



4 2004 November  
Dezember  
Januar  
22. Jahrgang  
ISSN 0724-5165

# Kerbe

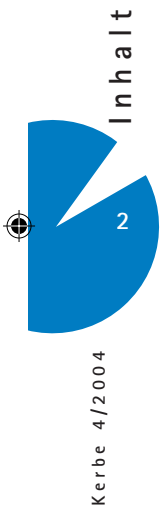
Forum für Sozialpsychiatrie



## Themenschwerpunkt: Personenzentrierung in der Praxis

Im Spannungsfeld zwischen den Wünschen und Bedürfnissen der betroffenen Menschen, den therapeutischen Anliegen und den Anforderungen der Verwaltung knapper Ressourcen geht es darum, eine brauchbare „Verfahrensbühne“ herzustellen.





### 3 Editorial

#### 4 Themenschwerpunkt

##### „Personenzentrierung in der Praxis“

■ **Hilfeplanung zwischen Individualisierung, Verbundorientierung und Bürokratisierung – eine Antwort auf Klaus Dörner**

Georg Schulte-Kemna, Jürgen Armbruster, Rainer Kluza, Seite 4

■ **Grundregeln jeder sozialpsychiatrischen Behandlung**

Auszug aus dem Buch „Sozialpsychiatrische Lernfälle“

Luc Ciompi, Seite 8

■ **Der Weg entsteht im Gehen**

Hilfeplanung im therapeutischen Prozess

Edith Köhler und Gabriele Schleunig, Seite 9

■ **Wie Personenzentrierung eine Einrichtung verändert**

Vom klassischen Heim zum Anbieter sozialpsychiatrischer Hilfen  
Alexander Meinschmidt, Seite 12

■ **Hilfeplankonferenz: Herzstück personenzentrierter Umgestaltung**

Was sich in den Einrichtungen und in der Region verändert  
Michael Konrad und Sabine Gnannt-Kroner, Seite 16

■ **Personenzentrierte Hilfen aus Betroffenenensicht**

Das Persönliche Budget kann Psychiatrieerfahrene unterstützen  
Farnz Josef Wagner, Seite 19

■ **Auf dem Weg zur personenbezogenen Finanzierung**

In Berlin wird die Abkehr von der Einrichtungsfinanzierung erprobt  
Matthias Rosemann, Seite 22

■ **Kommunale Steuerung eines Psychiatrie-Budgets**

Ergebnisse und offene Probleme am Beispiel von Bremen  
Gerd Möhlenkamp und Gabriele Nawroth, Seite 26

■ **Eine Sprache finden**

Hilfeplaninstrumente als Medium der Verständigung bei widerstrebenden Interessen  
Thomas Schmitt-Schäfer, Seite 30

■ **Materialliste zum Personenzentrierten Ansatz**

Unter [www.beb-ev.de/presse.php](http://www.beb-ev.de/presse.php) steht eine Übersicht mit Materialien zum Download bereit  
Seite 33

#### 34 Spectrum

■ **Motivation als wichtiger Aspekt psychiatrischer Arbeitsrehabilitation**

Ergebnisse einer Studie im Rahmen des Kompetenznetzes Psychiatrie

Werner Höhl und andere, Seite 34

#### 37 Nachrichten

#### 39 Termine

Liebe Leserin,  
lieber Leser

## Editorial

Vor zehn Jahren fand in Bonn die erste große öffentliche Vorstellung des Personenzentrierten Ansatzes statt im Rahmen der von der Aktion Psychisch Kranke e.V. durchgeführten Tagung „Personalbemessung im komplementären Bereich – von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation“. In diesen zurückliegenden zehn Jahren wurden Konzept und Inhalt des Personenzentrierten Ansatzes weiter entfaltet. Vor allem aber wurde in allen Bundesländern damit begonnen, das Leitbild der Personenzentrierten Hilfe umzusetzen.

Innerhalb dieses Zeitraums ist es auch gelungen, die Sozialleistungsträger mit einzubeziehen, dabei insbesondere die Sozialhilfeträger. In den meisten Bundesländern werden zwischenzeitlich neue Formen der Steuerung durch die Sozialhilfeträger oder mit ihrer Beteiligung erprobt auf der Basis von Hilfeplanungsverfahren, Verbundstrukturen und teilweise auch regionalen Budgetbildungen. Damit geht es nicht mehr nur um fachliche, sondern vor allem auch um die finanzielle Steuerung des Hilfesystems. Dies hat zur Folge, dass die neuen Instrumente praxistauglich auch im Sinne der „Verwaltungsgängigkeit“ gestaltet werden müssen. Umgekehrt müssen auch Fachkräfte in der Verwaltung lernen, personenzentriert zu steuern. Dabei stellt sich auch die Frage nach den Risiken und Nebenwirkungen und danach, ob bei der administrativen Umsetzung womöglich wesentliche Elemente des Ansatzes vernachlässigt werden oder gar verloren gehen.

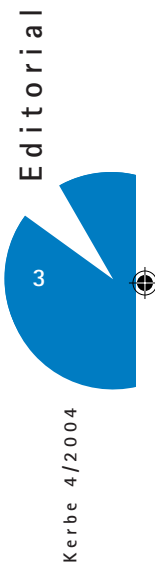
Als die Planung des Heftes schon weitgehend abgeschlossen war, wurde ein Vortrag von Klaus Dörner bekannt, in dem er sich sehr kritisch mit Aspekten der Umsetzung des Personenzentrierten An-

satzes befasst hat. Dieser Vortrag ist zwischenzeitlich im Rundbrief der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie veröffentlicht (3/2004, S. 37). Wir versuchen mit einem eigenen Beitrag eine erste Reaktion auf die Aussagen von Klaus Dörner und laden zur Diskussion ein.

Ein Anliegen dieses Heftes besteht darin zu verdeutlichen, dass der Personenzentrierte Ansatz im Kern therapeutisch begründet ist und nicht einfach nur ein neues sozialbürokratisches Verfahren darstellt. Luc Ciompi hat seit den 70-er Jahren wesentliche Impulse zur theoretischen Begründung sozialpsychiatrischer Praxis beigetragen. Wir haben die „Grundregeln jeder sozialpsychiatrischen Behandlung“, die er vor fast zwanzig Jahren formuliert hat, in dieses Heft aufgenommen. Sie erinnern daran, in welchem Kontext Hilfeplanung stattfindet und welche Funktion sie zu erfüllen hat.

Damit ist das Spannungsfeld markiert, in dem jedes Steuerungsverfahren umgesetzt wird. Es geht darum, für den Klärungsprozess zwischen den Wünschen und Bedürfnissen der betroffenen Menschen, den therapeutischen Anliegen und den Anforderungen der Verwaltung knapper Ressourcen eine brauchbare „Verfahrensbühne“ herzustellen. Dies ist der Hintergrund, vor dem die Beiträge des vorliegenden Heftes aus unterschiedlichen Perspektiven über Erfahrungen bei der Umsetzung des Personenzentrierten Ansatzes berichten.

*Georg Schulte-Kemna  
Dr. Klaus Obert*



# Hilfeplanung zwischen Individualisierung, Verbundorientierung und Bürokratisierung

Anmerkungen zu Klaus Dörners Kritik am Personenzentrierten Ansatz

Von Georg Schulte-Kemna, Jürgen Armbruster und Rainer Kluza

Der Fachverband Psychiatrischer Dienste im Diakonischen Werk Württemberg hat sich seit Jahren intensiv mit der Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes befasst. Vor diesem Hintergrund ist der nachstehende Text aus Gesprächen im Vorstand und in der Landesgeschäftsstelle entstanden.

Im Juli-Heft des Rundbriefes der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. hat Klaus Dörner eine sehr grundsätzliche Kritik am Personenzentrierten Ansatz formuliert (Klaus Dörner: Das Handeln psychosozialer Profis zwischen individueller Hilfeplanung und Begleitung im Lebensfeld. Soziale Psychiatrie, Heft 3/2004, S.37-42. Der Text steht auch im Internet zur Verfügung: [www.psychiatrie.de/DGSP](http://www.psychiatrie.de/DGSP)). Für viele engagierte Menschen in der Psychiatrie und für viele psychiatrische Träger ist der Personenzentrierte Ansatz ein Leitbild geworden, in dessen Umsetzung viel Energie investiert wird. Wenn über Praxiserfahrungen mit dem Personenzentrierten Ansatz gesprochen wird, dann ist es notwendig, auch auf die Einwände von Klaus Dörner einzugehen. Wir tun dies im Folgenden vor dem Hintergrund unserer eigenen Erfahrungen mit der Erprobung und Umsetzung des Personenzentrierten Ansatzes. Wesentliche Erfahrungen entstammen zwei Projekten, an denen diakonische Träger aus Württemberg intensiv beteiligt waren: Dem Projekt der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg „Personenzentrierung in der Praxis – die Grundlage für die zukünftige Versorgungs- und Vergütungsstruktur“ (2000 – 2002) und dem Projekt „Implementation des Personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg“ (2001 – 2004) der Aktion psychisch Kranke e.V. im Auftrag des Sozialministeriums

Baden-Württemberg. Nähere Angaben siehe Materialverzeichnis zu diesem Heft.

## Dörners Kritik an Personenzentrierung

Klaus Dörner gesteht in der Einleitung seines Textes selbst zu, dass seine Kritik einseitig sei; er tut dies, um zur Geltung zu bringen, was aus seiner Sicht nicht berücksichtigt wird. Er übt ganz grundsätzliche Kritik am neuen Paradigma der Planbarkeit des Helfens und an der Marktorientierung, die er dem zugrunde liegen sieht. Dieses Paradigma orientiert sich am Bild des selbstbestimmten, des wunsch-fähigen Behinderten. „Unser Reformdenken der letzten 30 Jahre ‚vom Letzten her‘, also gerade vom Selbstbestimmungsunfähigen her ....gerät zunehmend unter die Räder des neuen Marktdenkens“. Er kritisiert in diesem Zusammenhang den Begriff der Personenzentrierung, weist darauf hin, dass es in der Psychiatrie eigentlich nicht um Handeln „am Individuum“ gehe, sondern um Gestaltung von Beziehungen im größeren Zusammenhang eines Sozialraumes und dass deshalb die Alternative zur Institutionszentrierung nicht die Personenzentrierung, sondern die Gemeindezentrierung sei.

Er kritisiert ferner die Hilfeplan-konferenzen als Funktionärs-veranstaltungen und hält sie für einen Ausdruck der Vermarktlichung des Sozialen. Er sieht „das gewaltenteilige Wechselspiel zwischen Gesellschaft, Staat und Markt“ zu Ungunsten des Staates und noch mehr zu Ungunsten der Gesellschaft bedroht und fordert dazu auf, gegen die „Bedrohung der solidarischen Gesamtgesellschaft“ auf die Straße zu gehen. Abschließend formuliert er einige Vorschläge, um „die schlimmsten Ausdrucksformen des Markt-Paradigmas wenigstens zu mindern“:

- Kontrolle der Professionellen nicht durch bürokratische Verfahren, sondern durch „eine Handvoll der erfahrensten Profis, die, mit einer gewissen Vollmacht ausgestattet, uns an unserem Arbeitsplatz aufsuchen und uns den fachlich richtigen Weg weisen“
- Regionale, aufgabenbezogene Pauschalbudgets nach Art der Sozialraumbudgets in der Jugendhilfe.
- Kommunalisierung der Sorge für chronisch Kranke und Behinderte nach dem Modell der stadtviertel-bezogenen ambulanten Wohnpflegegruppen, die sich zwischenzeitlich vielerorts in der Arbeit für Alterspflegebedürftige und Altersdemente entwickelt haben.

Klaus Dörner formuliert wichtige Anfragen. Wir halten eine kritische Diskussion des Personenzentrierten Ansatzes selbst und der Erfahrungen bei seiner Umsetzung für notwendig und wichtig für die Fortführung des Projektes der Psychiatriereform. Die Bewertungen von Dörner fallen freilich teilweise so summarisch und einseitig aus, dass wir unsere Erfahrungen darin nicht wiederfinden. Vor allem können wir die eindimensionale Einordnung des Personenzentrierten Ansatzes als Ausdruck eines verfehlten Marktmodells nicht teilen. Der Personenzentrierte Ansatz ist von Anfang an wesentlich als ein Modell der Selbststeuerung im Gemeindepsychiatrischen Verbund entwickelt worden, als ein Konzept nicht zur Vollstreckung der Marktlogik, sondern zur Begrenzung marktwirtschaftlicher Fehlentwicklungen. Dieses Konzept ist nach unseren Erfahrungen auch weiterhin ein tragfähiges Leitbild für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung im Verbund. Auf einige problematische Aspekte der Argumentation von Klaus Dörner gehen wir im Folgenden näher ein.

Georg Schulte-Kemna, Referent für Sozialpsychiatrie im Diakonischen Werk Württemberg, 2001-2004 wissenschaftlicher Mitarbeiter der Aktion psychisch Kranke e.V. für das Implementationsprojekt zum Personenzentrierten Ansatz in Baden-Württemberg.

Rainer Kluza, Vorstand Sozialpsychiatrie bei der BruderhausDiakonie Reutlingen und Vorsitzender des Fachverbandes psychiatrischer Dienste im Diakonischen Werk Württemberg

## Große regionale Unterschiede in der Umsetzung

Klaus Dörner formuliert seine Kritik sehr verallgemeinernd auch da, wo es um bestimmte örtliche Organisationsformen geht. Bei der Diskussion über die Umsetzung des Personenzentrierten Ansatzes ist es aber notwendig, das Konzept selbst und seine Umsetzungsvarianten auseinander zu halten und im einzelnen auf die jeweiligen landespolitischen bzw. regionalen Formen der Umsetzung einzugehen. Der Personenzentrierte Ansatz hat längst das Stadium der Erprobung in Modellprojekten verlassen und befindet sich in der Umsetzung in Regelpraxis. Dabei gibt es eine erhebliche Variationsbreite, die mit den jeweiligen sozialpolitischen Rahmenbedingungen auf kommunaler und Landesebene zu tun hat: es werden jeweils bestimmte Elemente des Konzeptes umgesetzt, andere modifiziert oder weggelassen. Brisant sind in dieser Hinsicht vor allem die Formen, wie die Instrumente (insbesondere Hilfeplanung, Hilfeplankonferenz) jeweils über die fachliche Verständigung hinaus auch zur quantitativen Leistungsbemessung und Vergütungsermittlung benutzt werden und wer in welchen Anteilen das Verfahren steuert.

So hat Klaus Dörner seine Kritik auf einer Veranstaltung des Landschaftsverbandes Rheinland vorgetragen. In NRW ist im Jahr 2003 die Zuständigkeit auch für die ambulante Eingliederungshilfe auf die überörtliche Ebene „hochgezont“ worden und in diesem Zusammenhang werden jetzt im Rheinland ein Hilfeplanungsinstrument und eine bestimmte Form von Hilfeplankonferenzen durch den Leistungsträger eingeführt. In Baden-Württemberg steht die umgekehrte Situation unmittelbar bevor: ab 1.1.2005 werden die Kreise umfassend zuständig für die Eingliederungshilfe in ihrer ganzen Bandbreite, was ja einer alten Forderung der Reformbewegung in der Psychiatrie entspricht. Hilfeplankonferenzen sind hier bisher nicht als Verwaltungsverfahren, sondern in einigen Regionen als Steuerungsform

im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes eingeführt. So sind die Verhältnisse in den Bundesländern und bei örtlicher Zuständigkeit vermutlich künftig auch von Region zu Region sehr unterschiedlich. Wir halten es für wichtig, diese Umsetzungsvarianten und die Erfahrungen damit transparent zu machen.

### Zur grundsätzlichen Kritik am § 93 BSHG

Die Ablösung des Selbstkostendeckungsprinzips durch die Einführung prospektiver Leistungsentgelte und die Zerlegung der Vergütungen in Grundpauschale, Maßnahmepauschale und Investitionsbetrag sind zweifellos ein Fortschritt gewesen. Gerade die Vorschläge der Aktion Psychisch Kranke haben aufgezeigt, wie auf dem Boden des § 93 BSHG mit anderen Vergütungsformen eine Flexibilisierung institutioneller Strukturen ermöglicht werden kann. Aus unserer Sicht liegt das Problem daher nicht so sehr im § 93 BSHG selbst als vielmehr in der Handhabung der Umsetzung auf Länder- und kommunaler Ebene. Diese Umsetzungspraxis ist zweifellos hinter den damit verbundenen Hoffnungen auf Flexibilisierung zurückgeblieben. Entscheidend ist, ob es gelingt, seine Umsetzung einzubinden in den größeren Zusammenhang der Entwicklung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes, der eine klar definierte regionale Versorgungsverantwortung und damit gerade auch die Verantwortung für die am meisten von Ausgrenzung Bedrohten oder Betroffenen wahrnimmt.

### Zur Kritik am Begriff der Behinderung und der Personenzentrierung

Man kann mit guten philosophischen, soziologischen und sonstigen Gründen die gesellschaftliche Verwendung der Begriffe „Krankheit“ und „Behinderung“ problematisieren. Freilich diskutiert man dann auch über die Grundlagen jedenfalls des deutschen Sozialrechts. Auf diese Ebene wollen wir hier nicht eingehen. Solange wir dieses Sozialrecht haben, geht es im Kern um die Frage, wie soziale Leistungen ermöglicht bzw.

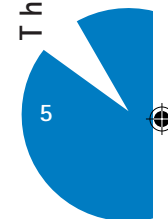
legitimiert werden, genauer: ob bzw. inwieweit Sozialleistungen mit einem individuellen Rechtsanspruch verbunden werden sollen und worauf sich dieser Rechtsanspruch dann stützen soll. In diesem Zusammenhang ist aus unserer Sicht auch der Begriff der Personenzentrierung als Gegenbegriff zur Institutionszentrierung einstweilen weiterhin nicht nur angemessen, sondern notwendig. Der individuelle Rechtsanspruch ist im Kontext der Sozialhilfe ein mühsam erkämpftes und kostbares Gut, im Bereich der Eingliederungshilfe gerade mal 30 Jahre alt und gerade hinsichtlich der Hilfen bei psychischen Erkrankungen auch im Sozialversicherungsrecht erst jüngeren Datums und erst teilweise verwirklicht. Bei aller berechtigten Kritik an überbordenden bürokratischen Prozeduren ist zu bedenken: der demokratische Rechtsstaat ist eine Errungenschaft und Rechtsstaat heißt eben auch: ein für alle gleiches, transparentes und gerichtlich überprüfbares Verfahren der Bearbeitung von Leistungsansprüchen. Bürokratie hat in diesem Sinne einen Kern, der Fortschritt ist.

Eine ganz andere Frage ist, ob es sinnvoll ist, jede Form der Hilfe als sozialrechtliche Einzelfallleistung zu konzipieren mit dem dann notwendigen Verwaltungsverfahren. In diesem Sinne teilen wir die Einwände von Dörner: die notwendige Hilfe ist für viele „Selbstbestimmungsunfähige“ nicht angemessen möglich in einem nur auf die Finanzierung von individuell beantragten Leistungen angelegten System.

### Zur Kritik an der Hilfeplanung

Hier gilt in besonderer Weise der Hinweis auf die regionale Unterschiedlichkeit der Verhältnisse. Der Individuelle Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) wird in vielfach abgewandelten, vereinfachten oder weiterentwickelten Versionen genutzt. Der IBRP selbst ist keineswegs einseitig defizitorientiert, sondern er bezieht sich ausdrücklich zunächst auf Ziele im Sinne des subjektiven Wollens und dann auf diejenigen Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen, die für die Umsetzung

Klaus Dörner formuliert seine Kritik sehr verallgemeinernd auch da, wo es um bestimmte örtliche Organisationsformen geht. Bei der Diskussion über die Umsetzung des Personenzentrierten Ansatzes ist es aber notwendig, das Konzept selbst und seine Umsetzungsvarianten auseinander zu halten



Prof. Dr. Jürgen Armbruster, Abteilungsleiter Dienste seelische Gesundheit bei der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart und Stellv. Vorsitzender des Fachverbandes psychiatrischer Dienste im Diakonischen Werk Württemberg.

Dörners Kritik der Hilfeplankonferenz als Versammlung von Funktionären, die lediglich ihre Institutions- und Berufsgruppeninteressen verteidigen, wird der Rolle von Hilfeplankonferenzen nicht gerecht



Wenn man – wie wir – die von Klaus Dörner über die Jahre immer wieder formulierte Anforderung teilt, die Hilfen für psychisch kranke Menschen „vom Letzten her“ zu denken, dann bleibt die Frage danach, was aus denen wird, die Dörner im vorliegenden Text die „Selbstbestimmungsunfähigen“ nennt, die entscheidende Herausforderung

dieser Ziele bedeutsam sind. Wir verstehen den IBRP als Leitfaden zur Plausibilisierung von Bedarf auf unsicherem Grund, der auch Raum für Risiken und Unwägbarkeiten lässt. Der IBRP steht damit einer angemessenen Grundhaltung keinesfalls im Wege, sondern setzt sie voraus und kann sie unterstützen.

Es kommt entscheidend darauf an, wie das Instrument tatsächlich im Alltag genutzt wird und in diesem Sinne sind die kritischen Anmerkungen von Dörner als Warnung berechtigt. Unsere Erfahrungen sowohl bei der einrichtungsinternen wie auch bei der einrichtungsübergreifend regionalen Anwendung des IBRP sind, dass der IBRP vielfältige Probleme sichtbar macht, die keineswegs mit dem Instrument selbst zu tun haben, sondern mit der von Dörner zu Recht angesprochenen Grundhaltung, indem beispielsweise elementare Unsicherheiten in der Entwicklung eines Arbeitsbündnisses mit „unmotivierten“ Klienten sichtbar werden. Die Verwendung des IBRP liefert nach unseren Erfahrungen gerade in diesem Bereich viele Anstöße zur Qualifizierung der Zusammenarbeit.

Im übrigen kann man die Ausgestaltung des IBRP-Formulars in der einen oder anderen Hinsicht für verbesserungsfähig halten. Manche Weiterentwicklungen berücksichtigen auch bereits Einwände wie die von Dörner. So trägt beispielsweise der rheinische Individuelle Hilfeplan noch sehr viel systematischer und durchgängiger als der IBRP auch in der Formulargestaltung der von Dörner formulierten Anforderung Rechnung, nicht nur das Können, sondern insbesondere auch das Wollen der Person zu berücksichtigen. Die Grundprinzipien, die dem IBRP zugrunde liegen (wie Zielorientierung und deren periodische Fortschreibung, ausgehend von der Wohnsituation, Orientierung an lebensfeld-bezogenen Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen, Einbeziehung aller Beteiligten, Orientierung auf Vereinbarung hin), sind aus unserer Sicht ein erheblicher Fortschritt gegenüber bisherigen Verfahrensweisen und auch weiterhin gültig.

Auch der von Dörner geforderten vorrangigen Berücksichtigung der nicht-psychiatrischen Hilfen und des bürgerschaftlichen Engagements trägt der IBRP sehr wohl Rechnung – freilich ist einzuräumen, dass dies ein Aspekt ist, der in der Alltagsumsetzung besonders schwer fällt. Das aber ist keine Frage des Instrumentes, sondern der regionalen Kultur.

#### Zur Kritik an der Hilfeplankonferenz

Dörners Kritik der Hilfeplankonferenz als Versammlung von Funktionären, die lediglich ihre Institutions- und Berufsgruppeninteressen verteidigen, wird der Rolle von Hilfeplankonferenzen nicht gerecht. Den möglichen Beitrag der Hilfeplankonferenz für die Weiterentwicklung der Versorgung kann man nur würdigen, wenn man sie in Beziehung setzt zur bisherigen Praxis. Da stellen wir nach unseren bisherigen Erfahrungen fest, dass die Hilfeplankonferenz

- ein bisher ungekanntes Maß an Transparenz hinsichtlich der Vermittlungspraxis zwischen Einrichtungen und Diensten und damit letztlich auch hinsichtlich der Arbeitsweise der beteiligten Einrichtungen und Dienste bewirkt,
- ein Verwaltungsverfahren nicht ersetzen, sondern sinnvoll ergänzen und vereinfachen kann und will. Von besonderer Bedeutung ist dabei, dass der Vorgang der (nur scheinbar objektiven) Expertenbegutachtung ersetzt werden kann durch ein diskursives Ausnahmungsverfahren.
- im Einzelfall Raum schafft für neue Wege, indem institutionelle Grenzen aufgeweicht und Risiken und Zumutungen gemeinsam getragen werden,
- die Unzulänglichkeiten des regionalen Hilfesystems sehr konkret sichtbar und nachvollziehbar macht, indem jeweils deutlich wird, wo konkrete Hilfebedarfe nicht beantwortet werden können,
- das Bewusstsein von der bestehenden regionalen Versorgungsverantwortung bei allen Beteiligten außerordentlich belebt und den Grad ihrer Erfüllung auf transparente Weise überprüfbar und erlebbar macht. Voraussetzung dafür ist natürlich, dass

die Hilfeplankonferenz auch tatsächlich als Gremium des Gemeindepsychiatrischen Verbundes verstanden wird, der eine übernommene Versorgungsaufgabe umsetzt. Die Hilfeplankonferenz ersetzt nicht die Entscheidung des Leistungsträgers, sondern ihr Votum hat den Status einer begründeten fachlichen Empfehlung. Die in der Hilfeplankonferenz sichtbar werdenden Unzulänglichkeiten der verfügbaren Hilfen müssen dann auch tatsächlich in veränderte Angebotsstrukturen umgesetzt werden. Das ist aber nicht die Aufgabe der Hilfeplankonferenz selbst, sondern die des Gemeindepsychiatrischen Verbundes in Zusammenarbeit mit den zuständigen Leistungsträgern. Die Hilfeplankonferenz lebt davon, dass die Beteiligten ihre unterschiedlichen Rollen wahrnehmen und dass auch Konflikte ausgetragen werden können. Sie ist wie jedes denkbare andere Verfahren nicht per se gegen Fehlentwicklungen geschützt. Auch hier gilt, dass die kritischen Anmerkungen von Dörner berechtigt sind im Sinne der Warnung vor möglichen Fehlentwicklungen.

#### Wo bleiben die „Selbstbestimmungsunfähigen“?

Wenn man – wie wir – die von Klaus Dörner über die Jahre immer wieder formulierte Anforderung teilt, die Hilfen für psychisch kranke Menschen „vom Letzten her“ zu denken, dann bleibt die Frage danach, was aus denen wird, die Dörner im vorliegenden Text die „Selbstbestimmungsunfähigen“ nennt, die entscheidende Herausforderung.

Dabei stolpern wir zunächst über den Begriff der „Selbstbestimmungsunfähigkeit“ selbst. Dörner konstruiert den Begriff als Kritik am Verfahren der Hilfeplanung. Die Kritik heißt: Ihr konstruiert ein Verfahren, das zu einer Unterscheidung von Verfahrensfähigen („Selbstbestimmungsfähigen“) und nicht Verfahrensfähigen („Selbstbestimmungsunfähigen“) führt. Wir können diese Unterscheidung so nicht mitvollziehen.

Es gibt verletzbare und verletzte Menschen, die sich aus sozialen

Beziehungen zurückziehen, die ver-rückt kommunizieren, die sich sozialen Beziehungen verweigern mit der Konsequenz auch der Selbstgefährdung. Wir haben nur dann eine Chance, Zugang zu ihnen zu erhalten, wenn wir ihre Verhaltensweisen als subjektive Lebensäußerungen in Beziehungen wahrnehmen und würdigen und von dieser akzeptierenden Basis der Begegnung aus neue Sinn-, Bedeutungs- und Beziehungszusammenhänge gestalten. Es bleibt dabei in einem professionellen und sozialen Kontext unsere Aufgabe und unser Recht, auch Risiken in der Begegnung und der Hilfe einzugehen und in diesem Sinne uns auf Wege einzulassen, deren Wendungen wir nicht vorhersehen können. Damit verbunden ist es auch unsere Pflicht angesichts des Leidens des Anderen, Verantwortung zu übernehmen, Freiheit, die gefährdet ist, ethisch und fachlich begründet zu begrenzen, auch streitbar zu sein und uns nicht im Zuge der Hilfebedarfsermittlung auf reine Wunscherfüllung zu beschränken.

Wir sind überzeugt, dass die Offenheit für das Unvorhersehbare, die Sensibilität für die Prozesse der schwierigen Beziehungsgestaltung und der irrenden Kommunikation in die Prozesse der Hilfeplanung und dann auch in die Räume der Hilfeplankonferenzen hineingehören, dass diese Qualitäten in das Grundverständnis von Hilfeplanung selbst eingehen müssen. Eine personenzentrierte Hilfebedarfsermittlung und deren Umsetzung schafft Raum für die Unwägbarkeit von Entwicklungsprozessen und kann gerade denen, die von Ausgrenzung betroffen sind, schrittweise wieder Würde und Vertragsmacht zurückgeben.

Vielleicht ist dies der wichtigste Impuls, der von Klaus Dörners Beitrag ausgeht: wir müssen kontinuierlich die Fähigkeit kultivieren, wahrzunehmen, wie die scheinbar zum Wünschen Unfähigen dennoch ihre Subjektivität zum Ausdruck bringen, wie immer indirekt das sein mag. Wir müssen uns daran erinnern, was wir in Zusammenhang mit den

Enthospitalisierungsprogrammen der 80-er Jahre gelernt haben: vielfach steht am Anfang das Wecken von Wünschen. Die alltägliche Praxis muss dafür sensibel bleiben, dass Verfahrensänderungen dazu führen können, dass Menschen verloren gehen. Hilfeplanung und Hilfeplankonferenzen haben sich bisher vor allem da bewährt, wo Hilfe in Maßnahmeform gebracht und finanziert werden muss und wo verschiedene Beteiligte sich koordinieren müssen. Wir müssen dafür sorgen, dass es als Basisversorgung Hilfeformen und Ressourcen gibt, die ohne besondere Verfahrensänderungen zur Verfügung stehen.

#### Zu den Vorschlägen

Klaus Dörner formuliert abschließend einige Vorschläge, „um die schlimmsten Auswirkungen des Markt-Paradigmas wenigstens zu mindern“. Auf die beiden Vorschläge, die sich auf das Steuerungsthema beziehen, soll kurz eingegangen werden. Dem dritten Vorschlag (Hilfe in der eigenen Wohnung oder in stadtviertelbezogenen ambulanten Wohnpflegegruppen als Alternative zur „Verheimung“) kann man nur zustimmen – es handelt sich um einen Vorschlag, der völlig in der Stoßrichtung des Personenzentrierten Ansatzes liegt.

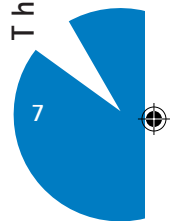
■ **Kontrolle durch erfahrene Experten statt durch bürokratische Verfahren.** Besuchskommissionen können eine sehr sinnvolle Form der Qualitätssicherung sein – freilich ist es gleichwohl fraglich, ob damit allein wirklich das Problem der notwendigen einzelfallbezogenen Kontrolle (als Ersatz für ein Verwaltungsverfahren) gelöst werden könnte. Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass eine funktionierende (und das setzt voraus: hinreichend heterogen zusammengesetzte) Hilfeplankonferenz auch eine Form der Experten-Kontrolle ist, die zudem geeignet ist, Verwaltungs- und Begutachtungsaufwand erheblich zu reduzieren.

■ **Regionale und aufgabenbezogene Pauschalbudgets nach Art der Sozialraumbudgets in der Jugendhilfe.** Gerade wenn man regionale

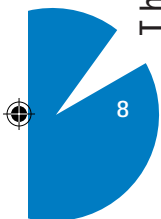
Budgets und in diesem Rahmen dann Pauschalierungen für eine wünschenswerte Finanzierungsform hält, kommt man nicht um die Frage herum, wie man sie denn ermitteln und verteilen will, wenn man nicht der Willkür Tür und Tor öffnen will. Bei knappem Geld ist die große Gefahr des Pauschalbudgets ja, dass die Mittel vorrangig für die „Lohnenden“ eingesetzt werden, wenn das nicht gesteuert werden kann. Gerade diese Frage ist gedanklich ein Ausgangspunkt für die Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes und in diesem Zusammenhang des IBRP gewesen: ein Verfahren zu finden für eine institutionsunabhängige Ermittlung von persönlichem Hilfebedarf, für die bedarfsbasierte Budgetbildung in der Region und für die Steuerung solcher regionalen Budgets. Der Personenzentrierte Ansatz fordert die Abkehr von der Finanzierung von Plätzen und den Übergang zur Finanzierung von persönlichem Hilfebedarf über Zeitbudgets und auf dieser Grundlage dann von regionalen Budgets. Dem leicht idealisierenden Blick auf die Jugendhilfe sei in diesem Zusammenhang die vollständige Wahrnehmung empfohlen: Grundlage der Leistungsgewährung in der Jugendhilfe ist ein detailliert geregeltes, gesetzlich verankertes Hilfeplanverfahren; über die Vereinbarkeit von individuellem Rechtsanspruch und regionaler Budgetbildung gibt es in der Jugendhilfe seit Jahren eine lebhafte und sehr kontroverse Diskussion.

Klaus Dörner weist berechtigt auf Gefahren und Verirrungsmöglichkeiten bei der Umsetzung des Personenzentrierten Ansatzes hin. Er übergeht aber bei seiner kritischen Bewertung des Personenzentrierten Ansatzes insbesondere dessen Charakter als Verbundkonzept und differenziert auch nicht zwischen dem Konzept selbst und seinen je unterschiedlichen Umsetzungsvarianten. Hinsichtlich der zu bewahrenden Grundhaltung sind seine Mahnungen fruchtbar, aber hinsichtlich des Umgangs mit den gegebenen Steuerungsproblemen ergeben sich aus seinen Ausführungen keine handhabbaren Alternativen. Dies war womöglich auch nicht sein Anspruch. ●

Wir sind überzeugt, dass die Offenheit für das Unvorhersehbare, die Sensibilität für die Prozesse der schwierigen Beziehungsgestaltung und der irrenden Kommunikation in die Prozesse der Hilfeplanung und dann auch in die Räume der Hilfeplankonferenzen hineingehören



Vielleicht ist dies der wichtigste Impuls, der von Klaus Dörners Beitrag ausgeht: wir müssen kontinuierlich die Fähigkeit kultivieren, wahrzunehmen, wie die scheinbar zum Wünschen Unfähigen dennoch ihre Subjektivität zum Ausdruck bringen, wie immer indirekt das sein mag.



## Grundregeln jeder sozialpsychiatrischen Behandlung

Von Luc Ciompi

### 1. Systematischer Einbezug des sozialen Umfeldes in die Behandlung

Diese wichtigste Regel, die sozusagen das A und O des ganzheitlichen sozialpsychiatrischen Ansatzes darstellt, bedeutet, dass alle wichtigen Bezugspersonen, insbesondere die Familie, oft auch gewisse Freunde, Bekannte, Kollegen, Arbeitgeber usw. in alle diagnostischen und therapeutischen Überlegungen mit eingeschlossen werden müssen. Das kann, aber muss nicht immer, systematische Familien- oder Umwelttherapie bedeuten. Minimale Forderungen sind die Schaffung von Kontrakten und der Austausch von Informationen. ....

### 2. Erarbeitung von konkreten, erreichbaren Behandlungszielen gemeinsam mit dem Patienten, seinen Betreuern und wichtigsten Bezugspersonen.

Das Hauptgewicht liegt hier auf den Worten „konkret“, „erreichbar“ und „gemeinsam“. Vielfach situieren sich solche Ziele auf der Wohn- oder Arbeitsachse (Bezug einer eigenen Wohnung, Eintritt in ein Heim, eine Wohngemeinschaft, Wiedereingliederung in ein normales oder geschütztes Arbeitsmilieu etc.). Oft sind ferner Zielsetzungen im Bereich der Freizeit, der zwischenmenschlichen Beziehungen, des Umgangs mit Geld etc. nötig. Sie können auch den therapeutischen oder prophylaktischen Einsatz von Medikamenten und den richtigen Umgang mit ihnen einschließen. Entscheidend ist, dass solche Ziele den Patienten nicht einfach autoritär „verschrieben“ werden dürfen. Vielmehr sollen sie immer wieder in einem – manchmal zwar mühsamen, aber gerade deswegen oft sehr therapeutischen – Prozess zwischen Patienten, Betreuern und wichtigen Bezugspersonen regelrecht ausgehandelt werden.

### 3. Die „Polarisierung“ des relevanten sozialen Umfeldes auf die genannten Ziele hin.

Mit dem Wort „Polarisierung“ ist gemeint, dass ähnlich wie in einem Magnetfeld mög-

lichst alle „sozialen Kraftlinien“ um den Patienten herum in die gleiche Richtung weisen sollten. Voraussetzung dazu sind die Punkte 1 und 2, das heißt, dass alle wichtigen Bezugspersonen von den anvisierten Zielen wissen und diese unterstützen. Übergeordnetes Ziel aber bleibt immer eine möglichst große, flexibel den jeweiligen Möglichkeiten des Patienten anzupassende soziale Autonomie.

### 4. Aufrechterhaltung einer optimalen personellen und konzeptuellen Kontinuität über genügende Zeiträume

Auch dieser Grundsatz zielt auf die Schaffung eines möglichst einheitlichen „sozialen Kraftfeldes“, aber diesmal in der Zeitdimension. Wichtigste Voraussetzung dazu ist auf individueller Ebene eine tragfähige therapeutische Vertrauensbeziehung zwischen den Betreuern, dem Patienten und seinen nächsten Bezugspersonen und auf übergeordneter Ebene eine dezentralisierte, regionalisierte und gut koordinierte Versorgungsstruktur. Mit dem Wort „optimal“ ist dabei angedeutet, dass es unter Umständen auch zu viel Kontinuität geben kann! Ein Wechsel von einer Person oder Institution zu einer anderen ist manchmal therapeutisch sehr nützlich; er darf nicht durch eine zu rigide Organisation verunmöglicht werden. Vorderhand allerdings gilt es, wenigstens bei uns, eher der umgekehrten Gefahr zu begegnen.

### 5. Herstellung einer optimalen Klarheit und Einfachheit im ganzen sozialen Umfeld des Kranken.

Diese Grundregel fasst eigentlich alles Vorgehende zusammen; sie gilt sowohl in Bezug auf Personen, Methoden und Ziele wie auf zeitliche und örtliche Dimensionen. ... Ganz Wichtiges beinhaltet dieser allgemeine Grundsatz auch für den Umgang mit den Patienten: Dieser „Umgang“ soll jederzeit offen und einfach, transparent und eindeutig sein, was namentlich auch explizite und gleichlautende Erklärungen über die Natur der Störung und ihren Verlauf, die Behandlung und ihre Ziele für Patient, Angehörige und Betreuer in sich schließt.

#### Auszug aus:

Luc Ciompi: Was haben wir gelernt? Einige praktische und theoretische Schlussfolgerungen, in: Luc Ciompi (Hg.): Sozialpsychiatrische Lernfälle. Psychiatrie-Verlag Bonn 1985, S. 119 ff



# Der Weg entsteht im Gehen

## Hilfeplanung im therapeutischen Prozess

Von Edith Köhler und Gabriele Schleuning

Mit den Personenzentrierten Hilfen hat uns die Aktion Psychisch Kranke ein Konzept zur Hand gegeben, das wohl bis auf weiteres ohne Alternative bleiben wird: weil es bezüglich Entstehung, Verlauf und Beeinflussbarkeit seelischer Störungen das Wechselspiel zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren im Auge hat und bezüglich des Hilfe- und Behandlungsgeschehens die vorherrschende gegliederte Versorgungsstruktur. Weil es dazu von einer Haltung getragen ist, die auch Menschen mit längerfristigen und schweren seelischen Erkrankungen ein „selbstbestimmtes Leben im eigenen Lebensfeld“ ermöglichen will und professionelle Unterstützung nach dem Grundsatz „Verhandeln statt Behandeln“ ausrichtet.

### I. Personenzentrierung als Leitgedanke

Wir nehmen also die Personenzentrierten Hilfen und die Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung auf und interpretieren sie so, dass sie essentielle Teile unseres therapeutischen Handelns selbst werden – also nichts Zusätzliches oder „Aufgesetztes“. Für unsere praktische Arbeit heißt das: vor der Planung von Hilfezielen und Hilfen kommt das „Wahrnehmen“ der Klientin in ihrem Lebenskontext. Häufiger als früher sind wir mit ihr unterwegs, bekommen mit, ob und wie sie ihr Leben selbst bestimmt, ob Andere (mit-) bestimmen oder jemand hineinregiert. In den vielfältigen Begegnungen zwischen Busstation, Supermarkt, Behörde und – wenn das Vertrauen es zulässt – in den eigenen vier Wänden und zusammen mit den nächststehenden Menschen entdecken wir Talente, Stärken, Ängste, Schwächen, Störanfälligkeiten. Es ist die Zeitspanne des vorsichtigen Erkundens woran es fehlt, was stört,

was belastet und was im Rahmen der persönlichen Lebensbedingungen und -perspektiven Wünsche sind, aus denen konkrete und angemessene Behandlungsziele werden können.

Zunächst kostet das mehr Zeit. Der personenzentrierte Ansatz stellt uns allerdings in Aussicht, dass wir diese im Verlauf zurückbekommen: wenn wir mit Ausdauer, Geschick und einer gewissen Risikobereitschaft unsere Klientin selbst befähigen und wenn wir Hilfen aus dem nicht-professionellen Umfeld aktivieren. Auf dem Hintergrund fundierter sozialtherapeutischer Kenntnisse und Erfahrungen betätigen wir uns als Türöffner, Vermittler, Moderatoren. Wenn es auf das erstmal nicht klappt, arbeiten wir einer Entmutigung entgegen. Innere und äußere Hindernisse zeigen uns immer wieder die Grenzen der Planbarkeit, fordern unsere Geduld und Flexibilität heraus. Weniger durch ein fachliches „Herumfummeln an einem isolierten Individuum, das doch in Wirklichkeit ein Beziehungswesen ist“ (Dörner, 2004, S. 39), mehr durch waches und achtsames Wahrnehmen der Stellung und der Chancen unserer Klientin in ihrem familiären und sozialen Netzwerk schaffen wir die Voraussetzungen für Entwicklung und für „die Anreicherung einer Person an Bedeutung für andere“ (ebd., S. 39). Wenn wir zwischenzeitlich wissen, wer mitwirkt und einwirkt, in welchen Bereichen und auf welche Art, schauen wir gemeinsam mit der Klientin nach Gleichstimmigem, Widersprüchlichem und Unvereinbarem, nach Überlagerungen und weißen Flecken. Wir thematisieren, dass es um einen bewussten Umgang mit den verfügbaren Mitteln geht und um das „Bündeln von Kräften.“

Von Zeit zu Zeit reflektieren wir gemeinsam die zurückgelegte

Wegstrecke. Schauen, ob wir abgewichen sind oder schauen vom erreichten Ziel aus zufrieden zurück, um uns, falls nötig auf das nächste Etappenziel zu verständigen. Wenn es passt, bitten wir zu dieser Zusammenschau eine Angehörige, eine Freundin, eine professionelle Mitbegleiterin hinzu. Mag sein, dass wir dabei feststellen, dass es gilt, Abschied zu nehmen von einem Arrangement, an das wir Professionellen uns gewöhnt hatten und das kompatibel war mit unseren Dienstplänen und den Abläufen unserer Einrichtung. Mag sein, dass ein neues Arrangement gebraucht wird, das nicht nur unsere Einrichtung betrifft, sondern auch andere Behandlungspartner.

In München Süd gibt es seit mehreren Jahren einen Gemeindep psychiatrischen Verbund (GPV), der sich den Personenzentrierten Hilfen und der Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung verpflichtet hat. Durch die Teilnahme an dem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten und von der Aktion Psychisch Kranke durchgeführten „Implementationsprojekt“ erhielten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der GPV-Einrichtungen Schulungs- und Trainingsmaßnahmen, welche das Verständnis und die praktische Anwendung des Ansatzes förderten. Ein Teil der GPV-Einrichtungen – das Atriumhaus und die beiden Sozialpsychiatrischen Dienste – hatten durch das Projekt „Psychiatrisches Casemanagement“ bereits in den Jahren davor ähnliche Erfahrungen gesammelt. Gute Voraussetzungen also, den personenzentrierten Ansatz im therapeutischen Prozess gemeinsam betreuer Klientinnen und Klienten anzuwenden!

Mit der folgenden Fallvignette, welche die mehrjährige Begleitung einer seelisch erkrankten 39-jäh-



Edith Köhler, Dipl. Sozialpädagogin (FH), Psychiatrisches Krisen- und Behandlungszentrum, Atriumhaus, Ambulanz, Bavariastraße 11, 80336 München, Tel.: 089/7678-0, Fax 089/7678-9102 e-mail: koehler@atriumhaus-muenchen.de

Im Mittelpunkt der Betreuung steht die ambulante sozialpsychiatrische Behandlung und die Begleitung durch eine koordinierende Bezugsperson. Beide Funktionen werden durch die Ambulanz des Atriumhauses geleistet

Themenswerpunkt



Kerbe 4/2004



Dr. Gabriele Schleuning, Ärztliche Leiterin des Psychiatrischen Krisen- und Behandlungszentrums, Atriumhaus, Bavariastraße 11, 80336 München, Tel.: 089/7678-9126, Fax 089/7678-9129. E-mail: schleuning@atriumhaus-muenchen.de

rigen Frau beschreibt, haben wir eine mehr oder weniger gewöhnliche Betreuungsgeschichte gewählt. Beispielhaft forschen wir in dieser Geschichte nach Elementen des personenzentrierten Hilfeansatzes, prüfen, inwieweit uns eine Umsetzung gelungen ist, ob sie befruchtend war und wo sie an Grenzen stieß.

Im Mittelpunkt der Betreuung steht die ambulante sozialpsychiatrische Behandlung und die Begleitung durch eine koordinierende Bezugsperson. Beide Funktionen werden durch die Ambulanz des Atriumhauses geleistet. Um diese gruppieren sich (teil-)stationäre Behandlungen, sozialpsychiatrische Leistungen zu Selbstversorgung/Wohnen und sozialpsychiatrische Leistungen zu Arbeit/Ausbildung. Tagesgestaltung und Kontaktfindung wird in unserem Fallbeispiel als professionelle Hilfe nicht abgerufen. Koordinierende Bezugsperson ist seit dem Jahr 2000 die Sozialpädagogin Edith Köhler, eine der beiden Autorinnen dieses Artikels, die diese Klientin seit ihrem ersten Aufenthalt in der Akut-Tagesklinik des Atriumhauses 1998 kennt.

## II. Begleitung auf dem Weg am Beispiel von Frau C.

### Ein Blick in die Lebensgeschichte

Frau C., heute 39 Jahre alt, ist die ältere von eineiigen Zwillingsschwestern. In der Geschwisterschar stehen die beiden zwischen einer älteren und einer jüngeren Schwester. Der Vater ist Unternehmensberater, während die Mutter für die Familie sorgt. Frau C. beschreibt sich als lebhaftes Kind, spontan und kontaktfreudig. Als Siebenjährige zieht sie mit der Familie nach Paris, besucht drei Jahre lang die Deutsche Schule. Nach einem Umzug in die Umgebung von Stuttgart absolviert sie dort im Alter von 17 Jahren die Mittlere Reife und lernt anschließend Buchhändlerin. Nach dreijähriger Tätigkeit in diesem Beruf beginnt sie 25-jährig sich über den zweiten Bildungsweg auf das Abitur vorzubereiten. Mit Aushilfsjobs bestreitet sie

ihren Lebensunterhalt. In dieser Zeit bewältigt sie ihre ersten psychotischen Krisen, wird mit der Diagnose einer paranoid-halluzinatorischen Psychose konfrontiert. Trotzdem schafft sie 1995, inzwischen 30-jährig, das Abitur. Ähnlich wie sie, hat auch ihre Zwillingschwester, mit der sie emotional eng verbunden ist, viele Probleme. Die beiden anderen Schwestern sind gesund und stehen voll im Leben. Nach dem Abitur beginnt Frau C. eine Ausbildung als biologisch-technische Assistentin, die sie bald überfordert. Sie kommt im Alltag nicht mehr zurecht. Die Belastung löst erneute psychotische Krisen aus. Frau C. kehrt nach München zurück, wo ihre Eltern leben. 1998 wird sie in eine therapeutische Wohngemeinschaft aufgenommen. Frau C. beginnt, Unterstützungsangebote der Gemeindepsychiatrie kennen zu lernen.

### Erste Begegnungen mit der Psychiatrie

1990, im Alter von 25 Jahren hat Frau C. ihre ersten psychotischen Krisen. Die Diagnose einer paranoid-halluzinatorischen Psychose wird gestellt. Wegen häufiger Ortswechsel besucht Frau C. ständig andere Nervenarztpraxen. In akuten Phasen nimmt sie Medikamente, danach setzt sie die Medikamente wieder ab. Acht Jahre lang reicht diese Form der ambulanten psychiatrischen Behandlung aus. Auf Veranlassung ihres Wohngemeinschaftsbetreuers erfolgt 1998 die erste teilstationäre Behandlung im Atriumhaus. Frau C. ist desorganisiert und psychosenah. In der Tagesklinik will sie „lernen mit Stresssituationen umzugehen, auf die Symptome zu achten, einen Rhythmus im Alltag einzuhalten, sich einigermaßen in eine Gruppe von Menschen einzugliedern“. Das klingt hochmotiviert und zeigt viel von ihrer Störung: ein Übermaß an Engagement und Beteiligung, zerfließende Ich-Grenzen. Sie muss lernen, zu entflechten, Prioritäten für sich zu setzen, eine Struktur für sich zu finden.

Nach Entlassung aus der Tagesklinik wird sie ambulant von einer niedergelassenen Psychiaterin

weiterbehandelt. Nur in Krisenzeiten nimmt sie Kontakt zum Atriumhaus auf. Eine erneute Aufnahme im Jahr 2000, diesmal in die Soziotherapeutische Tagesklinik des Atriumhauses soll ihr helfen, eine berufliche Perspektive zu entwickeln. Es gelingt, einen beschützten Arbeitsplatz auf dem zweiten Arbeitsmarkt zu finden: Frau C. erhält eine auf zwei Jahre befristete Teilzeitbeschäftigung in einem Cafe für psychisch kranke Menschen. Wegen des bisher häufigen Wechsels ihrer therapeutischen Bezugspersonen wird Frau C. eine ambulante Weiterbehandlung in der Langzeitambulanz des Atriumhauses empfohlen. Ziel ist es zunächst, therapeutische Kontinuität herzustellen.

### Eine gemeinsame Wegstrecke beginnt

Im folgenden wird der weitere Verlauf aus der Perspektive der Bezugsperson geschildert. In meiner Funktion als Sozialpädagogin - nach meinem zwischenzeitlichen Wechsel von der Tagesklinik in die Ambulanz - übernehme ich als koordinierende Bezugsperson die Begleitung von Frau C.. Der Beginn unserer therapeutischen Beziehung vor vier Jahren ist mit ihrem Auszug aus dem Betreuten Wohnen verknüpft. Die erste Etappe umfasst die Aufgabe, Frau C. lebensfeldnah in den Bereichen Wohnen und Selbstversorgung und Arbeit und Ausbildung zu begleiten, sie persönlich und im Umgang mit ihren Aufgaben zu unterstützen. Vorrang hat zunächst, eine vertrauensvolle und tragfähige Beziehung zu Frau C. aufzubauen, um die Stabilisierung ihres zu diesem Zeitpunkt noch recht labilen Zustandes zu fördern. Frau C. nimmt verbindlich, wenn auch unregelmäßig ihre Termine bei mir wahr. Gemeinsam mit einer ärztlichen Kollegin aus der Ambulanz kümmern wir uns, unserem Tandem-Modell entsprechend, um ihre Bedürfnisse und Belange.

### Die Arbeit gibt Selbstvertrauen zurück

Die beschützte Tätigkeit in dem Cafe für psychisch kranke Menschen, die Frau C. gerade auf-

genommen hat, fördert ganz offensichtlich ihre persönliche Entwicklung. Trotz immer wieder auftretender Zustände von Angst und Überforderung wird Frau C. zunehmend selbstsicherer. Auch das regelmäßige monatliche Gehalt, von dem sie sparsam, aber ausreichend leben kann, stärkt ihr Selbstwertgefühl. Das wiedergewonnene Selbstvertrauen spielt bei der weiteren beruflichen Planung eine wichtige Rolle. Bisherige Ausbildungswege, eigene Berufsvorstellungen, sowie Erfahrungen mit ihren Möglichkeiten und Grenzen tragen im Sinne einer Ressource konstruktiv zur Entscheidungsfindung bei. Frau C. möchte Bibliothekarin werden. 2003 beantragt sie beim Arbeitsamt eine Umschulung als Reha-Maßnahme. Das Arbeitsamt ordnet eine mehrwöchige „erweiterte Arbeitserprobung“ in einem Berufsbildungszentrum an. Sich den Testverfahren dort zu stellen, ist ein Härte-test für sie. Diese Maßnahme wirft Frau C. fast aus der Bahn und stellt ihre allmählich wieder gefundene seelische Stabilität in Frage. Meine Erreichbarkeit in der Ambulanz wird plötzlich fast täglich abgefragt. Zuletzt lehnt das Arbeitsamt die Kostenübernahme für die Umschulung ab.

#### Hürden und neue Chancen

Neue Wege sind gefragt. Der Vater ist bereit, Frau C. finanziell zu unterstützen, um ihr die Ausbildung zu ermöglichen. Sie selbst hat bereits einen guten Kontakt zum Leiter der Bibliothekarschule aufgebaut. Schon für den Herbst 2003 hat sie eine Zusage zur Aufnahme. Der weitere Weg scheint aus der Perspektive von Frau C.'s professionellem Helferkreis, dem Psychologen des beschützten Arbeitsplatzes, an dem sie tätig war, der dortigen Sozialpädagogin und mir, klar zu sein. Im Rahmen einer Helferkonferenz wird gemeinsam mit Frau C. im Hinblick auf die zu erwartenden sozialrechtlichen Änderungen und finanziellen Einschränkungen ihr ein baldiger Ausbildungsbeginn ans Herz gelegt. Frau C. vermutet, dass ihr diese Veränderungen zu schnell sind und ungeachtet anderer äußerer

Faktoren folgt sie ihrem eigenen Rhythmus und verschiebt ihren Ausbildungsbeginn. Gleichzeitig stört die Umsetzung von Frau C.'s länger geplantes Vorhaben, mit ihrer Zwillingsschwester zusammen zu ziehen, damit beide sich gegenseitig unterstützen können, für sie selbst überraschend, jetzt ihre beruflichen Pläne. Das gemeinsame Wohnen mit der Zwillingsschwester entwickelt sich bald so konfliktreich, dass Frau C. sich kurzfristig und spontan eine eigene Wohnung sucht und sich selbstständig alle dafür erforderlichen Hilfen organisiert. Offenbar musste Frau C. erst einmal ihr eigenes Zuhause haben, bevor sie sich einem beruflichen Neuanfang stellen konnte.

#### Ein neuer Wegabschnitt

Im Mai 2004 beschließt Frau C. nach einer schwierigen Zeit der Entscheidungsfindung mit der Ausbildung an der Bibliothekschule zu beginnen. Um die Vorbereitungen hat sie sich schon gekümmert. Wieder in der Schule, hat sie inzwischen gute Noten und erfährt große Anerkennung. Manche Kränkung aus der Vergangenheit kann ausgeglichen werden. Mit der Ausbildung zur Bibliothekarin hofft sie langfristig, eine für sie passende berufliche Aufgabe zu finden, welche sie als Frau, die mit den Höhen und Tiefen einer psychischen Erkrankung zu leben hat, bewältigen kann. Dann vielleicht werde sie ihr übergeordnetes Ziel, ein „vollwertiges Mitglied unserer Gesellschaft zu sein“, erreichen. Uns stellt sie sich als Beispiel für eine lebensfeldorientierte Begleitung zur Verfügung.

### III. Was wirkt in der Begleitung auf dem Weg?

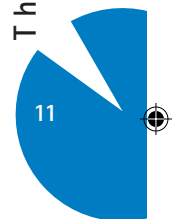
Zusammenfassend sehen wir den therapeutischen Prozess, den Frau C. durchlaufen hat, als eine Erfolgsgeschichte im Sinne einer Auslotung des Möglichen. Um aus ihr zu lernen, wollen wir von unserer Seite nach Elementen schauen, die möglicherweise zum positiven Verlauf beigetragen haben.

Der äußere Rahmen, sich spontan und jederzeit in Krisen an das Atriumhaus wenden zu können, bietet Frau C. Sicherheit und unterstützt sie in ihrem Bestreben „die Psychiatrie loszuwerden“. Die Krisenambulanz stellt hier für die Klientin ein zuverlässig abrufbares Angebot dar, das Frau C. für sich mehrfach genutzt und erprobt hat. Die durch die Krisenambulanz gesicherte Präsenz ergänzt durch eine verbindliche Zugehörigkeit zur Langzeitambulanz sind hier eine konstruktive Konstellation, um die Selbsthilfetendenz der Klientin zu fördern und ihr Autonomiebestreben gezielt zu unterstützen.

Wie oft beim psychotisch erkrankten Menschen ist der Lebenslauf von Frau C. durchzogen von Unstetigkeit, Wechseln, Brüchen und Diskontinuitäten. Die langfristige Kontinuität in der persönlichen Betreuung durch die koordinierende Bezugsperson fungiert unseres Erachtens hier als wichtiges positives Gegengewicht und wird von einer klaren und eindeutigen Form der Kommunikation unterstützt. Das methodische Konzept der personenzentrierten Hilfeplanung trägt darüber hinaus dank seiner differenzierten Lebensfeldorientierung zu einer klareren Strukturierung bei. Mit Frau C. gelingt es, auch unübersichtliche Situationen zuletzt gemeinsam zu entwirren und den Sinn ihrer „Umwege“ zu verstehen. Dieses Verstehen zeichnet häufig die notwendige neue Orientierung für ihre nächste Etappe vor.

Die Klientin kann heute als eine zielstrebige, lernende und kämpferische Frau, als Lebenskünstlerin mit viel Einsatzvermögen und Energie beschrieben werden. Dieses Bild ist das Ergebnis einer allmählichen langsamen, über Jahre sich entwickelnden Stabilisierung des psychischen Zustands von Frau C., die zu Beginn der Begleitung und Behandlung im Atriumhaus mehr oder weniger durchgängig psychosenah und insgesamt in einer labilen seelischen Verfassung war. Dieser stetige Prozess ihrer gesundheitlichen Besserung erinnert an Ciompis Hinweis auf die Bedeutung positiver und gemeinsamer Zukunftserwartungen, die

Zusammenfassend sehen wir den therapeutischen Prozess, den Frau C. durchlaufen hat, als eine Erfolgsgeschichte im Sinne einer Auslotung des Möglichen



Wie oft beim psychotisch erkrankten Menschen ist der Lebenslauf von Frau C. durchzogen von Unstetigkeit, Wechseln, Brüchen und Diskontinuitäten

Im Spannungsfeld zwischen: „Wieviel Einmischung von Dritten verträgt eine Person?“ und: „Welche Versorgungsverpflichtung hat eine moderne Soziale Psychiatrie in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen?“ sucht diese Begleitung und koordinierte Hilfeplanung bei Frau C. einen Weg

er zu den wichtigsten verlaufsbestimmenden Faktoren zählt (vgl. Ciompi, 1985, S. 57). Zu Beginn meiner Begleitung stand eine Klientin, die sich zwischen ihrer Familiendynamik, ihren eigenen Leistungsansprüchen und den neu zu lernenden therapeutischen selbststärkenden Verhaltens- und Handlungsmustern zerrieben hat. In diesem Sinne interpretieren wir das von außen an die Klientin herangetragene Vertrauen an ihre eigene Entwicklungsfähigkeit als ersten Schritt bei diesem positiven Verlauf. Erst die vorausgegangenen Entwicklungsstufen brachten die Klientin in die hier geschilderte Situation, dass sie heute ihren Traumberuf Bibliothekarin anstrebt. Vielleicht auch, weil sie selbst, ihr Vater als nächster Angehöriger und die sie begleitenden Bezugspersonen ihren Wunsch für realisierbar halten. Von heute aus betrachtet, erscheinen die bisher erreichten Ziele fast bilderbuchartig, obwohl der Weg dorthin von vielen Hürden und Ambivalenzkonflikten gekennzeichnet war.

Im Spannungsfeld zwischen: „Wieviel Einmischung von Dritten verträgt eine Person?“ und: „Welche Versorgungsverpflichtung hat eine moderne Soziale Psychiatrie in der Arbeit mit psychisch

kranken Menschen?“ sucht diese Begleitung und koordinierte Hilfeplanung bei Frau C. einen Weg. Eine Versorgungsverpflichtung im Falle von Frau C. umfasst unseres Erachtens auch ausreichenden Schutz ihrer psychischen Stabilität, wenn sie in Krisensituationen dem Impuls, sich selbst zu überfordern, nachgibt und sich somit gefährdet. In der Beziehung zu Frau C. sind Offenheit und ein Vertrauensvorschuss in ihre Selbstverantwortung und Selbstkompetenz unabdingbare Elemente, die sie in ihrem Autonomiebestreben braucht. Einer Kontrolle und zuviel Einmischung von außen steht sie äußerst skeptisch gegenüber. Verbindlichkeit und Zuverlässigkeit kennzeichnen die gewachsene gute Kooperationsbasis zwischen der Klientin und der koordinierenden Bezugsperson. So kann sich die professionelle Helferin darauf verlassen, dass sich Frau C. auch in akuten Krisensituationen selbstbestimmt Hilfe holen kann. Diese Kompetenz hat sich erst allmählich entwickelt. Die Systematik der Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (wie Informationen sammeln, Probleme und Ressourcen erkennen, konkrete Hilfeziele festlegen, sich abstimmen und koordiniert durchführen,

aus- und bewerten und fortschreiben) und die darin aufgehobenen sinnvollen Teilschritte führen bei Frau C. zur Kohärenz und Stimmigkeit des therapeutischen Prozesses, der letztlich für alle Beteiligten nachvollziehbar ist.

Abschließend bleibt anzumerken, dass bei dieser Offenlegung vieler Einzelheiten eines therapeutischen Prozesses im Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan sich Fragen stellen im Hinblick auf Schweigepflicht und Datenschutz, wenn dieses Dokumentationsinstrument gleichzeitig administrativen Zwecken zugänglich gemacht werden soll. Hier gibt es hinsichtlich der Kommunikation zwischen den Leistungsträgern und den Einrichtungen und Diensten noch Diskussions- und Klärungsbedarf.

#### Literatur:

- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2000). Modellprojekt Psychiatrisches Casemanagement. Band 133. Baden-Baden: Nomos.
- Ciompi, L. (1985). Auf dem Weg zu einem kohärenten multidimensionalen Krankheits- und Therapieverständnis der Schizophrenie. In: Böker / Brenner (Hg.) (1985). Bewältigung der Schizophrenie. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.
- Dörner, K. (2004). Das Handeln psychosozialer Profis. In: Soziale Psychiatrie (3 / 2004)
- Kauder, V. (Hg.) (1998?). Personenzentrierte Hilfen in der sozialpsychiatrischen Versorgung, Psychosoziale Arbeitshilfen Bd. 11. Bonn: Psychiatrie Verlag. ●

## Wie Personenzentrierung eine Einrichtung verändert

Ein Erfahrungsbericht über den Umbau einer klassischen Heimeinrichtung zum Anbieter umfassender sozialpsychiatrischer Hilfen

Von Alexander Meinlschmidt

Jahrzehntelang wurde im Auftrag unserer Gesellschaft im ländlichen Raum durch Eingliederungshilfe finanzierte Ausgliederung in Heime praktiziert. Chronisch psychisch kranke Menschen wurden (und werden noch immer) aus ihrem sozialen Umfeld gerissen und möglichst weit entfernt und unauffällig untergebracht: aus den Augen – aus dem Sinn. Während in den Städten und Ballungszentren der Prozess der Enthospitalisierung und Ambulantisierung insofern leichter fällt, als sie in der Regel eine rela-

tiv geringe Anzahl vollstationärer Heimplätze vorhalten, stellt der begrüßenswerte Sinneswandel in der psychiatrischen Versorgung für Heime auf dem Land eine enorme Herausforderung dar. Personenzentrierung und damit zwangsläufig auch Dezentralisierung und Ambulantisierung steht häufig im Widerspruch zu den Interessen der Gemeinden, den Strukturen der Einrichtung und auf den ersten Blick den Interessen der Träger. Am Beispiel einer Einrichtung im Schwarzwald wird im Folgenden

aufgezeigt, wie sich ein klassisches Heim durch die ernsthafte und konsequente Einführung und Umsetzung der Personenzentrierung in wenigen Jahren zu einem sozialpsychiatrischen Hilfeanbieter mit einem breiten Spektrum an ambulanten und stationären Hilfsangeboten wandeln kann.

Die „Sozialpsychiatrischen Hilfen im Landkreis Freudenstadt“ sind eine sozialpsychiatrische Einrichtung im Schwarzwald in Trägerschaft der BruderhausDiakonie

(früher Gustav-Werner-Stiftung im Verbund mit Haus am Berg GmbH) mit Sitz in Reutlingen. Um die Tragweite und Dynamik der Veränderungen, die diese Einrichtung in den letzten Jahren vollzogen hat, aufzeigen zu können, muss kurz auf deren Geschichte eingegangen werden.

#### Von der Anstalt zum Wohnverbund

Bis Anfang der 90er Jahre wurde das „Bruderhaus Göttelfingen“ nach dem „Hausvaterprinzip“ geführt (Stichworte: Wohn- und Arbeitsgemeinschaft, Beheimatung, Landwirtschaft, Selbstversorgung). Die Einrichtung befand sich in einer sehr kleinen Schwarzwald-Gemeinde (unter 300 Einwohner), einer Teilgemeinde der Gemeinde Seewald und betreute ca. 90 Personen, sowohl geistig behinderte Menschen als auch psychisch kranke Menschen ohne räumliche oder fachliche Differenzierung. Ab dem Jahr 1992 wurde diese fehlende Differenzierung hergestellt. Zu diesem Zeitpunkt erfolgte auch eine freiwillige Beschränkung auf Neuaufnahmen ausschließlich aus dem Landkreis Freudenstadt.

Im Jahr 1993 war die inhaltliche und räumliche Differenzierung abgeschlossen. In Seewald-Göttelfingen leben seit dem ca. 70 vorwiegend psychisch kranke Menschen (wobei kein „alter Baum gegen seinen Willen verpflanzt“ wurde). Im selben Jahr fand auch der erste Schritt in Richtung Dezentralisierung des psychiatrischen Angebots statt, wobei 17 stationäre Wohnplätze, unter Auflösung noch vorhandener Doppelzimmer, nach Waldachtal-Lützenhardt verlagert wurden. Unter dem neuen Namen „Sozialpsychiatrischer Wohnverbund im Landkreis Freudenstadt“ versorgte diese Dienststelle noch drei weitere – ebenfalls vollstationäre – Außenwohngruppen in der Gesamtgemeinde Seewald.

Im Jahr 1996 stand die Suche nach geeigneten Instrumentarien zur Erfüllung der (neuen) gesetzlichen Anforderungen hinsichtlich Dokumentation und Qualitätssicherung im Mittelpunkt der Bemühungen. Bei dieser Suche

war die gesamte Mitarbeiterschaft stets eingebunden. Da zu diesem Zeitpunkt bereits die Dokumentation zur Informationstagung der Aktion Psychisch Kranke e.V. vom 27. und 28. April 1994 „Personalbemessung im komplementären Bereich – von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation“ vorlag und dieser Ansatz der einzige war, der generell und konsequent die Miteinbeziehung der Klientinnen und Klienten zum Grundsatz hatte, fiel die Entscheidung für diesen Ansatz nicht schwer.

Bei Erscheinen der „Psychosozialen Arbeitshilfen 11“ und zum Zeitpunkt der Jahrestagung der Aktion psychisch Kranke e.V. 1997 war für die Dienststelle die Entscheidung für den personenzentrierten Ansatz bereits gefallen. Diese Entscheidung wurde dann später auch für alle Dienststellen des Bereichs Sozialpsychiatrie der damaligen Gustav-Werner-Stiftung getroffen. In diesem Jahr erfolgte am Standort Seewald-Göttelfingen auch eine Binnendifferenzierung durch die Anerkennung eines Bereiches als Fachpflegeheim gemäß SGB XI mit 25 Plätzen für pflegebedürftige psychisch kranke Menschen.

#### Auf dem Weg zur Personenzentrierung

Da die Entscheidung für den personenzentrierten Ansatz auf breiter Basis getroffen wurde, war die Akzeptanz des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) seitens der Mitarbeiterschaft kaum ein Problem. Problematisch jedoch war, dass zunächst niemand den Bedarf an Schulungen zu dessen Umsetzung befriedigen konnte. Zwar wurden Einführungsveranstaltungen – unter anderem unter der Regie des Trägers – angeboten und fanden regen Zuspruch, inhaltlich jedoch blieben diese doch sehr an der Oberfläche und äußerst theorielastig.

Aus dieser Not heraus wurde ein einrichtungsinterner Arbeitskreis gebildet, der die Aufgabe hatte, Schulungskonzepte zu entwickeln, Schulungen durchzuführen und eine Handreichung zu erarbeiten,

die über die von der Aktion psychisch Kranke herausgegebenen „Psychosoziale Arbeitshilfe 11“ hinaus auch praxisorientierte Hinweise liefern. Dieser Arbeitskreis war hierarchieübergreifend besetzt und bestand aus der Dienststellenleitung, dem Psychologischen Fachdienst und einem Mitarbeiter einer Wohngruppe. Ende 1997 waren dann alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Betreuung und alle Fachdienste geschult. Die Umsetzung konnte beginnen.

Der Weg zur Personenzentrierung war steinig: viele Fragen, wenig Antworten. Im Laufe der Zeit wurden viele Fehler gemacht und viel aus ihnen gelernt. Rückblickend traten alle Fehler auf, die man machen konnte: So war eine gewisse Neigung zum „bogenzentrierten“ Arbeiten festzustellen, indem der IBRP wie ein Steuerformular ausgefüllt wurde. Einzelnen Versuchen die Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen zu übergehen, standen ausführlichste Defizitlisten gegenüber. Versuche, den IBRP zu verbessern, konnten gerade noch gestoppt werden bevor das Instrument der Personenzentrierung der Einrichtungszentrierung zum Opfer fiel. Die Schweigepflicht wurde bis zur Handlungsunfähigkeit gepflegt... Die meisten dieser Fehler werden auch heute noch immer wieder irrtümlicherweise dem Instrument zugeschrieben und nicht den Anwendern und sind meist die Folge mangelnder oder fehlender Schulung in der praktischen Anwendung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans.

#### Vom „lahmen Gaul“ zum Zugpferd

All diese Anfangsschwierigkeiten konnten gemeistert werden, da von Leitungsseite auch die notwendigen Personalressourcen dafür freigestellt wurden (in etwa 1/3 Stelle über 2 Jahre). Durch die Auseinandersetzung mit dem IBRP, den vereinbarten Zielen, der („plötzlichen“) Möglichkeit, nicht-psychiatrische Hilfen heranzuziehen und der Konzentration auf die Ressourcen und Fähigkeiten der Klientinnen und Klienten, fassten sowohl die Mitarbeiterschaft als auch viele der

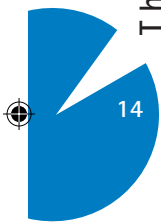
Der Weg zur Personenzentrierung war steinig: viele Fragen, wenig Antworten. Im Laufe der Zeit wurden viele Fehler gemacht und viel aus ihnen gelernt. Rückblickend traten alle Fehler auf, die man machen konnte



Dipl. Psych. Alexander Meinschmidt arbeitet bei den Sozialpsychiatrischen Hilfen im Landkreis Freudenstadt der BruderhausDiakonie Reutlingen und ist von der Aktion Psychisch Kranke e.V. autorisierter IBRP-Trainer. alexander.meinschmidt@bruderhausdiakonie.de

Das erste Halbjahr 1998 zeigte bereits deutlich, dass das im Landkreis Freudenstadt vorgehaltene Angebot an psychiatrischen Hilfen in keiner Weise ausreichte, um den – bislang von den Profis unentdeckten – Bedarfen der Klientinnen und Klienten gerecht zu werden

## Themenschwerpunkt



Kerbe 4/2004

Natürlich wäre es am einfachsten gewesen, für die willigen/mutigen Klientinnen und Klienten ausschließlich den Status zu verändern und diese in der bisherigen Wohnung zu belassen und lediglich den Heimvertrag in einen Miet- und einen Betreuungsvertrag zu splitten

betroffenen Personen den Mut, es auch außerhalb vollstationärer Angebote zu versuchen.

Das erste Halbjahr 1998 zeigte bereits deutlich, dass das im Landkreis Freudenstadt vorgehaltene Angebot an psychiatrischen Hilfen in keiner Weise ausreichte, um den – bislang von den Profis unentdeckten – Bedarfen der Klientinnen und Klienten gerecht zu werden. Ein Überangebot an vollstationären Wohnplätzen stand einer verschwindend geringen Zahl von ambulanten Hilfen zum Wohnen gegenüber.

Der Antrag der Dienststelle auf Ausweitung des Angebots auch auf ambulante Versorgung wurde genehmigt (zuerst 8, heute 20 Plätze), allerdings mit der Auflage, einen vollstationären Platz für je 2 ambulant betreute Wohnplätze abzubauen. Ideologisch sehr begrüßenswert, betriebswirtschaftlich in Baden-Württemberg durch eine Pauschalfinanzierung eines Betreuungsschlüssels von (leider nur theoretisch) 1:10 eher ein Wagnis. Dieser Schritt – die erste Ausweitung der Versorgung auch auf ambulante Hilfsangebote – brachte die bislang eher statischen Einrichtungsstrukturen ins Wanken; die Einrichtungsstruktur bröckelte erstmals.

Natürlich wäre es am einfachsten gewesen, für die willigen/mutigen Klientinnen und Klienten ausschließlich den Status zu verändern und diese in der bisherigen Wohnung zu belassen und lediglich den Heimvertrag in einen Miet- und einen Betreuungsvertrag zu splitten. Eine andere Möglichkeit wäre gewesen, ein paar Wohnungen oder Häuser zu kaufen beziehungsweise anzumieten und in diesen ambulant betreute Wohngemeinschaften zu gründen. Im ersten Fall wäre der personenzentrierte Ansatz zur Farce verkommen, im zweiten nach Kündigung des Betreuungsvertrags automatisch wohl auch die des Mietvertrages erfolgt. Außerdem scheint der Wunsch nach dem Leben in Wohngemeinschaften geringer zu sein, als in Profikreisen immer noch angenommen wird. Faktisch haben zumindest bislang alle Klientinnen und Kli-

enten, die den Wechsel in ambulante Wohnformen gewagt haben, alleine in einer eigenen Wohnung leben wollen.

Im Widerspruch zu den Trägerinteressen (...wohin mit all den Immobilien?...), wurden nun die Klientinnen und Klienten dabei unterstützt, eigene Wohnungen zu finden und eigene Mietverträge abzuschließen. Keine der ambulant betreuten Personen steht derzeit in einem (Unter-)Mietverhältnis mit der Einrichtung oder dem Träger.

### Der personenzentrierte Arbeitsplatz

Nun waren zwar einige Klientinnen und Klienten bereit, der vollstationären Versorgung den Rücken zu kehren, wollten aber ihre Bezugsperson aus dem bisherigen Betreuungsteam behalten. Dies war nicht sonderlich überraschend, bestätigte dies doch auf eindringlichste Weise den verbreiteten Ruf nach Betreuungskontinuität. Nichtsdestotrotz hatte die Entscheidung, diesen Bedürfnissen auch nachzukommen, massive Auswirkungen auf die einzelnen Arbeitsplätze und die Arbeit der Teams.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften im städtischen Umfeld mögen ja effizient zu versorgen sein. Durch eine Mischkalkulation kann dies auch die Betreuung von Personen ermöglichen, für die ein Betreuungsschlüssel von 1:10 nicht ausreicht. In einem dünnbesiedelten Flächenlandkreis wie Freudenstadt mit einzelnen Wohnungen an von den Klientinnen und Klienten gewählten Orten geht jedoch enorm viel Zeit auf den Straßen verloren. Demzufolge reduziert sich die Zielgruppe auf den Personenkreis, der mit deutlich weniger direkter Betreuungszeit auskommen kann, als dies der Betreuungsschlüssel von 1:10 vorgibt.

Die Berücksichtigung dieser regionalen und konzeptionellen Aspekte führte in den Teams dazu, dass vertraute Arbeitsweisen, Arbeitsteilungen und Arbeitsaufgaben komplett überdacht und neu organisiert werden mussten. Kolleginnen und Kollegen waren

plötzlich nicht mehr zu 100 % für die Aufgaben des Heimalltags abzurufen, sondern zum Beispiel nur noch zu 70%, da sie eben auch noch 3 ambulante Klienten in deren Wohnung betreuen.

Standen bislang zwei Kolleginnen oder Kollegen an einem bestimmten Tag mit Frühdienst im Dienstplan konnte man davon ausgehen, dass beide gleichzeitig zum Dienst erschienen oder diesen beendeten. Mit Umsetzung der Personenzentrierung jedoch beginnen oder beenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eventuell ihren Dienst in der Wohnung eines Klienten im betreuten Wohnen, um so wenigstens eine Wegstrecke nicht von der kostbaren Betreuungszeit abziehen zu müssen.

Dieser organisatorische und logistische Mehraufwand ist zwar enorm, zahlt sich jedoch aus: Für ausschließlich ambulant tätiges Personal besteht die Gefahr der Vereinsamung am Arbeitsplatz. Dies trifft zwar auf eine Vielzahl von Berufen auch zu, jedoch scheint im psychiatrischen Umfeld kollegialer Austausch und Absprachen zur gegenseitigen Stellvertretung eine wesentlich zentralere Rolle zu spielen. Teams, oder besser Teammitglieder die sowohl ambulant als auch stationär tätig sind, sind in der Regel zufriedener, da sie auch die Früchte ihrer vollstationären Arbeit ambulant ernten. Sie integrieren die ambulante Sichtweise eher in den stationären Alltag und finden im Urlaubs- oder Krankheitsfall leichter eine Vertretung.

Für die Klientinnen und Klienten bedeutet eine derartige Organisationsform auch, dass sie in Krisensituationen zumindest eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter des Betreuungsteams telefonisch erreichen können und trotz des ambulanten Status' kurzfristig Hilfe erhalten.

### Vom Wohnverbund zu umfassenden sozialpsychiatrischen Hilfen

Durch die Ausweitung des Hilfeangebots auf ambulant bereutes Wohnen trat – wie nicht anders zu erwarten – ein weiterer Mangel in der psychiatrischen

Versorgung innerhalb des Landkreises zu Tage: Angebote an Tagesstruktur fehlten zumindest für einen Teil der ambulant betreuten Klientinnen und Klienten im Landkreis. Außerdem fehlte ein niederschwelliges Angebot für Personen, die sich in keinerlei Vertragsverhältnis mit einem Hilfeanbieter befanden – es fehlte ein Tagesstättenangebot. Hier sei erwähnt, dass die Finanzierung in Baden-Württemberg nicht wie in manch anderen Bundesländern personenbezogen erfolgt, sondern pauschal mit 29 Cent pro Jahr und Einwohner des Landkreises bei einer einmaligen Investitionshilfe von 8 Cent pro Einwohner des Landkreises.

Nun handelt es sich beim Landkreis Freudenstadt um einen Flächenlandkreis mit dünner Besiedelung und weiten Wegen. Der seit der Kreisreform zu Freudenstadt gehörende Bereich um Horb (Teile des Altkreises Horb) war zudem psychiatrisch mit einem niedergelassenen Psychiater und einem zweiwöchentlichen Nachmittagsangebot des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Horb

mietete der „Sozialpsychiatrische Wohnverbund“ in Horb ein Haus an. In dieses Haus wurde dann sowohl die (Teil-)Tagesstätte Horb integriert, als auch einige wenige Wohnplätze als vollstationäre Außenwohngruppen verlagert. Diese Dezentralisierung war ebenfalls die Folge personenzentrierter Arbeit, da einige der Klienten aus dem Horber Raum stammten und gerne wieder dorthin ziehen wollten.

Es zeigte sich sehr schnell, dass das Angebot auch an vollstationären Hilfen zum Wohnen nach wie vor regional unausgewogen war: In Seewald waren zu viele Wohnplätze, in Horb zu wenige. Es gibt zwar einige Klientinnen und Klienten, die das ländliche Umfeld in Seewald wünschen, benötigen und davon auch profitieren, dies trifft jedoch bei weitem nicht auf alle zu. Viele wollten eher das städtische Umfeld. So war ein weiterer Schritt zur Dezentralisierung notwendig.

Im Jahr 2003 konnten 19 vollstationäre Wohnplätze von der Stammeinrichtung in Seewald, die damit verkleinert wurde auf ca. 50 Plätze, nach Horb verlagert werden, was vielen Klientinnen und Klienten ermöglichte in das von ihnen gewünschte Umfeld zu ziehen. Mitarbeiterinnen

und Mitarbeiter, die bislang in Seewald oder Waldachtal beschäftigt waren zogen mit um, behielten dabei jedoch ihre ambulant betreuten Klienten. In vielen Fällen konnte auch die Betreuungskontinuität bei vollstationären Klienten gewahrt werden.

In relativ kurzer Zeit wurde im Horber Raum also sowohl stationäre als auch ambulante Hilfen zum Wohnen etabliert und ein niederschwelliges Hilfs- und Kontaktangebot in Form einer

Tagesstätte geschaffen. Der Versuch diese Hilfen durchlässiger zu gestalten führte u.a. dazu, die gesamte Mitarbeiterschaft in Horb unter eine gemeinsame Leitung zu stellen.

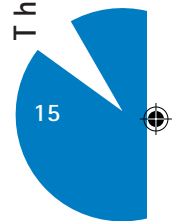
Im selben Jahr zeichnete sich ab, dass der Sozialpsychiatrische Dienst einen neuen Träger brauchte. Der Landkreis als bisheriger Träger hatte bereits die Kürzung der Stellen dieses Dienstes von drei auf zwei beschlossen, als sowohl „Die Treppe e.V.“, als auch der „Sozialpsychiatrische Wohnverbund“ hinsichtlich der zukünftigen Trägerschaft angefragt wurden. Aufgrund der bisherigen guten Erfahrungen mit der Kooperation beim Betreiben der Tagesstätte vereinbarten beide Einrichtungen diese Kooperation ab Januar 2004 auf den Sozialpsychiatrischen Dienst auszuweiten. Als die Entscheidung, in Richtung Horb zu dezentralisieren mit den zuständigen Ämtern und Gremien abgestimmt wurde, kam auch die Rede auf die Schaffung von Arbeitsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen im Horber Raum. Dies resultierte darin, dass der Werkstättenverbund Baden ebenfalls einen Schritt in Richtung Dezentralisierung unternehmen musste, indem er beschützte Arbeitsplätze von Seewald-Schernbach nach Horb verlagerte. Dies zeigt, dass selbst andere Einrichtungen, die nicht personenzentriert arbeiten, dennoch in das Fahrwasser der Personenzentrierung geraten können und sich den neuen Gegebenheiten anpassen müssen.

Nimmt man Personenzentrierung ernst und benützt den Begriff nicht nur als Worthülse und ist der personenzentrierte Ansatz in den Köpfen der Profis angekommen statt in Form von Hilfeplänen in den Regalen zu verstauben, dann entwickelt sich eine unaufhaltbare Dynamik hinsichtlich:

- der Ambulantisierung durch die Unterstützung der Klientinnen und Klienten bei ihrem Wunsch aus dem Heimumfeld auszuziehen,
- der Dezentralisierung der stationären und ambulanten Angebote durch die Berücksichtigung der gewünschten Wohn- und Arbeits-

Im Jahr 2003 konnten 19 vollstationäre Wohnplätze von der Stammeinrichtung in Seewald, die damit verkleinert wurde auf ca. 50 Plätze, nach Horb verlagert werden, was vielen Klientinnen und Klienten ermöglichte in das von ihnen gewünschte Umfeld zu ziehen

Themenschwerpunkt



Kerbe 4/2004

### Abstract

Eine Einrichtung verändert sich durch die Einführung der Personenzentrierung vom klassischen Heim hin zu einem sozialpsychiatrischen Anbieter umfassender ambulanter und stationärer Hilfen. Auswirkungen dieser Entscheidung zeigen sich in der Struktur der Einrichtung, der Arbeitsplätze und der regionalen Einbindung. Dezentralisierung, Ambulantisierung, Differenzierung und Qualifizierung gehen Hand in Hand mit der Schaffung von Kooperationen mit anderen Trägern und Einrichtungen.

völlig unterversorgt. Aus diesen Gründen drängte sich eine Teilung des Tagesstättenangebots auf zwei Standorte (Freudenstadt und Horb) geradezu auf. Ein Kooperationsvertrag zwischen dem „Sozialpsychiatrischen Wohnverbund im Landkreis Freudenstadt“ und der „Psychosozialen Hilfsvereinigung Die Treppe e.V.“ in Freudenstadt regelt seit dem Jahr 2000 den Betrieb der Tagesstätte an zwei Standorten. Während „Die Treppe“ die (Teil-)Tagesstätte in Freudenstadt eröffnete,

Nimmt man Personenzentrierung ernst und benützt den Begriff nicht nur als Worthülse und ist der personenzentrierte Ansatz in den Köpfen der Profis angekommen statt in Form von Hilfeplänen in den Regalen zu verstauben, dann entwickelt sich eine unaufhaltbare Dynamik



- orte der Klientinnen und Klienten,
- der Differenzierung des Hilfeangebots entsprechend den tatsächlichen Bedarfen,
- der Flexibilisierung der Hilfen auch außerhalb der Kategorien „ambulant“ und „stationär“ und schließlich
- der Kooperation mit anderen Hilfebringern.

Wie an diesem Beispiel hoffentlich zu sehen ist, lohnt sich der Umstieg auf die Personenzentrierung und die Hilfeplanung mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan selbst dann, wenn die Bildung von Hilfebedarfgruppen und damit die Finanzierung nicht über den IBRP erfolgt (wie in Baden-Württemberg) und keine Steuerung über einen Gemeindepsychiatrischen Verbund erfolgt (wie im Kreis Freudenstadt). Allein schon qualitative Aspekte rechtfertigen die Einführung des personenzentrierten Ansatzes und die Verwendung des IBRP als Hilfeplanungsinstrument. Bei der verbreiteten Kritik am IBRP, er erhöhe lediglich den Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand, wird meist vergessen, dass die Erarbeitung des Hilfeplans gemeinsam mit der Klientin / dem Klienten erfolgt und somit direkte Betreuungszeit ist. Selbstverständlich kann jedes Werkzeug – so auch der IBRP – missbraucht oder falsch angewendet werden. Die immer wieder auftauchende ablehnende Haltung gegenüber diesem Instrument wäre vergleichbar mit Vorbehalten gegenüber einem Hammer, da man sich mit diesem auch auf den Daumen schlagen kann. Jedoch vernünftige theoretische und vor allem praktische Ausbildung im Umgang mit Werkzeugen vermeidet den unsachgemäßen Gebrauch in aller Regel.

Im Jahr 2000 wurde im Zuständigkeitsbereich der Abteilung Sektorpsychiatrie des Zentrums für Psychiatrie Weissenau die sogenannte Aufnahmekonferenz des Psychiatrischen Wohnverbundes ins Leben gerufen

**Literatur**  
**Kauder, V., AKTION PSYCHISCH KRANKE** (Hrsg.) (1997). Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Bonn.  
**Kruckenberg, P., Jagoda, B., AKTION PSYCHISCH KRANKE** (Hrsg.) (1994). Personalbemessung im komplementären Bereich – von der institutionen- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation, Dokumentation zur Informationstagung am 27. und 28. April 1994, Bonn.  
**Rau, D.** Personenzentrierte Hilfeplanung – Ein Plädoyer für IBRP-Schulungen. In: Schmidt-Zadel, R., Kunze, H. (Hrsg.). Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven – Tagungsbericht Kassel 03./04. Juni 2003, Bonn 2004. ●

## Hilfeplankonferenz als Herzstück personenzentrierter Umgestaltung

Was eine Hilfeplankonferenz für die Einrichtungen bedeutet und was sich dabei in der Region ändert

Von Michael Konrad und Sabine Gnannt-Kroner

Die Hilfeplankonferenz ist in der psychiatrischen Fachwelt sowie bei Psychiatrie-Erfahrenen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von psychiatrischen Einrichtungen und Diensten nicht unumstritten. Erreicht sie tatsächlich die verletzbarsten, die schwerst psychisch Kranken? Kritisiert wird, dass sie eine Bürokratisierung funktionierender Abläufe darstellt und ein am Markt orientiertes System für die leichter psychisch Kranken errichtet. Nach unserer Erfahrung ist die Hilfeplankonferenz das Herzstück personenzentrierter Umgestaltung und damit auch die Grundlage einer gemeindepsychiatrischen Versorgung, die die verletzbarsten psychisch kranken Menschen erreicht. Für die Entwicklung der Hilfsangebote in einer Region ist sie Impulsgeber und Korrektiv. Die Hilfeplankonferenz kann jedoch kein Eigenleben führen, sondern bedarf der Einbindung in den Gemeindepsychiatrischen Verbund, der Versorgungsverpflichtung und Zuständigkeiten klar definieren muss.

Im Jahr 2000 wurde im Zuständigkeitsbereich der Abteilung Sektorpsychiatrie des Zentrums für Psychiatrie Weissenau die sogenannte Aufnahmekonferenz des Psychiatrischen Wohnverbundes ins Leben gerufen. Hintergrund war die unbefriedigende Situation, dass die Wartezeiten in den Heimeinrichtungen der Region sehr lang waren und damit eine zeitnahe nachklinische Versorgung der schwerst beeinträchtigten psychisch kranken Bürgerinnen und Bürgern der Region nicht umgesetzt werden konnte. Und das trotz einer großen vollstationären Kapazität (250 Plätze stationäre Eingliederungshilfe und stationäre Hilfe zur Pflege) und einem gut ausgebauten und funktionierenden ambulanten Versorgungsangebot in der Region. Die stationären Plätze konzentrierten sich in Ravensburg und der nahen Umgebung. Die Einrichtungen entschieden allein über Aufnahme oder Nichtaufnahme, der Druck der Krankenkassen wuchs.

### Die Verbundentwicklung in Bodenseekreis und Landkreis Ravensburg

Auf der Grundlage eines Kooperationsvertrages verpflichteten sich die Träger von psychiatrischen Wohneinrichtungen in den

Landkreisen Bodenseekreis und Ravensburg mit Beteiligung des Zentrums für Psychiatrie Weissenau zur Versorgung der psychisch kranken Menschen aus den beiden Landkreisen und zu einer zeitnahen Erbringung der Hilfen. Man verständigte sich auf eine Hilfeplanung auf der Grundlage des IBRP (Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan), die in dieser Phase jedoch ausschließlich der Zuordnung zu einer Heimeinrichtung, dem Ambulant Betreuten Wohnen mit Personalschlüssel 1:10 oder der Psychiatrischen Familienpflege diene. Die Aufnahmekonferenz kümmerte sich in erster Linie um die Menschen mit hohem und komplexem Hilfebedarf. Die gemeinsame Konferenz, an der jeweils autorisierte Vertretungen der beteiligten Einrichtungen und der ambulanten Dienste teilnahmen, symbolisierte die gemeinsame Verantwortung des Trägerverbundes.

Sie brachte zum Vorschein, warum zeitnahe Aufnahmen nicht umgesetzt werden konnten. Eine Ursache lag in den Verweildauern in den Heimen, einer geringen Fluktuation, letztlich in der Angst vor Veränderung, vor Neuem, anderen Bezugspersonen. Eine weitere Ursache, so kristallisierte sich für alle Beteiligten heraus,



war die Aufnahme von psychisch kranken Menschen aus anderen Landkreisen in die Heimeinrichtungen. Kontroverse Diskussionen zogen sich durch die Aufnahmekonferenz. Wo beginnt und wo endet unsere Zuständigkeit? Missachten wir u. U. das Recht auf Freizügigkeit? Die enge Vernetzung der Aufnahmekonferenz mit der auf Leitungs- bzw. Geschäftsführungsebene bestehenden Trägerkonferenz bewirkte Richtlinien für solche relevanten Fragestellungen. Die Devise, dass ein Träger die Verantwortung für „schwierige“ Klientinnen oder Klienten nicht allein tragen muss, sondern auch wieder an den Verbund abgeben kann, trug wesentlich dazu bei, die Versorgungsverpflichtung mit Leben zu füllen.

#### Implementationsprojekt zum personenzentrierten Ansatz

Die Versorgungsregion bewarb sich beim Sozialministerium des Landes Baden-Württemberg erfolgreich um die Projektteilnahme (Laufzeit 1.10 2001 bis 31.3. 2004). Die Projektvereinbarung wurde im Dezember 2001 von den Einrichtungsträgern, den beiden Landkreisen und der Aktion Psychisch Kranke e.V. unterschrieben. Die Projektsteuerungsgruppe setzte sich zusammen aus den Geschäftsführern bzw. Leitungspersonen der beteiligten Träger bzw. Einrichtungen, die an der Erarbeitung der Projektvereinbarung beteiligt waren, der Psychiatriekoordinatorin des Landkreises Ravensburg, dem Psychiatriekoordinator des Bodenseekreises, den Koordinatorinnen der Hilfeplankonferenzen und dem das Projekt begleitenden Mitarbeiter der Aktion Psychisch Kranke.

Um sicher zu stellen, dass alle psychisch kranken Menschen der Region erreicht werden, wurde das Prinzip der Versorgungsverpflichtung in der Geschäftsordnung der Hilfeplankonferenz im Sinne einer praktischen Handlungsanweisung formuliert: „Kein psychisch kranker Mensch muss seinen Landkreis verlassen, um die seinem Hilfebedarf entsprechende Versorgung zu

erhalten. Die beteiligten Dienste und Einrichtungen beachten bei der Falldiskussion den Grundsatz, dass keine Hilfe suchende Person (...) aufgrund der Schwere ihrer Beeinträchtigungen von der Versorgung innerhalb des GPV ausgeschlossen werden darf. Vor der Kündigung eines Heim-, Werkstätten-, oder Betreuungsvertrags bedarf es daher der Vorstellung des Klienten in der Hilfeplankonferenz, sofern nach Maßnahmebeendigung ein Hilfebedarf erkennbar weiter besteht.“

#### Ablösung der Aufnahmekonferenz durch die Hilfeplankonferenz

Nahmen an der Aufnahmekonferenz lediglich die Vertreterinnen und Vertreter aller psychiatrischen Wohneinrichtungen (Heime und Ambulant Betreutes Wohnen) und die ambulanten Dienste (Sozialpsychiatrischer Dienst, Ambulanter Psychiatrischer Pflegedienst) teil, so erweiterte sich das Gremium Hilfeplankonferenz um die Bereiche Arbeit und Tagesgestaltung. Günstig für die personenzentrierte Hilfeplanung war zum einen die Einführung der Psychiatrischen Institutsambulanzen und der Soziotherapie zu Beginn der Projektphase und des Persönlichen Budgets im Bodenseekreis in der Mitte der Projektphase. Zum anderen war wichtig die Dezentralisierung der beiden großen Heimeinrichtungen, die ihre Angebote in kleine Wohneinheiten in die Gemeinde verlagerten. Die wesentlichen Aspekte der personenzentrierten Hilfeplanung wurden eingeführt: Hilfeplanung mit der hilfesuchenden Person; Zielorientierung der Hilfeplanung; integrierte Hilfeplanung im Sinne von einrichtungs- und berufsgruppenübergreifendem Hilfebedarf; Hilfeplanung unabhängig von Wohnformen.

Zu Beginn der Projektphase wurde vereinbart, bei welchen Klientinnen und Klienten eine Hilfeplanung mit dem IBRP erforderlich ist und wer sie durchführt. Eine Hilfeplanung soll ausschließlich bei hilfesuchenden Personen mit komplexem Hilfebedarf erfolgen. Wenn neben der (fach-) ärztlichen Behandlung ausschließlich

Hilfen des Sozialpsychiatrischen Dienstes benötigt wird, erfolgt keine Hilfeplanung. Die Hilfeplanung wird von dem Dienst durchgeführt, der den Klienten/die Klientin im Rahmen eines komplementären Angebots betreut hat. Bei neu in das Hilfesystem kommenden Klientinnen und Klienten übernimmt der Soziopsychiatrische Dienst, bei Krankenhausbehandlung der Sozialdienst des Krankenhauses die Hilfeplanung.

Die Hilfeplankonferenz tagt in drei Regionen: in den Sektoren Ravensburg und Allgäu im Landkreis Ravensburg sowie im Bodenseekreis. In allen Regionen findet sie seit Beginn der Projektphase einmal im Monat statt. Beteiligt sind die Leitungen bzw. entscheidungsbefugte Mitarbeiter/innen aller Einrichtungen und Dienste für psychisch kranke Menschen des jeweiligen Sektors. Dazu gehört auch der Regionalmitarbeiter des Medizinisch-Pädagogischen Fachdienstes des Landeswohlfahrtsverbandes (LWV) sowie seit September 2003 eine Mitarbeiterin des Referats Eingliederungshilfe beim LWV, im Bodenseekreis seit 2004 auch ein Mitarbeiter des örtlichen Sozialhilfeträgers. Es ist ein gegenseitiger Lernprozess feststellbar, in dessen Mittelpunkt der Hilfesuchende steht. Annäherung zeigt sich in der Sprache, den „Begrifflichkeiten“, in der Abstimmung von Überprüfungen bzw. der Terminierung der Wiedervorlagen.

Die Moderation der HPK wird durch die Psychiatrie-Koordination des jeweiligen Landkreises übernommen. Die organisatorische Abwicklung der HPK (Ankunft, Anmeldungen, Versendung der Tagesordnung, Dokumentation der Beschlüsse und Erstellung des Protokolls) erfolgt durch eine Koordinationsstelle. In beiden Landkreisen gibt es je eine Koordinationsstelle für die HPK mit einem Deputat von 0,25 VK. Die Stellen werden per Umlage von den beteiligten Trägern finanziert und sind im Landkreis Ravensburg besetzt mit einer Sozialpädagogin der psychiatrischen Klinik Weissenau, im Bodenseekreis mit einer Sozialarbeiterin des Heims Weissenau. Die Koordinatorinnen

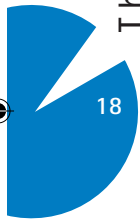
Die Hilfeplankonferenz tagt in drei Regionen: in den Sektoren Ravensburg und Allgäu im Landkreis Ravensburg sowie im Bodenseekreis. In allen Regionen findet sie seit Beginn der Projektphase einmal im Monat statt



Dr. Michael Konrad, Heimleiter Pflegeheim Zentrum für Psychiatrie Weissenau, regionaler Koordinator Implementationsprojekt, Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg, e-Mail: Michael.Konrad@zfp-weissenau.de

Die Hilfeplankonferenzen sind zwischenzeitlich zu einem festen Bestandteil in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden Bodenseekreis und Landkreis Ravensburg geworden

## Themenswerpunkt



Kerbe 4/2004



Sabine Gnannt-Kroner, Dipl.-Sozialpädagogin (FH), Koordinatorin Hilfeplankonferenzen Landkreis Ravensburg, Zentrum für Psychiatrie Weissenau, Weingartshofer Str.2, 88214 Ravensburg, e-Mail: Sabine.Gnannt-Kroner@zfp-weissenau.de

sind das Bindeglied zwischen den Teilnehmern der HPK und der Trägerkonferenz und nehmen in dieser Funktion die gegenseitige Information sowie die Festlegung von Regeln für die HPK wahr.

### Erfahrungen mit den Hilfeplankonferenzen

Die Hilfeplankonferenzen sind zwischenzeitlich zu einem festen Bestandteil in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden Bodenseekreis und Landkreis Ravensburg geworden. Im Jahr 2002 haben in den drei Hilfeplankonferenzen insgesamt 98 Fallbesprechungen stattgefunden, im Jahr 2003 waren es 149. Die HPK werden von den Einrichtungen und Diensten ernst genommen. Die Abwesenheit einer Einrichtung oder eines Dienstes hat Seltenheitswert. In der Regel dauern die Fallbesprechungen 10 bis 15 Minuten; mit zunehmender Erfahrung mit dem Instrument Hilfeplankonferenz wird die Überziehung dieser Zeitvorgabe seltener. Die Vorstellung von Klientinnen und Klienten aus anderen Landkreisen nimmt meist wesentlich mehr Zeit in Anspruch. Die dort fehlende Routine mit dem Verfahren wird dabei deutlich sichtbar.

Ein Teil der Klientinnen und Klienten nimmt persönlich an der Hilfeplankonferenz teil mit bisher positiven Rückmeldungen. Ein ganz geringer Prozentsatz erklärt sich nicht mit dem Verfahren einverstanden. Die Teilnahme der hilfesuchenden Personen ist ein erfreuliches Zeichen der Selbstbestimmung, erfordert von der Moderation oft diffizile Übersetzungsleistung. Wenn beispielsweise ein Klient sagt: „Ich suche eine coole Wohngemeinschaft“, ist in kurzer Zeit zu ermitteln, welche Erwartungen damit an die Leistungserbringer verbunden sind. Oder wenn eine Klientin einwirft: „Morgens ist es mit meinen Kreislaufproblemen immer am schlimmsten!“, wirft dies die Frage auf, wie der überörtliche Sozialhilfeträger daraus eine seelische Behinderung ableiten kann.

Die Hilfeplankonferenzen nehmen ca. 2 Stunden in Anspruch und

behandeln in diesem Zeitraum 6 bis 10 neue Fälle und ca. 8 Überprüfungen der Hilfeplanung. Die Verbindlichkeit der Überprüfungszeiträume trägt maßgeblich dazu bei, eine Chronifizierung zu verhindern, ein wachsames Auge für Entwicklungen zu haben und auch, Hilfen in Frage zu stellen oder mehr Hilfen zu gewähren, wenn der Hilfebedarf diese erfordert. Manchmal ermutigt die Hilfeplankonferenz, starr gewordene Betreuungsmuster trotz vieler Skepsis aufzulösen und gemeinsam neue Wege in der Begleitung zu gehen.

Die definierte Zielgruppe der chronisch psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfebedarf wird in allen Hilfeplankonferenzen erfasst. Auch die Gruppe der ehemaligen forensischen Patienten mit komplexem Hilfebedarf ist in den Fallbesprechungen umfassend repräsentiert und erhält in der Region die notwendigen Hilfeleistungen. Die Zusammenarbeit mit der forensischen Abteilung im Hinblick auf Probeentlassungen funktioniert sehr gut. Die Integration in das Hilfesystem verlief bisher ohne besondere Vorfälle.

Die Akzeptanz der Hilfeplankonferenz durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen und Dienste entwickelte sich langsam. So erwies sich die Regel der generellen IBRP-Nutzung zunächst als schwer umsetzbar. Insbesondere die ambulanten Dienste empfanden die Festlegung auf den IBRP als bürokratische Maßnahme und damit als unnötige Arbeitsbelastung. Problematisch wurde vor allem erlebt, dass der IBRP in keinem Aspekt die Kostenbeantragung unterstützte. Die Akzeptanz der Verwendung des IBRP wuchs durch die Einbeziehung des überörtlichen Sozialhilfeträgers in die Hilfeplankonferenzen.

Auch die Zielorientierung der Hilfeplanung bereitete Schwierigkeiten. Im ersten halben Jahr wurde die Hilfeplanung meist angebotsorientiert erstellt. Komplexe Problemlagen führten bei den Hilfeplan erstellenden Bezugspersonen automatisch zu der Lösungsstrategie „stationäre Hilfen“. Die Veränderung dieses Mechanismus

erfolgte langsam durch regelmäßige Problematisierung in der HPK. Bei der Veränderung hatte die Moderation und Koordination der Hilfeplankonferenzen eine tragende Funktion. Es ist notwendig, immer wieder auf das Prinzip der Zielorientierung des IBRP hinzuweisen und die Falldiskussion auf die Möglichkeit von ambulanten Komplexleistungsangeboten zu lenken.

Am meisten Schwierigkeiten bereitet die Umsetzung der gemeinsamen Versorgungsverpflichtung. Abstrakt kann sich jeder damit identifizieren, konkret umgesetzt bedeutet es eine Einschränkung der Entscheidungsautonomie der einzelnen Einrichtungen. So kam es immer wieder vor, dass Heimeinrichtungen den Heimvertrag ohne Absprache mit der HPK gekündigt hatten. Sachlich war dies nachvollziehbar, da in der Regel dauerhafte Gewalttätigkeit oder Bedrohung zu einer Belastung der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner führten. Der nachvollziehbare Impuls der Heimeinrichtungen war, die grenzüberschreitenden Bewohner los zu werden. In den Hilfeplankonferenzen gelang es dann, doch noch eine konstruktive Lösung zu finden. Dies hat die Einrichtungen ermutigt, „unlösbare“ Situationen rechtzeitig in die HPK einzubringen.

Die Hilfeplankonferenz zeigt am Einzelfall strukturelle (z. B. Mangel an finanzierbarem Wohnraum, Mangel an gesellschaftlicher Integration), ethische und finanzielle Probleme auf. Durch ihre Einbindung in den Gemeindepsychiatrischen Verbund mit verbindlichen Festlegungen für die Einrichtungsträger, wie dies in der Region Ravensburg/Bodenseekreis der Fall ist, können die Hilfeangebote für psychisch kranken Menschen bedarfsorientiert weiterentwickelt werden.

### Resümee

Die von Kritikern angemahnten Probleme von Hilfeplankonferenzen können in der Region Ravensburg/Bodenseekreis nicht bestätigt werden. Nach fast 4-jähriger Erfahrung mit den Aufnahme- und Hilfeplankonfe-

renzen in unserer Region kann man sagen, dass insbesondere für Menschen mit hohem Hilfebedarf konstruktive Lösungen der Hilfeerbringung gefunden werden. Es ist gelungen, auch

Die Hilfeplankonferenz ist eine große gemeinsame Aufgabe. Die Identifikation mit diesem zentralen Instrument der personenzentrierten Versorgung muss zwischen Einrichtungsträgern und Basismitarbeitern zunächst aufgebaut und im Verlauf immer wieder hergestellt werden. Es gilt, einen Spagat zu vollführen zwischen dem Raum-geben für Diskussion, für Zuhören, für Kompromisse, Dialog und Kreativität und den Begrenzungen

die „Schwierigsten“ oder „Verletzbarsten“ nicht auszugrenzen. Die Konferenzen führen weder zu einer Bürokratisierung noch zur Vermarktlichung.

Zusammengefasst haben folgende Punkte dazu beigetragen:

- Die Hilfeplankonferenz ist nicht denkbar ohne eine ver-

bindliche Kooperation der Träger im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Die Träger müssen im Rahmen des GPV eine Versorgungsverpflichtung für alle psychisch Kranken des Landkreises unabhängig von Art und Schwere des Einzelfalls übernehmen.

- Die Versorgungsverpflichtung setzt das von Dörner geforderte ethische Prinzip des Denkens „vom Schwierigsten her“ in einer Versorgungsregion in Kraft. Mit diesem Prinzip ist rein marktwirtschaftliches Denken in der Versorgungsregion nicht mehr möglich. Gleichzeitig ist die Berücksichtigung der „Schwierigsten“ nicht mehr auf das besondere Engagement Einzelner angewiesen.

- Zur Umsetzung des Prinzips bedarf es einer Hilfeplankonferenz. Ohne HPK fehlt die Kontrolle.

- Die Existenz der HPK ist nicht ausreichend; es bedarf konkreter Regelungen im Verbund der beteiligten Träger, um die Versorgungsverpflichtung dann auch tatsächlich umzusetzen .

Was ändert die Hilfeplankonferenz?

- In der Region ändert sich, dass die Verteilung der psychisch

kranken Menschen und damit auch die Erfolge und Probleme bei deren Betreuung zu einem öffentlichen Vorgang zwischen den beteiligten Einrichtungen und Diensten werden.

- Für die Einrichtungen und Dienste ändert sich, dass sie Möglichkeiten und Grenzen ihrer Leistungserbringung öffentlich legitimieren müssen. Gleichzeitig können sie davon ausgehen, dass sie mit Problemen nicht alleine gelassen werden.

- Für die Klinik ändert sich, dass sie sich auf die Weiterbetreuung nach der stationären Behandlung verlassen kann und sie zwischen unterschiedlichen Qualitäten der Betreuung für die Patientinnen und Patienten wählen kann.

- Für alle Beteiligten ändert sich, dass der Wunsch der Klientin, des Klienten ein wesentliches Kriterium ist, mit dem man sich auseinandersetzen muss und über den man gemeinsam verhandeln muss.

- Für den Landkreis ändert sich, dass die Problematik der psychisch erkrankten Bürgerinnen und Bürger aus der Anonymität heraustritt, damit konkrete Gestalt annimmt und der Umgang damit gesteuert werden kann. ●

Die Hilfeplankonferenz ist eine große gemeinsame Aufgabe. Es gilt, einen Spagat zu vollführen zwischen dem Raum-geben für Diskussion, für Zuhören, für Kompromisse, Dialog und Kreativität und den Begrenzungen der finanziellen Machbarkeiten

## Personenzentrierte Hilfen aus der Sicht von Betroffenen

Das Persönliche Budget kann Psychiatrie-Erfahrene auf ihrem Weg zur Selbstbefähigung und Selbstermächtigung unterstützen

Von Franz Josef Wagner

Die Personenzentrierten Hilfen aus Betroffenen-sicht möchte ich anhand des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) und dem daraus folgenden Individuellen Hilfeplan (IHP) beleuchten. Auf das seit 1998 in Rheinland-Pfalz modellhaft eingeführte Persönliche Budget (PB) werde ich genauer eingehen. Abschließend möchte ich Beispiele der logischen Konsequenz des personenzentrierten Ansatzes – Empowerment – nennen.

Bei der nicht personenzentrierten Steuerung auf der Einzelfallebene

war in Rheinland-Pfalz bis 1998 der Ablauf wie folgt: Wenn die psychiatrische Krankenhausbehandlung zu Ende war und wir nicht in ambulante Behandlung nach Hause entlassen werden konnten, so konnte die Klinik ihr Problem lösen, indem sie für uns einen Platz in einer Einrichtung suchte. Egal welche Hilfen wir wirklich benötigten, wir mussten das komplette Paket in Anspruch nehmen, das die Einrichtung bot, auch wenn wir einige Hilfen gar nicht benötigten. Der Bedarf war definiert gemäß Konzept der Einrichtung, damit war auch der

Leistungsträger zufrieden. Die Einrichtung war zufrieden, weil ein Platz finanziert wurde. Die verschiedenen Hilfen, die wir in den Einrichtungen erhielten, waren durch die zentrale therapeutische Leitung der Einrichtung definiert. Der institutionelle Kontext für den Hilfeprozess war so vorab festgelegt und es war somit unmöglich, den institutionellen Kontext selbst zum Gegenstand der Reha-Planung zu machen.

Dagegen geht individuelle Hilfeplanung vom tatsächlichen Bedarf des einzelnen Hilfeempfängers



Franz Josef Wagner, Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland Pfalz. E-Mail: f.j.wagner@gmx.net

Sofern die Voraussetzungen erfüllt sind, beginnt der Leistungsträger mit der Gesamtplanung und gibt die Hilfeplanung als Teil der Gesamtplanung mittels des umfangreichen, zeitaufwendigen Individuellen Hilfeplan (IHP) in Auftrag

## Themenswerpunkt



Kerbe 4/2004

Bei Menschen mit chronisch-rezidivierendem Krankheitsverlauf sind Veränderungen im Hilfebedarf die Regel. Deshalb muss die Hilfe so flexibel organisiert werden, dass Art und Umfang entsprechend dem unterschiedlichem Bedarf bei Kontinuität der therapeutischen Bedingungen verändert und die Person in ihrem Lebensumfeld integriert bleiben kann

aus, d.h. wir erhalten nur die Hilfen die wir mit dem Leistungserbringer vereinbaren.

### Die personenzentrierte Hilfe als dynamisches System

Der personenzentrierte Ansatz des IBRP orientiert sich dabei am biopsychosozialen Krankheitsmodell. Dabei ist von entscheidender Bedeutung, dass psychische Erkrankungen sich im biologischen Bereich, dem subjektiven Erleben und im sozialen Verhalten manifestieren und über diese drei Ebenen – zwischen denen Wechselwirkung besteht – zum positiven wie zum negativen beeinflussbar sind. Dieser Ansatz geht also von einem dynamischen statt einem statischen Begriff von psychischer Behinderung aus. Psychische Behinderung ist kein unveränderliches Merkmal einer Person, sondern besteht aus der Wechselwirkung zwischen bestimmten persönlichen Fähigkeitsstörungen und den Rahmenbedingungen im Lebensumfeld.

Bei Menschen mit chronisch-rezidivierendem Krankheitsverlauf sind Veränderungen im Hilfebedarf die Regel. Deshalb muss die Hilfe so flexibel organisiert werden, dass Art und Umfang entsprechend dem unterschiedlichem Bedarf bei Kontinuität der therapeutischen Bedingungen verändert und die Person in ihrem Lebensumfeld integriert bleiben kann.

### Partnerschaft im psychiatrischen Alltag mit personenzentrierter Hilfe

Die personenzentrierte Hilfe, die im Verfahren des IBRP eine entsprechende Form findet und allenthalben anerkannt ist, gibt über die Beeinträchtigungen durch die psychische Erkrankung, Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher/sozialer Beziehungen sowie in den verschiedenen Lebensfeldern nachvollziehbar und in gewissem Maße auch quantifizierbar Auskunft. Das hinter dem IBRP stehende Konzept – seine Philosophie – bietet eine größtmögliche Partnerschaft im psychiatrischen Alltag an, die bis-

her im nicht personenzentrierten Ansatz nur begrenzt gegeben war. Personenzentrierte Hilfe unter Zuhilfenahme des IBRP ist jedoch nur umzusetzen, wenn wir die Möglichkeit zur Reflexion haben. Diese Reflexion ist bei einer hohen Dosierung der medikamentösen Therapie sehr fraglich.

### Hilfeplanung mit dem Individuellen Hilfeplan (IHP) in Rheinland-Pfalz

Der IHP unterscheidet sich vom IBRP vor allem dadurch, dass das Hilfeplaninstrument auf körperlich, geistig und psychisch behinderte Menschen ausgeweitet ist. In ihrer Grundlage und Philosophie sind die beiden Hilfeplanverfahren jedoch gleich. Wir wenden uns in Rheinland-Pfalz entweder an einen Leistungserbringer oder einen Leistungsträger. Sofern nicht der Leistungsträger direkt angegangen werden kann, informiert der Leistungserbringer unverzüglich den Leistungsträger. Der Leistungsträger prüft die Voraussetzungen, seine Zuständigkeit, das Vorliegen des Personenkreises (Behinderung im Sinne des §2 Abs.1 S.1 SGB IX oder drohende Behinderung; wesentliche Einschränkung der Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben) und der wirtschaftlichen Bedürftigkeit.

Sofern die Voraussetzungen erfüllt sind, beginnt der Leistungsträger mit der Gesamtplanung und gibt die Hilfeplanung als Teil der Gesamtplanung mittels des umfangreichen, zeitaufwendigen Individuellen Hilfeplan (IHP) in Auftrag. In unseren Augen ist allerdings die Informationssammlung im IHP datenschutzrechtlich problematisch, wenn er ohne Zustimmung des Betroffenen in viele unterschiedliche Hände gelangt.

### Hilfe nach Maß: das Persönliche Budget (PB)

In Rheinland-Pfalz ist es auch möglich, die Eingliederungshilfe in Form eines Persönlichen Budgets zu bekommen. Das nach dem festgestellten Bedarf bestimmte Budget wird in Rheinland-Pfalz als ambulante Hilfe verstanden, die der sozialen Eingliederung – Teilnahme am Leben der öffentlichen Gemeinschaft – dient. Wir

erhalten individuell gestaffelte Geldleistungen zur selbständigen Ausgestaltung unseres Hilfebedarfes. Im Rahmen des Verwendungszwecks sind die Geldleistungen frei verfügbar. Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist allerdings ein leistungsfähiges soziales Umfeld und die Gewähr, dass von uns selbst oder mit Hilfe eines sozialen oder gesetzlichen Betreuers sachgerechte Entscheidungen getroffen und umgesetzt werden können.

### Welche Erwartungen haben wir an das Persönliche Budget?

Wir erwarten von dem PB, dass in Zukunft das selbständige, ambulant betreute Wohnen ausgebaut und das stationär betreute Wohnen reduziert wird. Dabei sollen unsere Defizite in der sozialen Kontaktaufnahme (zu Freunden, Nachbarn, den Aktivitäten der Kommune usw.) reduziert werden und so die Teilhabe am Leben in der Gemeinde verbessert werden. In einer stationären Einrichtung außerhalb der gewachsenen Kommune – auf der grünen Wiese – können wir unsere sozialen Aktivitäten nur sehr begrenzt umsetzen und verwirklichen. Eine Integration in das alltägliche gesellschaftliche Leben ist so kaum möglich.

Mit der Einrichtung des PB besteht in Rheinland-Pfalz die Möglichkeit eine soziale, gleichberechtigte Betreuung statt der gesetzlichen Betreuung umzusetzen. Psychiatrie-Erfahrene stimmen mit ihrem sozialen Betreuer wöchentlich die finanziellen Ausgaben ab. So sind gesetzliche Betreuungen vermeidbar. Auf gleiche Weise kann der frei verfügbare Anteil am PB mit dem sozialen Betreuer abgestimmt werden.

Als niederschwelliges Angebot erwarten wir vom PB statt großer Formalien bei der Beantragung konkrete Hilfe und Unterstützung im Alltag, welche die Eingliederung in das gesellschaftliche Leben kontinuierlich fördert. Diese Hilfen zur Eingliederung sollen nicht nur im Zusammenhang mit dem Hilfebedarf beim Wohnen stehen. Die individuellen, frei verfügbaren Maßnahmen zur Ein-

gliederung sollen ohne großen bürokratischen Aufwand genutzt werden können. Weitere Hilfen zur Bewältigung des Alltags, wie z.B. die Unterstützung bei der Körperpflege, bei der Wohnungsreinigung, beim Waschen sowie die Besorgung der lebensnotwendigen Produkte dürfen sich nicht auf der kommunikativen Ebene erschöpfen. Nur die praktische Unterstützung im Alltag bringt uns in bestimmten Phasen unserer Krankheit weiter.

Trotzdem sind supportive Gespräche, Erarbeitung von Konfliktstrategien usw. nicht zu vernachlässigen. Einzelne Psychiatrie-Erfahrene benötigen eine praktische und kommunikative Unterstützung bei Behördengängen und in Geldangelegenheiten. Die Unterstützung beim langfristigen Aufbau der Tagesstrukturierung führt letztlich zur Reduzierung des stufenlosen Budgets und ist unter Umständen irgendwann nicht mehr erforderlich, weil z.B. regelmäßiges zeitgleiches Aufstehen und ein relativ gleichmäßiger Tag-Nacht-Rhythmus, Frühstücken, Wohnungs- und Körperhygiene, den körperlichen und geistigen Fähigkeiten entsprechende Beschäftigung, regelmäßige, Essenzubereitung, Behördengänge und Umgang mit den finanziellen Mitteln weitgehend selbständig durchgeführt werden können.

#### Welche Bedenken und Vorbehalte haben wir?

Ein großes Hindernis für die erfolgreiche Einführung sind lange Bearbeitungszeiten. Es gibt Kommunen in Rheinland-Pfalz in denen zwischen Beantragung und Zuteilung nur drei Wochen – wie es auch die Verordnung zur Durchführung des §17 Abs.2 bis 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch vom 27. Mai 2004 vorsieht – vergehen. Hier hat das PB eine hohe Zufriedenheit gefunden und ist auch ein großer Erfolg.

Unter anderem wird das PB dann keinen Erfolg haben, wenn die frei verfügbaren Leistungen zunehmend reduziert und die Leistungen direkt an die Leistungsanbieter ausgezahlt werden. Dadurch haben wir keinen Ein-

fluss auf die Wahl der praktischen und kommunikativen Leistungserbringer. Auch befürchten wir, dass einzelne hoch qualifizierte Mitarbeiter der Leistungserbringer sich in kommunikative Leistung erschöpfen und keine haushaltstechnisch – praktische Unterstützung anbieten. Dieses könnte dann besonders der Fall sein, wenn keine Wahl zwischen Leistungserbringern besteht, wenn eine Monopolstellung vorhanden ist. Wir werden Schwierigkeiten haben, wenn der Leistungserbringer die gleiche Compliance-Definition erwartet wie viele Ärzte. Wir möchten gleichberechtigte Partner sein – d.h. die von uns definierten Bedürfnisse müssen ernst genommen werden.

#### Empowerment als Ziel der personenzentrierten Hilfe

Das ursprünglich aus der Befreiungsbewegung der Schwarzen kommende Wort „Empowerment“ bedeutet Selbstbefähigung bzw. Selbstermächtigung. Es geht um die Zurückgewinnung der eigenen Stärke, Selbstbestimmung und Selbstgestaltung des eigenen Lebens. Ich möchte diese Fähigkeit als Empowerment sehen: Eigene Entscheidungen zu treffen, über den Zugang zu Informationen, Ressourcen und über mehrere Handlungsalternativen zu verfügen, Durchsetzungsfähigkeit zu besitzen und das Gefühl zu haben, als Individuum etwas bewegen zu können, kritisch denken zu können. Abschließend möchte ich Beispiele für die Umsetzung im stationären, komplementären und Selbsthilfe Bereich betrachten.

■ Eine immer größere Bedeutung der Selbstbefähigung im stationären Bereich erhält die Behandlungsvereinbarung. Ursprünglich entwickelten die Psychiatrie-Erfahrenen in Bielefeld mit dem Klinikleiter Pörksen diese Vereinbarung als Alternative zum Psychiatrischen Testament. Inzwischen ist die Behandlungsvereinbarung als Form der Vorausverfügung im PsychKG NRW fest verankert und seit 1997 in Rheinland-Pfalz landesweit eingeführt. Sie ermöglicht es uns, in stabilen Zeiten unsere Erfahrungen aus

den Klinikaufenthalten, aber auch unsere Wünsche und Bedürfnisse hinsichtlich zukünftiger Behandlungen zu benennen. Gemeinsam wird in der Behandlungsverfügung festgelegt, wie mit zukünftigen Krisen umgegangen werden soll.

■ Zeitgleich mit der Veröffentlichung der Behandlungsvereinbarung in Bielefeld wurden auch Krisenpässe entwickelt. 1998 ließ der Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Rheinland-Pfalz e.V. 17000 Krisenpässe drucken und verteilen. Neben der Inhaberin/dem Inhaber wird die Person benannt, die im Krisenfall benachrichtigt werden soll, wo eine Behandlungsverfügung vorliegt, welche Medikamente bei Krisensituationen behilflich bzw. weniger erfolgreich waren, aktuelle Medikation sowie Stempel und Unterschrift der Ärztin/dem Arzt.

■ Am 1.1.1996 wurde nach langer Vorbereitung in Berlin das erste Weglaufhaus Deutschlands, die Villa Stöckle, von psychiatriee erfahrenen Menschen eröffnet. Sie können hier unter der Leitung von psychiatriee erfahrenen Menschen neue Kraft schöpfen, sich austauschen und Unterstützung finden bei der Verarbeitung ihrer Psychiatriegeschichte, dem Absetzen der Psychopharmaka, dem Wiedererlangen der bürgerlichen Rechte und der Entwicklung neuer Berufs- und Lebensperspektiven.

■ Am 5.10.2000 wurde in Stuttgart die „Offene Herberge e.V.“ mit den geplanten Elementen Villa Zuflucht, Therapeutische Wohngemeinschaft, Kriseninterventionseinheit und Clubhaus gegründet. Von fünf Vorstandsmitgliedern sind vier psychiatriee erfahrene Menschen, die die Vereinsarbeit maßgeblich gestalten (siehe [www.offene-herberge.de](http://www.offene-herberge.de)) und zwei Drittel der aktuellen Mitglieder sind Psychiatrie-Erfahrene. Derzeit bietet der Verein Ambulant Betreutes Wohnen mit 13 Plätzen an. Die Psychiatrie-Erfahrenen sind Arbeitgeber von mehreren bezahlten Fachkräften.

■ Miteinander in Aus-, Fort- und Weiterbildung gilt als wichtiger Bestandteil des Dialogs. Wie ein ernst zu nehmendes Miteinander aussehen könnte, kann am Beispiel der Fortbildung deutlich werden, die der von Psychiatrie-

Ein großes Hindernis für die erfolgreiche Einführung sind lange Bearbeitungszeiten. Es gibt Kommunen in Rheinland-Pfalz in denen zwischen Beantragung und Zuteilung nur drei Wochen vergehen



Das ursprünglich aus der Befreiungsbewegung der Schwarzen kommende Wort „Empowerment“ bedeutet Selbstbefähigung bzw. Selbstermächtigung. Es geht um die Zurückgewinnung der eigenen Stärke, Selbstbestimmung und Selbstgestaltung des eigenen Lebens

Diese Beispiele von Empowerment lassen erkennen, dass wir die personenzentrierte Hilfen für uns sehr ernst nehmen

Themenswerpunkt



Kerbe 4/2004

Erfahrenen kontrollierte Verein „Für alle Fälle e.V.“ (Berlin) anbietet. Die Fortbildung richtet sich an Psychiatrie-Erfahrene, an Professionelle und Angehörige, und umfasst diejenigen Themenkomplexe, die in der traditionellen Fortbildung ausgeblendet werden.

■ Seit 1999 bietet der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrene e.V. (BPE) eine Psychopharmaka-Beratung von einem Psychiatrie-Erfahrenen an, die intensiv von Betroffenen in Anspruch genommen wird. Im BPE ist auch das Netzwerk „Stimmenhörer“ sowie das Forschungsprojekt „Psychose- und Depressionserfahrene erforschen sich selbst“ integriert.

■ Der Landesverband Saar hat im Jahr 2000 eine eigene Selbsthilfearbeit und -beratungsstelle eröffnet, in der zur Zeit zwei Psychiatrie-Erfahrene hauptamtlich (19,25 bzw. 28,88 Stunden pro Woche) angestellt sind. Im BPE wird die Vorstandsarbeit gleichberechtigt auf die Arbeitsfähigkeit der Vorstandsmitglieder verteilt und auch die Rundbriefredaktion und die Buchführung des BPE wird von Psychiatrie-Erfahrenen durch geführt und geleitet.

■ Seit fünf Jahren besteht der

Förderverein gemeindenahe Psychiatrie Neuwied (Rheinland-Pfalz), der psychisch kranke Menschen eine Lobby bietet in dem er die Interessen artikuliert und Aufklärungsarbeit leistet. Alle Mitglieder kennen die Probleme psychisch kranker Menschen aus eigener Erfahrung. Sie haben gelernt, mit ihren Erfahrungen zu leben, und leisten in der Vereinsarbeit auch ein Stück Hilfe zur Selbsthilfe. Sie beweisen, dass man auch mit einer Erkrankung wie Angst, Depression oder Essstörungen in der Lage ist, sein Leben zu meistern.

■ So wagten die Angst-Patienten der Selbsthilfegruppe „No Name“ (Neuwied) 2003 ein Experiment: Nach einem Jahr Vorbereitung besuchten sie das Musical „Starlight-Express“ in Bochum. Die Gruppe buchte bewusst hintere Plätze, um die Halle im Notfall möglichst schnell und unbemerkt verlassen zu können. Die Veranstaltung war auf Grund des Krisenplans ein Genuss – das Experiment der Menschen mit Phobie war gelungen und die graduierte Exposition hatte Erfolg. Das positive Ergebnis hat die Psychiatrie-Erfahrenen der Selbsthilfegruppe

zum gleichen Experiment im Jahr 2004 mit Erfolg veranlasst.

Diese Beispiele von Empowerment lassen erkennen, dass wir die personenzentrierte Hilfen für uns sehr ernst nehmen. Auf dem Weg zur Selbstbefähigung und Selbstermächtigung kann uns das Persönliche Budget unterstützen und hoffentlich werden die bundesweiten, trägerübergreifenden Komplexleistungen den gleichen, uneingeschränkten Erfolg wie die ambulante Eingliederungshilfe in Rheinland-Pfalz haben. Empowerment muß immer das Ziel personenzentrierter Hilfe sein.

Literatur:

Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung; Band 116 I/II der Schriftenreihe des BMG, Baden-Baden 1999  
**Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für Behinderte**; Ministerium für Arbeit, Soziales Frauen und Gesundheit Rheinland-Pfalz 2001

**Franz-Josef Wagner**; Verhandeln statt behandeln – Partnerschaft im psychiatrischen Alltag; In: 25 Jahre Psychiatrie-Enquete Band 1, 2001; S.: 128-150

**Franz-Josef Wagner**; Die neue Psychiatrie in Rheinland-Pfalz aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen; In: Psychische Pflege, 2003; 214-216 ●

## Auf dem Weg zur personenbezogenen Finanzierung

Wie in Berlin versucht wird, der Individualität psychisch kranker Menschen in einem neuen Finanzierungssystem gerecht zu werden

Von Matthias Rosemann

Im fachlichen Diskurs setzt sich zunehmend die Auffassung durch, dass die Betreuungsleistung dem individuellen Bedarf des einzelnen psychisch kranken Menschen und seinem Umfeld angepasst werden soll. Selbst in stationären Einrichtungen wird immer mehr dazu übergegangen, statt pauschalierter Programme und Regeln individuelle Betreuungskonzepte und Vereinbarungen zu realisieren. Allerdings wird die größte Zahl von Einrichtungen nach wie vor mit einer einheitlichen Vergütung finanziert, nicht nach dem individuellen Bedarf des dort lebenden Menschen. In Berlin wird seit Jahresbeginn 2004 versucht, dem Gedanken der Individualität unter der Maßgabe der §§ 93 ff BSHG in einem neuen Finanzierungssystem für psychisch kranke Menschen Rechnung zu tragen. Im nachfolgenden Beitrag wird die Grundstruktur des Finanzierungssystems der Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beschrieben und anhand der Umsetzung in einem Bezirk von Berlin illustriert.

Zum besseren Verständnis der nachfolgenden Ausführungen sind einige Anmerkungen zur Situation in Berlin vorzuschicken. Berlin kennt als Stadtstaat die Trennung zwischen örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger nicht. Das ermöglicht es, ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen sowie ihre Finanzierung gemeinsam zu planen und zu vereinbaren. Das Land Berlin gliedert sich seit dem Jahr 2000 in 12 Verwaltungsbezirke, die nicht die

Matthias Rosemann,  
Psychologe und Soziologe M.A., Geschäftsführer des Träger e.V., Berlin-Reinickendorf

Funktion einer Kommune haben, aber über ein gewisses Maß an Gestaltungsfreiheit bei Umsetzung der landesweit geltenden Regelungen verfügen. Im Rahmen eines landesweiten Psychiatrieentwicklungsprogramms, das im Wesentlichen ein Programm zur Umsetzung des Abbaus von rund 1800 Betten in psychiatrischen Krankenhäusern war, wurden die Bezirke als zentrale Planungseinheiten mit eigenen Steuerungsfunktionen für die psychiatrische Versorgung etabliert.

#### Zur besonderen Situation in Berlin

Die Umsetzung der sogenannten Enthospitalisierung erfolgte zeitgleich mit einem systematischen Auf- und Ausbau von betreuten Wohnformen, Tagesstätten, Kontakt- und Beratungsstellen, Zuverdienstfirmen sowie einem landesweiten Krisendienst. Dieser Aufbau gelang fast vollständig ohne die Schaffung von neuen Heimen. Ein zentraler Grundkonsens im Land war und ist, dass auch intensiv betreute Wohnformen im Rahmen des ambulanten Betreuungssystems möglich sind. Der Anteil der Plätze in Heimen und Übergangsheimen liegt unter 10% der Gesamtzahl aller Plätze im Bereich „Wohnen“. Auch in Wohngemeinschaften waren für besondere Projekte Personalschlüssel für den Tagdienst bis 1:2 sowie zusätzliche Nachtbereitschaftsdienste vereinbarungsfähig. Dieser Verzicht auf Heime erleichtert letztlich auch die Veränderung der Finanzierungsstruktur der entgeltfinanzierten Einrichtungen, da sich nur selten die Frage der Verwertung frei werdenden Immobilien stellt, die zuvor aus Landesmitteln gefördert worden waren und die deshalb mit Zweckbindungen behaftet sind.

Die Träger schließen Vereinbarungen auf der Grundlage der §§ 93 ff BSHG mit dem Land Berlin, vertreten durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz. Die Grundzüge dieser Vereinbarungen werden in der sogenannten Kommission 93 beschlossen, in der die Verbände der Einrichtungsträger und das Land Berlin

paritätisch vertreten sind. Die Beschlüsse dieser Kommission sind auch für die Durchführung in den Bezirken bindend.

Der einzelne hilfebedürftige Mensch richtet seinen Antrag auf Eingliederungshilfe nach §§ 39, 40 BSHG an das örtlich zuständige Bezirksamt (Sozialamt). Dieses übernimmt nach einer Stellungnahme durch den Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes bei Vorliegen der Bedürftigkeit die Kosten für die Maßnahme. Mit Ausnahme der Heime/Übergangsheime sind die Kosten dann nur die der Betreuung, die der Träger auf der Grundlage seiner Vereinbarung mit dem Senat im Form eines Tagessatzes in Rechnung stellt. Der Lebensunterhalt wird auch in Wohngemeinschaften und in Wohnraum, der von den Trägern überlassen wird, nicht über einen Pflegesatz, sondern aus der Hilfe zum Lebensunterhalt (oder Grundsicherung) finanziert. Daher ist eine Trennung von Wohnraum (Vermietung) und Betreuung sowohl in der Betreuungsarbeit wie auch in der Finanzierung möglich.

#### Anforderungen an eine personenbezogene Finanzierung

Eine Umsteuerung von einrichtungsbezogenen Finanzierungsstrukturen zu einem Finanzierungssystem, das stärker die individuellen Bedürfnisse der sogenannten Hilfeempfänger in den Mittelpunkt rückt, muss einigen grundsätzlichen Anforderungen genügen.

- Sowohl die Hilfeleistung wie auch ihre Vergütung müssen am individuellen Hilfebedarf des Behinderten ausgerichtet sein.
- Der individuelle Hilfebedarf muss mittels eines von allen Seiten anerkannten Verfahrens ermittelt und regelmäßig fortgeschrieben werden.
- Aus der Hilfeplanung müssen die notwendigen Leistungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht hervorgehen.
- Die individuelle Hilfeplanung und -leistung muss verknüpft werden mit der Planung und Steuerung der Ressourcen pro

Region, um die Versorgung aller Menschen mit einschlägigem Hilfebedarf sicherzustellen.

- Die vorhandenen Ressourcen müssen eindeutig beschrieben sein, z.B. in Budgets (für Einrichtungen oder für Träger oder für Regionen).
- Das Finanzierungssystem (Rechnungslegung und -vergütung, Budgetkontrolle) muss mit durchschnittlichem Aufwand zu handhaben sein.
- Die gesetzlichen Vorgaben (hier §§ 93 ff BSHG), insbesondere die Prospektivität der vereinbarten Vergütungen, sind selbstverständlich einzuhalten.

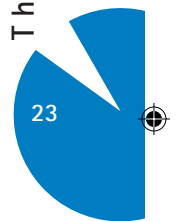
#### Umsetzung im Land Berlin

Seit 1997 wird in den einschlägigen Gremien in Berlin über die Umsetzung der gesetzlichen Vorgabe des § 93 a Abs. (2) BSHG diskutiert, die Vergütungen der Maßnahmepauschalen für Gruppen von Hilfeempfängern mit vergleichbarem Hilfebedarf zu kalkulieren. Zur ersten Umsetzung der Bildung von Hilfebedarfsgruppen wurde im Oktober 2000 landesweit ein Behandlungs- und Rehabilitationsplan (BRP) eingeführt, der eine Variante des IBRP darstellt. Neben einigen kleinen Modifikationen des IBRP im Bereich der Anamnese und Vorgeschichte sowie einigen Auslassungen ist die besondere Veränderung des Berliner BRP dem Ziel der Beantragung einer Leistung beim Sozialhilfeträger geschuldet: der bisher separat vorgeschriebene Sozial- oder Entwicklungsbericht wurde eingearbeitet und bei den Leistungen („Vorgehen“) ist auch die Festlegung von notwendiger Zeit vorgesehen. Bei der fachlichen Planung wird zugleich der fachlich voraussichtlich durchschnittlich notwendige Zeitaufwand ermittelt und als Leistung beim Sozialamt beantragt. Hilfeleistung zum Verfahren gibt ein schriftlich formulierter Leitfaden, der eine Fülle von Erläuterungen auch zu hier nicht beschriebenen Detailproblemen enthält.

Dieser BRP ist seither die individuelle Voraussetzung für eine Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger und gilt seit Jahresbeginn 2004 in einer

Die Umsetzung der sogenannten Enthospitalisierung erfolgte zeitgleich mit einem systematischen Auf- und Ausbau von betreuten Wohnformen, Tagesstätten, Kontakt- und Beratungsstellen, Zuverdienstfirmen sowie einem landesweiten Krisendienst

Themenschwerpunkt



Kerbe 4/2004

Der einzelne hilfebedürftige Mensch richtet seinen Antrag auf Eingliederungshilfe nach §§ 39, 40 BSHG an das örtlich zuständige Bezirksamt (Sozialamt). Dieses übernimmt nach einer Stellungnahme durch den Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes bei Vorliegen der Bedürftigkeit die Kosten für die Maßnahme

Bis zum Frühjahr 2004 war die Bildung der Hilfebedarfsgruppen noch nicht vergütungswirksam, da weiterhin einrichtungsbezogene Preise je Platz vergütet wurden

## Themenswerpunkt



Kerbe 4/2004

Im idealtypischen Fall beginnt die individuelle Behandlungs- und Rehabilitationsplanung vor der Festlegung der Maßnahme. Sie dient dann der vorläufigen Beschreibung der notwendigen Leistung und gibt eine Orientierung

überarbeiteten Fassung für alle Maßnahmen für Menschen mit einer „seelischen Behinderung“ (also auch für Menschen mit einer Suchterkrankung), die in einer Einrichtung oder einem Dienst gemäß § 93 BSHG durchgeführt werden. Die individuelle Hilfeplanung orientiert sich grundsätzlich an den Ressourcen der Klienten und benennt ausgehend von deren Wünschen und Anliegen die Ziele, die mittels der ebenfalls zu planenden Aktivitäten („Vorgehen“) im Rahmen einer Leistung des Sozialhilfeträgers erreicht werden sollen. Die geplanten oder beabsichtigten Aktivitäten und Handlungen sollen hinsichtlich ihres voraussichtlichen durchschnittlichen Zeitaufwandes pro Woche beschrieben und festgehalten werden. Zur besseren Orientierung ist hierzu ein Kategoriengerüst („Selbstversorgung, Wohnen“, „Tagesgestaltung“, „Arbeit und Beschäftigung“ sowie „Sonstige Leistungen“) eingearbeitet. In diesen Kategorien wird jeweils der voraussichtliche durchschnittliche Zeitaufwand ermittelt und schließlich zusammengerechnet. Mit einem pauschalen Zuschlag für den Aufwand für Koordination und Behandlungsplanung ergibt sich eine Gesamtminutenzahl je Woche, die dann einer der zwölf vorgegebenen Zeitstufen („Hilfebedarfsgruppen“) zugeordnet wird. Diese Zeitstufen sind die sog. Hilfebedarfsgruppen (genau genommen „Hilfeleistungsgruppen“). In der Fassung vom November 2003 stehen 12 Zeitstufen in Abständen von je 90 min/Woche zur Verfügung. Die Zeitstufe 1 beginnt bei 180 min/Woche, die Zeitstufe 12 umfasst 1170 min/Woche. Die Zeitbemessung bezieht sich auf alle direkt klientbezogenen Leistungen, also auf allen Aufwand, der direkt einer Person zuzuordnen ist. Dazu gehören auch beispielsweise Fahrzeiten und Zeiten für Dokumentation. Alle indirekten Leistungen, z.B. Teambesprechungen, Teilnahme an Gremien etc., werden nicht in den Zeitstufen, sondern im Preis abgebildet.

Als Standard gilt die Beteiligung der Klienten und auf Wunsch auch einer Vertrauensperson an der Hilfeplanung selbst. Darunter

ist nicht zwingend zu verstehen, dass gemeinsam das Formular ausgefüllt wird. Die Beteiligung soll die im gemeinsamen Gespräch (z.B. auch während eines Spazierganges) gewonnenen Erkenntnisse und Verabredungen sicherstellen. Die schriftliche Dokumentation des Gesprächsergebnisses im Behandlungs- und Rehabilitationsplan soll den Klienten vorgelegt und von ihnen im Sinne einer Betreuungsverabredung unterschrieben werden. Der BRP sieht ausdrücklich ein Feld zum Festhalten subjektiver Sichtweisen bezüglich der Wünsche und Erwartungen, aber auch abweichender Meinungen bezogen auf die Zielbildung und das Vorgehen vor.

### Neues Vergütungssystem

Bis zum Frühjahr 2004 war die Bildung der Hilfebedarfsgruppen noch nicht vergütungswirksam, da weiterhin einrichtungsbezogene Preise je Platz vergütet wurden. Nach der Vereinbarung über die Hilfebedarfsgruppenbildung bedurfte es noch weiterer drei Jahre, um ein System der Vergütung auf dieser Basis zu vereinbaren. Seit dem 1.6.2004 sind nun landesweit hilfebedarfsgruppenbezogene Vergütungen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung sozialhilferechtlich vereinbart. Die Preise für die Hilfebedarfsgruppen unterscheiden sich danach, in welchem Leistungstyp die Maßnahmen erbracht werden sollen. Als Leistungstypen werden „Betreutes Einzelwohnen“, „Wohngemeinschaften“, „Verbünde von therapeutisch betreutem Wohnen“, „Tagesstätten“, „Übergangsheime“ und „Heime“ unterschieden. In jedem Leistungstyp gibt es zwölf Intensitätsstufen (= Hilfebedarfsgruppen).

Es gelten landesweit einheitliche Preise für die Maßnahmepauschale je Hilfebedarfsgruppe und Leistungstyp. Der Preis für die Hilfebedarfsgruppen variiert aber zwischen den Einrichtungsarten (Leistungstypen), da jeweils unterschiedliche Leistungsbestandteile und Personalstrukturen in der Vergütung zum Tragen kommen. Alle Maßnahmen des ambulant betreuten Wohnens (Betreutes Einzelwohnen, WGs und Ver-

bünde mit zusammen über 3100 Plätzen) haben so eine einheitliche Preisstruktur, unabhängig vom Träger oder der Einrichtung. Einrichtungsbezogen, und damit unterschiedlich je nach Träger, werden nur noch die Vergütungsbestandteile Grundpauschale und Investitionsbetrag in den Heimen und Übergangsheimen sowie für die Tagesstätten vereinbart (Viele Details der Preisstruktur, z.B. die Vergütung von Nachtdiensten etc., können aufgrund der gebotenen Kürze des Beitrags hier nicht ausgeführt werden). Die gesamte Vergütung wird als Tagessatz berechnet. Die vereinbarten und landesweit festgelegten Preise enthalten neben der Vergütung der indirekt klientbezogenen Leistungen auch Bestandteile für die notwendige Vertretung und die Leitung sowie für die Sachkosten. Die Preise für die Maßnahmepauschalen je Leistungstyp sind bis Ende 2006 fest vereinbart.

### Die individuelle Hilfeplanung und -beantragung

Im idealtypischen Fall beginnt die individuelle Behandlungs- und Rehabilitationsplanung vor der Festlegung der Maßnahme. Sie dient dann der vorläufigen Beschreibung der notwendigen Leistung und gibt eine Orientierung, durch welche Maßnahme bei welchem Träger in welcher Struktur diese Leistung am zweckmäßigsten erbracht wird. Gewachsene persönliche Bindungen sind für die Entscheidung zu einer bestimmten Leistung, z.B. einer bestimmten Wohngemeinschaft, von herausragender Bedeutung. Nun kommt es aber mitunter auch vor, dass die idealen Bedingungen für die Leistung nicht zu realisieren sind, weil möglicherweise kein Platz in der gewünschten Einrichtung zum erforderlichen Zeitpunkt frei ist, oder anderweitig die Ressourcen nicht zur Verfügung stehen. Deshalb haben sich in einigen Bezirken Berlins Konferenzstrukturen entwickelt, die versuchen, den individuellen Bedarf des Einzelnen mit den in der Region zur Verfügung stehenden Angeboten abzustimmen und für jeden Bürger eine möglichst gute, gelegentlich aber auch nur zweitbeste Lösung zu finden. Die-

ses Konferenzstrukturen sollen insbesondere all den Menschen die Odyssee durch viele Einrichtungen abnehmen, die nicht in der Lage sind, sich die notwendigen Informationen selbst zu beschaffen, oder die von möglichen Bewerbungsverfahren überfordert wären.

Im Bezirk Reinickendorf tagen seit einigen Jahren die sogenannten Hilfeplankonferenzen, deren Zweck u.a. die eben beschriebene Abstimmung des individuellen Anspruchs mit den regionalen Ressourcen (d.h. mit den Ansprüchen anderer Menschen) ist. Die zentrale gemeinsame Grundlage dabei ist, dass kein Mensch wegen Art oder Schwere seiner Erkrankung von einer Hilfeleistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ausgeschlossen werden darf. Mit Blick auf die notwendige persönliche Kontinuität in der Begleitung ist der Bezirk (rund 250 000 Einwohner) in drei Einzugsgebiete unterteilt. Für jedes Einzugsgebiet steht eine Station der psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus, ein Team des Sozialpsychiatrischen Dienstes, ein Team der Wohnbetreuung und ein Tageszentrum zur Verfügung. Dadurch wird die Zahl der handelnden Personen für alle Beteiligten überschaubar, es können persönliche Bezüge hergestellt werden und eine Vertrauensbasis zwischen den Einrichtungen kann wachsen.

Als Standard gilt heute in Reinickendorf, dass eine individuelle Hilfeplanung mit dem Klienten und den notwendigen Fachkräften in einer Helferkonferenz durchgeführt wird. Das Ergebnis dieser Helferkonferenz wird in der Hilfeplankonferenz vorgestellt und dort abschließend entschieden. Da der Sozialpsychiatrische Dienst sowohl an der Helferkonferenz wie an der Hilfeplankonferenz beteiligt ist und die fachliche Stellungnahme im dann fertiggestellten Behandlungs- und Rehabilitationsplan festhält, übernimmt das zuständige Sozialamt üblicherweise die dort verabredeten Beschlüsse. Dieses Verfahren wird in allen Bezirken unterschiedlich gehandhabt. Das

in Reinickendorf praktizierte Verfahren erlaubt die Aussage, dass der Anspruch auf Sicherstellung der Versorgungsverpflichtung unter gleichzeitiger Wahrung der individuellen Rechtsansprüche jedes Einzelnen weitgehend erfüllt werden kann.

#### Trägerbudgets als Ressourcen- definition

Im „alten“ Finanzierungssystem wurden Ressourcen durch vereinbarte Platzzahlen beschrieben: Der Sozialhilfeträger vereinbart mit dem Träger der Einrichtung eine Ausstattung, zu der immer die Zahl der vorgehaltenen Plätze und deren Vergütung, ggf. aufgeteilt in Maßnahmepauschale, Grundpauschale und Investitionsbetrag, gehört. Dieses Verfahren galt in Berlin auch für ambulante Dienste, d.h. für Tagesstätten und für das Betreute Einzelwohnen, also auch für Angebote, die nicht auf Zimmer oder Wohnungen fest fixiert sind.

Unterstellt man die vertragskonforme Belegung (also keine Überbelegung), so kann aus der Summe der Vereinbarungen die maximale Belastung des Sozialhilfeträgers geschlossen werden (Anzahl Plätze x Anzahl mögliche Belegungstage x Gesamtvergütung je Platz). Umgekehrt konnte jeder Träger aus seinen Vereinbarungen den Betrag herleiten, den er maximal in Rechnung stellen konnte, Vollbelegung vorausgesetzt. Natürlich war mit diesen Vereinbarungen keine Belegung vereinbart; der Begriff „Budget“ bezeichnet hier eigentlich besser die maximal mögliche Rechnungssumme (oder Belastungssumme) im Jahr.

Die neuen Vereinbarungen seit 1. Januar 2004 sehen keine Benennung von Plätzen mehr vor, sondern benennen unter Bezugnahme auf die einschlägigen Beschlüsse der landesweit verbindlichen Kommission 93 ein „trägerbezogenes Budget“. In diesem werden alle Einrichtungen und Dienste eines Trägers auf der Basis der vorgenannten Berechnung zu einem Gesamtbudget des Trägers pro Jahr und dann in einer Zusammenfassung als Bud-

get für drei Jahre (Laufzeit des Beschlusses der Kommission 93) zusammengefasst.

Aus diesen Vereinbarungen und den Beschlüssen ergeben sich folgende Konsequenzen:

Der Träger kann in einer Einrichtung oder in einem Dienst mehr Leistungen erbringen, wenn er diese in einer anderen Einrichtung oder einem anderen Dienst ausgleicht und sein Gesamtbudget nicht überzieht.

■ Er kann in einem Jahr sein Budget bis maximal 7% überziehen. Der überzogenen Betrag wird ihm vom Budget des Folgejahres abgezogen. Am Ende der Drei-Jahres-Periode muss jeder Träger ggf. den das Drei-Jahres-Budget überschreitenden Betrag zurückzahlen. Eine Ausnahme hiervon könnte nur gestattet werden, wenn andere Träger ihr Budget nicht ausschöpfen und die Gesamtsumme aller Träger nicht überschritten wird.

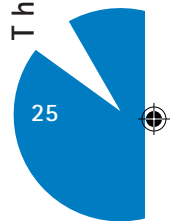
■ Die Steuerung kann nun differenzierter erfolgen als nur durch die Belegung: über die Höhe der Hilfebedarfsgruppe kann die Auslastung jeder Einrichtung relativ differenziert gesteuert werden. Die Vereinbarung der Träger-Budgets macht gerade für die große Zahl kleiner „Einrichtungen“ (Wohngemeinschaften mit vier bis sechs Bewohnern/innen) eine flexible Auslastung aller Angebote möglich.

Zur Steuerung und Kontrolle der Auslastungen berichten die Träger den nun in allen Bezirken eingerichteten Belegungsgremien. Diese heißen oft generalisierend „Steuerungsgremien“ oder „Aufnahmegremien“, entsprechen hier und da auch dem, was sich bundesweit unter dem Begriff der „Hilfeplankonferenz“ eingebürgert hat, erfüllen also in einzelnen Bezirken auch tatsächlich steuernde Funktionen.

Zum Monitoring (alltagssprachlich „Budgetkontrolle“ genannt) wurde im Intranet des Landes Berlin ein nur den Psychiatriekoordinatoren der Bezirke zugängliches Budgetkontrollprogramm eingerichtet, in dem unter strenger Beachtung des Datenschutzes die für die Auslastung der Einrichtung aussagefähige

Als Standard gilt heute in Reinickendorf, dass eine individuelle Hilfeplanung mit dem Klienten und den notwendigen Fachkräften in einer Helferkonferenz durchgeführt wird

Themenschwerpunkt



Kerbe 4/2004

Zur Steuerung und Kontrolle der Auslastungen berichten die Träger den nun in allen Bezirken eingerichteten Belegungsgremien. Diese heißen oft generalisierend „Steuerungsgremien“ oder „Aufnahmegremien“, entsprechen hier und da auch dem, was sich bundesweit unter dem Begriff der „Hilfeplankonferenz“ eingebürgert hat



gen Daten monatlich erfasst und ausgewertet werden sollen. Dadurch erhält der Sozialhilfeträger zum ersten Mal für diesen Teilbereich seiner Ausgaben differenzierte Informationen über seinen Mitteleinsatz.

Eine funktionierende Darstellung der Auslastung der einzelnen Angebote erlaubt dann auch die bessere Steuerung der Leistungen im Sinne der Realisierung der individuellen Ansprüche jedes einzelnen Menschen bei gleichzeitiger Sicherstellung der Versorgung aller Bürger ohne Ausschluss aufgrund von Art oder Schwere der Erkrankung.

Jeder Träger wird selbst ein virulentes Interesse an der zeitnahen Kenntnis „seiner“ Auslastung entwickeln. Deshalb werden die Ergebnisse des Budgetkontrollprogramms in regelmäßigen Abständen mit den Trägern abgeglichen werden. Nicht zuletzt zur Umsetzung dieses Anspruchs steht das im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz entwickelte Programm in einer Einzelplatzlösung auch den Trägern zur Verfügung. Die Auswertungen werden insbesondere hinsichtlich der Entwicklung der Fallzahlen in einer Arbeitsgruppe der Kommis-

sion 93 vorbereitet und erörtert. Mit großer Sicherheit wird das neue Vergütungs- und Finanzierungssystem für die Leistungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nicht vollständig allen Ansprüchen gerecht. Es scheint aber in Ansätzen gelungen zu sein, die eingangs genannten Anforderungen zu erfüllen. Die Träger und einer der Spitzenverbände – in begrenztem Umfang auch das Land Berlin – streben Evaluationsstudien an, die zu verschiedenen Aspekten der Effekte des Finanzierungssystems auf die Versorgung Erkenntnisse liefern sollen. ●



# Kommunale Steuerung eines Psychriatriebudgets

Ergebnisse und offene Probleme am Beispiel der Stadtgemeinde Bremen

Von Gerd Möhlenkamp und Gabriele Nawroth

Ein erstes Konzept zur Steuerung der steuerfinanzierten Leistungen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen in der Stadtgemeinde Bremen wurde 1999 von der Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes vorgelegt. Der Anspruch, über die gutachterliche Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung hinausgehend eine umfassende kommunale Steuerungsverantwortung zu übernehmen, entsprach der Überzeugung, dass nur durch eine Zusammenführung von Fach- und Ressourcenverantwortung die anstehenden Probleme gelöst werden können.

Wie stellte sich die Ausgangslage in Bremen dar?

■ Trotz eines im Bundesvergleich gut ausgebauten Angebots vor allem im Betreuten Wohnen (2003 ca. 430 Plätze mit einem Durchschnittsbetreuungsschlüssel von etwa 1:6 bei einer Einwohnerzahl von 540.000) stiegen die Fallzahlen kontinuierlich an, während gleichzeitig die finanziellen Rahmenbedingungen aufgrund

sinkender Steuereinnahmen enger wurden.

■ Die Datenlage war unzureichend. Eine zielgruppenspezifische Zuordnung von Leistungsdaten und Kosten innerhalb einer Produktsystematik war erst im Aufbau. Es gab keine systematische Form der Berichterstattung.

■ Die individuelle Eingliederungshilfeplanung erfolgte gutachterlich über eine Stellungnahme zum Gesamtplan unter Einbeziehung des IBRP. Die nach § 46 BSHG beim Sozialhilfeträger liegende Gesamtplanverantwortlichkeit wurde aufgrund fehlender Fachlichkeit inhaltlich nicht wahrgenommen. Insbesondere war die gebotene Einbeziehung von Hilfen vorrangiger Leistungsträger im Sinne einer integrierten Hilfeplanung nicht gewährleistet.

■ Der zunehmende Kostendruck verstärkte die Polarisierung von Fachebene und Leistungsverwaltung mit dem Ergebnis unproduktiver Kommunikationsstörungen:

Die Gutachter verteidigten unter Hinweis auf ihre Fachlichkeit ihre positiv bewertete gewährende Funktion, die Leistungsverwaltung hatte per se die weniger attraktive an Haushaltsvorgaben gebundene Rolle, was dann mit Rückzugsverhalten beantwortet wurde.

■ Perspektivisch war geplant, den Sozialpsychiatrischen Dienst als kommunalen Leistungserbringer in regionale psychiatrische Behandlungszentren zu integrieren (Seit 1.10.2003 sind die 5 Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen in die regionalen psychiatrischen Behandlungszentren integriert und damit organisatorisch Teil der psychiatrischen Kliniken. Die Behandlungszentren bieten das gesamte Spektrum psychiatrischer Hilfen und Behandlungsmöglichkeiten an). Parallel begann das Gesundheitsamt über eine Neuorientierung nachzudenken, wobei die Übernahme von Steuerungsverantwortung für Gesundheits-sicherungsleistungen der Kommune eine zentrale Rolle spielte.

Gabriele Nawroth, Betriebswirtin, Leiterin der Steuerungsstelle Psychiatrie. e-Mail: Gabriele.Nawroth@gesundheitsamt.bremen.de

Dr.phil. Gerd Möhlenkamp, Psychologe und Psychotherapeut, Leiter der Sozialpsychiatrischen Abteilung e-Mail: Gerd.Moehlenkamp@gesundheitsamt.bremen.de

Adresse: Gesundheitsamt Bremen, Horner Str. 60-70, 28203 Bremen



## Leitideen eines Steuerungskonzeptes

### 1. Rationalisierung vor Rationierung

Um mehr Menschen bei begrenzten Ressourcen ihrem Hilfebedarf entsprechend versorgen zu können, muss nach Möglichkeiten gesucht werden, mehr Effizienz und Effektivität zu erreichen. Die mit dem Konzept der personenzentrierten Hilfeplanung intendierte Individualisierung, Differenzierung und Flexibilisierung der Hilfen gibt die Richtung vor. Neue Angebots- und Kooperationsformen der Leistungserbringer, eine deutlicher ergebnisorientierte Bewertung der Maßnahmen, mehr Leistungstransparenz durch eine standardisierte Betreuungsdokumentation, die verstärkte Einbindung vorrangiger Leistungsträger im Sinne einer integrierten Hilfeplanung – all das wären Möglichkeiten, das Hilfesystem zu optimieren. Auch der Leistungsträger mit seinen administrativen, ökonomischen und politischen Gestaltungsmöglichkeiten ist hier angesprochen.

### 2. Transparenz herstellen.

Die Öffentlichkeit hat einen Anspruch darauf, darüber informiert zu werden, wie viel Steuergelder in bestimmte Maßnahmen fließen und inwieweit diese Mittel bedarfsgerecht, wirksam und wirtschaftlich ausgegeben werden. Die Politik benötigt ebenfalls Informationen, um begründet Entscheidungen treffen zu können und Leistungserbringer und Leistungsträger können nicht sinnvoll miteinander kommunizieren, wenn notwendige Daten fehlen oder nicht offen gelegt werden. Nicht zuletzt bedarf es einer Rückkoppelung an die Gutachter bezüglich der von ihnen induzierten Leistungen und deren strukturellen und ökonomischen Auswirkungen.

### 3. Offene Berücksichtigung fiskalischer Faktoren

Das Spannungsfeld zwischen individuellen Bedarfen und Rechtsansprüchen und den verfügbaren Ressourcen ist absolut nicht auflösbar. Nur durch die

Zusammenführung von Fach- und Ressourcenverantwortung wird dieser zum Teil unangenehme Realitätsaspekt organisatorisch angemessen berücksichtigt. Die kontinuierliche Darstellung des Spannungsverhältnisses zwischen Interessen der Solidargemeinschaft der Steuer- und Beitragszahler und des Staates einerseits und Einzelfallinteressen andererseits ist nur konsequent. Maßnahmen zur Kostenbegrenzung und ggf. auch Einsparung sind als solche zu benennen und selbstverständlich zu begründen. Abzulehnen sind verdeckte Steuerungsmethoden wie verzögerte Antragsbearbeitung und Nichtaufklärung über Rechtsansprüche.

### 4. Interessenunterschiede wahrnehmen

Jede Entscheidung über die Gewährung von Hilfen ist interessenabhängig, auch eine systematische Hilfeplanung unter Beteiligung des Betroffenen ist davon nie unabhängig. Die Entscheidungsprozesse sind deshalb so zu organisieren, dass die unterschiedlichen Interessen erkennbar bleiben und die sozialrechtlich legitimierte Entscheidungsverantwortung des Sozialhilfeträgers unberührt bleibt. Das Modell der Hilfeplankonferenz, das auf der gleichberechtigten Aushandlung eines Konsens unter Experten basiert, kann die letztliche Entscheidungsverantwortung des Sozialhilfeträgers nicht ersetzen. Der Gemengelage von Interessen kann nur begrenzt durch einvernehmliche Entscheidungsprozesse begegnet werden. Die Letztentscheidung des Sozialhilfeträgers muss deshalb unangetastet bleiben.

### 5. Einrichtung der Steuerungsstelle

Mit Jahresbeginn 2001 konnte die Steuerungsstelle ihre Arbeit beginnen. Auf der Grundlage eines Kontraktes mit der senatorischen Behörde wurde der Steuerungsstelle Psychiatrie in einem ersten Schritt die Steuerung des Budgets für das Betreute Wohnen mit einem Volumen von 5,3 Millionen Euro und 410 Plätzen übertragen. In einer Kooperationsvereinbarung mit dem Amt für Soziale Dienste wurde vereinbart, dass die

materielle Anspruchsprüfung und Leistungsgewährung weiterhin bei den Wirtschaftlichen Hilfen des Sozialamtes liegt, die fachliche Anspruchsprüfung und Budgetverantwortlichkeit hingegen bei der Steuerungsstelle Psychiatrie des Gesundheitsamtes. Für die Durchführung der Aufgaben stand zunächst nur ein Volumen von 2,6 Stellen zur Verfügung, das sich auf 4 Personen verteilte: eine Betriebswirtin als Leiterin, ein Fachkrankenpfleger mit dem Arbeitsschwerpunkt Qualitätssicherung der Hilfepläne und Durchführung von Fallkonferenzen, 2 Verwaltungskräfte für die Aktenführung und Datenerhebung.

Weitere Teilbudgets wurden in den folgenden Jahren in den Steuerungsauftrag einbezogen. Derzeit umfasst das gesteuerte Gesamtbudget ein Kostenvolumen von ca. 26 Millionen Euro. Inhaltlich geht es um folgende Leistungsbereiche:

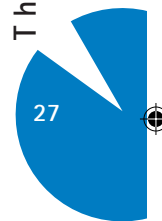
- Betreutes Wohnen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen
- Heimwohnen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen
- Tagesstätten
- Langzeitpflegeplätze / Nichtbehandlungsfälle, die übergangsweise in der Klinik verbleiben
- Familienpflege/Landpflege
- Leistungen der kommunalen Drogenhilfe

Das Personalvolumen ist inzwischen auf 7 Stellen angewachsen (die Steuerungsstelle Drogenhilfe mit 3 Stellen ist erst 2004 hinzugekommen. Ab 2005 wird die Kommune alle Leistungsbereiche der steuerfinanzierten Drogenhilfe in frei-gemeinnützige Trägerschaft übertragen haben). Die etwa 300 Arbeitsplätze für seelisch behinderte Menschen in der Werkstatt für Behinderte Menschen werden ab 2005 in das Fach- und Leistungscontrolling einbezogen.

Die Aufgaben der Steuerungsstelle umfassen zwei Leistungsbereiche, die eng miteinander verwoben sind. Zum einen soll durch ein fachliches und leistungswirtschaftliches Controlling die Entwicklung einer bedarfsgerechten

„Die auferlegte Pflicht zur Rechtsgewährung bedeutet, dass sie mit einem knappen, nicht beliebig vermehrbaren Gut umgehen muss.“  
Ernst Benda – Handbuch des Verfassungsrechts der BRD

Themenschwerpunkt



Kerbe 4/2004

Um mehr Menschen bei begrenzten Ressourcen ihrem Hilfebedarf entsprechend versorgen zu können, muss nach Möglichkeiten gesucht werden, mehr Effizienz und Effektivität zu erreichen

Niemand hat ein Interesse an Datenlisten, Tabellen und Diagrammen, wenn Zweck und Nutzen nicht nachvollziehbar sind. Berichterstattung muss verständlich sein und durch praxisrelevante Schlussfolgerungen Interesse wecken



Die Herstellung von Transparenz ist sicherlich das wirksamste Steuerungsinstrument. Eine offene und allen zugängliche Berichterstattung schafft erst die Voraussetzung für einen rationalen Diskurs unter den an der Versorgung beteiligten Einrichtungen und Institutionen

und wirtschaftlichen kommunal gesteuerten Versorgungsstruktur für seelisch Behinderte unterstützt werden. Zum anderen übernimmt die Steuerungsstelle die Koordinierungsaufgaben im Antrags- und Begutachtungsverfahren. Diese Verwaltungsaufgaben sind zwar aufwendig, jedoch unerlässlich für eine unabhängige und zuverlässige Erhebung prozessgenerierter Daten.

#### Wie wird gesteuert?

Steuerungswirkungen werden von folgenden Maßnahmen erwartet:

- Qualitätssicherung des Begutachtungs- bzw. Hilfeplanverfahrensverfahrens, insbesondere durch eine Plausibilitätsprüfung der Hilfepläne.
- Durchführung von Fallkonferenzen in Konfliktfällen oder bei außergewöhnlichen Problemlagen.
- Organisation monatlicher Abstimmungskonferenzen zwischen den regionalen Leistungsanbietern und dem regionalen Sozialpsychiatrischen Dienst.
- Pflege einer zentralen Warteliste.
- Regelmäßige Berichterstattung – vierteljährliche Controllingberichte und Jahresbericht.
- Durchführung steuerungsrelevanter Projekte, z.B. Entwicklung trägerübergreifender Dokumentationsstandards und EDV gestützter Verfahren zur Betreuungsdokumentation.
- Strukturelle Optimierung des Hilfesystems, z.B. Stärkung des Arbeits- und Beschäftigungsbereichs, Einbeziehung vorrangiger Leistungsträger, insbesondere von Ambulanter Psychiatrischer Pflege und Soziotherapie.
- Methodische Weiterentwicklung des Begutachtungs- und Hilfeplanverfahrens.

#### Welche Steuerungsmethoden wirken?

##### 1. Transparenz

Die Herstellung von Transparenz ist sicherlich das wirksamste Steuerungsinstrument. Eine offene und allen zugängliche Berichterstattung schafft erst die Voraussetzung für einen rationalen Diskurs unter den an der Versorgung

beteiligten Einrichtungen und Institutionen, zwischen Leistungsträger (Leistungsträger steht hier im Singular, weil im Stadtstaat Bremen überörtlicher und örtlicher Sozialhilfeträger faktisch zusammenfallen) und Leistungserbringern, mit den politisch Verantwortlichen, mit der Öffentlichkeit und nicht zuletzt mit den Hilfeempfängern.

Transparenz wird hergestellt durch Kennziffern, die die Leistungs- und Kostenentwicklung wiedergeben, durch ergebnisbezogene Indikatoren, die über erreichte Ziele informieren, durch Vergleiche zwischen Leistungserbringern, um Effizienzunterschiede darzustellen und durch eine qualitative Bewertung des Hilfesystems auf der Grundlage solider Daten. Wer über Berichterstattung einen Diskussions- und Reflektionsprozess in Gang setzen will, muss die Informationen lesergerecht aufbereiten. Niemand hat ein Interesse an Datenlisten, Tabellen und Diagrammen, wenn Zweck und Nutzen nicht nachvollziehbar sind. Berichterstattung muss verständlich sein und durch praxisrelevante Schlussfolgerungen Interesse wecken.

Eine Befragung der Leser-Nutzer wurde zwar nicht durchgeführt, die Rückmeldungen und Diskussionen in den Fachgremien und Stellungnahmen von Leistungsträgern lassen jedoch den Schluss zu, dass das Interesse an einer regelmäßigen datengestützten Darstellung und Analyse des Hilfesystems sehr groß ist. Zu beobachten war auch, dass Transparenz bzw. Information per se, also ohne ein weiteres Steuerungshandeln, positive Entwicklungsprozesse in Gang setzt. Eine solche Information mit eigendynamisch sich entwickelnder Folgewirkung war z.B. der nicht hinreichend erklärbare Befund deutlich unterschiedlicher durchschnittlicher Betreuungsschlüssel zwischen verschiedenen Trägern.

Transparenz hat auch nach innen eine wichtige Funktion, d.h. für die eigenen operativen Planungsüberlegungen und für die übergeordnete strategisch-psychiatriepolitische Steuerungsebene. Erstmals

lässt sich die Leistungs- und Ausgabenentwicklung zuverlässig darstellen, Trends und Versorgungslücken werden frühzeitig erkennbar, aber auch Schwächen des Hilfesystems werden deutlich.

##### 2. Verknüpfung von fachlicher und Ressourcensteuerung

Es ist zu vermuten, dass durch die explizite Einbeziehung der Ressourcensteuerung in den Verantwortungsbereich der Steuerungsstelle das Kostenbewusstsein gestiegen ist, und zwar sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei den Gutachtern. Miteinander über Kosten und Wirtschaftlichkeitsaspekte der Versorgung zu sprechen wird selbstverständlicher. Die Einsicht wächst, dass es nicht weiter bringt, das individuelle Bedarfsdeckungsprinzip und die normative Kraft nur scheinbar objektiver (objektiv im Sinne hoher Reliabilität und Validität) Bedarfsfeststellungen zu verabsolutieren, dass es vielmehr darum gehen muss, eine Balance zwischen individuellen Ansprüchen und den verfügbaren Mitteln herzustellen, damit auch zukünftig Verteilungsgerechtigkeit gesichert ist.

##### 3. Einzelfallbezogene Interventionen

Einfallbezogene Interventionen haben eine wichtige Steuerungsfunktion. Interveniert wird, wenn Hilfepläne nicht plausibel sind, wenn Gutachter und Leistungserbringer sich nicht einigen können, wenn bei längeren Klinikaufenthalten eine Fortsetzung von Wohnbetreuung zu überprüfen ist oder wenn bei besonderen Problemfällen eine angemessene zeitnahe Versorgung nicht gelingt. In der Regel sind telefonische Kontakte ausreichend, um sich zu beraten und zu verständigen. Wenn nötig, wird in einer Fallkonferenz entschieden, bei neu angemeldeten „Nichtbehandlungsfällen“ im stationären Klinikbereich ist eine Fallkonferenz obligatorisch. Da Fallkonferenzen viel Arbeitszeit binden, sind Aufwand und Nutzen immer wieder abzuwägen.

Einzelfallbezogene Interventionen haben die Funktion, die Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit von Ein-

gliederungshilfemaßnahmen zu überprüfen. Die Nachfragen und beratenden Hilfen der Steuerungsstelle werden von den Gutachtern in der Regel positiv aufgenommen. Gutachter wünschen sich fachliche Rückenstärkung, um ihre Position gegenüber dem Leistungserbringer effektiver durchzusetzen. Sie benötigen Informationen, um die Vielfalt möglicher Hilfen unterschiedlicher Leistungsträger zu überblicken. Diffizile sozialhilferechtliche Problemstellungen können hinzukommen, z.B. im Übergangsbereich von KJHG-Hilfen zur BSHG-Eingliederungshilfe bei jungen Erwachsenen. Ebenso wichtig wie die fallbezogene Intervention ist die systematische Dokumentation und Aufarbeitung der Interventionsanlässe, Beanstandungen und Konflikte. Man erhält dadurch Hinweise auf grundsätzliche Probleme, die gelöst werden müssen, statt den Problemen aktionistisch hinterher zu rennen.

#### 4. Rolle des Hilfeplaninstrumentes

Ob das eine oder das andere Hilfeplaninstrumentarium zur Anwendung kommt, scheint nur eingeschränkt steuerungsrelevant zu sein. Die bundesweit sehr unterschiedlichen und selbst innerhalb Bremens regional differierenden Leistungsstandards machen deutlich, dass der individuelle Hilfebedarf schwer zu objektivieren ist. Die Gründe liegen u.a. darin, dass Hilfebedarfe bei psychisch kranken Menschen im Zeitverlauf stark schwanken können und keine Kriterien vorhanden sind, die bestimmte Beeinträchtigungen mit bestimmten als wirksam erwiesenen Hilfen verbinden. Evidenzbasierte Wirksamkeits- und Kosten-Nutzen-Analysen für den Bereich der Eingliederungshilfe sind nicht vorhanden und aus methodischen Gründen wohl auch schwierig durchzuführen. Man hat allerdings auch nicht den Eindruck, dass es neben den Aktivitäten der Aktion psychisch Kranke e.V. und isolierten Bemühungen einzelner Länder übergreifend organisierte wissenschaftliche Anstrengungen gibt, Standards zu definieren.

Der auch in Bremen angewandte Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) kann das Problem unzureichender Reliabilität und Validität der Hilfeplanung nicht lösen. Hilfebedarfsentscheidungen folgen mehr der jeweiligen regionalen Angebotsstruktur und Hilfekultur als einem wissenschaftlich induktiven Verfahren, das der Maßnahmeentscheidung eine standardisierte Bedarfsmessung und prognostische Bewertung voranstellt. Der in einer bremischen Umfrage festgestellte Unmut der meisten Gutachter über zu aufwendig und kompliziert erlebte Begutachtungsinstrumente wird aus dieser Sicht verständlich. Wenn die gutachterliche Entscheidung über den Eingliederungshilfebedarf durch eine mehr ganzheitlich-hermeneutische Grobklassifizierung des Klienten nach seinem „Schwierigkeitsgrad“ und eine entsprechende Zuordnung zu den bereitgestellten Betreuungsstufen bestimmt wird, dann ist die formale Begutachtung des Hilfebedarfs nur noch eine ex post Begründung, deren Nutzen sich im Verhältnis zum Aufwand nicht erschließt. Was an Sinnhaftigkeit bleibt, ist ein Hilfeplanritual, das alle Beteiligten in zielbezogene Verantwortlichkeiten einbindet. Wenn dies so ist, dann ist zu fragen, ob nicht besser von einer Betreuungsvereinbarung gesprochen werden sollte und nicht von einem Hilfeplanverfahren.

#### 5. Von der Begutachtung zum Case Management

Je weniger feste Orientierungsmöglichkeiten im Hilfeplanprozess vorhanden sind, um so wichtiger wird die Qualifikation der gutachtenden Person. Es wird von ihrer Erfahrung, ihrer Kenntnis der Versorgungsstruktur, ihrem Verantwortungsbewusstsein und ihrem Mut, eine eigene Meinung zu vertreten, abhängen, ob sowohl fachlich fundierte als auch in der Zweck-Mittel-Relation angemessene Entscheidungen getroffen werden.

In Bremen haben wir Anlass, die derzeitige Begutachtungspraxis zu überdenken. Zum einen begutachten zu viele Personen (60 bis 70), was erhebliche Probleme in der

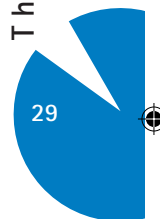
Qualitätssicherung mit sich bringt. Zum anderen sind die Gutachter selbst Leistungserbringer innerhalb der regionalen psychiatrischen Behandlungszentren und damit nicht unabhängig. Sie geraten in einen Interessenskonflikt, wenn z.B. die Beendigung einer Betreuungsmaßnahme darauf hinausläuft, dass sie dann selbst die weitere Betreuung übernehmen müssen, für die sie wegen ihrer vielfältigen anderen Aufgaben im Rahmen eines Komplexleistungssettings wenig Zeit reservieren können. Je mehr externe Betreuung gutachterlich veranlasst wird, um so größer ist der potentielle Entlastungseffekt für den eigenen Dienst.

Ungelöst ist weiterhin die Forderung der Steuerungsstelle, den Begutachtungsauftrag zum Gesamtplan einschließlich der IBRP-Hilfeplanung als Prozess zu verstehen, der über den jährlichen Begutachtungstermin hinausgehend ein begleitendes Case Management erfordert. Bei allen sonstigen Fortschritten der bremischen Psychiatriereform ist das Case Management als wichtiger und originäre Auftrag eines kommunalen Sozialpsychiatrischen Dienstes strukturell nicht ausreichend verankert worden.

#### Perspektive: Bildung regionaler Budgets

Die Zahl der Menschen, bei denen schwerwiegende psychische Beeinträchtigungen diagnostiziert werden, die einen Eingliederungshilfebedarf nach sich ziehen können, steigt an (allgemein wird die Zahl der Menschen mit einer Behinderung, die Wohn- und Assistenzleistungen benötigen, nach einer Studie des Deutschen Vereins zwischen 2002 und 2007 um 21% steigen (NDV 4/2003, S.121-125). Die Rentenversicherer registrieren bei den neu berenteten erwerbsunfähigen Menschen einen stark ansteigenden Anteil psychischer Erkrankungen (Statistik Rentenzugang des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR). In den alten Bundesländern stieg bei den Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit der Anteil der Diagnosenhauptgruppe „Psychische Erkrankungen“ zwi-

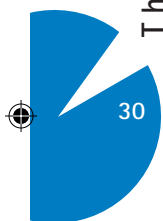
Ob das eine oder das andere Hilfeplaninstrumentarium zur Anwendung kommt, scheint nur eingeschränkt steuerungsrelevant zu sein



Die Zahl der Menschen, bei denen schwerwiegende psychische Beeinträchtigungen diagnostiziert werden, die einen Eingliederungshilfebedarf nach sich ziehen können, steigt an

Die Jahresberichte der Steuerungsstelle sind im Internet über die Homepage des Gesundheitsamtes Bremen, Sozialpsychiatrie, Steuerungsstelle Psychiatrie zu finden

Themenswerpunkt



Kerbe 4/2004

schen 1992 und 2002 von 16% auf 30%). Neue Störungsbilder wie Persönlichkeitsstörungen (der Anteil der Menschen mit Persönlichkeitsstörungen im Betreuten Wohnen liegt in Bremen derzeit bei etwa 12% und wächst jährlich um etwa 3%) und das adulte hyperkinetische Syndrom (ADS), die früher nur eine marginale Rolle spielten, treten auch im Eingliederungshilfebereich immer mehr in den Vordergrund. Weiterhin wird die demographische Entwicklung mit einem zunehmenden Anteil älterer behinderter Menschen zu einem Anstieg der Fallzahlen beitragen. Der Druck der Krankenkassen auf die psychiatrischen Kliniken nimmt zu, die Behandlungsdauer zu verkürzen – was zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Auffangmaßnahmen der Eingliederungshilfe führt. Mit der Umsetzung der Hartz IV - Reformen und der damit verbundenen Einteilung der nicht erwerbstätigen Bürger in Arbeitssuchende und Erwerbsunfähige wird die Bescheinigung psychischer Beeinträchtigungen im Sinne rechtswirksamer Tatbestände einen weiteren Schub erfahren, da nur die attestierte psychische Störung den Sozialhilfeempfänger vor überfordernden Leistungserwartungen schützt und dem aktivierenden Fallmanager und Arbeitsvermittler ermöglicht, die Akte zur Seite zu legen.

Vor diesem Hintergrund unausweichlich steigender Fallzahlen in der Eingliederungshilfe muss über grundsätzlich neue Steuerungsmodelle nachgedacht werden, die abrücken von der relativ ineffektiven Einzelfallsteuerung auf der Basis fixierter Leistungen und Entgelte. Eine Kostenbegrenzung im Eingliederungshilfebereich wird bei gleichzeitiger Gewährleistung von Verteilungsgerechtigkeit mittelfristig nur erreicht werden können, wenn Fach- und Ressourcenverantwortung im Sinne regionaler Budgetierung auch auf die Ebene der Leistungserbringung heruntergebrochen wird. Kontrolle mag unumgänglich sein, sie läuft jedoch zu oft der Entwicklung nur hilflos hinterher. Effektiver dürfte es sein, das kreative Potential der Leistungserbringer herauszufordern,

überprüfbare Zielvereinbarungen abzuschließen und einen Kostenrahmen festzulegen, der dem Leistungserbringer Planungssicherheit und Gestaltungsspielraum bietet, als Gegenleistung jedoch eine Versorgungsverpflichtung fordert. Wenn z.B. im Betreuten Wohnen mehr Menschen versorgt werden müssen, wäre dies durch eine Leistungsanpassung innerhalb breit angelegter Hilfebedarfsgruppen auszugleichen. Das ökonomische Motiv für eine Leistungsausweitung und Fallzahlsteigerung durch den Leistungsträger würde entfallen. Gestärkt würde jedoch das Eigeninteresse, möglichst wirtschaftliche Angebotsformen zu entwickeln und die Erforderlichkeit von Leistungen ständig zu überprüfen. Der sich möglicherweise ergebende Tendenz zur Ausgrenzung schwieriger Klienten müsste selbstverständlich aktiv entgegengewirkt werden. Die Übertragung von begrenzter und kontrollierter Fach- und Ressourcenverantwortung auf die Ebene regionaler Leistungs-

erbringer oder Leistungserbringerverbünde würde es der Steuerungsstelle erlauben, sich auf ihre vorrangige Aufgabe zu konzentrieren, im Kampf um begrenzte Ressourcen und im Bemühen um einen optimalen Ressourceneinsatz durch ein auf verlässliche und aussagefähige Kennzahlen gestütztes Berichtssystem zu überzeugen.

Es soll hier gar nicht verhehlt werden, dass ein solches Steuerungsmodell, das den faktischen Budgetierungszwang kommunaler Mittel nicht mehr versteckt, sondern offen zum Ausgangspunkt neuer Steuerungskonzepte macht, sozialhilferechtlich auf wackeligen Füßen steht. Nimmt man jedoch die diesem Beitrag vorangestellte Mahnung des früheren Bundesverfassungsrichters Ernst Benda ernst, wäre es ein Gebot der Ehrlichkeit, den „double bind“ - Auftrag zurückzuweisen, bei steigenden Fallzahlen und gleichbleibenden fachlichen Standards nicht mehr oder möglichst noch weniger Geld auszugeben. ●

## Eine Sprache finden

Hilfeplanungsinstrumente als Medium der Verständigung bei widerstreitenden Interessen

Von Thomas Schmitt-Schäfer

Ist individuelle Hilfeplanung ein fachlich begründetes Werkzeug der Bedarfsermittlung oder ein bürokratisches Instrument von Kontrolle und Unterwerfung des Sozialen unter die Gesetze des Marktes? Der Beitrag nähert sich dieser Fragestellung über den Umweg einer Einordnung der Planungsverfahren in das System der Leistungsgewährung. Hierbei wird vor allem auf Erfahrungen zurückgegriffen, die der Autor bei der Entwicklung und Evaluation von Hilfeplanungsinstrumenten in verschiedenen Regionen Deutschlands sammeln konnte. Im Ergebnis zeigt sich, dass Individuelle Hilfeplanung ein geeignetes Werkzeug sein kann, um sich gemeinsam über den individuellen Bedarf eines Menschen zu verständigen. Es liegt aber in der Hand der

Anwender, wie sie dieses Werkzeug nutzen und damit auch, welche Wirkungen es hat.

Dieser Beitrag befasst sich mit der Frage, welche Funktion eine individuelle Hilfeplanung im Rahmen der Weiterentwicklung der Hilfen für Menschen mit Behinderung hat. Hintergrund ist die Einführung neuer individueller Hilfeplanungsverfahren für den Bereich der Eingliederungshilfe für Behinderte in Rheinland-Pfalz und im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland. Daher geht es zunächst um die Frage, wo das Werkzeug einzuordnen ist, um dann aufzuzeigen, welche praktischen Erfahrungen es bisher gibt. Der Beitrag begreift individuelle Hilfeplanung als Medium der Ver-

ständigung von Beteiligten über institutionelle Grenzen hinweg.

### Was ist Individuelle Hilfeplanung (IHP)?

„Der Unterschied zwischen professionellen Helfern und einem Laien besteht vor allem darin, dass der Professionelle mit fachlicher Kompetenz ausgestattet gezielt und geplant handelt“, so haben Stübinger, Apfelbacher und Reiners-Kröncke die Bedeutung von Planung der eigenen Arbeit in ihrem Buch „Sozialmanagement“ auf den Punkt gebracht. Dies wird in der Lehre und Ausbildung sozialer Berufe seit langem vermittelt und ist Selbstverständnis professioneller Praxis. Hilfeplanung ist daher auch nicht etwas wirklich Neues für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen und Diensten.

Bisherige Verfahren von Hilfeplanung wurden im Zusammenhang mit der Qualitätsentwicklung der Dienste und Einrichtungen entwickelt und konzipiert. Hilfeplanung ist hier eine Sache der Dienste und Einrichtungen und der entsprechenden Qualitätsmanagementsysteme. Die Sozialämter als Leistungsträger sind grundsätzlich nicht beteiligt und eine Beteiligung der betroffenen Menschen mit einer Behinderung hängt stark von der konzeptionellen Orientierung in den Einrichtungen bzw. deren Träger ab. Eine solche „Individuelle Hilfeplanung“, auch „Assistenzplanung“, „persönliche Zukunftsplanung“ oder „Individuelle Perspektivplanung“ genannt dient dazu, „den Bedarf an Hilfen für einzelne Personen zu erheben und Maßnahmen zu ihrer Unterstützung zu planen“ (Beck I, Lübke A, S. 222).

Diese allgemeine Definition von individueller Hilfeplanung gilt für den von der Aktion psychisch Kranke entwickelten Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) ebenso wie für das Hilfeplanverfahren des Landschaftsverbandes Rheinland oder das Verfahren in Rheinland-Pfalz. Allerdings erfahren die Begriffe „Bedarf“ und „Maßnahmen“

durch die Verankerung der IHP im Gefüge zwischen Leistungsträger, Leistungserbringer und leistungsberechtigten Personen eine besondere Bedeutung.

In der einen Ecke des Sozialleistungs-dreiecks stehen die Bürgerin und der Bürger, die einen individuell einklagbaren Rechtsanspruch auf die erforderlichen Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben haben. Der Anspruch richtet sich u.a. gegen das zuständige Sozialamt als Träger der sozialen Rehabilitation. Hier wird geklärt, ob es einen Anspruch gibt. Liegt ein solcher vor, gibt es einen Bewilligungsbescheid. Liegt kein Anspruch vor, wird der Antrag abgelehnt und den Betroffenen steht der Rechtsweg offen. Ein Anspruch ist ein Anspruch auf Leistung. Nun erbringt der Sozialhilfeträger diese Leistung nicht selbst, sondern er arbeitet mit den Diensten und Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege zusammen. Diese Dienste und Einrichtungen erbringen die im Einzelfall notwendigen Hilfen und erhalten dafür Geld.

In der Vergangenheit waren die Sozialhilfeträger damit befasst, die in der Behindertenhilfe entstandenen Kosten zu decken. Anträge wurden abgelehnt oder bewilligt und – oftmals auf Dauer – zahlbar gemacht. Sozialhilfeträger waren Kostenträger. Um Inhalte und Leistungen haben sie sich häufig nicht gekümmert. Dies ist zwischenzeitlich im Zusammenhang mit dem Kostendruck der öffentlichen Haushalte und den Bemühungen, die Verwaltung zu modernisieren, anders geworden. Aus Kostenträgern werden Leistungsträger, die bemüht sind, die von ihnen finanzierten Sozialleistungen im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu steuern.

### Was ist neu an der Individuellen Hilfeplanung?

Die wesentliche Neuerung, die die Aktion psychisch Kranke e.V. mit dem IBRP gebracht hat, ist nicht das Planungsinstrument als solches. Der IBRP ist eine Variante von case management, von Fallsteuerung. Das Neue ist die Ver-

ankerung von Planung genau in dem beschriebenen Beziehungsgeflecht von Not leidender und gleichzeitig anspruchsberechtigter Bürgerin bzw. Bürger, dem zur Leistung verpflichteten Sozialhilfeträger und den Anbietern von psychosozialen Hilfen als Leistungserbringer. Dieses Neue haben die weiteren Entwicklungen des Werkzeuges in Rheinland-Pfalz und beim LVR bewahrt, weshalb es dort auch Hilfeplankonferenzen gibt. Die Hilfeplankonferenz ist nämlich der soziale Ort, an dem diese wechselseitigen Ansprüche aufeinander treffen und verhandelt werden.

Die zweite Neuerung betrifft den Bezugspunkt der Planung. Denn nicht die Defizite einer Person sind der Bezugspunkt der Planung, weshalb die Instrumente eben nicht mit der Analyse von Störungen bzw. Fähigkeiten beginnen, sondern mit der Frage nach der angestrebten Wohn- und Lebensform. Wie möchte die dauerhaft an einer Psychose leidende Person ihr Leben gestalten? Was wird dazu an öffentlicher Unterstützung gebraucht? Das ist die Leitfrage, die individuelle Hilfeplanung beantworten will.

Das Ergebnis der Hilfeplanung ist eine Auflistung der im Einzelfall erforderlichen Leistungen – und zwar zunächst unabhängig von der Frage, wer diese Leistungen erbringen kann. Sie ist ein dienst- und einrichtungübergreifendes Instrument, das die einklagbaren Rechtsansprüche betroffener Bürgerinnen und Bürger mit der Bewilligungspraxis der Sozialleistungsträger und den Angeboten der Leistungserbringer verknüpft.

Am Anfang der IHP steht die seelisch behinderte Bürgerin bzw. der Bürger, ausgestattet mit einem einklagbaren Rechtsanspruch und noch unklarem Bedarf. Ausgehend von der angestrebten Wohn- und Lebensform wird entwickelt, was dieser Mensch an Leistung braucht – einschließlich der „Leistung des aktiven Lassens aber Da-Seins“, auf deren Bedeutung Renate Schernus überzeugend hinweist. Dies geschieht lebensweltorientiert in einer alltagsbezogenen anschaulichen

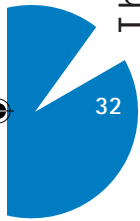
„Der Unterschied zwischen professionellen Helfern und einem Laien besteht vor allem darin, dass der Professionelle mit fachlicher Kompetenz ausgestattet gezielt und geplant handelt“



Thomas Schmitt-Schäfer, Diplom-Pädagoge, transfer – Unternehmen für soziale Innovation, Wittlich. [www.transfer-net.de](http://www.transfer-net.de), email: [mail@transfer-net.de](mailto:mail@transfer-net.de)

Im Rahmen einer bisher noch nicht veröffentlichten Evaluation des Gesamtplanverfahrens für seelisch behinderte Menschen bei den bayerischen Bezirken wurden qualitative Interviews mit den Betroffenen in den Diensten und Einrichtungen geführt

## Themenswerpunkt



Kerbe 4/2004

Individuelles Hilfeplanverfahren Rheinland-Pfalz und Individuelles Hilfeplanverfahren Landschaftsverband Rheinland im Internet: <http://www.transfer-net.de/hilfeplanung/hilfeplanung.htm>

Sprache, möglichst frei von den speziellen Formulierungen der gerade aktuellen Diagnose- bzw. Therapiemethode. Im Hilfeplanformular steht dann nicht: „Herr M. braucht betreutes Wohnen“, weil kein Mensch betreutes Wohnen braucht, wohl aber Unterstützung und Kontakt.

Vielleicht steht dort:

„Herr M., der seit einem Jahr an einer psychischen Krankheit leidet, möchte in seiner Wohnung bleiben. Diese hat er allerdings in den letzten Wochen nur nachts verlassen können, was schwere Einschränkungen bei der Selbstversorgung und bei sozialen Kontakten zur Folge hatte. Das mit Herrn M. abgestimmte Ziel ist, die Wohnung auch tagsüber wieder verlassen zu können, um Einkäufe etc. zu erledigen. Wir glauben, dieses Ziel in einem halben Jahr erreichen zu können. Um dieses Ziel zu erreichen, ist ein Beziehungsaufbau, Motivation zum Erledigen der außerhäuslichen Geschäfte und eine persönliche Begleitung notwendig. Wir brauchen dazu schätzungsweise 5 Stunden in der Woche und schlagen gleichzeitig vor, den Erfolg unserer Bemühungen in einem halben Jahr zu überprüfen“. Dies wird in der Hilfeplankonferenz beraten. Auf dieser Grundlage entscheidet der Sozialhilfeträger unverzüglich, sofern die weiteren sozialhilferechtlichen Fragen geklärt sind.

### Interessen der Bürgerinnen und Bürger

„Ich habe einen Bewohner kennen gelernt, der 10 Jahre in einem (guten) Landeskrankenhaus und danach 15 Jahre in einem (guten) Heim war, der sich die ganze Zeit brennend dafür interessierte, was aus seiner Tochter geworden ist, die er nur als Säugling kennen gelernt hatte. Dies war nirgends dokumentiert und kam nur dadurch heraus, dass die 25-jährige Tochter nun selbst eine Familie gegründet hatte und sich daher für ihren Vater interessierte. Als wir den Vater fragten, warum in aller Welt er denn nie davon gesprochen habe, antwortete er, er habe nicht angenommen, dass man sich dafür interessiere, da

dies ja nichts mit seiner Krankheit zu tun habe.“ Klaus Dörner erzählt diese Geschichte in „Aufbruch der Heime“ (Gütersloh 1991) unter der bezeichnenden Überschrift: „Wie gehe ich mit Bewohnern um“. Hätte es damals individuelle Hilfeplanung gegeben, der Bewohner wäre vielleicht eher nach seiner Tochter gefragt worden, denn die familiären Beziehungen sind ein wesentlicher Teil der individuellen Hilfeplanung.

Im Rahmen einer bisher noch nicht veröffentlichten Evaluation des Gesamtplanverfahrens für seelisch behinderte Menschen bei den bayerischen Bezirken wurden qualitative Interviews mit den Betroffenen in den Diensten und Einrichtungen geführt. Das Gesamtplanverfahren, in seinem Aufbau am IBRP orientiert, wurde von den meisten Interviewten als Ermutigung erlebt. „Im Mittelpunkt, da steh ja i“ so eine der Kernaussagen. Honoriert wurde, dass die Fachkräfte sich mit den Zielen der Betroffenen auseinandersetzen. Ermutigend waren Maßnahmen und fachliche Strategien, die den Menschen halfen, so zu leben, wie sie dies wünschten. Daher waren auch nicht alle Interviewten aus Bayern mit dem Gesamtplanverfahren zufrieden oder haben sich auch nur dafür interessiert. Es gab Kostenträger und Einrichtungen, für die war das Verfahren nur ein zusätzlicher bürokratischer Klotz, was bei den Betroffenen genau so ankam.

### Belegung, Umsatz, Arbeitsplätze ...

Ein belegter Platz bringt Umsatz und Umsatz schafft Arbeitsplätze – egal, ob ambulant betreut oder stationär versorgt wird. Wir haben in Rheinland-Pfalz Beispiele aus Regionen, in denen hat sich nach Einführung einer IHP die Belegungssituation in den Heimen deutlich verschärft, was heißt: die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner in den Heimen geht zurück. Träger haben dann verschiedene Möglichkeiten: sie belegen aus anderen Regionen oder sie orientieren sich konzeptionell neu. Beide Varianten kommen vor, wobei die zweite seltener ist, wohl, weil viele Träger darauf hoffen,

dass es dann demnächst wieder so weiter geht wie bisher. Es gibt aber auch Landesteile, in denen sich trotz Einführung der IHP rein gar nichts verändert hat. Die individuell notwendigen Hilfen werden so lange zusammen ‚gekocht‘, bis das regional vorgehaltene Angebot wieder passt. Beliebte scheint auch eine Strategie der Umdefinition. Aus dem Wunsch eines Betroffenen: „Ich möchte mit anderen Menschen zusammen sein“ machen die Fachkräfte „Ich möchte in das xy-Heim einziehen“. Aus „möchte arbeiten“ wird „will in die WfbM“. Dies geschieht manchmal aus gutem Willen, manchmal aus Unkenntnis oder aus sachfremden Erwägungen heraus. Es soll Einrichtungsleistungen geben, die sagen ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern den Verlust des Arbeitsplatzes voraus, wenn die Individuelle Hilfeplanung kommt. Es versteht sich, dass derart verängstigt eine fachliche Planung nur schwer zu machen ist. Aber auch unabhängig hiervon scheint das mit der IHP so einfach nicht zu sein.

### ... und die Fachlichkeit?

Die Analyse ausgefüllter Hilfeplanbögen bringt eine geradezu chronische Verwechslung von Zielen und Maßnahmen ans Licht: „Herr X soll an der Beschäftigungstherapie teilnehmen“ – wozu eigentlich?. Überhaupt: was ist ein fachliches Ziel: „Frau M soll selbstständig werden“ – woran merkt Frau M. denn, dass sie nun selbstständig ist? Fachliche Ziele sind konkret und anschaulich formuliert und messbar in dem Sinn, dass man merken kann, ob sie erreicht sind oder nicht. Dann werden sie auch verstanden: von den Betroffenen und ihren Liebsten, den Kolleginnen und Kollegen der anderen Dienste und Einrichtungen – und von den Sachbearbeitern in den Sozialämtern.

### Sparen, sparen, sparen

Die Dritten im Bunde haben – und dies ist keine Floskel – kein Geld. Kommunen finanzieren heute die unaufschiebbare Reparatur des Schuldaches ebenso über Kredite wie die Kosten der

Eingliederungshilfe. Die Zinsen zahlen wir alle, vor allem aber die auf uns folgende Generation. Die wachsende Bereitschaft der Sozialhilfeträger, sich inhaltlich auseinander zusetzen mit dem, was ihre behinderten Bürgerinnen und Bürger brauchen, kann positiv bewertet und als Chance begriffen werden.

Das früher bekannte Rollenspiel war: Jemand will etwas (es gibt einen Antrag). Es wird geprüft, wer entscheiden muss, am besten ein anderer (Zuständigkeitsprüfung). Dann wird geprüft, ob jemand bekommen kann, was gewollt ist (Sachverhaltsaufklärung). Schließlich wird entschieden, ob jemand bekommt, was er will. Diese passiv-abwehrende Haltung der Sozialhilfe wird wachsend ersetzt durch aktiven Gestaltungswillen und die Frage nach dem, was die Bürgerin bzw. der Bürger genau braucht, um in dieser Gesellschaft zu leben. Das ist ungewohnt für die Behörde wie für Betroffene

und Anbieter, aber ein Weg. In der IHP steht nicht wie erstmals im amtsärztlichen Dreizeiler:

„Herr X leidet seit 7 Monaten an einer Psychose und muss daher ins Heim“, sondern: „Herr X, der an einer Psychose leidet, möchte so und so leben. Damit dies gelingen kann, ist dies und jenes zu erreichen, wozu A, B, C getan werden muss. A macht Träger blau, B macht Träger rot und C macht der Skatverein. Dies deshalb, weil Träger blau A am besten kann und Träger rot B. C könnte zwar auch Träger

ger blau machen, aber der Skatverein ist normaler und außerdem billiger.“ Das versteht jede Sachbearbeitung, womit die Bewilligung schon fast garantiert ist.

In der Eingliederungshilfe stehen sich widerstreitende Interessen gegenüber. Die seelisch behinderten Bürgerinnen und Bürger wollen vielleicht nicht so werden wie wir und „krankheitsunsichtig“ bleiben, gleichwohl aber ihr Leben in dieser Gesellschaft

leben. Die Träger müssen Umsatz machen und Plätze belegen oder eben Fachleistungsstunden verkaufen. Die Sozialleistungsträger müssen wirtschaften: möglichst viel Nutzen für die Bürgerinnen und Bürger mit möglichst wenig Geld erzielen.

Individuelle Hilfeplanung beseitigt die sich aus dieser Konstellation ergebenden Probleme nicht. Sie löst auch keine Finanzierungsfragen oder wirtschaftliche Aufgabenstellungen von wem auch immer. Sie ist damit weder ein Heilsversprechen noch des Teufels, sondern einfach ein methodisches Vorgehen nach den aktuell geltenden Regeln der Kunst. Zu diesen Regeln gehört eine gemeinwesen- und lebensweltbezogene Perspektive, gehört das Schauen und Sprechen über den Rand der eigenen institutionellen Grenzen hinweg. Hierzu braucht es ein Medium und die Hoffnung, dass die anderen verstehen, was gebraucht, gesagt und gewollt wird. Die Individuelle Hilfeplanung kann ein solches Medium sein. Voraussetzung ist bei Wahrung der jeweils eigenen Interessen und dem Respekt vor den Interessen der anderen die Bereitschaft und der Wille zur Weiterentwicklung der Hilfen für Menschen mit (seelischer) Behinderung. Ohne das wird es nicht gehen, weshalb denn auch die Individuelle Hilfeplanung nur ein Baustein ist zur Neuordnung der Eingliederungshilfe. ●

### Materialien zum Personenzentrierten Ansatz

Als ergänzender Service der Kerbe-Redaktion kann zu diesem Heft eine Materialübersicht angefordert werden. Die Übersicht enthält kommentierte Hinweise auf Literatur und Internet-Quellen zu den Grundlagen des Personenzentrierten Ansatzes, zu Umsetzungserfahrungen und Projektberichten in der Psychiatrie und in benachbarten Praxisfeldern und zu personenzentrierten Finanzierungsformen und Ansätzen der Versorgungssteuerung. Die Materialübersicht kann über die Homepage des Bundesverbands Evangelische Behindertenhilfe heruntergeladen werden: [www.beb-ev.de/presse.php](http://www.beb-ev.de/presse.php)

#### Literatur

Beck I., Lübke A.: Individuelle Hilfeplanung in: Geistige Behinderung 3/2003, 42. Jg.

Schernus, R.: Die Kunst des Indirekten. Plädoyer gegen den Machbarkeitswahn in Psychiatrie und Gesellschaft, Paranus Verlag, Neumünster 2000)

Stübinger, M., Apfelbacher W., Reiners-Kröncke W.: Sozialmanagement, Köln 1999



## Nachrichten aus dem Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BEB)

### Verbändeübergreifende Tagung zu sonderpädagogischer Zusatzqualifikation

Unter der Überschrift „2. Forum SPZ/gFAB“ fand zu den Fragestellungen und Themen der sonderpädagogischen Zusatzqualifikation für die Fachkräfte in den Werkstätten für behinderte Menschen in Frankfurt a. M. eine übergreifende Fachtagung statt. Der BEB als federführender Veranstalter arbeitete mit

der Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen, der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, dem Deutschen Caritasverband und dem Verband für anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und soziale Arbeit zusammen. Rund 60 Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Fortbildungsinstituten, sowie Referent/-innen, Dozent/-innen und Verantwortliche aus Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) nahmen engagiert

an dieser Veranstaltung teil. Die umfangreiche Tagungsdokumentation mit Länderberichten und Resultaten der Arbeitsgruppenarbeit sowie mit Ansprechpartner/-innen aus den Instituten findet sich auf der Homepage des BEB ([www.beb-ev.de](http://www.beb-ev.de)) unter der Rubrik Fort- und Weiterbildung. Ein Themenschwerpunkt war „Psychische Erkrankungen/ Behinderungen“ beziehungsweise Folgerungen für die WfbM und Folgerungen für die Fortbildung für die Fachkräfte in den WfbM.

# Motivation als wichtiger Aspekt psychiatrischer Arbeitsrehabilitation

Ergebnisse einer empirischen Studie im Rahmen des Kompetenznetzes Schizophrenie Patienten stecken ihre Ziele zu hoch

Von Werner Höhl, Cornelia Kirchhoff, Gerhard Längle, Josef Bailer, Wielant Machleidt und Karl Heinz Wiedl

Im Rahmen einer multizentrischen, prospektiven Studie wird der Rehabilitationsverlauf an einer Stichprobe von 227 schizophren erkrankten Patienten analysiert. Es zeigte sich ein enger Zusammenhang zwischen der Einstellung der Patienten zu einer ergotherapeutischen/arbeitstherapeutischen Maßnahme und der Zufriedenheit mit der Maßnahme nach 4 Wochen. Die spätere Beschäftigungsform nach 3 und 6 Monaten wurde zu Beginn sowohl von den Patienten selbst als auch von Mitarbeitern der Studie prognostiziert. Die Patienten tendierten im Gegensatz zu den Mitarbeitern dazu, ein zu hoch gestecktes Rehabilitationsergebnis zu prognostizieren.

Strukturierte und evaluierte psychiatrische Arbeitsprogramme und -konzepte wurden erst in den letzten Jahrzehnten entwickelt (z.B. IPT, Roder et al., 1995). Den meisten dieser Programme ist gemeinsam, dass sie von einem impliziten Prinzip ausgehen, das Pfammatter et al. (2000) mit „Erst qualifizieren, dann platzieren“ beschrieben haben. Kennzeichnend für Ansätze des „Supported employment“ dagegen sind die sofortige Platzierung eines Rehabilitanden auf dem freien Arbeitsmarkt ggf. unter Begleitung eines „Job Coaches“ und die besondere Bedeutung der sehr frühzeitigen Zusammenarbeit mit Arbeitgebern der realen Arbeitswelt an Stelle von Übungen oder Dauerbeschäftigung im geschützten Rahmen. Maßnahmen nach diesem Konzept haben sich in mehreren unabhängigen Studien als überlegen im Vergleich zu herkömmlichen Qualifizierungsmaßnahmen herausgestellt (z.B. Bond et al., 1997; Drake et al., 1999; Lehman et al., 2002).

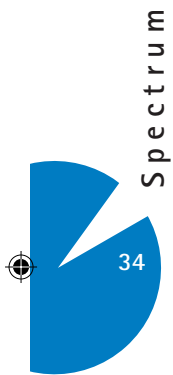
## Neue Entwicklungen in Arbeit und Rehabilitation

Vor wenigen Jahren hat in Deutschland auch die Berufsgruppe der Ergotherapeuten begonnen, eigene wissenschaftliche Aktivitäten zu entfalten (Höhl & Großer, 2002). Im Rahmen dieser Entwicklung wurde Mitte der 90-er Jahre in den USA das „Work Readiness Programm“ (WRP) (Olsen et al., 1994) erstellt. Hierbei handelt es sich um ein umfassendes arbeitsrehabilitatives Therapiekonzept auf der Grundlage des Model of Human Occupation (Kielhofner, 1995). Dieses Programm wurde aktuell ins deutsche übertragen (Olsen et al. 1994). Wie in anderen arbeitsrehabilitativen Programmen findet auch im Rahmen des WRP eine Anleitung der Klienten zu praktischer Arbeit statt; der Fokus des Programms liegt jedoch auf

Gesprächs- und Trainingsgruppen zu Themen wie Zielsetzung, Kommunikation oder Zeitmanagement. Das WRP könnte als Anregung dienen, wie arbeitsrehabilitative Angebote der Ergotherapie in Kliniken, Tagesstätten oder Rehabilitationseinrichtungen theoretisch fundiert und gleichzeitig praxisnah konzipiert werden können.

## Das arbeitsrehabilitative Teilprojekt des Kompetenznetzes Schizophrenie

Wölwer et al. (2003) liefern eine ausführliche Darstellung übergeordneter Inhalte und Aufgaben des Kompetenznetzes Schizophrenie. Innerhalb des arbeitsrehabilitativen Teilprojektes wurden insgesamt wurden 227 schizophren erkrankte Patienten einer 4-wöchigen Experimentalbedingung (Arbeitsrehabilitative Maßnahme) und einer ebenfalls vierwöchigen Kontrollbedingung (Kreatives



Kerbe 4/2004

Werner Höhl und Cornelia Kirchhoff, Psychiatrische Klinik der Rheinischen Kliniken Düsseldorf; e-Mail: kn23000@lvr.de

Gerhard Längle, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen und Zentrum für Psychiatrie Zwiefalten

Josef Bailer, Abteilung Klinische Psychologie des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim

Wielant Machleidt, Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Sozialpsychiatrie und Psychotherapie

Karl Heinz Wiedl, Fachbereich Klinische Psychologie der Universität Osnabrück

### Variablen, die sich in mehr als drei Studien als signifikante Prädiktoren bestätigten

1. Soziale Fertigkeiten (11 / 0)\* (stärkster Prädiktor, war in 11 Studien signifikant)
2. Allgemeine präorb. Anpassung (6 / 0)\*
3. Präorb. berufliche Performanz (7 / 3)\*
4. Psychiatrische Symptomatik (10 / 6)\*
5. Kognitives Funktionsniveau (4 / 2)\*

### Variablen, die in mindestens 3 Studien keinen signifikanten Zusammenhang zum späteren Beschäftigungsstatus aufwiesen

1. Bildung (0 / 3)\*
2. Geschlecht (2 / 5)\*
3. Diagnose (3 / 5)\*

Tabelle 1: Gegenüberstellung der am häufigsten und am wenigsten bestätigten Prädiktoren aus der Übersichtsarbeit von Tsang et al. (2000)

Ergotherapieangebot) per Zufall zugewiesen. Nach der Eingangsbefragung wurde der weitere Verlauf nach 4 Wochen, nach 3 bzw. 6 und nach 2 Jahren erhoben. Bei den untersuchten Maßnahmen handelt es sich überwiegend um Angebote der Ergotherapie,

### Bisherige empirische Studien zur Relevanz motivationaler Faktoren

Eine gute Übersicht über Prädiktoren der beruflichen Rehabilitation geben Tsang et al. (2000). Gegenübergestellt werden 5 der am häufigsten bestätigten Prä-

sich zur Vorhersage des subjektiven Rehabilitationserfolgs eignen. Als Ergebnis unserer Auswertung fanden wir nur bei der Motivation einen starken und bedeutsamen Zusammenhang zum späteren subjektiven Rehabilitationserfolg nach 4 Wochen. Je überzeugter

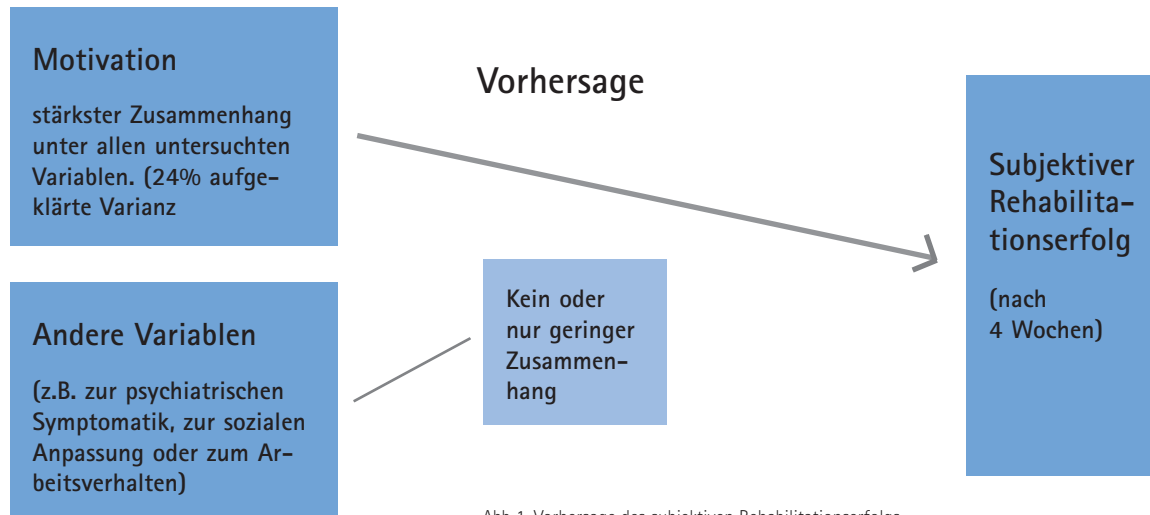


Abb 1. Vorhersage des subjektiven Rehabilitationserfolgs

die innerhalb der 5 klinischen Behandlungseinrichtungen der beteiligten Zentren durchgeführt wurden. Die Ergebnisse zur vergleichenden Evaluation (Vergleich zwischen Experimental- und Kontrollgruppe) zeigten kaum bedeutende Unterschiede hinsichtlich der untersuchten Zielkriterien und werden an anderer Stelle beschrieben (Längle et al., 2004).

Eine andere mögliche Vorgehensweise, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, womit der Erfolg einer Rehabilitation zusammenhängt, ist die Suche nach sogenannten Prädiktoren. Dabei wird eine Stichprobe von Menschen zu Beginn einer Rehabilitation möglichst gut nach bestimmten Merkmalen untersucht und beschrieben – und anschließend untersucht, welche dieser Faktoren wie stark das spätere Rehabilitationsergebnis vorhersagen. Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist eine Darstellung der Teilergebnisse zur Vorhersagekraft motivationaler Faktoren im Rahmen der Verlaufsuntersuchung bis zu einem Zeitraum von 6 Monaten nach Ende der Maßnahme.

diktoren und 3 ebenfalls häufig untersuchte Variablen, die jedoch die geringste Bestätigung eines Zusammenhangs zum späteren Beschäftigungsstatus aufwiesen (siehe Tabelle 1 gegenüber). Im Unterschied zu den oben genannten klassischen Prädiktoren spielen gerade in der angewandten rehabilitativen Arbeit mit Klienten motivationale Themen wie Zielsetzungen, Selbstbild, Erfolgserwartungen oder subjektive Rehakonzepte eine wichtige Rolle, da von diesen Variablen ein spezifischer Bezug zum späteren Ergebnis der Arbeitsrehabilitation angenommen wird. In verschiedenen Studien zeigte sich eine erste Bestätigung der Bedeutsamkeit motivationaler Aspekte (Ciompi, 1988; Bell und Lysaker, 1996, 1997; Reker, 1998).

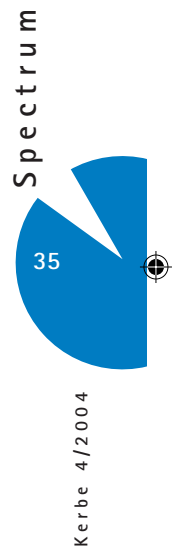
### Ergebnisse zur Relevanz motivationaler Faktoren

**Vorhersage des subjektiven Rehabilitationserfolgs nach 4 Wochen:** Verschiedene Variablen, die wir zum Zeitpunkt vor dem Beginn der beiden vierwöchigen Maßnahmen erhoben hatten, wurden daraufhin untersucht, wie gut sie

die Patienten zu Beginn von der Bedeutung der Maßnahme waren, desto besser ist die Bewertung der Maßnahme und damit die Zufriedenheit des Patienten mit der jeweiligen 4-wöchigen Behandlung (s. Abbildung 1).

**Vorhersage der tatsächlichen Beschäftigungsform nach drei und nach sechs Monaten:** In einem zweiten Schritt wurde die tatsächliche Beschäftigungsform nach drei und nach sechs Monaten auf zweifache Weise vorhergesagt: Eine Vorhersage (anspruchsvolle Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, einfache Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, anspruchsvolle Tätigkeit in einer Werkstatt für Behinderte, einfache Tätigkeit in einer Werkstatt für Behinderte oder Leben ohne Erwerbsarbeit (Sozialhilfe, Rente) als langfristiges angemessenes Ziel) gaben die Patienten selbst jeweils zu ihrer eigenen Berufseingliederung ab, eine weitere Vorhersage trafen Mitarbeiter der Studie (Experteneinschätzung).

Die spätere tatsächliche Beschäftigungsform wurde nach 3 und nach 6 Monaten erfragt. Die kor-





relationsanalytische Auswertung (siehe Abb. 2) ergab einen signifikanten Zusammenhang lediglich bei der Beurteilung durch die jeweiligen Interviewer und dem tatsächlichen späteren Beschäftigungsniveau, wobei die Prognose nach einem halben Jahr noch besser wird.

den niedrigeren Beschäftigungsniveaus verhielt es sich umgekehrt: Sie wurden selten vorhergesagt aber traten relativ häufig ein. So wurde beispielsweise „Leben ohne Erwerbsarbeit“ in nur 2 % der Fälle vorhergesagt, letztlich waren nach sechs Monaten 30% der Patienten ohne jede Erwerbsarbeit.

erzeugen) jedoch nur durch ein eigenes experimentelles Design nachgewiesen werden. Das Ergebnis der mangelnden Übereinstimmung der durch die Patienten abgegebenen Rehaprognose mit der späteren Beschäftigungsform können als Hinweis für die Wichtigkeit dafür dienen, bei der

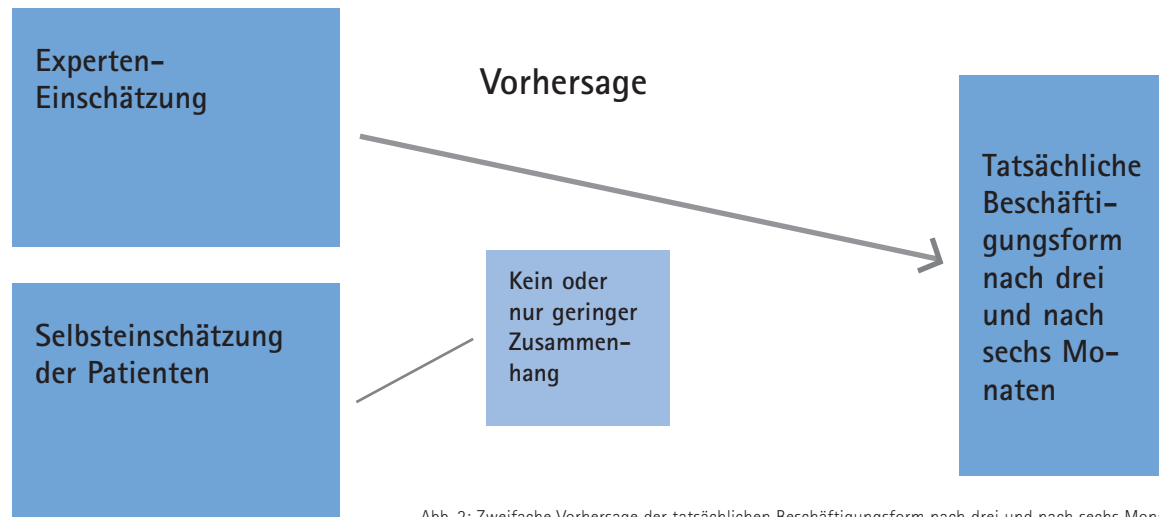
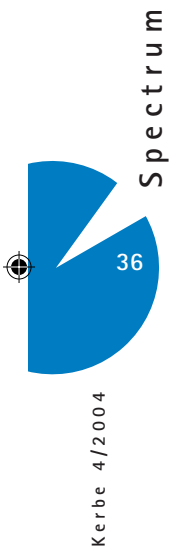


Abb. 2: Zweifache Vorhersage der tatsächlichen Beschäftigungsform nach drei und nach sechs Monaten



In einem weiteren Schritt wollten wir herausfinden, worin die Fehleinschätzungen der Patienten bestanden. Aus unserer praktischen Erfahrung kannten wir oft unrealistisch hohe Erwartungen zu Beginn einer Rehabilitation. Dies bestätigte sich anhand unserer Daten: Ein hohes Beschäftigungsniveau (Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt) wurde von den Patienten häufig vorhergesagt (86% der Vorhersagen), aber selten erreicht (39 % der späteren Beschäftigungsform). Mit

#### Ausblick

Der hohe prädiktive Wert der Motivation in unserer Studie könnte als Hinweis für die Notwendigkeit einer angemessenen Berücksichtigung motivationaler Aspekte beim Einsatz arbeitsrehabilitativer oder ergotherapeutischer Maßnahmen in der Klinik angesehen werden. Letztlich kann die Wirksamkeit einer gezielten therapeutischen Vorgehensweise (durch Gespräche und Informationsvermittlung eine entsprechende Motivation zu

Rehaplanung mit den Patienten deren tatsächliche Fähigkeiten realistisch zu bewerten und sie ggf. auch bei der Wahl eines niedrigeren oder beschützteren Rehabilitationszieles zu unterstützen.

*Die beschriebene Untersuchung ist Bestandteil des Kompetenznetzes Schizophrenie und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert (Kennzeichen: 01 GI 9932).*

Literatur bei den Verfassern ●

## Nachrichten aus dem Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BEB)

### Chancen internetbasierter Gremienarbeit nutzen

Der Fachbeirat Psychiatrie möchte die Chancen der internetbasierten Gremienarbeit nutzen. Nach einer Schulung durch Daniel Hoffmann (socialnet GmbH, Bonn) haben sich die Mitglieder entschlossen, ihren eigenen Chat-Room, das permanente „Forum“ oder

den Dokumenten-Austausch zu nutzen. Allerdings: Alle müssen mitmachen, unabhängig vom jeweiligen Vorwissen.

Daniel Hoffmann kann da aber beruhigen: „Wir haben ein umfangreiches Handbuch erarbeitet, da kann jedes Mitglied zur Not nachlesen.“ Über „Gremien Intern“ im bebnet wird der Fachbeirat die

neue Software „PHProject“ für Informationen und zum schnellen Austausch von Dokumenten nutzen. Der Vorsitzende des Fachbeirats, Dr. Jürgen Armbruster ist optimistisch: Nach einer Probe-phase soll dann die Psychiatrie-Fachtagung 2005 auch mit Hilfe dieser neuen Kommunikationswege gemeinsam geplant werden.



# Angst und Panik als psychische Barrieren

Landesverband Psychiatrie-Erfahrener: natürliche Angst als Freund begreifen und nicht mit Medikamenten bekämpfen

Von Franz-Josef Wagner

Unter dem Motto, „Wenn Angst und Panik das Leben beherrschen!“, stand die 8. Fachtagung des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener (LVPE) Rheinland-Pfalz e.V. am 17. November 2004 in Pirmasens. Hier erzählten zwei Psychiatrie-Erfahrene von den Symptomen wie Blässe, Zittern, Schweißausbruch, Herzklopfen, Blutdruckanstieg oder ihrer Ohnmacht, wenn die Angst ausbrach. Dass diese Angst keine normale Angst, keine biologische Reaktion auf Gefahren und Bedrohungen ist, stellten W. Kluck und D. Möllendorf, Mitglieder des LVPE Rheinland-Pfalz ausdrücklich dar. Die permanente Angst trieb beide Psychiatrie-Erfahrene in die Psychiatrie. Der schwankende chronische Verlauf brachte Einbußen der Lebensqualität.

Der Landesverbands-Vorsitzende wies in seiner Begrüßung auf den großen Anstieg von Fehlzeiten, von 1994 bis 2002 (plus 50%) aufgrund von Angstsymptomen hin. Laut Fehlzeitenreport der AOK von 2003 ist diese Angst als unangenehme Empfindung, die von Vernunft und Willen nicht kontrollierbar ist und nicht von einer unmittelbaren Drohung hervorgerufen wird, definiert. Um eine Angststörung diagnostizieren zu können, müssen erst organische Erkrankungen und andere psychische Erkrankungen ausgeschlossen werden.

Körperliche Erkrankungen, die Angstsyndrome hervorrufen können, sind beispielsweise Schilddrüsenerkrankungen, zerebrale Anfallsleiden, Epilepsie oder Parkinson-Krankheit. Außerdem können auch Depressionen oder eine Schizophrenie Angststörungen hervorrufen. Solche Störungen können auch die Folge einer Abhängigkeit von bestimmten Medikamenten oder Alkohol und anderen Drogen sein. Dr. Rambach, Chefarzt der psychiatrischen Abteilung am

städtischen Krankenhaus Pirmasens, führte mit einem kleinen Experiment vor, was Angst ist. Er werde aus den über 80 Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Psychologen, die aus Rheinland-Pfalz, Saarland, Hessen und Nordrhein-Westfalen kamen, jemanden heraussuchen, der eine Viertelstunde über seine Ängste referieren sollte – was Dr. Rambach nicht durchzog und das Experiment nach drei Minuten abbrach.

Mit seinem kleinen Versuch zeigte der Referent auf, wie man allein beim Gedanken, jetzt vor der Öffentlichkeit über sich sprechen zu sollen, Angstgefühle entwickelt. Wenn eine solche Angst so mächtig werde, dass sie nicht mehr kontrolliert werden kann, dann liege eine Störung vor und der Patient brauche Unterstützung. Diese Menschen müssten wieder lernen, die natürliche Angst als Freund zu begreifen und sie nicht mit Medikamenten zu beseitigen. Es gehe darum, die Angst auf ein normales Maß zu reduzieren. Die Angst begleitete uns ein Leben lang.

An dem Beispiel, dass die Angst eines Kindes vergeht, wenn man es beruhigt, zeigte Dr. Rambach, dass wir mit Angst leben können. Angst kommt – und kann wieder abschwellen und verschwinden. Die Angst, ein Grundphänomen unseres Empfindens, soll in der Behandlung nicht unterdrückt oder mit Medikamenten zugeschüttet werden. Mit dem Bewältigen der Angst, durch das Angstmanagement, soll mit der Zeit das Gefühl aufgebaut werden, die Angst zu beherrschen. Nicht behandelte Angst verläuft häufig chronisch fortdauernd. Der Verlauf kann aber auch durchaus schwanken, und es kann mehrmonatige bis mehrjährige symptomarme Intervalle geben. Das Selbstwertgefühl nimmt im-

mer mehr ab, so dass letztendlich nicht nur die Betroffenen selber, sondern auch das familiäre und soziale Umfeld leidet.

Wie eine verhaltenstherapeutische Angstbehandlung erfolgreich sein kann zeigte Diplom-Psychologe R. Wieland von der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim auf. Die Basis ist eine angemessene Behandlung. Das heißt, sich der Angst stellen, üben der Angstsituation, die den Betroffenen im Alltag einschränkt, gedankliche Vermeidung erkennen (Ablenken) und mögliche Komplikation erkennen (z.B. Medikamentenabhängigkeit). Eine Angstbehandlung ist sehr anstrengend und erfordert viel Selbstverantwortung und Disziplin. Um diese „Durststrecke“ durchzuhalten, benötigt man eine gute Motivation. Daher ist die Beantwortung der Frage: „Was möchte ich tun, wenn ich meine Angst bewältigt habe?“ wichtig. Und zwar möglichst konkret: Wofür lohnt sich das Ganze? Welche egoistische, eigene und erwünschte Gründe habe ich?

Häufig sind übertriebene Ängste auch ein Signal dafür, dass in irgendeiner Weise eine berufliche oder private Überforderung besteht. Wenn die Überforderungen mit der Angst zusammenhängen, dann ist es wichtig, dass die betroffene Person in der Therapie lernt, mit diesem Stress umzugehen. Eine erfolgreiche Behandlung ist dann erreicht, wenn man mit Ängsten umgehen und sie bewältigen kann. Hierzu gehört auch die Vorbereitung auf das mögliche Wiederauftreten. Anflüge von Ängsten sind normal und „gehören dazu“.

Mit dieser Tagung machte der LVPE Rheinland-Pfalz das Problem der Angst, als Barriere einer psychischen Erkrankung, öffentlich. Viele angsterfahrene Menschen vermeiden bei Angst beispielsweise, Stadien, Theater oder Kaufhäuser zu besuchen. Mittels Expositionsverfahren, Verhaltenstherapie und ständiger Übung können diese Menschen die Platzangst überwinden.



## Geringere Lebensqualität durch Vorurteile

Stigmatisierung: „zweite Krankheit“ psychisch Kranker / Schweizer Studie

Eine aktuelle Studie des Forschungsbereiches für Klinische und Soziale Psychiatrie der Universität Zürich zeigt, dass die Erwartung psychisch kranker Patientinnen und Patienten, aufgrund ihrer Krankheit diskriminiert zu werden, deren Wohlbefinden und soziale Beziehungen zusätzlich zu den oft schon behindernden Symptomen der Erkrankung belastet.

Psychisch erkrankte Menschen haben es doppelt schwer: Neben ihrer Erkrankung sind sie mit einer „zweiten Krankheit“ konfrontiert: den negativen Stereotypen und Vorstellungen über psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. Dass moderne Behandlungsmethoden und steigende öffentliche Aufmerksamkeit für das Thema daran nicht viel geändert haben, zeigt die Studie „Perceived Stigmatization of Mentally Ill People and Its Consequences for the Quality of Life in a Swiss Population“ in der aktuellen Ausgabe von „The Journal of Nervous and Mental Disease.“

In dieser Repräsentativerhebung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich wird deutlich, dass die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung davon ausgeht, dass psychisch Kranke von den meisten Menschen entwertende und diskriminierende Reaktionen zu erwarten haben. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler führen den Umstand, dass sich diese Stereotypen relativ stabil halten, auch auf eine wichtige soziale Funktionen zurück: Stereotypen erleichtern die Orientierung in einer immer komplexer werdenden Welt und ermöglichen Kommunikation, indem sie ein gemeinsames Verständnis zum Thema herstellen. Nur: diese Vor-Urteile dienen nicht nur der Verständigung, sondern prägen auch das Verhalten gegenüber den betroffenen Menschen. Ebenso belegt die Studie, dass auch die betroffenen Menschen selbst sich der negativen Stereotypen gegenüber psychisch Kranken bewusst sind: parallel zur Bevölkerung

wurden 280 psychiatrische Patientinnen und Patienten befragt. Sie gehen in gleichem Maß wie die Bevölkerung davon aus, von anderen Menschen vorrangig diskriminierend behandelt zu werden, insbesondere in sozialen Beziehungen und bei der Jobsuche. So schließt die „zweite Krankheit“ Stigmatisierung psychisch Erkrankte von wichtigen Lebenschancen aus: allein die Angst vor Ablehnung führt oft zu sozialem Rückzug und verringert die Möglichkeit, positive soziale Kontakte und Erfolge in der Arbeitswelt zu erleben. Gerade diese beiden Faktoren wirken aber dem Stigma psychischer Erkrankungen am besten entgegen: Patienten, die einer bezahlten Arbeit nachgehen sind deutlich gesünder und zufriedener, und persönliche Kontakte mit Erkrankten können am wirksamsten dazu beitragen, negative Stereotype zu sprengen. ●

## Persönliche Budgets auf dem Prüfstand

Die Einführung trägerübergreifender persönlicher Budgets soll zunächst bis Ende 2007 erprobt und wissenschaftlich begleitet werden. Die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ausgeschriebene wissenschaftliche Begleitforschung ist der „Forschungsstelle Lebenswelten“ an der Universität Tübingen unter Leitung von Dr. Heidrun Metzler übertragen worden.

Zur Beteiligung an der Erprobung und wissenschaftlichen Begleitung sind folgende acht Modellregionen angedacht: München und Mittelfranken, Berlin (Friedrichshain/Kreuzberg, Hessen (Kreise Groß-Gerau und Marburg-Biedenkopf), Nordrhein-Westfalen (Düsseldorf und Bielefeld), Rheinland-Pfalz (Trier-Saarburg), Sachsen-Anhalt (Magdeburg mit umliegenden 2-3 Landkreisen), Schleswig-Holstein (Kreise Segeberg und Schleswig-Flensburg) und Thüringen (Gera).

Nachrichten



Kerbe 4/2004

Ausführliche Informationen: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Rössler, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Forschungsbereich für Klinische und Soziale Psychiatrie  
Fon: 0041 / 1296 74 00, Email: roessler@spd.unizh.ch

## 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; Helmuth Beutel, Esslingen; Doris Biedermann, Hamburg; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Ute Golombeck, Berlin, Dr. Ulrich Müller, Düsseldorf; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Georg Schulte-Kemna, Stuttgart; Wolfram Keppler (geschäftsführender Redakteur)

### 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](mailto:regina.schuller@evangemeindeblatt.de)

### Bezugspreis:

Jahresabonnement für vier Hefte 22,80 Euro (einschließlich Versandkosten), Einzelpreis: 6 Euro plus Versandkosten; ISSN 0724-5165

### Anzeigen:

Anzeigengemeinschaft Süd, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-41 (Frau Rössler), Fax -76. E-Mail: [kerbe@anzeigengemeinschaft.de](mailto:kerbe@anzeigengemeinschaft.de) Zurzeit gilt die Preisliste Nr. 20 vom 1. Januar 2004

### Druck:

J.F. Steinkopf Druck GmbH, Stuttgart

### Erscheinungstermine:

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

Dieser Ausgabe liegen bei: *Prospekt des Fachdienstes epd sozial, Frankfurt, Spendenaufruf Brot für die Welt, Stuttgart, Abonnementwerbung des Psychiatrie-Verlages, Bonn.*

**Diakonie**

**BEB**



## Intervention in Krise(n)

6. bis 9.12. 2004  
Stuttgart

Systemische Reflexionen, Haltungen und Handlungsansätze in sozial-psychiatrischen Kontexten. Systemisch-sozialpsychiatrische Ansätze, um gemeinsam neue Lösungswege aus Krisensituationen zu finden. Krisen in ihrem lebensgeschichtlichen Kontext verstehen. Leitung: Sylvia Fahr-Armbruster und Team. Info: GFO Süd (s.u.)

27.11. 2004  
Frankfurt

5. bis 6.12. 2004  
Tübingen

## Erfolgreiche Gesprächsführung

10. bis 12.11. 2004  
Rothenburg o.d.T.

Professionelle Leitung von Gesprächen – nach dem Motto „führe ich das Gespräch oder führt mich das Gespräch? Zweiteilige Fortbildung.

4. bis 5.2. 2005  
Stuttgart

Information und Anmeldung:  
GFO Süd, Sudetenweg 92  
74523 Schwäbisch Hall  
Telefon 07 91/50 02 82  
Fax 07 91/50 03 00  
e-mail: sued@gfo-diakonie.de;  
www.gfo-diakonie.de

16. bis 18.3. 2005  
Tübingen

## Geprüfte Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung

16. bis 17.12. 2004  
Infoveranstaltung  
Münster

in Werkstätten für Menschen mit Behinderung. Schwerpunkt: Arbeit mit Menschen, die von psychischen Störungen betroffen sind (neue Konzeption). Inhalt: Gemäß den Empfehlungen bzw. Rahmenplänen zur Fortbildung von Fachkräften zur Arbeits- und Berufsförderung (FAB) und der gültigen Prüfungsverordnung Zielgruppe: Fachkräfte in Zweigwerkstätten, Abteilungen, Zuverdienstfirmen, Selbsthilfeprojekten o. ä., die mit Menschen arbeiten, die von psychischer Störung betroffen sind. Leitung: Elin Walther, GFO Nord. 10 Weiterbildungseinheiten in 2005, 7 Weiterbildungseinheiten in 2006

5.2. bis 11.2. 2005  
Waldfischbach

Information und Anmeldung:  
GFO Nord, Friesenring 32/34,  
48147 Münster, Tel. 0251/2709  
396, Fax 0251/2709 398, e-mail:  
nord@gfo-diakonie.de

## 3. DGVT-Praxistage

5. bis 6. 11. 2004  
München

der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie "Spielen, Reden, Experimentieren – Psychotherapie in

verschiedenen Entwicklungsphasen"  
Info und Anmeldung: DGVT (s.u.)

## Themenseminar Essstörung

„Die etwas andere Perspektive“. Info und Anmeldung: DGVT (s.u.)

## Themenseminar Qualitätsmanagement

„Vom Wiegen wird das Schwein nicht fetter“  
Info und Anmeldung: DGVT (s.u.)

## Prävention psychischer Störungen

Themenseminar. Übersicht und ausgewählte Beispiele"  
Info und Anmeldung: DGVT (s.u.)

## 15. DGVT-Workshoptagung

Thema: "Verhaltenstherapie im Dialog"

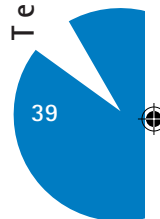
Information und Anmeldung:  
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Neckarhalde 55,  
72070 Tübingen Postfach 1343,  
72003 Tübingen Tel.: 07071 94340  
Fax: 07071 / 943435  
E-mail: dgvt@dgvt.de

## Förderlicher Umgang mit Belastungen

Sechstägiges Seminar „Seelische Gesundheit“ zum Thema „Förderlicher Umgang mit Stressbelastungen, Persönliche Weiterentwicklung“ in der Bildungsstätte Maria Rosenberg bei Kaiserslautern. Angebote für alle Altersgruppen. Inhalte: Gesprächsgruppen auf Basis der klientenzentrierten Beratung und Psychotherapie des amerikanischen Psychologen Carl Rogers, Entspannung und Gesunderhaltung, Themengruppen. Ziele: Verminderung von Alltagsstress, Hilfe bei Schicksalsschlägen, Vorbereitung auf künftige Belastungen. Leitung: Psychotherapeut Professor Dr. Reinhard Tausch und Team.

Informationen: Helmuth Beutel, Arnikastraße 33/1, 73733 Esslingen, Tel. 0711/3704 114, helmuth.beutel@arcor.de  
Anmeldung: Sybille Jatzko, Görsbornstraße 3, 67706 Krickenbach, Telefon 06307 / 993006, Fax 993007.

Termine



Kerbe4/2004



## **Ausgewählte Angebote aus dem Jahresprogramm 2005 der Gesellschaft für Fortbildung und Organisationsentwicklung sozialer Dienste gGmbH für Arbeitsfelder der Sozialpsychiatrie**

### **9. Qualifizierung: „Geprüfte Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung in Werkstätten für Menschen mit Behinderung“**

Schwerpunkt: Arbeit mit Menschen, die von psychischer Störung betroffen sind (neue kompakte Konzeption), 2004 – 2006  
Infoveranstaltung 16./17.12.2004  
Seminar 1: 10.1. – 14.1. 2005  
Münster  
GFO Nord, Kenn-Nr. N 2/6/2004

### **Doppeldiagnose: Psychisch krank und geistig behindert**

5.4. – 7.4.2005, Steinfurt  
GFO Nord, Kenn-Nr. N 4/5/2005  
17.10. – 19.10.2005, Steinfurt  
GFO Nord, Kenn-Nr. N 4/2/2005

### **Betreuung/Begleitung von Menschen mit besonderen Verhaltensauffälligkeiten in Intensivgruppen**

Lernen durch Vergleich – Sechsteilige Fortbildung – 2004 - 2006  
Start: 11.4. – 14.4.2005  
Seminar 2: 31.5. – 3.6.2005  
Rothenburg o.d.T. und Hösbach  
GFO Süd, Kenn-Nr. S 2/6/2005

### **Systemisches Handeln im sozialpsychiatrischen Alltag**

Grundhaltungen – Gesprächsführung – Interaktionen  
In Kooperation mit der Evang. Gesellschaft Stuttgart  
13.6. – 15.6.2005, Stuttgart  
GFO Süd, Kenn-Nr. S 4/21/2005

### **„Was Du nicht willst das man Dir tu’, das füg’ Dir auch nicht selber zu“**

Das Konzept der DBT bei „Borderline“  
15.6. - 17.6.2005, Steinfurt  
GFO Nord, Kenn-Nr. N 4/6/2005

### **Systemisches Arbeiten in der Psychiatrie/Sozialpsychiatrie**

Zertifizierte Sozialpsychiatrische Zusatzqualifikation – mehrteilige Weiterbildung mit neuer Struktur  
2005 - 2007  
Infoveranstaltung: 10.10. – 11.10.2005  
Start: 9.11. – 12.11.2005  
Stuttgart-Birkach  
GFO Nord, Kenn-Nr. N 2/4/2005

### **Management personenzentrierter Hilfen in offenen Diensten und Verbundsystemen - 2005 – 2007**

Start: 17.10. – 21.10.2005  
Seminare 5 – 6 in 2006 und 2007  
Schwarzach am Main und Hösbach  
GFO Süd, Kenn-Nr. S 2/11/2005

### **Pro Psychiatrie Qualität: Transfer in die Praxis**

(PPQ-Multiplikatorenweiterbildung IV) – Fünfteilige Weiterbildung für Führungskräfte, Qualitätsbeauftragte u. ä. in sozialpsychiatrischen Einrichtungen und Diensten – 2005 - 2006  
Start: 22.11. – 25.11.2005  
Weitere Seminare in 2006  
Steinfurt  
GFO Nord, Kenn-Nr. N 5/5/2005

### **Information und Anmeldung:**

#### **GFO Nord**

Friesenring 32/34  
48147 Münster  
Telefon 0251 2709 396  
Fax 0251 2709 398  
E-Mail: nord@gfo-diakonie.de

#### **GFO Süd**

Sudetenweg 92  
74523 Schwäbisch Hall  
Telefon 0791 500 282  
Fax 0791 500 300  
E-Mail: sued@gfo-diakonie.de

Ausführliche Angebotsbeschreibungen bzw. das komplette Jahresprogramm 2005 können angefordert werden; Sie finden dies auch im Internet unter [www.gfo-diakonie.de](http://www.gfo-diakonie.de) bzw. [www.gfo.info](http://www.gfo.info)