sozialpsychiatrie</h3>	<p>27. - 29.8. 2003 (Seminar 1) Lehнин/Brandenburg</p>	<p>Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten in der Arbeit mit geistig, seelisch und körperlich behinderten Menschen</p>
	<p>Achtteilige Sozialpsychiatrische Zusatzqualifikation 2003 bis 2005. Berufsbegleitende Weiterbildung zur Förderung der fachlich-methodischen, personalen und sozialen Kompetenzen - Erarbeitung einer systemisch fundierten sozialpsychiatrischen Grundhaltung und Beratungskompetenz. Auseinandersetzung mit den Aufgaben eines personenzentrierten, regionalen, sozialpsychiatrischen Hilfesystems.</p>		<h3>Ganz allein auf weiter Flur...</h3>
			<p>Seminar für Nachtwachen; Zweiteilige Fortbildung</p> <p>Anmeldung und Auskunft: GFO Berlin, Rudolf-Breitscheid-Str. 24,14482 Potsdam Tel.: 0331 / 740 04 86 oder 0331 / 763 33 6 Fax: 0331 / 763 33 61 E-Mail: schroeder@gfo-diakonie.de</p>

