3 2008
August
September
Oktober
26. Jahrgang
ISSN 0724-5165

Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie

Themenschwerpunkt:
Erinnerungen an die Zukunft

Wohin entwickelt sich das psychiatrische Krankenhaus?

**Erschwerte Arbeitsbedingungen, verkürzte Verweildauer in den Kliniken, der Vorwurf einer aus Zeitnot einseitig medikamentös orientierten Behandlung: diese Tendenzen sind gegenwärtig im psychiatrischen Krankenhauswesen sichtbar.
Welche Auswirkungen ergeben sich daraus für das Selbstverständnis der Kliniken? Wie sollte sich in Zukunft die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und den übrigen psychiatrischen Versorgungssystemen gestalten? Welche Konsequenzen ergeben sich für die Mitarbeitenden in und außerhalb des klinischen Bereichs?**

3 Editorial
4 Themenschwerpunkt

■ Integrierte störungsspezifische Konzepte
Im klinischen Bereich und darüber hinaus
Heinrich Kunze, Seite 4

■ Psychosomatik
Plädoyer für ein zukunftsfähiges-Konzept der Krankenhausbehandlung und Rehabilitation
Heinrich Kunze, Seite 8

■ Das psychiatrische Krankenhaus im Gemeindepsychiatrischen Verbund
Michael van Brederode, Seite 11

■ Möglichst wenig schaden, möglichst viel nützen
Was kann an der psychiatrischen Krankenhausbehandlung therapeutisch sein?
Thomas H. Keller, Axel Weiß, Seite 13

■ Ambulante Komplexleistung statt klinischer Vollversorgung
Integrierte Versorgung schafft Chancen für die Gemeindepsychiatrie
Christian Zechert, Wolfgang Faulbaum-Decke, Seite 17

■ Home Treatment: Erfahrungen aus Günzburg
Über die häusliche Behandlung akut psychisch Erkrankter
Hannes Müller, Iris Zimmermann, Carolin Burkhart, Miriam Ott und Karel Frasch, Seite 20

■ „... damit zusammenwächst, was zusammen gehört"
Erfahrungen mit einem Projekt der Integrierten Versorgung in Mainz
Kerstin Diefenbach, Seite 23

■ Die psychiatrische Behandlung im Krankenhaus
Anmerkungen zur aktuellen Rechtsprechung
Peter Mrozynski, Seite 25

■ Ikarus fliegt wieder
Neuorgansition nach seelischen Krisen ist möglich
Kalle Pehe, Seite 27

■ Beratung in der Akutpsychiatrie auf der Grundlage eigener Betroffenheit
Vera Bierwirth, Antje Brunschön, Seite 30

■ Behandlungszentrum Bremen Nord
Von der institutionszentrierten zur personenzentrierten und integrierten Organisation der psychiatrischen Arbeit
Martin Bührig, Wolfgang Faulbaum-Decke, Seite 32

20 Spectrum

■ Visionen für die Zukunft der psychiatrischen Krankenhäuser in Deutschland
Impulse aus England. Ein Aufruf
Christiane Haerlin, Seite 33

■ Die Überwindung psychiatrischer Anstalten in Italien durch das Gesetz 180
30 Jahre Psychiatriereform in Italien
Paolo Tranchina, Maria Pia Teodori, Seite 37

41 Nachrichten

43 Termine

Wenn Sie Anregungen, Wünsche, Bemerkungen zur Kerbe haben, nehmen Sie Kontakt zu uns auf:
Email: kerbe@beb-ev.de.

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser

in diesem Jahr ist viel von der 68er-Bewegung die Rede: von einer sozialen Protestbewegung, die sich in ihrer Vielschichtigkeit mit der landläufigen Bezeichnung „Studentenbewegung“ nur sehr unzulänglich erfassen lässt. Diese Protestbewegung hat sich in den Jahren um und nach 1968 auch intensiv mit den Prozessen der sozialen Ausgrenzung beschäftigt. Es ging um die viel diskutierte „Randgruppenproblematik“. Die Auseinandersetzung bezog sich beispielsweise auf die geschlossene Fürsorgeerziehung für Jugendliche, auf die Situation von straffällig gewordenen Menschen und intensiv auch auf die Verhältnisse in der Psychiatrie. Die Kritik an der psychiatrischen Anstalt war ein wesentlicher Ausgangspunkt der Psychiatriereform, das Ringen um humane Krankenhausstrukturen stand lange, besser gesagt: immer wieder im Mittelpunkt der Reformdiskussionen.

Gegenwärtig dringen Probleme des psychiatrischen Krankenhauswesens wieder häufiger bis in die Tagespresse vor. Da werden psychiatrische Krankenhäuser an privatwirtschaftlich arbeitende Großunternehmen verkauft. Da protestieren Beschäftigte und Klinikdirektoren gegen immer schwieriger werdende Arbeitsbedingungen. Da prangern Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige einseitig medikamentös orientierte Behandlung und zu schnelle Entlassungen an und fordern mehr Zeit für Gespräch und Begleitung ein.

Die Verweildauer im psychiatrischen Krankenhaus hat sich über die Jahre derart verkürzt, dass mittlerweile auch Menschen mit einer chronisch verlaufenden psychischen Erkrankung den größten Teil des Jahres außerhalb des Krankenhauses leben. Was ist vor diesem Hintergrund heute die Funktion des psychiatrischen Krankenhauses und wohin geht die Entwicklung? Die Verkürzung von Krankenhaus-Verweilzeiten bedeutet ja nicht, dass es keine chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen mehr gibt. Wenn die klinisch-stationären Verweilzeiten immer kürzer und Krankenhausbetten wirklich „komplementär“ werden, dann wird die Zusammenarbeit mit den übrigen Bausteinen des psychiatrischen Versorgungssystems immer wichtiger - und womöglich auch konfliktträchtiger.

Das vorliegende Heft gibt einen Überblick zu aktuellen Themen und Entwicklungstendenzen im psychiatrischen Krankenhaus-Sektor. Eine Leitfrage bei der Zusammenstellung dieses Heftes war: Was sollten Mitarbeitende im außerklinischen Bereich, was sollten kooperierende Dienste und Einrichtungen über die Entwicklung im Krankenhausbereich wissen, um sich gut auf die Zusammenarbeit einstellen zu können? Es freut uns besonders, dass es dabei gelungen ist, die Blickrichtung nach innen zu ergänzen durch den Blick von Christiane Haerlin über den deutschen Zaun hinweg nach England und durch einen Rückblick von Paolo Tranchina auf die Entwicklung in Italien, der auch den Zusammenhang mit der sozialen Protestbewegung der Jahre 1968 ff herstellt.

So liegt nun ein prall gefülltes Krankenhaus-Heft vor Ihnen. Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre!

Georg Schulte-Kemna
Dr. Klaus Obert

Integrierte störungsspezifische Konzepte

Im klinischen Bereich und darüber hinaus

Von Heinrich Kunze

Abstract

Dieser Beitrag informiert über mehr oder weniger ausgeprägte Entwicklungstendenzen von Psychiatrisch-Psychotherapeutischen Kliniken und Kooperationsformen mit gemeindepsychiatrischen Netzwerken.

Mit der PsychPV (1991) wurde die Konvergenz von Psychiatrischen Fachkrankenhäusern/ Psychiatrischen Landeskrankenhäusern und Psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern weiter gefördert, denn sie gilt für beide gleichermaßen. Mehr Abteilungen übernahmen regionale Versorgungsverpflichtung, wodurch die „Landeskrankenhäuser" ihre zu großen Versorgungsgebiete verkleinern konnten. Die Institutsambulanzen wurden für die Fachkrankenhäuser schon vor 1980, aber für die Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern erst 2000 regelhaft eingeführt.

Das dargestellte Konzept der integrierten störungsspezifischen Behandlung in Verbindung mit entsprechenden gemeindpsychiatrischen Kooperationen (nach dem Prinzip: Die Struktur folgt der Funktion) – lässt die alte Kontroverse um „durchmischte" oder „spezialisierte" Stationen hinter sich.

Die Unterstützung dieses Ansatzes durch die Bundesarbeitsgemeinschaften der beiden Kliniktypen BDK (www.bdk-deutschland.de) und ACKPA (www.ackpa.de) kommt in der Fußnote zu der Publikation Kunze (2007) zum Ausdruck.

„Integrierte Versorgung" (IV) und „Integrierte Behandlung"

Der Grundgedanke der integrierten Behandlung ist in der Psychiatrie schon länger von zunehmender Bedeutung als es die „Integrierte Versorgung" im Sozialgesetzbuch V §140a-d gibt. Damit kontrastiert, dass in der psychiatrischen Versorgung nur wenige Verträge mit ganz geringem Volumen zustande gekommen sind. Warum? Für die Kassen eignet sich die Psychiatrie wegen Stigmatisierung nicht für ihren Wettbewerb untereinander. Für Leistungserbringer ist sie uninteressant, weil die Kassen nur bei erheblichen Erlösreduktionen Verträge eingehen. Die Folge ist, dass der Abzug der Anschubfinanzierung aus der Psychiatrie zu einer Quersubventionierung der Somatik führt. Doch es besteht die Aussicht, dass die Anschubfinanzierung über 2008 hinaus nicht verlängert wird.

Abgesehen von der Finanzierungsproblematik wären IV-Verträge in der psychiatrischen Versorgung interessant, wenn sie für eine regional definierte Population und alle für diese Population zuständigen Kassen gelten würden, oder eine Subgruppe der Population z.B. alte Menschen mit psychischen Erkrankungen – in Verbindung mit Versorgungsverpflichtung. Effizienzgewinne für die Leistungsträger und die Leistungserbringer werden möglich, wenn der IV-Vertrag für alle Patienten einer Region – oder wenigstens störungsspezifische Subgruppen – in den therapeutischen Institutionen gilt, damit es sich lohnt, die Behandlungsprozesse (Klinik – gemeindepsychiatrisches Netzwerk) zu verändern. Dies ist verbunden mit dem Ziel, die Schnittstellenprobleme stationär, teilstationär ambulant und darüber hinaus von vorne herein zu vermeiden, statt die weiter bestehenden Schnittstellenprobleme mit zusätzlichem Schnittstellen-Management zu kompensieren. – Außerdem ist in der Psychiatrie die Kooperation mit (kostentechnisch) den Leistungsbereichen Rehabilitation, Teilhabe und Pflege von großer Bedeutung, was bisher nur in Bezug auf Rehabilitation in der übrigen Medizin etwas entwickelt wurde. Und ambulante Behandlungsbereiche wie Krankenpflege, Ergotherapie, Soziotherapie sind unterentwickelt oder nicht existent.

Man kann aber auch integrierte Behandlung und Rehabilitation weitgehend realisieren mit traditionell nach Maßnahmen fragmentierten Erlösquellen und integrierter Behandlung (administrative Fantasie).

Problem der Maßnahme-/ Institutionsorientierten Behandlung

Traditionell organisierte Kliniken sind "Maßnahme-orientiert". Sie sind gegliedert in bettenführende und nicht bettenführende Abteilungen: Stationen, Tagesklinik(en) und Institutsambulanz. Fachkrankenhäuser differenzieren den stationären Bereich in der Regel stärker als Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Alle Einheiten, Abteilungen, Stationen, Tageskliniken, Ambulanzen sind definiert: räumlich, als Verantwortungsbereich, mit je eigenen Konzepten, Besprechungen, Regeln und Gewohnheiten.

Dieses Differenzierungsprinzip setzt sich auch außerhalb der Klinik fort mit Rehabilitation, Fachärzten, Hausärzten, Psychotherapeuten, komplementären Einrichtungen – für alle gilt das Prinzip der Differenzierung in je verschiedene, aber in sich möglichst homogene Maßnahmen, die sich die Patienten suchen, welche

Heinrich Kunze
Prof. Dr. med. habil., Dipl. Soz, Aktion Psychisch Kranke, www.apk-ev.de
Bis 2007 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, Bad Emstal/ Kassel/ Hofgeismar
Rehabilitation für psychisch kranke Menschen (RPK), Guxhagen
www.zsp-kurhessen.de

gerade im Querschnitt einen Bedarf für die Behandlung entsprechend dem jeweiligen Maßnahmepaket haben. Nach dem Konzept der Behandlungs- und Reha-Kette werden die Patienten von einem Maßnahme-homogenen Kästchen zum anderen „verlegt“, wenn die Veränderung des Behandlungs-/Betreuungsbedarfs dies erfordert. Dies führt aber zur Fragmentierung des Behandlungsprozesses. In der somatischen Medizin wie in der Psychiatrie hielten die Einheiten ihre jeweiligen institutionellen Eigeninteressen hoch und der Behandlungsablauf des Patienten ergab sich als der kleinste gemeinsame Nenner aus den Eigeninteressen der Einheiten und Berufsgruppen. Auch somatische Krankenhäuser waren strukturiert von Abgrenzungen, z.B. zwischen Aufnahme, Station, Labor, Röntgen, Anästhesie und OP. Der Behandlungsprozess folgte den organisatorischen Eigeninteressen der (Sub-)Abteilungen. Unter den Anreizen der DRG (Diagnose Related Groups = Diagnose bezogene Fallpauschalen)-Finanzierung erhält nun der Verantwortliche für die effiziente Organisation von Behandlungspfaden („Prozesseigner“) die Weisungsbefugnis gegenüber den beteiligten Subabteilungen, damit diese ihre organisatorischen Eigeninteressen den Notwendigkeiten der Behandlungspfade unterordnen, und nicht wie bisher umgekehrt. - Wie in der Somatik kann durch Überwindung von institutionellen Eigeninteressen der Subeinheiten und durch Patienten-orientierte Prozessorganisation aus vorhandenen Mitteln mehr Nutzen geschaffen werden. Patientenorientierung kann also auch ökonomisch vorteilhaft sein.

Aus der Sicht von Patienten und Therapeuten

Der therapeutische Prozess ist fragmentiert in Bezug auf die therapeutischen Beziehungen und das bei Patienten, die anders als somatisch Kranke gerade in ihrer Fähigkeit, sich auf neue Beziehungen und Kontexte einzustellen, beeinträchtigt sind. Die Vorbereitungen für die Wechsel zwischen Stationen, Tagesklinik und Institutsambulanz sind langwierig und umständlich. Oft werden sie übers Knie gebrochen unter Zeitdruck oder unterbleiben, weil sie als zu kompliziert scheinen.

Außensicht

Mit dem Patienten sind viele andere Personen außerhalb der Klinik befasst – Angehörige, privater und beruflicher Bereich, professionelle Dienste medizinisch-psychiatrisch, sozial u.a.. Deren Sichtweise und Problemdefinition, Erwartungen und Befürchtungen werden im günstigen Falle von der Aufnahmestation aufgegriffen, aber die Behandler verlieren ab der ersten Verlegung innerhalb der Klinik den Kontakt zu den externen Bezugspersonen. Diese sind aber wichtig: Unterstützen sie den Kranken z. B. gegen seine Suizidimpulse, zur Einnahme von Medikamenten? Oder heizen sie die Spannungen weiter an, bezeichnen Psychopharmaka als „Pillenkeule“? Und die Behandler wissen nicht mehr, welche Behandler außerhalb der Klinik zuvor mit dem Patienten zu tun hatten und was sie für den Patienten tun können. Damit kann die Verkürzung der stationären durch teilstationäre und ambulante Behandlung sowie die Entlassungsvorbereitung nicht mehr bei den Problemen und dem Unterstützungspotential des sozialen und professionellen Umfeldes ansetzen.

Patientenzentrierte Krankenhaus-Behandlung

Unsere Klinik (für ca. 450 000 Einwohner zuständig) richtet sich im Verhältnis zu den Kostenträgern nach der fragmentierten Realität: über stationäre und teilstationäre Berechnungstage sowie Pauschalen für die Ambulanzfälle rechnet die Klinik ab, doch im Binnenverhältnis organisieren wir die Strukturen und Abläufe möglichst Patienten-orientiert. Dieses Prinzip wurde über Jahre schrittweise eingeführt. Wenn man in der Klinik anfängt Patienten-orientiert zu arbeiten, kommt man in Konflikte mit den Zuständigkeiten, Besprechungen und Konferenzen, Stations- und Mitarbeiter-Zeitplänen, Dokumentation, Gewohnheiten usw., kurz mit den als Kästchen-Kette („Schreber-Gärten“) organisierten Abläufen. Die Abteilungen werden nun möglichst nach Zielgruppen gegliedert, nicht primär nach Maßnahme-Arten wie stationär, teilstationär, ambulant. Jede Abteilung kann ihre Zielgruppe stationär, teilstationär und ambulant behandeln. Die Betonung liegt auf kann, denn manchmal ist Kontinuität und manchmal ist Wechsel für Patienten besser. Aber ein Wechsel soll nicht primär aus anderen als Patienten-orientierten Gründen erfolgen.

Für die Festlegung der Zielgruppen werden verschiedene Gesichtspunkte, auch in Kombination, berücksichtigt:

- Diagnosegruppen mit dem Ziel der störungsspezifischen Behandlung
- Orientierung auf Teilregionen des Versorgungsgebietes (Wohnortnähe)
- Außenstellen: Verlagerung von Kapazitäten an somatische Krankenhäuser näher zur versorgten Bevölkerung (Standort war früher einmal von Mönchen ausgesucht worden)
- Vernetzung mit regionalen Kooperationspartnern

Die institutsambulante Behandlung hat die zentrale Bedeutung für die Struktur und die Prozessorientierung der Klinik nach dem Behandlungsbedarf der Patienten und nach ökonomischen Gesichtspunkten. Wenn überschaubare Abteilungen der Klinik ihre Patienten, die sie herkömmlich stationär behandeln, auch integriert ambulant und teilstationär behandeln können, dann lassen sich die Übergänge zwischen den Behandlungsstufen und Wiederaufnahmen – auf der Grundlage therapeutischer Kontinuität - flexibel realisieren (z. B. auch Hemmen et. al. 2000).

Integrierte ambulante Behandlung ist vorrangig Aufgabe der Leitenden und Ober-Ärzte der Abteilungen der Klinik und nicht der Assistenten, die wechseln. Weil die Leitenden und Oberärzte so Anteile ihrer Stelle refinanzieren, können wir uns mehr Abteilungen und Ltd. Ärzte und Ärztinnen „leisten“, wie uns nach Psych-PV zustehen, und schaffen damit langfristig interessante Aufgabenfelder für qualifizierte Ärzte, auch um zu verhindern, dass die Besten

Bei einer Patienten-zentrierten Behandlung werden die Abteilungen nicht primär nach Maßnahme-Arten gegliedert, sondern möglichst nach Zielgruppen

sich Leitungspositionen woanders suchen. Die integrierte ambulante Tätigkeit der Leitenden und Ober-Ärzte schafft die Voraussetzung dafür, dass die für teil-/stationäre Behandlung Verantwortlichen diese aus der ambulanten Perspektive steuern können. Die Krankenpflege beteiligt sich aus der teilstationären / stationären Bezugspflege heraus auch an integriert ambulanten Weiterbehandlungen, ebenso Psychologen und Sozialarbeiter. Ein wesentlicher Teil der Führungsaufgaben betrifft die Kooperation – Patienten-Ebene und organisatorische Ebene - mit anderen medizinischen, rehabilitativen sowie komplementären Diensten und Einrichtungen in der Region, die mit dieser Zielgruppe auch im Querschnitt und im Längsschnitt befasst sind.

Die Bedeutung der Abteilung wird nicht mehr durch die Größe des „Bettenreiches“ sondern über die Aufgabe, die Behandlung (stationär, teilstationär, ambulant) einer überschaubaren Anzahl von Personen einer Zielgruppe in Kooperation mit den externen Partnern definiert. Im Rahmen der ambulanten Arbeit kann bei chronisch-rezidivierendem Krankheitsverlauf auch die Koordination weiterer Hilfen (außerhalb der Klinik) erfolgen. – Ob die Case-Management-Funktion von der Klinik aus, oder von einem Psychiater/Psychotherapeut in der Praxis, einem Therapeuten des gemeindepsychiatrischen Netzes, des Sozialpsychiatrischen Dienstes usw. wahrgenommen wird, dies gilt es individuell zu klären und wechselseitig zu respektieren.

Wir schließen mit den Abteilungen interne Leistungsvereinbarungen ab über die zu erreichende stationäre und teilstationäre Belegung sowie über die Anzahl der Ambulanzfälle pro Jahr. Darauf bezogen wird den Abteilungen das therapeutische Personal zugeteilt, so dass die Abteilung intern mit dem vorhandenen Personal die wechselnden Bedarfe bei integrierten Behandlungsprozessen flexibel ausgleichen kann. Zur Steuerung gibt es monatliche bzw. Quartals-Berichte. Für die Motivation der Mitarbeiter ist diese Transparenz ganz wichtig. – „Graue Ambulanz“ ist obsolet und zerstört die Motivation, wenn die stationären Therapeuten ihre für ambulante Arbeit eingesetzte Zeit aus den Ambulanzeinnahmen nicht ersetzt bekommen und für die stationären Aufgaben noch weniger Zeit bleibt.

Krankenhausbehandlung muss auch vom Krankenhaus aus im privaten und beruflichen Lebensfeld stattfinden, auch als Hometreatment und in Kooperation mit dem professionellen Hilfesystem.

Die Zielgruppen-orientierte Abteilungsgliederung mit intern integrierter ambulanter und teilstationärer Behandlung ermöglicht Beziehungskontinuität auch bei intermittierender Behandlung und Wiederaufnahmen. Die „Drehtür“ bekommt therapeutische Qualität und ermöglicht längere Behandlungsdauer bei niedrigerem Ressourcenverbrauch.

Therapeutischer Nutzen

Soweit wurden die organisatorischen Waben beschrieben, nun geht es um den Honig, die kumulative Kontinuität der gemeinsamen Erfahrungen von Patienten (ggf. Angehörigen) und Therapeuten mit der Krankheit, ihrem Erleben, Behandeln und Bewältigen auch über die Wechselfälle längerer Zeiten hinweg, und die Subjekt- und Lebensfeld-orientierte Diagnostik und Therapie, die damit immer auch eine psychotherapeutische Dimension hat.

Die Symptomatik objektivierend zu erfassen reicht nicht. Es geht auch darum, die subjektive Bedeutung der psychischen Störung im Erleben des Patienten und die Wechselwirkungen zwischen der Krankheitssymptomatik und den wichtigen Bezugspersonen zu Hause, an der Arbeit, in der Nachbarschaft ins therapeutische Handeln einzubeziehen. Dabei ist die Aufmerksamkeit auch darauf zu richten, inwieweit die Lebensverhältnisse die Erkrankung verschärfen oder welche positiven protektiven Faktoren aufzufinden sind: Ressourcen, Unterstützung, zeitweise Verantwortungsübernahme durch wen usw., die zur Verkürzung der stationären durch teilstationäre und ambulante Behandlung genutzt werden können, um so auch die Wiedereingliederung qualifizierter zu erreichen. Deshalb muss Krankenhausbehandlung auch vom Krankenhaus aus im privaten und beruflichen Lebensfeld stattfinden, auch als Hometreatment – und in Kooperation mit dem professionellen Hilfesystem, das der Patient zuvor schon in Anspruch genommen hat und nach der Krankenhausbehandlung (wieder) nutzen kann. Bei Zuständigkeit der Abteilungen für Patienten nach Krankheitsgruppen können die Patienten (und ihre Angehörigen) eher von einander lernen, insbesondere da sie nach Krankheitsstadien und Bewältigungsstadien durchmischt sind und damit die neuen Patienten (und Angehörigen) von den Erfahrenen profitieren können. Bei chronisch rezidivierenden Erkrankungen in der Psychiatrie und Psychotherapie wie in der Inneren Medizin ist ein zentrales Therapie-Ziel, die Patienten zu befähigen ihre Behandlung zu steuern, indem sie mit Medikamenten und Lebensstil-Änderung ihre Stabilisierung zu erreichen, z. B. Diabetes (Medikamente, Lebensstil: Ernährung, Bewegung)

Die Zielgruppen-bezogene Vernetzung mit Kooperationspartnern in der Region

Diese funktioniert nur in Verbindung mit Zielgruppen-bezogener Abteilungsgliederung in der Klinik. Am weitesten entwickelt ist die Zusammenarbeit in Bezug auf die Zielgruppe Alkoholkranke: Unsere Klinik in Bad Emstal, Kassel und Hofgeismar und „Das Blaue Kreuz“ in Kassel kooperieren auf verschiedenen Ebenen – bei traditioneller maßnahmebezogener Finanzierung: Das Blaue Kreuz hat einen für regionale Suchtkrankenversorgung hervorragend geeigneten Standort neben dem ICE-Bahnhof in „Bad Wilhelmshöhe“ und bringt Kapazitäten für Suchtberatung, medizinische Rehabilitation und Teilhabe-Leistungen ein. Die Alkohol-Abteilung der Klinik verfügt über 2 Stationen in Bad Emstal (ungünstiger Standort 20 Km außerhalb von Kassel), die Tagesklinik in Kassel, beide Standorte mit integrierter Ambulanz sowie Betreutes Wohnen. Die Klinik teilt ihren Leitenden Abteilungsarzt (und weiteres medizinisches Fachpersonal) mit der Abteilung medizinische Rehabilitation des Blauen Kreuzes, die Schwierigkeiten hatte, dieses Fachpersonal selber zu gewinnen, und ist mit der Suchttagesklinik und der in-

tegrierten Suchtambulanz in die verkehrstechnisch hervorragend gelegenen Räume des Blauen Kreuzes gezogen. Die Institutambulanz kooperiert eng mit der Suchtberatungsstelle des Blauen Kreuzes sowie dem Betreuten Wohnen und dem Wohnheim für Suchtkranke. Das jüngste Kind der Kooperation ist eine gGmbH Ambulante Medizinische Rehabilitation (ganztags und ambulant im üblichen Sinne) mit den beiden Gesellschaftern Zentrum für Soziale Psychiatrie Bad Emstal und Blaues Kreuz Kassel.

Von besonderer Bedeutung sind die Konzeptabstimmungen, die enge Kooperation und insbesondere die vielfältigen Brücken durch wichtige therapeutische Bezugspersonen über die kostentechnischen Schnittstellen zwischen den Maßnahmen hinweg. Für Alkoholkranke in der Region Kassel gibt es jetzt –„wie aus einer Hand“ - wohnortnahe Angebote zur Beratung, Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung (Teilhabe), soviel wie möglich ambulant und teilstationär (Reha-Terminologie: ganztags ambulant) und so wenig wie nötig stationär, finanziert über Erlöse für traditionelle Maßnahmen. (siehe auch Reutlingen: Längle 2008)

Um dieses Prinzip und seine administrative Seite noch an einem anderen Bereich zu verdeutlichen: Die RPK Guxhagen (am südlichen Rand von Kassel an der Autobahn und Eisenbahn gelegen) ist aus der Klinik hervorgegangen. Die leitende Ärztin der RPK und weitere Therapeuten sind für ihre Zielgruppe als Teilzeitkräfte in der RPK und auch in der Institutsambulanz der Allgemeinpsychiatrischen Abteilung der Klinik in Kassel-Wilhelmshöhe tätig. Ähnliche Entwicklungen zur Zielgruppen bezogenen, Maßnahme übergreifenden Vernetzung sind auch in Arbeit:

- Geriatrie eines Allgemeinkrankenhauses in Kassel sowie ambulante und stationäre Altenhilfe mit der Gerontopsychiatrischen Abteilung der Klinik in Bad Emstal
- Behindertenhilfe in der Region Kassel mit den Allgemeinpsychiatrischen Abteilungen der Klinik und der aus der Klinik hervorgegangenen Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen (RPK) in Guxhagen (bei Kassel)
- Psychotherapie-Praxen und Hausärzte in der Region mit dem Psychotherapie-Schwerpunkt der Klinik
- Neurologische/neuro-chirurgische, orthopädische und andere somatische Klinik(en) (Behandlung und Rehabilitation) in der Region mit der Neuropsychiatrischen Abteilung der Klinik.

Patienten-Orientierung und Ökonomie – Effizienz bezogen auf Personen statt auf Maßnahmen

Für die Psychiatrie gilt schon aus ethischen Gründen, in das Leben von Patienten so wenig wie möglich einzugreifen, also so wenig Institution wie möglich, nur so viel wie nötig.

Die traditionellen Alternativen sind obsolet geworden:

- Unbezahlbar ist eine ausreichend lange nur stationäre Behandlung, wie sie nötig wäre, um die Fragmentierung des Therapie-Prozesses zu vermeiden.
- Therapeutisch nicht vertretbar ist die häufige Fragmentierung der therapeutisch wichtigen Beziehungen zur flexiblen Anpassung der „Dosis Krankenhausbehandlung“.

Patienten-zentrierte Klinikbehandlung ist auch ein Beitrag zur Reduktion der „strukturbedingten Verschwendung therapeutischer Ressourcen“:

- Die Behandlung wirkt besser, wenn die reale Lebenswirklichkeit praktisch und subjektiv in die Therapie einbezogen wird.
- Die Behandlung ist kostengünstiger, wenn die „Dosis Krankenhausbehandlung“ flexibel, wann immer möglich nach unten angepasst wird auf der Grundlage verlässlicher therapeutischer Beziehungen.

Damit ist die Patienten-bezogene Organisation der Behandlungsprozesse im Interesse der Qualität der Behandlung der Patienten, sie führt zu höherer Arbeitszufriedenheit der Therapeuten und ist außerdem eine ökonomische Notwendigkeit. Aber die ökonomischen Anreize fehlen im bisherigen Finanzierungssystem.

Denn diese Patienten-bezogene Perspektive kommt bei Leistungsträgern noch kaum in den Blick, solange sie sich nach Maßnahme-Arten organisieren. Für die Wirkung von verschiedenen Maßnahmen (im Querschnitt und im Längsschnitt) und deren Kosten - Effizienz bezogen auf Personen – sind die Kostenträger blind, denn dafür gibt es keine organisierte Verantwortung und keine Daten.

Nur bei der Unfallversicherung sind Behandlung, Rehabilitation und Pflege unter einer Patientenbezogenen Verantwortung, so dass die Behandlung, die Bedarf an Rehabilitation und Pflege mindert, sowie die Rehabilitation, die Behandlungsbedarf und Pflege mindert, auch ökonomisch sinnvoll wird, statt in jedem Maßnahme-Bereich zu sparen, koste es was es wolle anders wo. •

Patientenorientierte Behandlung liegt im Interesse der Behandlungsqualität, führt zu höherer Arbeitszufriedenheit der Therapeuten und ist außerdem eine ökonomische Notwendigkeit.

Literatur

Hemmen Gerd, Kristen Reiner, Kunze Heinrich (2000) Die kleine psychiatrische Abteilung Hofgeismar. Ein kasuistischer Beitrag zum Thema Dezentralisierung psychiatrischer Fachkrankenhäuser. Krankenhauspsychiatrie, 11:60-63

Kunze Heinrich (2001) De-Institutionalisierung im Kopf – Vom Anstaltsparadigma über die Rehabilitationskette zu personenzentrierten Hilfen. Krankenhauspsychiatrie, 12:48-55

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2001) Aspekte der Implementation von Umstrukturierungsprozessen in der psychiatrischen Versorgung – Abschlußbericht der Projektgruppe „Abbau vollstationärer Kapazitäten durch Ausweitung teilstationärer und ambulanter Behandlung in der Psychiatrie“. Band 138 der Schriftenreihe des BMG, Nomos, Baden-Baden

Schmidt-Zadel Regina, Kunze Heinrich, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) (2002) Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Kunze Heinrich: Psychosoziale Therapie als rehabilitative Behandlungsmaßnahme für psychisch Kranke (2005) In: Frieboes R-M, Zaudig M, Nosper M (Hrsg.) Rehabilitation bei psychischen Störungen, Urban und Fischer, München – Jena, Kapitel 3.1 S. 73-95

Roick Christiane, Deister Arno, Zeichner Dirk, Birker Thomas, König Hans-Helmut; Angermeyer Mathias C (2005) Das regionale Psychiatriebudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen Psychiatrische Praxis, 32:1-8

Kunze Heinrich, Priebe Stefan (2006) Integrierte Versorgung – Perspektiven für die Psychiatrie und Psychotherapie. Psychiatrische Praxis, 33:53-55

Kunze, Heinrich (2007) Personenbezogene Behandlung in psychiatrischen Kliniken und darüber hinaus – Gute Praxis und Ökonomie verbinden. Psychiatrische Praxis 34: 150-153

Schmidt-Michel, Paul-Otto; Kuhn, Frank; Bergmann, Frank (2008) Debatte: Pro & Kontra: Die Integrierte Versorgung per Gesetz ist für die Psychiatrie gescheitert. Psychiatrische Praxis 35: 57-59

Längle Gerhard, Röhm Anne (2008 im Druck): Suchtkrankenhilfe sozialpsychiatrisch organisiert: das kommunale Suchthilfenetzwerk im Modell-Landkreis Reutlingen. Psychosoziale Umschau

Psychosomatik

Plädoyer für ein zukunftsfähiges Konzept der Krankenhausbehandlung und Rehabilitation

Von Heinrich Kunze

Dies ist ein Plädoyer für ein zukunftsfähiges Konzept von „Psycho-Somatik“ mit überwiegend wohnortnahen teilstationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten. In diesem Beitrag wird die These vertreten, dass es keinen Bedarf für neue psychosomatische Kliniken gibt, die überregional/bundesweit aufnehmen. Deshalb soll vorab betont werden, dass es einige solcher Kliniken seit Jahrzehnten gibt, die sich um die Etablierung der Psychosomatik und Psychotherapie in der Medizin Verdienste erworben haben. Aber das „Rezept“ von vorgestern ist nicht mehr die Empfehlung für heute, auch wenn ein steigender Bedarf für psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung und Rehabilitation abzusehen ist. Denn die volkswirtschaftliche Bedeutung von psychischen Störungen inkl. Suchterkrankungen nimmt weiter zu, wie die Publikationen u.a. des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen und einiger anderer Krankenkassen sowie der Deutschen Rentenversicherung ausweisen.

Zwei verschiedene Konzepte von „Psychosomatik“

Es haben sich bundesweit zwei Konzepte von Psychosomatik nebeneinander entwickelt – jedoch mit großen Unterschieden in der Umsetzung je nach Bundesland.

Konzept 1: Patientenbezogene Verknüpfung von Psycho- und Soma-Kompetenz

Für das 1. Konzept lautet die relevante Passage der „Leitlinien für das krankenhausplanerische Vorgehen“ im Hessischen Krankenhausrahmenplan 2005: „Um dem interdisziplinären Charakter gerecht werden zu können, werden Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an geeigneten Allgemeinkrankenhäusern ausgewiesen. Eine derartige Eignung liegt vor, wenn das Allgemeinkrankenhaus über ein breites Spektrum von Fachabteilungen verfügt. Vom Krankenhausträger ist im gegebenen Fall ein detailliertes Fachkonzept vorzulegen.“

Dieser Leitlinie liegt ein Verständnis von Psychosomatik zugrunde, bei dem es um psychische Faktoren geht, die relevant sind für die Entstehung, Behandlung und Rehabilitation von somatischen Krankheiten. Zentral für das Behandlungsprogramm ist die Zusammenarbeit mit den verschiedenen somatischen Fächern im Sinne von „Psycho-Somatik“ als Patienten-bezogene Verknüpfung von Psycho- und Soma-Kompetenz. Es geht also um ein Querschnittsfach ähnlich wie z. B. die Anästhesie, die ihren Status im Allgemeinkrankenhaus auch nicht über eigene Betten begründet. Dieses Konzept steht in der Tradition des ursprünglichen Verständnisses von Psychosomatik als der Lehre von den Leib-Seele-Beziehungen, wie es mit den Namen Victor von Weizsäcker, Thure von Uexküll u. a. verbunden ist.

Eine solche psychosomatische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus behandelt die Patienten – gleichzeitig oder mit qualifizierter Überleitung - zusammen mit der jeweiligen somatischen Fachabteilung, die auch über das ggf. aus medizinischen Gründen notwendige Bett verfügt. Dann könnte z. B. ein Patient vom „Bett“ der somatischen Abteilung aus schon am Tagestherapieprogramm der psychosomatischen Abteilung teilnehmen. Nach entsprechender Stabilisierung könnte die Entlassung nach Hause erfolgen und die Behandlung würde somatisch ambulant, psychosomatisch zunächst tagesklinisch und später auch ambulant fortgesetzt. – Dieser fachlich einleuchtende Vorschlag ist schon 20 Jahre alt, die entsprechende Finanzierung gilt bis heute als utopisch. Deshalb ist der Vorschlag aber fachlich nicht falsch, sondern das Problem ist das Finanzierungssystem, das zu einer geeigneten Regelung nicht in der Lage ist.

Konzept 2: Diagnose-Spektrum ICD 10 F3 – F6

Im anderen Psychosomatik–Konzept definieren sich die Kliniken über die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen aus dem Diagnose-Spektrum: F3 Affektive Störungen (depressive und manische Zustände); F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (z. B. Essstörungen); F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

Diese Kliniken behandeln Patienten stationär und überwiegend wohnortfern, die zuvor und/oder danach wohnortnah ambulant von niedergelassenen (psychologischen oder ärztlichen) Psychotherapeuten oder Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie oder/und Hausärzten behandelt werden. Wenn sie aber „zu krank sind“ für solche Psychotherapie-Kliniken oder wenn z. B. eine suizidale Krise sich dort zuspitzt, dann werden sie in der wohnortnahen bzw. versorgungspflichtigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Akut-Klinik behandelt (Fachkrankenhaus oder Abteilung am Allgemeinkrankenhaus).

Problematik: Die problematische Versorgungsstruktur wird besonders bei den Patienten deutlich, die einen chronisch-rezidivierenden Krankheitsverlauf aufweisen. Diese wechseln zwischen den Fachgebieten „Psychiatrie und Psychotherapie“ sowie „Psychosomatik und Psychotherapie“ und auch zwischen den Leistungsarten

Heinrich Kunze
Prof. Dr. med. habil., Dipl. Soz, Aktion Psychisch Kranke, www.apk-ev.de
Bis 2007 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, Bad Emstal/ Kassel/ Hofgeismar
Rehabilitation für psychisch kranke Menschen (RPK), Guxhagen
www.zsp-kurhessen.de

der ambulanten, teilstationären und stationären (Akut-)Behandlung (Kostenträger: Krankenkassen) sowie der Rehabilitation (Kostenträger: Rentenversicherung oder Krankenkassen).
Konsequenz: Patienten mit nicht so schwerer Symptomatik (die z. B. auf einen Aufnahmetermin warten können) werden auch in psychosomatischen Kliniken behandelt („Psychiatrie light"), Patienten mit schwerer Symptomatik werden nur in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken behandelt – eine einmalige Konstellation im Vergleich zu anderen medizinischen Fachgebieten.
Zu diesen verwirrenden Verhältnissen gibt es erstaunlicherweise keine Übersichtsdaten zu vorhandenen Bettenkapazitäten sowie anderen Therapiemöglichkeiten und zu den komplizierten Behandlungswegen der Patienten mit den problematischen „Schnittstellen" zwischen verschiedenen therapeutischen Institutionen, verschiedenen Fachgebieten und verschiedenen Leistungsträgern - und keine übergreifende Verantwortlichkeit für die Steuerung der Versorgung für diese Zielgruppe mit großer volkswirtschaftlicher Bedeutung.

Auf die besondere Geschichte der Trennung der beiden Fachgebiete kann hier nicht näher eingegangen werden, die deutsche Medizin ist in dieser Sache einen Sonderweg gegangen (Beine 2007). Inzwischen ist die wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung deutlich besser geworden. Durch das Psychotherapeutengesetz gibt es viele in Praxen tätige, psychotherapeutisch qualifizierte Ärzte und Psychologen für die ambulante Behandlung.

Deutschland als Weltmeister für wohnortferne psychosomatische Betten

Heute sind die vielen psychosomatisch-psychotherapeutischen Reha-Kliniken einmalig in der Welt. Mehr als die Hälfte der psychosomatischen Reha-Betten des Weltbestandes steht in Deutschland, etwa 15.000 Betten. Außerdem kommen noch etwa 5.000 Betten in „Akut-Krankenhäusern" hinzu. In den 1970er Jahren wurde in Deutschland die Rehabilitation durch große, überregional bis bundesweit aufnehmende Institutionen ausgebaut. Die Rehabilitation ging anfangs nicht von einem Verständnis von Rehabilitation aus, das dem realen Lebenskontext der zu rehabilitierenden Menschen große Bedeutung beimisst. So wie die Berufsförderungswerke und Berufsbildungswerke Internate haben, damit die Rehabilitanden auch das Rehaprogramm täglich erreichen können, so haben die psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken „Betten", die überwiegend nicht medizinisch erforderlich, aber zur täglichen Erreichbarkeit des Behandlungsprogramms notwendig sind.

Von der stationären zur ambulanten Rehabilitation: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF

Die Deutsche Rentenversicherung hat aber in den letzten Jahren begonnen, ihr allgemeines Konzept von möglichst großen, intern spezialisierten Institutionen, die überregional/bundesweit aufnehmen, für viele Indikationsbereiche zu verlassen. Die Rehabilitation orientiert sich jetzt zunehmend an der von der WHO entwickelten ICF (International Classification of Functioning / Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), die nicht nur der Krankheit, sondern auch der handelnden Person in ihrem realen Lebenskontext große Bedeutung gibt.

ICF und ICD 10 sind „familiär" benachbart. Die ICF geht davon aus, dass die Krankheit nach ICD der Störung von Funktionen nach ICF entspricht. Länger dauernde Krankheiten/Funktionsstörungen führen zu Behinderungen: die betroffene Person wird durch die Krankheit in ihren Aktivitäten beeinträchtigt. Länger andauernde Beeinträchtigungen von bisherigen „Aktivitäten" einer Person beeinträchtigen dann auch deren Partizipation, in der Sprache des SGB IX: Teilhabe an Arbeit und am Leben in der Gemeinschaft.

Besonderheit bei psychischen Erkrankungen

Bei psychischen Erkrankungen ist – im Unterschied zu somatischen (die nicht auch das Gehirn einbeziehen) – folgende wichtige Besonderheit zu berücksichtigen: Der Genesungsprozess wird direkt durch die Krankheit und ihre Folgen beeinträchtigt, und zwar auf allen drei Ebenen:

- Funktionen – z. B. durch die Störung von Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Wollen, Urteilen, Kommunizieren ;
- Aktivitäten – durch die Störung der Persönlichkeit: z. B. Motivation und Ziele betreffend;
- Partizipation – durch die direkte Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen, z. B. mit Angehörigen, Freunden und bei der Arbeit.

Die Wechselwirkungen zwischen den drei Ebenen sind deshalb auch bei psychischen Erkrankungen intensiver.

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF macht auch verständlich, warum es bei psychischen Erkrankungen so wichtig für die Nachhaltigkeit von psychosozialen Therapien ist, im Verlauf der Therapie die Zwischenergebnisse im realen Leben – zu Hause, am Arbeitsplatz und mit den dort relevanten Bezugspersonen – praktisch zu erproben oder den Patienten direkt in seiner Alltagswelt zu behandeln oder zu rehabilitieren: tagesklinische Behandlung und „ganztags ambulante" Rehabilitation, „Home Treatment", „Stufenweise Wiedereingliederung" (§ 74 SGB V); Praktikum im Betrieb mit therapeutischer Begleitung als Arbeitstherapie, „supported employment".

Dieses Prinzip ist seit 10 Jahren auch in internationalen großen kontrollierten Untersuchungen bestätigt worden, in denen Eingliederung ins Berufsleben nach dem Ansatz „first place, then train" viel erfolgreicher war als traditionell umgekehrt: „first train, then place". Die erste Alternative wirkt nachhaltiger, sie gehört schon lange zu den bewährten Behandlungsregeln der Sozialpsychiatrie und insbesondere der Verhaltenstherapie - statt nur in der künstlichen Umgebung der Klinik oder einer Institution zur Rehabilitation zu therapieren und die Umsetzung ins praktische Leben

Rehabilitation orientiert sich jetzt zunehmend an der von der WHO entwickelten ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), die nicht nur der Krankheit, sondern auch der handelnden Person in ihrem realen Lebenskontext große Bedeutung gibt.

dem Patienten als Auftrag bei der Entlassung mitzugeben.

Orientiert am international anerkannten bio-psycho-sozialen Modell der ICF wurden von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zwei „benachbarte“ ICF-basierte Empfehlungsvereinbarungen für die Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen erarbeitet, die die „ganztags ambulante“ Rehabilitation in den Mittelpunkt stellen. (siehe dazu www.bar-frankfurt.de, Startseite >Arbeitsbereiche >Medizinische Rehabilitation >Verzeichnis aktueller Rahmenempfehlungen: Rahmenempfehlung zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen vom 22. Januar 2004; RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 29.09.2005.) Diese Empfehlungsvereinbarungen in die Praxis umzusetzen ist ein längerer Prozess auch gegen Widerstände, doch sind sie konzeptionell wegweisend.

ICF-Konzept auch für Behandlung wichtig

Rehabilitation orientiert am ICF-Konzept berücksichtigt die drei Ebenen grundsätzlich immer gleichzeitig, wenn sie auch im Verlauf wechselnd gewichtet werden. Dies gilt grundsätzlich ebenso für („Akut“-)Behandlung bei psychischen Erkrankungen, wenn auch insgesamt nicht so ausgeprägt. Ob die Erkrankungen länger dauern, wissen wir im Einzelfall meist erst retrospektiv. Deshalb kann Behandlung nur der Symptome - ohne Beachtung auch der beiden anderen ICF-Ebenen „Aktivitäten“ und „Partizipation“ - zur Chronifizierung der Krankheit und zur Behinderung beitragen. Wenn Beeinträchtigungen und Ressourcen aller drei ICF-Ebenen in ihren Wechselwirkungen nicht von vorne herein berücksichtigt werden, so entsteht ggf. Rehabilitations- (und anderer Versorgungs-)Bedarf durch Unterlassungen bei der Behandlung.

Das ICF-Konzept betrachtet grundsätzlich die 3 Ebenen Funktionen/ Aktivitäten/ Partizipation. Wenn Beeinträchtigungen und Ressourcen aller drei ICF-Ebenen in ihren Wechselwirkungen nicht von vorne herein berücksichtigt werden, so entsteht ggf. Rehabilitations- (und anderer Versorgungs-)Bedarf durch Unterlassungen bei der Behandlung.

An den Interaktionen zwischen den ICF-Ebenen wird auch verständlich, wie schwierig es ist, die ICF-Philosophie in die praktische Rehabilitation und Behandlung umzusetzen, wenn die Institutionen für Behandlung und für die medizinische und berufliche Rehabilitation (und Abschnitte innerhalb derselben) durch die sozialrechtlich vorgegebene Abfolge von „sauber abgegrenzten“ Zuständigkeiten von einander getrennt sind.

Die Psychiatrie hat mit der durch die Psychiatrie-Enquete (1975) eingeleiteten Reform zur wohnortnahen Versorgung die entscheidende Voraussetzung für Behandlungen geschaffen, die den realen Lebenskontext und das dazugehörige medizinische und sozialtherapeutische Hilfenetz einbeziehen. Die wichtigste „Währung“ zur Finanzierung und Planung von psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung ist leider immer noch „das Bett“. Aber die enorme Zunahme der „Fälle“, und damit auch die Zunahme von behandelten Personen, ohne Bettenausweitung seit Geltung der Psychiatrie-Personalverordnung 1991 konnte nur durch erhebliche Verkürzung der Verweildauer und durch Ausweitung der teilstationären und ambulanten Behandlung bewältigt werden. Deshalb werden von den psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken (Fachkrankenhäuser und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) auch die Patienten des Diagnosespektrums F3-F6 immer weniger stationär und zunehmend teilstationär und ambulant behandelt - in Kooperation mit den Psychotherapeuten, den niedergelassen Allgemein- und Fachärzten, dem gemeindepsychiatrischen Netz sowie den wichtigen Bezugspersonen der erkrankten Menschen im wirklichen Leben.

Fazit: Psychosomatik – ein Begriff und zwei Konzepte?

Psychosomatik: Ja, im Sinne von „Psycho-Somatik“, als patientenbezogene Verknüpfung von Psycho- und Soma-Kompetenz für Patienten mit somatischen Erkrankungen. Der Finanzierungsumweg über psychosomatische Betten sollte abgelöst werden durch die ausreichende Finanzierung eines multiprofessionellen Konsiliar- und Liaisondienstes sowie von teilstationären und ambulanten Behandlungskapazitäten. Über das ggf. aus medizinischen Gründen notwendige Bett verfügt die kooperierende somatische Abteilung im Allgemeinkrankenhaus.

„Psychosomatik“ in der Bedeutung von Behandlung von psychischen Erkrankungen eindimensional mit Psychotherapie: ggf. Ja, aber dann nur als Abschnitt im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Behandlungs- und Rehabilitationskonzeptes, wenn und nur solange wie im Einzelfall die biologische (z. B. Medikamente) und die soziale Ebene wenig relevant sind. Das bedeutet aber auch i. d. R. ein wohnortnahes Vorgehen als Teil des regionalen psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgungsnetzes. •

Literatur

Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen (2003). Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Heft 9; www.bar-frankfurt.de

Beine Karl H (2007): Erinnern – Durcharbeiten – Zusammenführen. Zum Verhältnis von Psychosomatik und Psychiatrie. Psychiatrische Praxis 34: 159-161

Bundesarbeitgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2005) Rehabilitation und Teilhabe – Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (Hrsg.)(2005): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. WHO, Genf

Kunze Heinrich (2005): Psychosoziale Therapie als rehabilitative Behandlungsmaßnahme für psychisch Kranke. In: Frieboes R-M, M Zaudig, M Nosper (Hrsg.) Rehabilitation bei psychischen Störungen. Urban & Fischer, München – Jena, Seite 73-95

Das psychiatrische Krankenhaus im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Von Michael van Brederode

Die Forderung nach einer besseren Koordination und Vernetzung psychiatrischer Hilfeleistungen steht bereits seit der Psychiatrie-Enquete – also seit mehr als 30 Jahren – ganz oben auf der Liste der Zielstellungen für eine Reform der psychiatrischen Versorgung. Sie ist noch immer ein favorisiertes Thema für Fachtagungen und Gegenstand vielfältiger konzeptioneller Überlegungen auf regionaler und überregionaler Ebene. Die fortgesetzte intensive Befassung mit der Thematik verweist auf nach wie vor bestehende Defizite.

Als primär verantwortlich für diese Defizite wird im Vernetzungsdiskurs vornehmlich auf Ursachen verwiesen, die als systemimmanente Faktoren unseres Sozial- und Gesundheitssystems gewertet werden können:

- Das gegliederte Leistungsrecht mit der Folge von Leistungsbrüchen zwischen den Zuständigkeitsbereichen unterschiedlicher Kostenträger (Krankenkassen, Sozialhilfeträger, Rentenversicherung), aber auch innerhalb einzelner Segmente der jeweiligen Sozialgesetzbücher. Beispielhaft sei hier auf die Zielsetzung der Integrierten Versorgung gem. §§ 140 a ff des Sozialgesetzbuches verwiesen, deren erklärte Zielsetzung es ist, erkannte Vernetzungsdefizite innerhalb des Regelkreises des Krankenversicherungsrechtes zu bearbeiten.
- Die für das bundesrepublikanische Sozial- und Gesundheitssystem charakteristische Anbieterpluralität. Sie scheint bundesweit in den vergangenen Jahren – nicht zuletzt unter dem zunehmenden Einfluss des Wettbewerbsrechts der Europäischen Union - tendenziell weiter zu wachsen. So kann im Rheinland seit einigen Jahren ein fast explosionsartiger Anstieg der Anbieter von Leistungen des Betreuten Wohnens für psychisch kranke Menschen beobachtet werden. Anbieterpluralität ist gleichbedeutend mit steigendem Wettbewerb, dessen Kräfte Kooperation und Vernetzung tendenziell erschweren.
- Die immer noch unzureichenden Handlungsanreize für vernetztes Handeln innerhalb des Leistungsrechts. In dieser Hinsicht muss auch die o. a. Regelung zur Integrierten Versorgung (nicht nur) im Bereich der Psychiatrie als Misserfolg gewertet werden, weil die politisch intendierte Anreizwirkung nicht erreicht wurde.

Zu diesen strukturellen Hindernissen gesellen sich soziale und psychologische Barrieren, wie sie sich etwa immer noch in tradierten Vorbehalten zwischen psychiatrischen Krankenhäusern auf der einen und den außerklinischen gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und Diensten auf der anderen Seite bzw. zwischen den jeweiligen Mitarbeitergruppen entfalten.

Als Verantwortlicher für die Planung und Weiterentwicklung von Hilfen und Behandlungsangeboten für psychisch kranke Menschen innerhalb eines Verbandes, der nicht nur Träger von neun psychiatrischen Krankenhäusern ist, sondern sich als Kommunalverband und Überörtlicher Träger der Sozialhilfe immer auch in einer Gestaltungsverantwortung für die außerklinische gemeindepsychiatrische Versorgung sieht, beschäftigt mich die Suche nach Wegen zur Integration klinischer und außerklinischer Hilfen im gemeindepsychiatrischen Verbund bereits seit langem.

Im Jahr 1986 hat der Landschaftsverband Rheinland ein Förderprogramm aufgelegt, in dessen Folge in den nächsten 15 Jahren im Rheinland mit seinen rd. 9,5 Mio. Einwohnern insgesamt 67 Sozialpsychiatrische Zentren (SPZ) entstanden sind. Die Definition des Sozialpsychiatrischen Zentrums in den Förderrichtlinien entspricht dem Konzept des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, wie es 1988 in den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung niedergelegt wurde (vgl. Expertenkommission S. 295 ff). Dem Konzept der Kommission lag eine gewisse pragmatische Bescheidenheit zugrunde, deren Ursache in den zum Teil sehr ernüchternden Reform-Erfahrungen in den ersten zehn „Nach-Enquete-Jahren“ zu suchen ist. Insofern ging es hier weniger um einen umfassenden Zusammenschluss „aller wesentlichen Leistungserbringer in einer definierten Region“, wie sie die Qualitätsstandards der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde (BAG GPV) fordern, sondern um die Etablierung eines Stufenkonzepts mit dem Ziel einer Integration einer zunehmenden Zahl von Leistungselementen unter einem organisatorischen Dach.

Es dürfte weitestgehend charakteristisch für die Entwicklung dieser Art von Konzepten im gesamten Bundesgebiet sein, dass sie die psychiatrischen Krankenhäuser und Fachabteilungen i. d. R. nicht oder nur rudimentär einschlossen. Seit dem Abschluss der großen Enthospitalisierungsprogramme, in deren Verlauf die Gruppe der chronisch kranken psychiatrischen Langzeitpatientinnen und -patienten die alten psychiatrischen Anstalten verließen (um fortan i. d. R. in stationären Wohnheimen zu leben) hat sich die Distanz zwischen psychiatrischer Krankenhausversorgung und den außerklinischen gemeindepsychiatrischen Einrichtungen tendenziell noch vergrößert. Hier besteht die Gefahr einer zunehmenden Segregation der Teilsysteme entlang der hier nur grob skizzierbaren Grenzen. (Siehe Tabelle S.12 oben)

Mit dieser tendenziell wachsenden Arbeitsteilung zwischen den Teil-

Michael van Brederode
Leiter des Amtes für Planung und Förderung im Dezernat Gesundheit – Heilpädagogische Netzwerke des Landschaftsverbandes Rheinland, 50663 Köln

	Krankenhäuser	Gemeindepsychiatrie
leistungsrechtliche Grundlage	Krankenversicherungsrecht	Sozialhilferecht
Leistungsschwerpunkt	zeitlich komprimierte Behandlung akuter Krisen	langfristige Eingliederung chronisch Kranker
Wichtigste Diagnosen	Abhängigkeitserkrankungen und affektive Störungen	(chronische) Psychosen
dominante Professionalisierung	Medizin – Pflege	Sozialarbeit

Übersicht über die Arbeitsteilung zwischen Klinik und Gemeindepsychiatrie

systemen geht ein problematischer Verlust von gemeinsamen Aufgaben und Interessen – oder: von konkreten Anlässen für vernetztes Handeln – einher. Dies kann nicht ohne Rückwirkungen auf die Verbundqualität bleiben.

Hinzu kommt ein wachsender ökonomischer Druck im Bereich der Krankenhausversorgung, der sich in einer inzwischen bedenklichen Auszehrung der personellen Ressourcen sowie in weiterhin steigenden Patientenzahlen und kürzeren Behandlungszeiten äußert. Schnittstellen zwischen den Teilsystemen geraten vor diesem Hintergrund zunehmend in Gefahr, zu reinen „Patientenübergabeplätzen“ zu degenerieren.

Um psychiatrische Krankenhäuser und Fachabteilungen optimal in den Gemeindepsychiatrischen Verbund zu integrieren, bedarf es insofern einer gezielten Rekultivierung gemeinsamer Aufgaben und Anliegen. Dies kann gewährleistet werden etwa

- durch die Vereinbarung von teilsystemübergreifenden Versorgungspfaden und Qualitätsstandards,
- durch die gemeinsame Entwicklung und Durchsetzung von ergänzenden Angeboten, vornehmlich im Wirkungskreis des SGB V (Soziotherapie, ambulante psychiatrische Pflege, ambulante Ergotherapie),
- oder durch die gemeinsame Bearbeitung von übergreifenden Problemstellungen – wie etwa die verbesserte Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund.

In Teilen des Bundesgebietes ist die Reintegration der Teilsysteme in den vergangenen Jahren dadurch versucht worden, dass die großen Krankenhausträger inzwischen auch die klassischen außerklinischen Angebote unter ihrem organisatorischen Dach vereint haben. Beispielhaft sei hier auf die Entwicklung der Anstalten öffentlichen Rechts in Baden-Württemberg verwiesen.

Es liegen meines Wissens keine Untersuchung darüber vor, inwieweit sich diese Lösung in der Praxis insofern bewährt hat, als sie ein Mehr an Verbundqualität stiftet. Aus der Erfahrung mit unseren großen, differenzierten Häusern weiß ich jedoch, dass einheitliche Trägerschaft alleine noch kein Garant für eine verbesserte Zusammenarbeit ist. Menschen neigen dazu, ihr Handeln primär an ihrem unmittelbaren Umfeld zu orientieren. Diese Grundorientierung ist für den Einzelnen rational, denn sie stiftet Identität und reduziert Komplexität. Und infolge dessen kann es durchaus vorkommen, dass die Zusammenarbeit zwischen zwei nebeneinander liegenden Einheiten unter dem Dach eines Trägers genau so defizitär ist, wie die Kooperation mit außen stehenden Dritten.

Die Bündelung unter einem organisatorischen Dach und unter einer Leitung kann insofern möglicherweise ein Weg zur Verbesserung der Verbundqualität sein, sie allein bewirkt jedoch wenig, solange Kooperation und Vernetzung nicht

- anhand von Verfahren, Regeln und Prozeduren konkretisiert,
- mit Rollen und Funktionen (wie etwa des Case-Managers) ausgefüllt
- anhand gemeinsamer Qualitäts- und Prozessstandards gesichert
- und hinsichtlich ihrer Umsetzung mit geeigneten Methoden gemessen wird. Die Professionalisierung der Zusammenarbeit unterschiedlicher Einheiten in diesem Sinne ist unabhängig davon erforderlich, ob die jeweiligen Einrichtungen unter einem Dach oder in unterschiedlicher Trägerschaft stehen. Und sie ist grundsätzlich unter beiden Voraussetzungen möglich.

Vor diesem Hintergrund hat sich der Landschaftsverband Rheinland in den vergangenen Jahren verstärkt darum bemüht, die Kooperation in den gewachsenen Strukturen im Rheinland durch Vernetzungsanreize zu fördern.

Hierzu gehören:

- Die Entwicklung eines manualisierten Verfahrens für ein Netzwerkorientiertes Qualitätsmanagement (NBQM). Das NBQM-Verfahren zielt auf die Bereitstellung eines umfassenden Katalogs von Qualitätsanforderungen für eine optimierte regionale Vernetzung und ihre Umsetzung in einem strukturierten Prozess, der in Analogie zum EFQM-Verfahren gestaltet wurde. Ziel ist es, das notwendige einrichtungsbezogene Qualitätsmanagement auf der Metaebene durch eine systematisierte netzwerkorientierte Komponente zu ergänzen. NBQM wird zur Zeit in drei Regionen des Rheinlandes im Bereich der Suchtkrankenhilfe erprobt, ein für den Bereich der psychiatrischen Versorgung spezifiziertes Manual liegt seit kurzem ebenfalls vor.
- Die gezielte Förderung von Verbundkooperationen zwischen den Rheinischen Kliniken und den regionalen gemeindepsychiatrischen Versorgungsträgern im Rahmen eines befristeten Anreizprogramms. Ziel ist es, die Entwicklung von konkreten, patienteno-

rientierten Kooperationsformen – wie etwa die Vereinbarung und Umsetzung von einrichtungsübergreifenden Behandlungspfaden - zu unterstützen.

Maßnahmen zur konkreten Ausgestaltung und Professionalisierung von kooperativem Handeln im o. g. Sinne stellen m. E. einen wichtigen Ansatz für die Weiterentwicklung des gemeindepsychiatrischen Verbundes dar, denn sie zielen darauf, das Feld der gemeinsamen Verantwortlichkeiten und Interessen entgegen dem aktuellen Trend wieder auszuweiten.

Ich bin zuversichtlich, dass wir im Rahmen unserer Programme eine Reihe von wichtigen Verbesserungen erzielen können. Eine wirklich durchgreifende Integration der psychiatrischen Krankenhäuser in den gemeindepsychiatrischen Verbund setzt jedoch vor allem auch die Überwindung der nach wie vor integrationsfeindlichen Regelungen der Finanzierung psychiatrischer Krankenhausleistungen und der aktuell massiv voran schreitenden ökonomischen Auszehrungstendenzen voraus. •

Literatur:
M. van Brederode, Das Sozialpsychiatrische Zentrum als Basis des Gemeindepsychiatrischen Verbundes – Stanortbestimmung und Problemanalyse, in: Das Sozialpsychiatrische Zentrum als Basis des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, Köln 2002.
M. van Brederode, Koordination und Kooperation – Kernaufgaben des Sozialpsychiatrischen Zentrums, in: Vom Anspruch zur Wirklichkeit – Das Sozialpsychiatrische Zentrum als Basis des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, Köln 2007.
M. van Brederode, B. Jäger, G. Schmieder, Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement – NBQM – Ein Modell zur Verbesserung der Kooperation und der Vernetzung in der kommunalen Suchtkrankenhilfe, 3. überarb. Auflage, Köln 2007.
Expertenkommission der Bundesregierung, Empfehlungen zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich, Bonn 1988.

Möglichst wenig schaden, möglichst viel nützen

Was kann an der psychiatrischen Krankenhausbehandlung therapeutisch sein?

Von Thomas H. Keller und Axel Weiß

Abstract

Wir reflektieren das psychiatrische Krankenhaus anhand unseres Postulats, wonach soziale Psychiatrie untrennbar mit Psychotherapie, das heißt mit menschlich und professionell gut gestalteter Beziehung und Kommunikation, verbunden ist. Allgemeine Prinzipien sowie die konkreten Stärken und Schwächen bestimmter Organisationsformen und Vorgehensweisen werden erörtert.

Stationäre psychiatrische Behandlung ist keineswegs immer therapeutisch: Seit der britischen Hospitalismusforschung wissen wir, dass sie ausgesprochen schädliche Auswirkungen auf Persönlichkeit und Biographie eines Menschen haben kann. Daher versuchen wir, dem Prinzip „möglichst wenig schaden – möglichst viel nützen" ständige Aufmerksamkeit zu widmen. Wir fassen in diesem Artikel unsere langjährigen Erfahrungen als Klinikpsychiater zusammen.

1. Prinzipien von Psychotherapie

Spätestens seit den Arbeiten von Grawe und Mitarbeitern gewinnt schulenübergreifend die Frage Bedeutung, welche Wirkfaktoren für das das Gelingen von Psychotherapie wichtig sind.

Sie fanden vier Faktoren, die sie als „gesicherte Elemente einer empirisch fundierten psychotherapeutischen Veränderungstheorie" bezeichnen:

1.1 Klärung

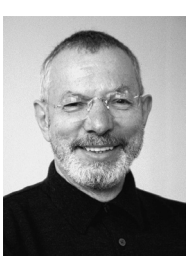
Unter Klärung wird die Förderung und Erweiterung des Verständnisses für ein Problem und seine relevanten inneren und äußeren Bedingungen verstanden. Sie bringt oft schon eine Entlastung, da ein besseres Verständnis bislang scheinbar unerklärlicher Phänomene mit dem Erlebnis verbunden sein kann, wieder mehr Kontrolle über das eigene (Er-)Leben zu gewinnen. Einige therapeutische Schulen (z.B. die psychodynamische Therapie) sehen den Schwerpunkt ihrer Arbeit in solchen Klärungsprozessen.

1.2 Bewältigung

Bewältigung meint aktive Hilfe in der Bewältigung von Problemen durch direkte Anleitung und aktive Unterstützung. Dabei kann es sich beispielsweise um die Vermittlung von Entspannungstechniken oder um ein Training sozialer Kompetenzen handeln.

1.3 Problemaktualisierung und Ressourcenaktivierung

Veränderungsprozesse können nicht alleine über abstrakte Gedanken herbeigeführt werden. Verschiedenen therapeutischen Schulen ist gemein, dass das Reaktivieren problematischer Erlebnismuster als Voraussetzung dafür gesehen wird, dass eine neue, das alte Muster irritierende und korrigierende Erfahrung zu einer



Thomas H. Keller
Chefarzt der Abteilung Allgemeine Psychiatrie 3 der Rheinischen Kliniken Langenfeld, Kölner Str. 82, 40764 Langenfeld, Dreieinhalb Jahrzehnte klinische Tätigkeit, Pionier systemischer Arbeitsformen in psychiatrischen Kontexten.
Korrespondenzadresse: thokeller@t-online.de

Neuorganisation des Erlebens und Handelns führen kann.

Nicht selten kann man isomorphe Muster beobachten, bei denen sich um einen Patienten herum in der Klinik ähnliche Beziehungen etablieren wie in seinem Herkunftssystem. Wichtig ist, dass dieser Prozess nicht allein in der Reaktivierung alter Muster stecken bleibt, was nur zu einer Bestätigung der bisherigen Erfahrungen und ggf. einer Retraumatisierung führen würde. Für die Entwicklung neuer Erlebens- und Handlungsmuster und alternativer Lösungen ist die Orientierung auf die Ressourcen des Patienten und seines Umfeldes von Beginn an und in jeder Phase einer Therapie von grundlegender Bedeutung.

1.4 Therapeutische Beziehung

Es ist inzwischen unbestritten, dass eine gute therapeutische Beziehung das in seiner Bedeutung am Besten belegte Element einer gelungenen Therapie darstellt. Nach unserer Auffassung spielt die beiderseitige authentische Wertschätzung hierbei eine grundlegende Rolle.

2 Unsere Prinzipien im Hinblick auf eine psychotherapeutisch orientierte soziale Psychiatrie

2.1 Beziehungskontinuität in Kooperation

Die traditionellen klinischen Organisationsformen bedingen ständige Beziehungsabbrüche: Nach der Aufnahme auf die Krisenstation erfolgt die Verlegung auf eine geschlossene, dann auf eine offene Akutstation, später auf eine Spezialstation oder in die Tagesklinik, bei Verschlechterung auch wieder zurück. Personelle Kontinuität hingegen fördert vertrauensvolle, trag- und entwicklungsfähige Behandlungsbeziehungen. Sie muss allerdings organisiert und durch einen strukturellen Rahmen unterstützt werden und ist eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung heilsamer Kooperation[1] unter allen wichtigen Beteiligten – selbstverständlich unter Einschluss des Patienten – innerhalb und außerhalb der Klinik. Wir haben in Langenfeld entsprechende systemische Arbeitsformen[2] entwickelt, die sich bis heute hervorragend bewähren („verhandeln statt behandeln“). Der Patient und seine Angehörigen werden so von Objekten zu Subjekten. Wo möglich, führen wir wenigstens ein solches Gespräch pro Aufenthalt durch; mit Patienten, die uns lange beschäftigen, gründen wir Arbeitsgemeinschaften, deren regelmäßige Treffen nicht an stationäre Aufenthalte gebunden sind.

2.2 Minimierung des Einsatzes von Arzneimitteln

Wir verstehen Psychopharmaka weniger als Heilmittel, eher als Hilfsmittel, welche die Therapie unterstützen, gelegentlich erst ermöglichen können. Medikamente können in schweren Krisen stabilisieren, Beschwerden bzw. Symptome unter Kontrolle halten und die Rückkehr aus einsamen in dialogische, soziale Wirklichkeiten in fördern. Sie können aber auch lähmen und dem Patienten ein Lebensgefühl von dauerhafter Invalidität vermitteln. Über eine Symptomkontrolle hinausgehende heilsame Effekte sind – jedenfalls für Neuroleptika und Tranquilizer – nicht nachgewiesen, jedoch beträchtliche Gesundheitsgefahren. Die Befunde der Hirnforschung weisen darauf hin, dass Neuroplastizität bis ins hohe Alter besteht. Es ist fast vollständig unbekannt, welchen Einfluss Psychopharmaka auf dieses Entwicklungspotenzial besitzen. Die Erfahrungen in den „Soteria“-Projekten und dem skandinavischen „need-adapted treatment“ zeigen, dass die Notwendigkeit des Medikamenteneinsatzes in beträchtlichem Maße von den Kontextbedingungen der Behandlung abhängt. Hier hat die Klinik allgemein keine gute Bilanz: Unruhige Milieus und Druck zur Anpassung an institutionelle Abläufe erzeugen zwangsläufig Stress, oft werden die kränksten Patienten dem schwierigsten Milieu ausgesetzt (geschlossene Aufnahmestationen).

2.3 Entwicklungsperspektiven und Entfaltung von Zuversicht

Stabilität kann in gefährlichen Krisen oder in Phasen von Verschlechterung vorübergehend von hohem Wert sein, ihre Überbetonung aber Entwicklung behindern. Psychiatrie bevorzugt traditionell statische Begriffe und Metaphern; Diagnosen sind tendenziell lebenslänglich angelegt, und Wiederaufnahmen oder erneute Krisen werden als „Rückfälle“ bezeichnet.

Statische und verdinglichende Beschreibungen von Menschen im Sinne der Zuschreibung invarianter Eigenschaften oder Merkmale errichten nicht nur bei uns Fachleuten, sondern auch bei Patienten, Angehörigen und sonstigen Beteiligten destruktive Erwartungshorizonte. Die Placebo-Forschung führt uns das große (positive wie negative) Potenzial der zwischen Patienten und Fachleuten geteilten Erwartungen vor Augen. Welche verheerenden Auswirkungen mag allein der Begriff „Dementia praecox“ mit seinem semantischen Umfeld und den Nachfolgebegrifflichkeiten auf Generationen von Patienten gehabt und implizit heute noch haben? Solche Etikettierungen sind von begrenztem heuristischem Wert, sie verstellen leicht den Blick auf die besondere Person in ihrem einmaligen biographischen Kontext, den Menschen in seiner existenziellen Notlage.

Verlaufsforschung und Neurobiologie zeigen aber kein statisches Bild. Wir ziehen es vor, unsere Patienten grundsätzlich als Personen in Entwicklung zu betrachten, selbst wenn sie über Jahre bei oberflächlicher Betrachtung in ihrem Leben festzustecken scheinen. Akute psychische Störungen (jenseits der vorwiegend hirnorganisch determinierten, also neurologischen Erkrankungen) verstehen wir als Ausdruck einer Krise mit ihren Gefahren und Entwicklungspotenzialen. Diese kann durch plötzliche Ereignisse ausgelöst werden, aber auch einen Umschlagpunkt in einer längeren Entwicklung darstellen, besonders in Zeiten des Übergangs im Lebens- bzw. Familienzyklus. Der Einzelne und die für ihn relevanten Personen sehen sich in einer Situation, die durch die bisher gewohnten Mittel nicht gelöst werden kann; damit zwingen Krisen zu neuen Antworten.

Unter dieser Perspektive kann eine

Axel Weiß
Oberarzt am Kriseninterventionszentrum der Kantonalen Psychiatrischen Dienste, Sektor Nord, in St. Gallen, Schweiz. Langjährige Zusammenarbeit mit Thomas Keller, Schwerpunkt Vernetzung und Weiterentwicklung gemeinsamer Arbeitsformen mit den in Solingen tätigen Anbietern psychiatrischer Hilfen.

Wiederaufnahme oder eine neue Krise als Ausdruck eines Prozesses gesehen werden, der seine Schwierigkeiten und Chancen in sich birgt, und wir können fragen: „Wie können wir uns in dieser aktuellen Situation möglichst nützlich machen?“ „Chronische“ Störungen verstehen wir teilweise als ein Feststecken in einer Situation, in der noch keine guten Lösungswege gefunden sind, aber auch als Ausdruck sehr langsamer Entwicklungsprozesse. Zuversicht in die Möglichkeiten besserer Lösungen zu vermitteln ohne durch Erwartungsdruck schädlichen Stress aufzubauen ist eine ständige Herausforderung.

2.4 Entfaltung von Selbstbewusstsein und Selbstwert

Viele unserer Patienten sind in ihrem Selbstwerterleben massiv beeinträchtigt, zum Beispiel durch Vernachlässigung oder Traumatisierung in der Kindheit. Das „Stigma Psychiatrie“ tut sein Übriges. Nicht wenige geben auf. Dem sollten wir mit einer Haltung grundlegender Wertschätzung, Bestätigung und Ermutigung begegnen, was – zu Ende gedacht – auch weitreichende Auswirkungen auf unseren Sprachgebrauch (auch unsere Fachsprache!) haben muss. Sprache kann Menschen „verhexen“ (Ludwig Wittgenstein).

Der klinische Alltag kann eine Fülle von Möglichkeiten bieten, Selbstwert zu stärken. Diesen und den folgenden Punkt machte sich die französische „psychothérapie institutionelle“ zunutze.

2.5 Entwicklung von kommunikativer Kompetenz

Die internationale Kommunikationsforschung zeigt eindrucksvoll, wie Beziehungs- und Kommunikationsstörungen Erkrankungs- („communication deviance“) und Verlaufsrisiken („expressed emotions“) darstellen. Hier kann die Klinik wertvolle Lernmöglichkeiten vermitteln, z.B. in unterschiedlichen Gruppenangeboten. Insgesamt scheint sich dabei zu zeigen, dass Lernerfahrungen aus einem komplexen sozialen Feld nachhaltiger sind als solche, die in abstrakten Übungssituationen erworben werden.

2.6 Überwindung von Verstrickung

Viele unserer Patienten kommen in der Adoleszenz aus dem Gleichgewicht. Dies ist die Phase grundlegender sozialer Veränderungen, des Entwickelns einer eigenen, von den Eltern mehr oder weniger verschiedenen Identität bzw. der altersgerechten Transformation der Beziehungen zwischen Eltern und Söhnen und Töchtern. Es ist ein Alter, in dem die Peergroup zumeist eine wichtige Rolle spielt und eine Hilfe bei der Loslösung darstellen kann. Wir sehen oft Patienten, die keinen Anschluss an Gleichaltrige gefunden haben und denen damit ein wichtiges Mittel der Loslösung vom Elternhaus und der Identitätsfindung fehlt. Zum Teil haben wir den Eindruck, dass es sich um besonders sensible und differenzierte Personen handelt, die sich in (oft rigide) Gruppennormen nur schwer einordnen können. Bei anderen Patienten sieht es so aus, als seien sie an ihre Familie gebunden; dabei scheinen unterschiedliche Arten von Verstrickungen, meist mit den Eltern, eine wichtige Rolle spielen, die es unmöglich erscheinen lassen, eine eigene Identität im Sinne einer neuen Balance zwischen Loslösung und Verbundenheit zu finden. Wieder andere Patienten wurden offenbar verlassen oder aus ihren Familien ausgestoßen und finden nur exzentrische Lebensformen. In vielen dieser Fälle kann Familientherapie sehr heilsam sein.

2.7 Überwindung von Traumatisierung

Vermutlich waren ca. 20 % der Patientinnen in unterschiedlichen psychiatrischen und psychotherapeutischen Settings als Mädchen sexuellen Übergriffen ausgesetzt. Früher war die Psychiatrie dafür nahezu vollständig blind; für die in gleicher Weise betroffenen Männer scheinen wir es heute noch weitgehend zu sein. Auch andere Traumata können eine Rolle spielen. Neuere Forschungen der Psychotraumatologie stellen Beziehungen zwischen Traumafolgen („dissoziative Identitätsstörung“) und Symptomen her, die in unserer Tradition als „Symptome ersten Ranges“ eng mit der Schizophrenie-Konvention verbunden sind. Wir haben da noch viel zu lernen. Hier liegt für uns eine Stärke der Klinik, da sie angesichts der Möglichkeiten von aufbrechender Angst, Aggressivität, Verwirrung, Selbstverletzung oder Suizidalität Halt und Sicherheit geben kann.

3. Besonderheiten des psychiatrischen Krankenhauses

3.1 Schutz und Sicherheit (Beziehung – soziale Kontrolle – physische Kontrolle)

Akute Krisen gehen nicht selten damit einher, dass die Betroffenen für sich und andere Gefahren herbeiführen, durch aktives Handeln (zum Beispiel Aggressivität oder Suizidalität) oder aus einer Handlungsunfähigkeit (z.B. Desorganisation, Stupor) heraus. Das Krankenhaus hat oft zuerst den Auftrag, Sicherheit zu schaffen und Überleben zu sichern, und abgestufte Möglichkeiten, solchen Gefahren zu begegnen. Als zentrales Mittel sehen wir die Kontakt- und Beziehungsaufnahme. Jeder psychiatrisch Erfahrene wird Situationen kennen, die trotz dramatischem Auftakt zu einem guten Ausgang geführt werden konnten, weil an eine gemeinsam und aus den früheren Erfahrungen beiderseitig positiv besetzte Beziehungsgeschichte angeknüpft werden konnte.

Aggressive Handlungen von Patienten sind nach unserer Einschätzung überwiegend durch Angst motiviert. Ein Rahmen und eine Beziehungsaufnahme, die möglichst wenig Angst auslösen und bestehende Ängste abbauen, tragen wesentlich zur Sicherheit bei. Sie machen die Beziehungsaufnahme besser möglich und die Einschränkung von Grund- bzw. Freiheitsrechten oft entbehrlich. Als ultima ratio zur Sicherung können auch Mittel der physischen Kontrolle erforderlich werden. Diese Maßnahmen wollen wir weitgehend vermeiden; ihr Einsatz kann aber manchmal sogar lebensrettend sein. Wir finden es wichtig Maßnahmen der Sicherung nicht als Therapie auszugeben. Ebenso wichtig ist es, die nicht immer vermeidbare Anwendung von physischer Ge-

Die Klinik als Ort für Lernerfahrungen aus einem komplexen sozialen Feld: Gruppenangebote zur Entwicklung und Förderung kommunikativer Kompetenzen.

walt in einem Geist grundlegender menschlicher Wertschätzung und Respekt vor den Bürgerrechten der betroffenen Person zu gestalten, um die häufig damit verbundenen traumatischen Erfahrungen möglichst gering zu halten.

3.2 Pause

Manchmal ist es zur Bewältigung einer Krise notwendig, zunächst Abstand von den Anforderungen des Alltags oder von Personen zu gewinnen, mit denen man sich verstrickt hat. Stationäre Behandlung kann den Rahmen für eine solche „Auszeit" bieten. Dabei ist es wichtig, dass diese nicht zum Abreißen des Dialogs führt; wohnortnahe Angebote bieten bessere Voraussetzungen dafür, dass das Gespräch mit den relevanten Anderen – ggf. mit unserer Hilfe – fortgeführt werden kann.

Bei Suchterkrankungen kann ein Rahmen, der Schutz vor der Verfügbarkeit von Suchtmitteln bietet, ebenfalls initial eine Hilfe darstellen. Die Erfahrung mit ambulanter Entgiftung und Entwöhnung zeigt jedoch, dass die Bedeutung dieser Interventionsform möglicherweise überschätzt wird.

3.3 Spezialangebote

In unserer Abteilung haben wir z.B. eine eng mit den allgemeinpsychiatrischen Akutstationen zusammenarbeitende Psychotherapiestation. Diese Station kann zeitnah Patienten von den Akutstationen aufnehmen; dabei können auch Krisen, die in einem anderen Rahmen zu einem Abbruch der Therapie führen würden, niederschwellig, zum Beispiel mit einer Übernachtung oder einem Wochenende auf der Akutstation, aufgefangen werden. Damit erreicht diese Station Patienten, die den Zugang zu einer ambulanten Psychotherapie, aber auch zu anderen stationären Angeboten oft nicht finden würden.

3.4 Medizinische Behandlung im engeren Sinne

Psychische Störungen können Ausdruck körperlicher Erkrankungen sein, die einen lebensbedrohlichen Verlauf nehmen können und die möglichst frühzeitig erkannt und behandelt werden müssen. Psychische Störungen können selbst auch unmittelbar lebensbedrohliche gesundheitliche Folgen haben, wie massiven Gewichtsverlust oder Entgleisungen der Blutsalze bei Anorexie oder ein Delir und Krampfanfälle beim Entzug von Medikamenten bzw. Alkohol. Die Vorteile des Krankenhauses liegen auf der Hand. Chronische psychische Erkrankungen gehen oft damit einher, dass sich die Betroffenen nur sehr schlecht um ihre Gesundheit kümmern. Gerade Patienten mit einer Psychoseerkrankung kommen manchmal in sehr schlechter körperlicher Verfassung zur Aufnahme. Dann besteht ein wesentlicher Teil der Behandlung in der Sorge für die körperliche Gesundheit dieser Patienten.

3.5 Niedrige (interne) Schwellen gegenüber Kontaktangeboten und -möglichkeiten

Es gibt nicht wenige Patienten, die auch in engen Netzen ambulanter Hilfen „durch die Maschen fallen", weil sie nicht in der Lage sind oder nicht die Notwendigkeit sehen, Kontakte zu Helfern einzugehen oder zu halten. Wenn Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme oder im Aufrechterhalten von Kontakten ein wesentliches Problem darstellen, können (voll-)stationäre Angebote den Vorteil niedriger interner Schwellen bieten um basale Beziehungsfertigkeiten zu vermitteln.

3.6 Aufgefangenwerden in schweren Krisen als existenzielle positive Erfahrung

Manchmal ist das psychiatrische Krankenhaus „das letzte Netz", das Menschen bei einem körperlichen oder auch seelischen „Absturz", z.B. bei akuter Suizidalität, auffängt. Solche Extremsituationen stellen ein Zeitfenster dar, in dem Menschen für existenzielle Erfahrungen und Veränderung eingefahrener Haltungen sehr offen sind. In solchen Momenten erlebte positive zwischenmenschliche Erfahrungen können in ihrer Bedeutung kaum überschätzt werden. Es ist wichtig, die Mitarbeiter, auf die die Patienten in der Aufnahmesituation zuerst treffen, dafür zu sensibilisieren.

3.7 Integrierte Versorgung – Integration in den Gemeindepsychiatrischen Verbund

Die Zukunft des psychiatrischen Krankenhauses liegt für uns darin, dass es die eigenen Leistungen „ambulantisiert" und sich mit den Hilfsangeboten des gemeindepsychiatrischen Verbundes weiter vernetzt, damit Schwellen, die die Übergänge zwischen den einzelnen Hilfen erschweren, abgebaut werden und Beziehungen sich über den gesamten Behandlungszeitraum möglichst auch in personeller Kontinuität entwickeln können.

Wichtig sind dabei überschaubare Versorgungsbezirke, da gewachsene persönliche Kooperationsbeziehungen eine wichtige Basis einer gemeinsamen Arbeit für Patienten/Klienten darstellen.

Schluss

Wir sind überzeugt, dass stationäre psychiatrische Behandlung in unserem Lande einen zu großen Raum einnimmt, aber auch in weiter entwickelten Strukturen wird sie ihre Berechtigung behalten. Wie für jede psychiatrische Tätigkeit kommt es vor allem auf menschliche Haltung, fachliche Kompetenz und optimierte institutionelle Strukturen an. •

Anmerkungen:
(1) Damit meinen wir nicht „compliance" im Sinne von Gehorsam des Patienten, sondern gleichrangige Partnerschaft im gemeinsamen Diskurs.
(2) Wir sprechen von „Kooperation im Problemsystem", dem wir uns selbst auch zurechnen. Ganz ähnliche Arbeitsformen in Finnland heißen „open dialogue".

Die Zukunft des psychiatrischen Krankenhauses liegt für uns darin, dass es die eigenen Leistungen „ambulantisiert" und sich mit den Hilfsangeboten des gemeindepsychiatrischen Verbundes weiter vernetzt.

Ambulante Komplexleistung statt klinischer Vollversorgung

Integrierte Versorgung schafft Chancen für die Gemeindepsychiatrie

Von Christian Zechert und Wolfgang Faulbaum-Decke

Mit dem § 140a des SGB V stellt der Gesetzgeber ein Instrument der sektoren- und fächerübergreifenden Behandlung zur Verfügung. Ziel ist die Überwindung der versäulten Strukturen und die Schaffung neuer Kooperationsbündnisse sowie Netzwerkstrukturen und damit neuer wirtschaftlicher und qualitativer Effekte. Während in der Körpermedizin „Integrierte Versorgung“ (IV) vielfach den gewünschten Erfolg zeigt, setzt sie sich ausgerechnet in der Psychiatrie nur zögerlich durch. Das ist aus fachlicher Sicht unverständlich: die Quote der klinischen Wiederaufnahmen ist mit bis zu 80% extrem hoch, der ständige Abstimmungsbedarf zwischen ambulanten Behandlern, psychosozialen Helfern sowie den Kliniken und Abteilungen bei „Problempatienten“ unbestreitbar und die ökonomischen Verluste aufgrund fehlender Koordination und Systemintegration sind hoch. Dabei birgt die „Integrierte Versorgung“ für alle Beteiligten gute Chancen diese Systemschwächen zu überwinden. Den gemeindepsychiatrischen Trägern eröffnet sie die Option, in der ambulanten Behandlung künftig zu einem ernsthaften Mitgestalter zu werden. Sie kann die klassische Arztzentrierung überwinden und die versäulten Strukturen - wie Krankenhaus hier und niedergelassene Ärzteschaft dort - aufbrechen.

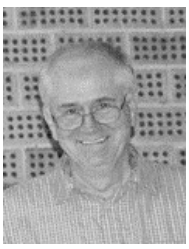
Integrierende Behandlungsmodelle können die Zusammenarbeit von Hausärzten, Fachärzten, Ambulanter Psychiatrischer Pflege, Soziotherapie, Psychotherapeuten, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Physiotherapeuten, Pflegeheimen, Pflegekassen etc. vernetzen und neu definieren. Sie müssen als „sektorübergreifendes“ Instrument konzipiert sein. Dies bedeutet aber keineswegs, dass damit die Ausweitung des Krankenhauses in den ambulanten Markt im Vordergrund stehen sollte, denn genau diese tradierte Vormachtposition soll mit einer sektorübergreifenden Netzwerkarbeit vermieden werden.

IV: mehr „Können“ und „Sollen“ als „Sein“

„Integrierte Versorgung“, “Ambulante Komplexleistung“, „Medizinische Versorgungszentren“, „ambulante Behandlung innerhalb und außerhalb der Klinik“, Direktverträge der Krankenkassen mit den Niedergelassenen vorbei an der Kassenärztlichen Vereinigung, „Strukturierte Behandlungsprogramme“, Modellvorhaben etc. etc.: mit dem Gesundheitsreformgesetz hat der Gesetzgeber für Bewegung und neue Chancen im Gesundheitsmarkt gesorgt, die allerdings in der ambulanten und klinischen Psychiatrie bislang nur zögerlich angenommen werden. Noch heißt es zur Integrierten Versorgung ausdrücklich im SGB V: „ ... *können* die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung mit den in §140b Abs. 1 genannten Vertragspartnern abschließen“ (SGB V, § 140a, Abs. 1). Offenbar fehlt es in der psychiatrischen Versorgung, anders als in den somatischen Fächern, am politischen und wohl auch ökonomischen Druck, die gesetzlichen Möglichkeiten zu nutzen, um das zu erreichen, was der Gesetzgeber 2007 in den § 140a ergänzend hineinschrieb: „Die Verträge zur integrierten Versorgung *sollen* eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen.“ (SGB V, § 140a, Abs.1). Wenn die Prognose der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zutrifft, dass bis zum Jahr 2010 nur noch 55% aller ambulanten Leistungen über den Kollektiv-Vertrag abgerechnet und 45% aller Verträge Direktverträge zwischen Krankenkasse und Leistungsanbieter sein werden (1) ahnt man, welches Potential wirtschaftlicher Gestaltung sich dahinter verbirgt. Damit wächst nicht nur der unmittelbare Einfluss der Krankenkassen auf die Honorierung der Leistungsanbieter sondern auch ihr Einfluss auf die Gestaltung der Versorgungslandschaft bei entsprechender Vertragsgestaltung. Mit anderen Worten: wenn alle Beteiligten ernsthaft wollten, könnten die Karten zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, den niedergelassenen Ärzten, den psychologischen Psychotherapeuten, den Kliniken und last not least qualifizierten ambulanten gemeindepsychiatrischen Anbietern mit vielfältigen SGB V Leistungen neu gemischt werden.

Veränderte Rahmenbedingungen

Wer einen umfassenden, empirisch begründeten und zugleich kritischen Blick auf die Entwicklung, die Gegenwart und Zukunft der Gemeindepsychiatrie wirft (siehe dazu beispielhaft Wienberg 2008, 2), kommt dabei nicht um die Feststellung herum, dass sich die Rahmenbedingungen in nahezu allen Sektoren der Psychiatrie in den letzten Jahren erheblich geändert haben und noch weiter ändern werden. So wird es so gut wie keine finanziellen Zuwächse mehr geben, wenn man von wenigen Sektoren wie dem Maßregelvollzug und evtl. auch vom kommenden Präventionsgesetz absieht. Hingegen wird der Prozess der Standardisierung von Behandlungsmaßnahmen und auch von ambulanten gemeindepsychiatrischen Betreuungsleis-



Christian Zechert
Geschäftsführer des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V., Bonn,
E-Mail: zechert@versanet.de

143.000	Affektive Störungen inkl. Depression	F30-39
99.000	Psychische und Verhaltensstörungen psychotrope Substanzen	F10-19
79.000	Angststörungen, Anpassungsstörungen	F40-49
64.000	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	F50-59
27.000	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F60-61
22.000	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	F20-29

Tabelle: TK-Versicherte mit mindestens einer F-Diagnose (II/2005 – I/2006, stationär + ambulant) (3)

tungen weiter zunehmen. Anstelle von fehlenden Zuwächsen kann man eher davon sprechen, dass die psychiatrischen Kliniken und Abteilungen nicht trotz, sondern wegen ihrer hohen Bettenauslastung und der damit verbundenen hohen finanziellen Belastungen für die Gesetzliche Krankenversicherung mehr denn je von dieser genau deswegen unter noch stärkeren finanziellen Druck geraten, bis dahin, dass eine weitere nennenswerte Zahl von klinischen Betten zur Disposition gestellt werden. Noch genießen sie derzeit das Privileg eines quasi „niedrigschwelligen" Zugangs. Die Überweisung durch den Niedergelassenen, durch eine Psychiatrische Ambulanz, mancherorts auch eines verbundenen Medizinischen Versorgungszentrums und letztlich die häufig nicht geringe Quote von sog. „Notaufnahmen" ist gut eingeübt; nicht zuletzt, weil es an ambulanten Behandlungsalternativen fehlt. Pointiert kann man sagen: (teure) klinische psychiatrische Behandlung ist schneller und leichter zu erhalten als (preiswertere) ambulante psychiatrische Pflege, ein 20-minütiges nervenärztliches Gespräch, Soziotherapie oder deren komplexe IV-Variante: all das könnten Module der „Integrierten Versorgung" sein.

Zu spüren bekommen die Krankenkassen diese Fehlentwicklung, an der sie nicht unwesentlich selber mit Schuld sind, durch überproportionale Zuwachsraten bei neuen Diagnosegruppen und damit Behandlungsfällen und Behandlungskosten. Exemplarisch hat die Techniker Krankenkasse im Rahmen einer Veranstaltung des SGB V-BundesNetzwerkes des Dachverbandes eine Übersicht über die Zahl der Versicherten mit F-Diagnose vorgelegt. (siehe oben Tabelle).

Auffällig: Die Gruppe der depressiv Erkrankten liegt mit 143.000 Fällen innerhalb eines Jahres ganz oben, hingegen die „klassische" Klientel der Gemeindepsychiatrie mit 22.000 Fällen (F20-F29), also weniger als ein Sechstel, am Ende der Klassifikation. Auch wenn die Morbidität bei Mitgliedern der Techniker möglicherweise anders als bei einer AOK aussieht, demonstriert dies, woher Teile der neuen finanziellen Belastungen der Kassen stammen. Die Zuwächse in der stationären Versorgung bei der Techniker stiegen um 35% in vier Jahren bei den Fällen und um 32,8% bei den Ausgaben von 230 Mio. Euro auf 300 Mio. Euro. Die Kosten der klinischen Depressionsbehandlung haben dabei zwischenzeitlich die der Schizophrenie überholt. Ein Grund dafür ist, dass die mittlere Verweildauer bei Depression mit 36,3 Behandlungstagen (Techniker-Versicherte) den üblichen klinischen Durchschnitt deutlich übersteigt. (3).
Solche Zuwächse mögen bei der relativ kleinen Technikerkasse mit ca. 2-3% aller Versicherten noch überschaubar sein, stellen bei der Gesamtheit der GKV aber dramatische Größen dar. Daher ist es unverständlich, dass die „großen Kassen" der GKV nicht schon längst darauf gekommen sind, durch radikale Umsteuerung in den ambulanten psychiatrischen Sektor nachhaltig zu reagieren. Integrierte Versorgung bietet dafür ideale Voraussetzungen.

Integrierte Versorgung: Eine Option ohne Alternative

Für die Krankenkassen ist ein konsequenter Wechsel von den stationären auf ambulante, integrierte und wohnortnahe Versorgung mit Umlenkung der Geldflüsse vom stationären in den ambulanten Bereich eine zwangsläufige Option ohne Alternative. . Das Gesundheitsreformgesetz hat die Kassen zu wirtschaftlichen Konkurrenten gemacht, die einen existentiellen ökonomischen Überlebenskampf führen. Sie haben bei der IV die entscheidende Gestaltungsmacht und können das ökonomische und fachliche Verhältnis zwischen ambulanter und klinischer Psychiatrie erheblich verändern. Wenn sie diese ökonomischen und fachlichen Prämissen begreifen und mehrheitlich umsetzen, dürfte in 10 bis 15 Jahren das Bild von der Gemeindepsychiatrie als „komplementär", als die Krankenhausbehandlung ergänzend, endgültig der Vergangenheit angehören.

Das SGB V-BundesNetzwerk

Ambulante SGB V - Behandlungsangebote gemeindepsychiatrischer Träger werden in der Zukunft der bisher weitgehend sozialhilfefinanzierten gemeindepsychiatrischen Leistungsträger eine wachsende Rolle spielen, wenn die Trägerorganisationen der Gemeindepsychiatrie und die Krankenkassen diese offenen Marktchancen erkennen und den Anspruch auf die Durchsetzung der Steuerung des Angebotes für sich bean-spruchen. Eine vom Dachverband Gemeindepsychiatrie bei 120 ausschließlich ambulant tätigen Mitgliedsorganisationen durchgeführte Erhebung kommt auf eine noch geringe Zahl von 7 IV-Verträgen, unter diesen allerdings zwei mit bemerkenswerten Volumen. Positiv anzumerken ist, dass von diesen 120 Organisationen 26 SGB V-Leistungen anbieten und insgesamt über 42 Verträge verfügen, darunter Ergotherapie, Soziotherapie, Ambulante Psychiatrische Pflege u.a. (4) Einzelne im SGB V-BundesNetzwerk organisierte gemeindepsychiatrische Organisationen verstehen sich vornehmlich als Avantgarde gegen die Systemlogik der Dominanz klinischer Behandlung. Sie wollen die Sicherstellung von SGB V-Behandlungsmodulen im Sinne ambulanter Komplexleistungen erreichen und ambulante Behandlungs-Netzwerke im Rahmen der Integrierten Versorgung nach §§140a ff SGB V aufbauen (5):

- Anstelle der Vergütung der

Wolfgang Faulbaum-Decke
Geschäftsführer der Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste GmbH, Bremen und Vorstand des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V., Bonn
E-Mail: faulbaum-decke @psychiatrie.de

Einzelleistung die ambulante Leistungskomplexpauschalen im SGB V durchsetzen,
- Kosten- und Casemanagement durch den Leistungserbringer selber sicherstellen.
- Unnötige Klinikaufenthalte verhindern, wenn ambulante Alternativen dies sicherstellen,
- die Akutbehandlung durch den vertrauten niedergelassenen Nerven- oder Hausarzt gewährleisten, wenn dieser vertraglich sich dazu bereit erklärt,
- ein 24-stündiges Behandlungs- bzw. Versorgungsangebot garantieren,
- nachweisen, dass eine Akutbehandlung in der eigenen Häuslichkeit möglich ist,
- nachweisen, dass eine ambulante Versorgung der Versicherten kostengünstiger ist als eine stationäre Versorgung.

Dass dies erreicht wird nicht nur für leichte Behandlungsfälle, sondern auch für chronisch Kranke, für Patienten mit langen Behandlungskarrieren und hohen Behandlungkosten, die ansonsten vollstationär behandelt werden, ist für diese Strategie Herausforderung und Prüfstein. Allerdings gibt es bei der Umsetzung z.B. von Ambulanter Soziotherapie (§ 37a SGB V), Ambulanter Psychiatrischer Pflege (§ 37 SGB V), ambulanter Medizinischer Rehabilitation (§ 40 SGB V), Integrierter Versorgung (§ 140a – 140d SGB V) und der Etablierung Medizinischer Versorgungszentren (§ 95 SGB V) neben lokalen erfolgreichen Entwicklungen auch erhebliche regionale Unterschiede und entsprechende Umsetzungsschwierigkeiten. Teil der Ursache ist die gewollte Individualisierung der IV-Verträge. Jede Kasse kann innerhalb der Rahmenbedingungen der IV regional spezifische Verträge mit den lokalen Anbietern abschliessen. Dies wirkt sich bislang allerdings nicht beschleunigend sondern eher hemmend aus. Die in der letzten Zeit geäußerten Zweifel an der Umsetzbarkeit der Integrierten Versorgung in der Psychiatrie (6) sind mit Blick auf die Zahl tatsächlich abgeschlossener Verträge nachvollziehbar. Allerdings darf man, will man den Erfolg und das Potential der IV beurteilen, dies nicht voreilig allein anhand der bisher abgeschlossenen Verträge tun, sondern muss genau beobachten, ob einzelne regionale Verträge die Qualität, und die fachliche sowie ökonomische Wirkung gewinnen, zu adaptierbaren Musterverträgen zu werden.

Integrierte Versorgung definiert Steuerung neu

Der durch die Gesundheitsreform geschaffene „neue“ Markt, gleich, ob man ihn gut heißt oder nicht, wird in seiner weiteren Ausformung dazu führen, dass die Frage der Steuerung bei Integrierter Versorgung neu gestellt wird. Die Akteure haben sich längst aufgestellt, um das neue Feld zu vermessen, Gebietsansprüche anzumelden und ihr jeweiliges Modell zu favorisieren. Bemerkenswerterweise hat hier die Aktion Psychisch Kranke (APK) ihre Position als Pionierin in Grundsatzfragen der psychiatrischen Versorgung nicht wahrgenommen, sondern das Feld der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN) (7) und den berufsständischen Vereinigungen wie Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) (8) überlassen. Diese haben die Pflöcke für eher systemimmanente, diagnosespezifische IV-Modelle längst eingeschlagen.

Ob die Psychiatrischen Institutsambulanzen, wie Wienberg (2008) schreibt, der richtige Anknüpfungspunkt und damit Steuerungsinstanz für Integrierte Versorgung im Sinne der ambulanten Komplexleistung sind (2), ist stark zu bezweifeln. Sie sind nicht selten ein verlängerter Arm der Kliniken und damit Teil eines klinischen „Inhouse-Systems“. Sie haben die ursprüngliche Begründung, sich vor allem um „nicht wartezimmerfähige“ Patienten zu kümmern, aufgrund ihrer enormen Fallzahlen und starken Verbreitung längst konterkariert. Der zentrale Unterschied zwischen dem im SGB V-BundesNetzwerk favorisierten Modell der ambulanten Komplexleistung zu den IV-Modellen von DGPPN und BVDN liegt in der Rolle des Arztes und der Managementfunktion durch den Träger. Der Arzt bleibt im Konzept des Dachverbandes in seiner traditionellen Rolle als verantwortlich Behandelnder verhaftet und beansprucht damit weiterhin die Behandlungshoheit; der gemeindepsychiatrische Träger übernimmt die wesentlichen Managementfunktionen bezogen auf das Behandlungsnetzwerk, die Unterstützung der ärztlichen Behandlung durch nichtärztliche Behandlungskräfte vor Ort, die 24 h verlässliche Erreichbarkeit des Behandlungsnetzwerkes sowie die Zusammenführung der Dokumentation aller Behandlungsleistungen innerhalb des Netzwerkes. Weiterhin ist der Träger Ansprechpartner und Vertragspartner der Krankenkassen, trägt somit auch ein erhebliches ökonomisches Risiko, womit der gemeindepsychiatrische Träger gleichzeitig die beteiligten Ärzte von einem solchen frei hält.

Wenn, wie der Gesetzgeber es mit der Gesundheitsreform will, die Marktprinzipien das Steuerungsinstrument sind (Große fressen Kleine, Stärkere den Schwächeren, Preiswertere den Teureren, hoffentlich dann auch qualitativ Bessere den Schlechteren etc.), dann gewinnt der Markt hier künftig in der Tat eine Regelungsfunktion. Allerdings sind die gemeindepsychiatrischen Anbieter dann nicht seine Opfer, sondern mit ihren Leistungspaketen potentiell Mit-Gestalter: sie entscheiden über Qualität und Preis, ob der Patient ihre oder lieber die Hilfen des Klinik-Systems akzeptiert. Die Frage ist also, wie gestalterisch und eingreifend beteiligt sich Gemeindepsychiatrie an diesem offenen Markt. Die Rückverlagerung von Behandlung und Unterstützung in die (ambulante) Gemeindepsychiatrie wird zu neuen Strukturen und Prozessen der Versorgung führen.

Aussichten

Die IV bietet große Chancen bisher sektorisierte Anbieter zusammenzuführen. Es besteht aber die Gefahr, dass in dem Zusammenspiel von berufsständischen Interessen und einem Ping-Pong-Spiel zwischen Ambulanzen, gebundenen Medizinischen Versorgungszentren und Kliniken z.B. die diagnosespezifischen Ansätze, die zwischen Klinik und Niedergelassenen ausgehandelt werden, letztlich alter Wein in

Wenn der Markt hier künftig eine Regelungsfunktion gewinnt, dann sind die gemeindepsychiatrischen Anbieter mit ihren Leistungspaketen potentiell Mit-Gestalter. Die Frage ist also, wie gestalterisch und eingreifend beteiligt sich Gemeindepsychiatrie an diesem offenen Markt.

neuen Schläuchen sind. Traditionelle Akteure mit Krankenhauszentrierung, berufsständische Interessenspolitik und Arzt-Zentrierung und damit ökonomische Gestaltungsmacht werden im Kern nicht aufgeben. Die hausärztliche psychiatrische Behandlung kann hingegen eine neue quantitative und qualitative Bedeutung gewinnen, steht aber hinsichtlich ihrer Einbindung in die gewachsenen gemeindepsychiatrischen Strukturen weit außerhalb, gleichsam noch vor der Tür. Dies obwohl gerade die Hausärzte große Teile der zurückgehenden nervenärztlichen Versorgung übernehmen. Haus- und Nervenärzte, eher am Rande der Gemeindepsychiatrie wahrgenommen, können bei IV-Verträgen multiprofessionelle, nicht-psychotherapeutische Hilfen einkaufen und anbieten. Oder, was die Empfehlung des SGB V-BundesNetzwerkes ist, sie bringen eigene Leistungen unmittelbar bei den gemeindepsychiatrischen Trägern und Anbietern von IV Leistungen ein und lassen sie sich angemessen honorieren. •

Anmerkungen

(1) **http://frielingsdorf.biz**/assets/pdf/texte_vortraege/kassenvertraege_newsletter.pdf
(2) **Wienberg, Günther** (2008) Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven. In: Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 1/2008, S.2-12.
(3) **Ruprecht, Thomas** (2008) Aktuelle Entwicklung der Versorgung psychisch Kranker aus Sicht der TK –Probleme und Lösungsansätze, www.psychiatrie.de/data/pdf/bc/05/00/Vortrag_Dr_Ruprecht_TK.pdf
(4) **Zechert,Christian; Faulbaum-Decke, Wolfgang** (2008): Mehr als erwartet – aber weniger als wünschenswert: Integrierte Versorgung in der Gemeindepsychiatrie. Psychosoziale Umschau Heft 3/2008 (im Druck)
(5) **Sternhagen, Carsten** (2007) Die Praxis der integrierten Versorgung I: mit ambulanten Hilfen stationäre Behandlung vermeiden - Das ambulante Behandlungsmodell „Rückzugsräume". psychiatrie.de/data/pdf/5a/05/00/Sternhagen_IV_RZR_SGB_V_Netzwerk_20071024.pdf
(6) **Schmidt- Michel, Paul-Otto; Kuhn, Frank; Kontra: Bergmann, Frank** (2008) Die Integrierte Versorgung per Gesetz ist für die Psychiatrie gescheitert. Psychiatrische Praxis Band 35/2008, S. 57-59
(7) **www.dgppn.de**/de_integrierte-versorgung_25.html
(8) **www.bvdn.de**

Home Treatment - Erfahrungen aus Günzburg

Über die häusliche Behandlung akut psychisch Erkrankter

Von Hannes Müller, Iris Zimmermann, Carolin Burkhart, Miriam Ott und Karel Frasch

Abstract

Die Orientierung der Psychiatrielandschaft hin zu gemeindenahen Versorgungsstrukturen veranlasste die Installierung des Home Treatment in Günzburg. Home Treatment ist psychiatrisch-psychotherapeutische Akutbehandlung im häuslichen Umfeld mit dem Ziel, einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden, zu ersetzen oder zu verkürzen. Das multiprofessionelle mobile Krisenteam nahm seine Arbeit im November 2005 auf und behandelte bisher ca. 160 Patienten.

Unterschiedliche Berufsgruppen im BKH-Günzburg berichten über ihre Erfahrungen aus den zurückliegenden zweieinhalb Jahren:

Hannes Müller
Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Stellv. Stationsleiter HT/41II
Systemischer Berater (SG)
Qualitätsberater

Einleitung

Im Zuge der Erweiterung gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen hat im Bezirkskrankenhaus Günzburg im November 2005 ein Mobiles Krisenteam seine Arbeit aufgenommen.

Entstehung des Home Treatment in Günzburg

Die ersten Ansätze für das Projekt kamen bereits in 2002 von Professor Becker, Ärztlicher Direktor der Klinik und Oberarzt Dr. Berhe mit der Unterstützung des gesamten Teams der Station 41 II. Nach einer Phase der diesbezüglichen Ruhe war die Überraschung schließlich doch groß, als das Home Treatment unter Leitung von Oberarzt Dr. Frasch im November 2005 seine Arbeit aufnehmen konnte.

Was ist Home Treatment?

Home Treatment ist psychiatrisch-psychotherapeutische Akutbehandlung zu Hause mit dem Ziel, einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden, zu ersetzen oder zu verkürzen. Das multiprofessionelle Team besteht aus einem Oberarzt, einer Ärztin, sechs Krankenschwestern, einem Krankenpfleger und einer Sozialpädagogin.
In der Praxis bedeutet dies, dass der Patient zu Hause in seinem familiären Umfeld mindestens 2- bis 3-mal wöchentlich – unter Umständen aber auch täglich - vom Team besucht wird. Der Patient kann aber das gesamte therapeutische und diagnostische Angebot der Klinik in Anspruch nehmen. Durch die Einbeziehung

der allgemeinpsychiatrischen Kriseninterventionsstation 41 II ist eine 24h-Versorgung der Patienten gewährleistet, so dass die Behandlung hinsichtlich ihrer Intensität mit einem stationären Aufenthalt vergleichbar ist. Die Therapie ist dementsprechend zeitlich befristet und nach Besserung und Stabilisierung wird der Patient in ambulante Weiterbehandlung entlassen. Das Konzept ermöglicht, gemeinsam mit dem Patienten Lösungsstrategien für Konflikte und Schwierigkeiten unter besonderer Berücksichtigung seiner Ressourcen zu finden. Dem Patienten in seinem Lebensumfeld zu begegnen ist hierfür von entscheidender Bedeutung. Über die medizinisch-psychiatrische und psychosoziale Therapie hinaus spielt die Systemische Familientherapie (ein ganz überwiegender Teil des Teams ist im Besitz der Qualifikation „Systemischer Berater SG“) eine wichtige Rolle in der Behandlung. Im Home Treatment werden Patienten mit psychischen Erkrankungen (vorwiegend schizophrene und affektive Störungen) während akuter Episoden und in Krisensituationen behandelt. Diese Therapieform richtet sich nicht an Patienten, bei denen Demenz, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, unmittelbare Suizidalität oder Fremdgefährdung im Vordergrund stehen.

Neue Wege aus der Krise

Meine Erfahrungen im Home Treatment sind bisher, dass der größte Anteil unserer Patienten von der „alternativen“ Akutversorgung zu Hause profitiert. Für einen günstigen Verlauf ist es von Vorteil, wenn die Angehörigen bereit sind, bei der Hilfestellung für den Patienten mitzuwirken. Es ist für mich immer wieder eindrucksvoll, unter welchen Bedingungen Menschen miteinander leben. Aber nur dort vor Ort sind die Stärken und Schwachpunkte der unterschiedlichen sozialen Systeme erkennbar, die den Patienten in und aus einer Krise begleiten.

Wer zu uns kommt oder von uns besucht wird, weiß, dass wir in dieser Zeit nur für ihn da sind und sie oder er diese Zeit für sich nutzen kann. Eine Herausforderung ist dabei, dem Patienten das Gefühl zu geben, dass er die Zügel in der Hand hält. Ich habe den Eindruck, dass sich Patienten besser öffnen können, wenn ich Gast bei ihnen bin. Für die Angehörigen können wir eine wichtige Unterstützung sein und versuchen deshalb, alle im Haushalt wohnenden Personen an den Beratungstisch zu holen. Allerdings können wir nicht die Entlastung eines Krankenhauses für den Angehörigen bieten, bei dem die Betreuung des psychisch kranken Angehörigen zu Überlastung geführt hat.

Der Umgang mit Suizidalität ist eine große Herausforderung für das gesamte Team. Einerseits sind wir erleichtert, wenn der Patient uns gegenüber ehrlich und bündnisfähig ist, andererseits sind unsere Möglichkeiten begrenzt, mit akuter Suizidalität umzugehen. In solchen Fällen haben sich kurzfristige zwischenzeitliche stationäre Aufenthalte bewährt. Die enge Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen unseres Teams, niedergelassenen Ärzten, der Institutsambulanz und anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen sind wichtige neue Erfahrungen für mich. Der Tätigkeitsbereich der Pflege im Home Treatment ist verantwortungsvoller und individueller als im stationären Bereich. Diese neue Behandlungsform hat sich trotz gewohnter Widerstände in den letzten zwei Jahren über die Grenzen des Landkreises Günzburg hinaus etabliert.

Krankenschwester, Systemische Beraterin (SG)

Auch uns sind Grenzen gesetzt

Seit Juli 2007 arbeite ich im HT und bin somit am kürzesten dabei. Die Idee des HT lernte ich von meinen Kollegen bei der Systemischen Weiterbildung an unserer Klinik kennen. Zu dieser Zeit konnte ich die Entstehung des HT durch die Informationen an unseren Seminarwochenenden am Rande verfolgen und es war höchst interessant.

Ich arbeite schon sehr lange am BKH Günzburg, die letzten 15 Jahre davon auf der Depressionsstation und ich hatte meine Zweifel, ob eine Behandlung akut psychisch Erkrankter zu Hause funktionieren kann. Vielleicht gerade deshalb bin ich sehr neugierig geworden. Nach einer Hospitation habe ich mich für die Arbeit im HT-Team entschieden und es gibt keinen Tag, an dem ich es bereut hätte, gibt es doch nichts Eindrücklicheres als Patienten, die man bereits vom stationären Aufenthalt her kennt, in ihrem Zuhause neu zu erleben. Oft sind hier relevante Probleme leichter erkennen- und bearbeitbar.

Es gibt viele Gründe, weshalb sich Patienten für die Behandlung im HT entscheiden. Wie oft habe ich gehört, „ich gehe nie wieder in die Klinik!“. Krisensituationen lassen sich meist durch engmaschigen und vertrauensvollen Kontakt gemeinsam bewältigen. Doch auch uns sind Grenzen gesetzt und es kommt vor, dass wir einen Patienten vorübergehend in der Klinik behandeln müssen. In diesem Fall haben wir die Möglichkeit, ein sog. HT-Bett auf der Station 41 II zu nutzen. Die die Weiterbehandlung betreffenden Absprachen sind so gut realisierbar. Eine solche Option macht uns flexibel. Mit einer psychischen Erkrankung zu leben ist für Patienten und Angehörige vor allem in einer akuten Krise schwierig. Bei der Behandlung im häuslichen Umfeld können eben aber auch die Angehörigen gut miteinbezogen werden und auch sie finden Gehör und Hilfe. Home Treatment ist für mich eine Art der kooperativen Behandlung, bei der alle Beteiligten aktiv an der Genesung des Patienten teilhaben.

Kontaktadresse aller Autorinnen und Autoren:

Bezirkskrankenhaus Günzburg,
Mobiles Krisenteam (MKT) / Hometreatment (HT),
Ludwig-Heilmeyer-Str.2/40,
89312 Günzburg
Tel. 08221/962871

Carolin Burkhart
Dipl. Sozialpäd.(FH)

Nicht nur Feuerwehrfunktion

Seit 01.11.2006 darf ich mich zum HT-Team zählen. Die zurückliegende Zeit ist durchweg von positiven Erfahrungen geprägt. Grundsätzlich sehe ich den großen Vorteil dieses Ansatzes darin, dass der Patient in seinem gewohnten Umfeld bleiben kann, nicht aus seinen sozialen Bezügen herausgerissen wird und das Umfeld in die Behandlung eingebunden werden kann bzw. sogar soll. Bei der Behandlung und Betreuung zu Hause kann der individuelle Hilfebedarf besser erfasst und berücksichtigt werden. Hier ergeben sich oft neue Erkenntnisse, die sich im Rahmen der für den Patienten unnatürlichen Atmosphäre einer stationären Behandlung so evtl. nicht ergeben hätten. Man sieht einfach, wie der Patient lebt.

Die Kliniksozialarbeit stellt immer mehr eine Art „Feuerwehrfunktion“ dar, in der der/die Sozialpädagoge / Sozialpädagogin fast ausschließlich dazu fungiert, soziale Notlagen abzuwenden. Im Gegensatz dazu kann während der Behandlung im Home Treatment schon präventiv gearbeitet werden, da Zusammenhänge früher erkannt und dementsprechend früh interveniert werden kann. Selbst die Atmosphäre des Gesprächs ist bei einem Hausbesuch eine völlig andere als bei einem Gespräch im Sozialdienstbüro. Es stellt für den Patienten mit Sicherheit einen großen Unterschied dar, ob er sich in einem fremden Setting erst zurechtfinden und anpassen muss oder ob er zum Beispiel in seiner wohl vertrauten Küche sitzt, die ihm Sicherheit bietet. Dies kann letztlich dazu führen, dass sich der Patient leichter bzw. schneller öffnet und von den ihn belastenden Problemen und Schwierigkeiten berichtet. Für viele Patienten ist der Weg in die Klinik mit Hindernissen verstellt. Das Home Treatment bietet eine vergleichbare Hilfe, ohne die stationäre Versorgung in Anspruch nehmen zu müssen. Der alleinerziehenden Mutter von zwei Kindern fällt es somit leichter, sich auf psychiatrische Behandlung einlassen zu können, weil sie sich nicht erst um die Versorgung ihrer Kinder Gedanken machen muss. Dieses Angebot richtet sich also zusätzlich zu unserer „üblichen“ Klientel auch an Zielgruppen, die sich nicht für eine stationäre Behandlung entscheiden können.

Miriam Ott
Ärztin

Eine andere emotionale Dimension

Das Home Treatment bietet im Vergleich zum stationären Setting die Möglichkeit, einen ganz anderen Eindruck von der Psychiatrie zu gewinnen, denn nicht nur der Patient, sondern auch die Familienangehörigen können in ihrem unmittelbaren Umfeld besser erreicht werden. Der Austausch zwischen Therapeuten, Angehörigen und Patient als „therapeutisches System“ wird erheblich gefördert und der Zusammenhalt gestärkt. Vielleicht erreicht deswegen diese Interaktion im häuslichen Umfeld – in dem wir (das Team) uns als Gast sehen – eine ganze andere emotionale Dimension als im stationären Rahmen. Die positiven Entwicklungen können gemeinsam mit der Familie erkannt und erlebt werden, andererseits werden auch die Einbrüche – die im Verlauf der Erkrankung auch unter Therapie nicht ausbleiben – „hautnah“ erlebt, die Belastung für den Patienten und seine Familie wird direkter und intensiver an das therapeutische Team herangetragen. Es gilt, die Sorgen und Spannungen aufzufangen und das Vertrauen in die Therapie aufrechtzuerhalten, und dies erfordert nicht selten vom Team vor Ort viel Einfühlungsvermögen, Ausdauer und Kraft. Die Entscheidungen, die mit dem Patienten und Angehörigen getroffen werden, müssen verantwortungsvoll vom gesamten Team getragen und umgesetzt werden. Ein sehr wichtiges Stichwort für uns ist auch die Eigenverantwortung des Patienten, denn einerseits kann und will er diese im häuslichen Umfeld nicht gänzlich abgeben und andererseits wird diese durch die Therapie zu Hause gefördert. Der Patient öffnet für uns seine Haustür, dadurch zeigt er auch die Bereitschaft, sich selbst zu öffnen.

Dr. med. Karel Frasch
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Systemischer Berater (SG), Oberarzt

Ein großer Gewinn

Die „aufsuchende Behandlung“ ist eine gute Alternative zum stationären Setting, stellt eine Bereicherung und niemals versiegende Quelle für den Erfahrungsschatz eines jeden in der Psychiatrie Tätigen dar. Es ist ein großer persönlicher und beruflicher Gewinn für uns alle, an diesem Projekt teilzunehmen. Und nicht zuletzt für unsere Patienten ist das Home Treatment ein weiteres wichtiges Angebot in der großen diesbezüglichen „Palette“ unseres Krankenhauses und erlaubt ihnen bei in etwa vergleichbarem klinischen Outcome ein Mehr an Autonomie, was unserem ressourcenorientierten psychotherapeutischen Ansatz sehr entgegenkommt.

„...damit zusammenwächst, was zusammen gehört".

Erfahrungen mit einem Projekt der Integrierten Versorgung in Mainz

Von Kerstin Diefenbach

Kooperationen, Vernetzungen, Synergieeffekte, Nutzerzufriedenheiten, Einsparungen ... hier eine Auswahl von Schlagworten, die heutzutage allen in den gemeindepsychiatrischen Versorgungszusammenhängen Tätigen begegnen.

Die Paritätische Tagesklinik Mainz ist Teil des Netzes für seelische Gesundheit e.V. (www.nsg-mainz.de), einem Zusammenschluss von niedergelassenen Hausärzten, Psychiatern, Psychotherapeuten und Einrichtungen in Mainz, die integrierte Zusammenarbeit in der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen verbessern wollen. Sie versucht all die genannten Schlagworte mit dem im Frühjahr 2006 gestarteten Projekt zur Integrierten Versorgung im Rahmen eines Vertrages nach § 140b SGBV mit der Techniker-Krankenkasse in ein mit Leben gefülltes qualitatives Gefüge zu bringen.

Beide genannten Partner - sowohl die Tagesklinik mit ihrer aufsuchend arbeitenden Institutsambulanz als auch die niedergelassenen Therapeuten und Ärzte - sind seit vielen Jahren innerhalb des Gemeindepsychiatrischen Verbundes für die Versorgung der psychisch erkrankten Menschen in Mainz zuständig und tätig

Integrierte Zusammenarbeit, Abstimmungsprozesse und individuelle Behandlungs-, Reha- und Teilhabepläne sind im Zuge der personenzentrierten Psychiatrie mit ihren Reformbewegungen für alle selbstverständlich - zumindest in den Köpfen. Aber wie sieht die gelebte Praxis aus?

Das Projekt „Integrierte Versorgung"

Mit diesem vor 2 Jahren auf den Weg gebrachten Projekt ist eine enge und verzahnte Kooperation von niedergelassenen Psychotherapeuten und Psychiatern und den Strukturen der Mainzer Tagesklinik und ihrer Institutsambulanz im SGB V –Bereich erfolgreich umgesetzt, ganz im Sinne der Patienten, die nicht unbedingt alle zur Gruppe der chronisch erkrankten Personen gehören. Aufgenommen werden können laut Vertrag mit der TKK psychisch erkrankte Menschen mit den Diagnosegruppen F2 (Schizophrenien), F3 (Affektive Störungen), F4 (Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen). Die Zahl der Menschen mit psychischen Problemen steigt stetig. Viele der Patienten haben lange Fehlzeiten am Arbeitsplatz, einhergehend mit häufigen Klinikaufenthalten.

Die TKK hat mit den genannten Partnern (Tagesklinik und NSG) ein ambulantes Versorgungsangebot entwickelt, was gekennzeichnet ist durch bereichsübergreifende Leistungserbringung. Im Vertrag vereinbarte Ziele des Projektes sind unter anderem die Vorbereitung und Einleitung von ambulanten und rehabilitativen Hilfen. Eine Verschlimmerung der Erkrankung (und die damit verbundenen Folgekosten) soll vermieden werden, Krisenintervention ohne stationären Aufenthalt soll angeboten werden.

Hand in Hand

Hand in Hand arbeiten hier Behandlungsteams verteilt über das ganze Mainzer Stadtgebiet in den Bereichen Psychotherapie, Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Bewegung, Ergo- und Arbeitstherapie. Es gibt sowohl Einzel- als auch Gruppenangebote.

Die Zuweisung erfolgt über die Techniker Krankenkasse oder die behandelnden Ärzten an die in der Tagesklinik angesiedelte Clearingstelle. Diese Stelle ist besetzt durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin. Neben der Feststellung der Diagnose, des individuellen Behandlungsbedarfs und des Leistungsumfangs mit Einordnung in eine Hilfebedarfsgruppe erfolgt dort die Entscheidung über die Aufnahme ins Projekt. Die Hilfebedarfsgruppe ergibt sich aus dem geplanten Therapieprogramm. Je umfangreicher das Wochenprogramm, umso höher die Hilfebedarfsgruppe mit Hinterlegung von durchschnittlichen face to face-Leistungen. Im Projekt sind 6 Gruppen berücksichtigt, die pro Gruppe einen vergleichbaren Bedarf beschreiben. Die Abrechnung erfolgt nach der zur Hilfebedarfsgruppe gehörenden, mit der TKK verhandelten Wochenpauschale.

Nach Aufnahme wird mit dem Patienten ein abgestimmter und ausgehandelter Therapie- bzw. Wochenplan mit festgelegten individuellen Behandlungszielen und Zeitlinien erstellt, welcher am Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) orientiert ist. Jeder Patient hat einen federführenden Bezugstherapeuten seines Vertrauens, der während des Behandlungszeitraumes die Behandlung koordiniert. Regelmäßig stattfindende Fallkonferenzen mit allen an der Behandlung beteiligten Personen und Gespräche mit dem Patienten zur Zufriedenheit mit seiner Therapie und zur Überprüfung der vereinbarten Pläne sind unter anderem das Projekt auszeichnende Qualitätsmerkmale.

Möglichkeiten

Die Behandlungen und Therapien werden in der Regel in den Räu-

Kerstin Diefenbach
Dipl.Soz.-Päd.
Gesamtleitung und Prokuristin
Gemeinnützige Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit mbH.
Mainz
Kerstin.diefenbach@paritaet.org

men der Tagesklinik, aber auch unter Nutzung eigener Strukturen im Bereich der komplementären Angebote (z.B. Gruppenangebote im Bereich Ergotherapie innerhalb unseres Sozialpsychiatrischen Zentrums oder Tanztherapie in der Tagesklinik) und in den Praxen der niedergelassenen Therapeuten durchgeführt. Bei Bedarf kann auch zu Hause oder an anderen Orten therapiert werden. Das Projekt birgt zudem die Möglichkeit einer soziotherapeutischen Unterstützung, die durch Sozialarbeiter auch aufsuchend und begleitend stattfinden kann.

Circa 16 TKK - Patienten werden durchschnittlich im Projekt mit einer ungefähren Verweildauer von 2-6 Monaten betreut. Der Einstieg ist innerhalb von sieben Tagen möglich, von daher entstehen keine langen Wartezeiten auf Therapieplätze. Auch Menschen, die sich in einer beruflichen Wiedereingliederung befinden oder arbeiten gehen, können an dieser flexiblen Versorgungsform teilnehmen.

Der sogenannte federführende Behandler kann sehr verzahnt mit dem Sozialarbeiter oder auch anderen Beteiligten die Abstimmungsprozesse im Einzelfall während des Behandlungszeitraumes koordinieren. Intensität und Frequenzen können im Verlauf sehr unterschiedlich sein und müssen immer wieder an die Bedarfslage und die Zielplanungen angepasst werden. Gerade diese Aspekte spielen besonders in der Versorgung von chronisch erkrankten Menschen eine wesentliche Rolle für eine erfolgreiche Behandlung. Die Möglichkeit, auch im häuslichen vertrauten Umfeld behandelt zu werden, ist ein wichtiges Merkmal innerhalb der Integrierten Versorgung. Die Teilnahme am engen, vielfältig gruppenbezogenen therapeutischen Setting einer Tagesklinik ist nicht für Jeden hilfreich. Von daher stellt die Integrierte Versorgung manchmal eine Alternative zur teil- oder gar vollstationären Behandlung dar.

Die Möglichkeit einer Einzelpsychotherapie nach der IV-Zeit durch den vertrauten niedergelassenen Therapeuten besteht, das kann sehr hilfreich für eine gewisse Kontinuität sein. Eine tagesklinische Versorgung oder aufsuchende Unterstützung durch die Institutsambulanz unter Beteiligung des schon bekannten Behandlungsteams kann ebenso im Anschluß an die Projekt-Zeit ein sinnvolles Setting sein. Im Bereich der chronisch erkrankten Menschen kann eine psychosoziale Alltagsbegleitung mit dem IV-Sozialarbeiter im Rahmen von Eingliederungshilfe stattfinden oder im Anschluß organisiert werden.

Das virtuelle ambulante Krankenhaus, wie wir das IV-Projekt auch benennen könnten, ist aus der bisherigen Erfahrung für viele Patienten erst einmal eine ausreichende und erfolgreiche Versorgung und macht vielfach keine weitere Anschlussbehandlung notwendig.

Ausblick

Die Weiterführung des Projektes mit der Techniker Krankenkasse über den 31.12.2008 ist zur Zeit noch offen. Die Auswertung, inwieweit die von der TKK mit dem Projekt beabsichtigten Ziele der Reduzierung von Arbeitsunfähigkeitstagen (AU) und der Vermeidung bzw. Verkürzung der vollstationären Klinikaufenthalte in Erfüllung geht, bleibt abzuwarten und muss im größeren Rahmen durch die Krankenkasse betrachtet werden. Vorab: Ergebnisse aus der Evaluation bescheinigen eine hohe Nutzerzufriedenheit und die abgefragten Parameter lassen Rückschlüsse auf ein stabileres psychisches Erleben zu. Aber diese Dinge müssen erst zu einem späteren Zeitpunkt genauer in den Blick genommen werden.

Das Projekt Integrierte Versorgung mit seiner großen Flexibilität ist eindeutig ein wichtiger Baustein in einer psychiatrischen Versorgungslandschaft und macht passgenaue Behandlungen und Begleitungen möglich. In den Bereich der Psychiatrie ließen sich viele solcher Projekte projizieren. Es bedarf der Bereitschaft aller Beteiligten, sich zu öffnen und Interesse an einer gelingenden Patientenversorgung mit hoher Nutzerzufriedenheit zu zeigen. Dadurch könnten andere Formen der Behandlungen abgelöst oder modifiziert werden. Wieweit auch Einsparungen damit einhergehen, das sollte an anderer Stelle geprüft werden.

Wenn es die Möglichkeit der Fortführung des Projektes gibt, gehören sicherlich einige Aspekte nach 2,5 Jahren Laufzeit auf den Prüfstand. Beispielsweise wäre die Kooperation zwischen allen beteiligten Leistungserbringern (Netz und Tagesklinik) zu analysieren und unter sozialpsychiatrischen Gesichtspunkten zu überprüfen. Aufgabenaufteilungen müssten näher beschrieben und die Angebotsstruktur noch flexibler gestaltet werden.

Über mögliche neue Kooperationspartner könnte nachgedacht werden und eine Erweiterung der Zielgruppe. Die gelungene Kooperation von niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten mit der Tagesklinik ist sehr bemerkenswert und auszuweiten insbesondere mit der in Mainz ansässigen Universitätsklinik. Übertragbar wäre das beschriebene IV-Projekt auf die verschiedensten Bereiche, wie Sucht, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Gerontopsychiatrie, jeweils möglicherweise kombiniert mit Modulen aus anderen Leistungssektoren (SGB XI, SGB XII, SGB VIII).

Das zarte Pflänzchen der gewonnenen Annäherung muss weiterhin gegossen und gepflegt werden. Dann wächst tatsächlich allmählich zusammen, was zusammengehört. Daran können wir alle mitwirken. •

Das Projekt Integrierte Versorgung mit seiner großen Flexibilität ist eindeutig ein wichtiger Baustein in einer psychiatrischen Versorgungslandschaft und macht passgenaue Behandlungen und Begleitungen möglich.

Die psychiatrische Behandlung im Krankenhaus

Anmerkungen zur aktuellen Rechtsprechung

Von Peter Mrozynski

Unter sozialrechtlichem Blickwinkel betrachtet sind die letzten drei Jahrzehnte in der psychiatrischen Versorgung durch Entwicklungen gekennzeichnet, die dazu geführt haben, dass im Leistungsrecht die Grenzen zwischen Krankenbehandlung, medizinischer Rehabilitation und psychosozialer Betreuung immer weniger klar zu ziehen sind. Zugleich hat sich im Leistungserbringungsrecht eine Entwicklung ergeben, die - als Auflösung der Anstalt charakterisiert - die Unterscheidung zwischen ambulant und stationär nur noch nach unbrauchbaren Hilfsmerkmalen, wie etwa der Zahl der betreuten Personen, möglich erscheinen lässt.

Vor diesem Hintergrund wird man sagen können, dass die Antwort auf die Frage, ob ein seelisch behinderter Mensch besser im betreuten Wohnen, vielleicht unter Inanspruchnahme der Versorgung durch eine Institutsambulanz, oder in einem Übergangsheim bzw. in einer Tagsklinik versorgt werden soll, von vielen Faktoren abhängt. Die Krankheit ist dabei nur ein Gesichtspunkt.

Unterschiedliche Steuerungsinteressen

Ist der Leistungsträger zugleich Sozialhilfeträger und Krankenhausträger, so könnte er in seiner Eigenschaft als Krankenhausträger den Ausbau von Institutsambulanzen forcieren und sich bei der Förderung des betreuten Wohnens bzw. der Übergangsheime zurückhalten. Die Finanzierung der Leistungserbringung würde sich dadurch stark in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen verlagern. Andererseits können die Krankenkassen die Dauer der Krankenhausbehandlung zeitlich sehr einschränken, wenn hinreichend Angebote in der sozialhilferechtlich finanzierten komplementären Versorgung vorhanden sind. Gelänge es, die häusliche Krankenpflege in das betreute Wohnen zu integrieren, so würde diese Entwicklung eine weitere Schubkraft erhalten. Das alles kann immer in Übereinstimmung mit den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erfolgen. Denn diese Grundsätze bestehen isoliert in jedem Teilbereich des gegliederten System. Wenn also der Sozialleistungsträger X die Kosten bei sich senkt, dann hält er diese Grundsätze ein. Eine Gesamtbeurteilung des sachlich und wirtschaftlich angemessenen „Leistungsmix“ im Sinne einer trägerübergreifenden Komplexleistung findet nicht statt. Das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten selbst (§9 SGB XII), das im Grundsatz durchaus eine steuernde Wirkung bei der Leistungserbringung entfalten kann, versagt angesichts der beschriebenen Versorgungsstruktur. Es besteht nicht die Möglichkeit einer Wahl unter (vorrangigen) Krankenversicherungs- und (nachrangigen) Sozialhilfeleistung.

Auch die freien Träger als die wichtigsten Leistungserbringer haben nur einen geringen Einfluss auf die Entwicklung. Es besteht zwar der Grundsatz, dass ihre Eigenständigkeit zu beachten ist (§ 5 Abs. 2 Satz 2 SGB XII). Das bedeutet auch, dass sie konzeptionelle Entscheidungen, also etwa die einer mehr medizinischen oder mehr psychosozialen Ausrichtung ihres Angebotes, selbst treffen, und zwar auch dann, wenn sie durch einen Sozialhilfeträger finanziell gefördert werden. Allerdings wird es angesichts der ja gewollten Pluralität immer auch Anbieter geben, die ein anderes Konzept verfolgen. Wer und was sich dann durchsetzt, hängt mehr von den Gesetzen des Marktes ab, als davon, was sachlich geboten ist.

Die Entwicklung der Rechtsprechung zur Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit

Für die hier zu erörternde Rechtsfrage bedeutet das im Grunde, dass in der Praxis die sozialrechtliche Entscheidung zugunsten einer ambulanten oder einer stationären medizinischen Versorgung davon abhängt, wie eine Versorgungsstruktur vor Ort ausgebaut ist. Es war noch nie zu bestreiten, dass in einem durch frei niedergelassene Ärzte schlecht versorgten, ländlichen Raum mit nur begrenzten Kapazitäten an häuslicher Krankenpflege eine Krankenhausbehandlung sehr viel eher notwendig war als andernorts. In der psychiatrischen Versorgung ist das nicht anders, hängt aber noch mehr davon ab, durch welche spezifischen Versorgungsangebote eine Region gekennzeichnet ist.

Die im Folgenden darzustellende Rechtsprechung hat einen denkbar einfachen Ausgangspunkt, der in folgender, seit Jahren gesicherter Rechtsauffassung besteht: Krankenhausbehandlung wird nur geleistet, wenn der Einsatz der spezifischen Mittel des Krankenhauses erforderlich ist, um eine Krankheit gezielt zu bekämpfen. Sozialpädagogische Maßnahmen ohne therapeutische Zielsetzung genügen nicht (BSG 47 S. 83). Auch Gesichtspunkte wie Verwahrung, Pflege oder die Unterstützung bei einer selbständigen Lebensführung sind für sich genommen keine Gründe für einen Krankenhausaufnahme.

Dieser Rechtsprechung wurde aber im Laufe der Jahre Stück für Stück die Grundlage dadurch entzogen, dass sich das Versor-

Prof. Dr. Peter Mrozynski lehrt an der Fachhochschule München, Fachbereich Sozialwesen, Spezialgebiet Sozialrecht und Rehabilitation Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften.

gungssystem verändert hat. Einen gewissen Abschluss brachte eine Entscheidung des BSG vom 16. 2. 2005 (B 1 KR 18/03, BSG SGb 2005 S. 701 Anm. Eichenhofer). In diesem Urteil konkretisierte das BSG den Anspruch auf Krankenhausbehandlung bei einem schweren psychiatrischen Leiden in Orientierung an der neueren Entwicklung der Sozialpsychiatrie. Wörtlich heißt es in dem Urteil:

„Entwicklungen auf dem Gebiet der Psychiatrie sowie ihrer rechtlichen Rahmenbedingungen seit den 1970er Jahren erfordern es, in Fortentwicklung der höchstrichterlichen Rechtsprechung Versicherten mit einem schweren psychiatrischen Leiden einen Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung zuzubilligen, wenn nur auf diese Weise ein notwendiger komplexer Behandlungsansatz erfolgversprechend verwirklicht werden kann, d.h. wenn es auf das Zusammenwirken eines multiprofessionalen Teams aus Diplom-Psychologen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten und Bewegungstherapeuten sowie psychiatrischem Krankenpflegepersonal unter fachärztlicher Leitung ankommt.“

Dieses Urteil stellt nur eine moderate Fortentwicklung der bisherigen Rechtsprechung dar. Nicht erweitert oder gar aufgegeben wird der Grundsatz, dass eine psychosoziale Betreuung in ein therapeutisches Konzept eingebunden sein muss. Die immer vorauszusetzende fachärztliche Leitung ergibt sich bereits aus § 107 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, der bestimmt, dass jedes Krankenhaus „unter ständiger ärztlicher Leitung stehen“ muss. Daran kommt kein Gericht vorbei.

Im Übrigen aber ist dieses Urteil ein gutes Bespiel dafür, dass sozialgerichtliche und eigentlich jede Rechtsprechung nur im Austausch mit den Fachdisziplinen möglich ist. Das BSG jedenfalls bezieht sich in der Begründung seiner Entscheidung unmittelbar auf die sozialpsychiatrische Literatur. (W. Weig/R. Gelhausen, Psychiatrische und sozialrechtliche Anmerkungen zur Frage Behandlungs- versus Pflegefall in der allgemeinen Psychiatrie, SGb 1996 S. 576.)

Die Notwendigkeit einer psychosozialen Betreuung

Wenn heute bei der Krankenhausaufnahme geprüft werden muss, ob dessen „spezifische Mittel“ erforderlich sind, dann sind das diejenigen Mittel, die das BSG als „multiprofessionelles Team“ beschrieben hat. Hinter diesen Stand ist das BSG nicht zurückgegangen. Allerdings hat sich in den Jahren nach 2005 eine Auseinandersetzung unter einzelnen Senaten innerhalb des BSG ergeben. Während der 3. Senat an der hier kurz dargestellten Rechtsprechung festhielt, wollte der 1. Senat noch einen Schritt weiter auf dem eingeschlagenen Weg gehen. Weil er sich damit in Widerspruch zum 3. Senat befand, musste er den Großen Senat des BSG anrufen. Diesem waren folgende Fragen vorzulegen:

1. Setzt der Anspruch erkrankter Versicherter auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus voraus, dass allein aus medizinischen Gründen Krankenhausbehandlung erforderlich ist, weil das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen der Krankenbehandlung nicht erreicht werden kann?

2. Hat das Gericht die Voraussetzungen gemäß Frage 1 voll zu überprüfen?

Die erste Frage zielt darauf ab, eine Krankenhausbehandlung auch dann zu ermöglichen, wenn die Krankheit an sich ambulant behandelt werden kann, aber gewisse soziale Umstände eine stationäre Behandlung erforderlich machen. Der Große Senat folgte dem 1. Senat nicht auf dem eingeschlagenen Weg, sondern hielt an der Rechtsprechung vom Stand 16. 2. 2005 fest. Was aber wichtig ist: Er hat nicht in Frage gestellt, dass die heutige psychiatrische Versorgung auch eine umfassende psychosoziale Betreuung mitumfasst und dass deswegen auch eine Krankenhausaufnahme (bzw. die Fortsetzung der Krankenhausbehandlung) erforderlich werden kann. Der 1. Leitsatz der Entscheidung des Großen Senats lautet:

„Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich nach medizinischen Erfordernissen. Reicht nach den Krankheitsbefunden eine ambulante Therapie aus, so hat die Krankenkasse die Kosten eines Krankenhausaufenthalts auch dann nicht zu tragen, wenn der Versicherte aus anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen eine spezielle Unterbringung oder Betreuung benötigt und wegen des Fehlens einer geeigneten Einrichtung vorübergehend im Krankenhaus verbleiben muss.“ (BSG Großer Senat AZ: GS 1/06)

Im Falle der strittigen Andauer einer Krankenhausbehandlung ist demnach zu klären, ob es sich bei der Entlassungsvorbereitung nur noch um ein bloßes Abwarten auf einen freien Platz handelt oder ob die Vorbereitung auf eine Anschlussmaßnahme Bestandteil einer aus medizinischen Gründen noch notwendigen Krankenhaus-Behandlung ist. Letzteres wird man schon deswegen bejahen müssen, weil jede Maßnahme, die auf eine Beendigung der Krankenhausbehandlung ausgerichtet ist, zugleich auch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes darstellt und damit zum Versorgungsauftrag des Krankenhauses gehört.

Die Frage der Beurteilungskompetenz

Man wird angesichts des heutigen Standes der Versorgung Zweifel haben können, ob die Notwendigkeit einer sozialpsychiatrischen Behandlung so eindeutig in medizinische und nichtmedizinische Voraussetzungen zu trennen ist. Deswegen hatte der 1. Senat noch eine zweite Frage ins Spiel gebracht und auch diese dem Großen Senat vorgelegt, nämlich, ob ein Gericht die Frage der Krankenhausbehandlung „voll überprüfen“ kann. Diese Frage zielt auf das im Verwaltungs- und auch im Sozialrecht verbreitete Konstrukt des Beurteilungsspielraums ab (häufiger Einschätzungsprärogative genannt). Kurz gefasst ist damit gemeint, dass bestimmte Fragen nicht vollständig gerichtlich überprüft werden können. Fast schon sprichwörtlich ist der Beurteilungsspielraum des Prüfers. Vereinfacht formuliert: ob eine Prüfung gerade noch oder

Wenn heute bei der Krankenhausaufnahme geprüft werden muss, ob dessen „spezifische Mittel“ erforderlich sind, dann sind das diejenigen Mittel, die das BSG als „multiprofessionelles Team“ beschrieben hat.

gerade nicht mehr bestanden ist, kann kein Gericht beantworten. Darin wird jeder, der schon einmal geprüft wurde, eine Lücke im Rechtsstaat erkennen können (Art. 19 Abs. 4 GG).

Deswegen sind gerade die obersten Gerichte und ganz besonders das Bundesverfassungsgericht sehr zurückhaltend bei der Annahme eines Beurteilungsspielraumes. Konsequenterweise hat der Große Senat auch für die Krankenhausaufnahme einen Beurteilungsspielraum verneint. Sein 2. Leitsatz lautet:

„2. Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, hat das Gericht im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen. Es hat dabei von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen. Eine „Einschätzungsprärogative“ kommt dem Krankenhausarzt nicht zu.“

Wie die Praxis mit der Entscheidungskompetenz des Krankenhausarztes umgeht, mag hier dahinstehen. Der jetzige Stand der Rechtsprechung stellt sich jedenfalls so dar, dass zwar eine Erweiterung der Grundsätze aus dem Jahre 2005 vom BSG nicht vorgenommen wurde. Sie wurden aber auch in keiner Weise eingeschränkt. Der Sozialhilfeträger (bzw. der Leistungsanbieter, der auf der Basis des Sozialhilferechts, sei es ambulant, sei es (teil)stationär tätig wird) bleibt also weiterhin in der Verantwortung für psychisch kranke Menschen, wenn diese aus anderen als aus medizinischen Gründen in ein Krankenhaus aufgenommen werden müssen. Wenn andere als medizinische Gründe für den Krankenhausaufenthalt vorliegen, kann die Krankenkasse die Leistungen ablehnen.

Die Situation bei der Krankenhausaufnahme wird später kaum rekonstruierbar sein, so dass letztlich doch der aufnehmende Arzt entscheidet. Allerdings wird man die tatsächlichen Leistungsvoraussetzungen bei der Weiterbehandlung besser – objektiver – beurteilen können. Das kann durchaus zu einer weiteren Verkürzung der Krankenhausbehandlung führen. Denn diese ist bereits dann zu beenden, wenn sich feststellen lässt, dass der Kranke medizinisch ambulant weiterbehandelt werden kann, sei es auch unter zusätzlicher Inanspruchnahme einer selbständigen psychosozialen Betreuung.

In seinem letzten Urteil zu dieser Frage vom 10. 4. 2008 ist das BSG auf die angesprochenen Feststellungsschwierigkeiten eingegangen. Es verlangt von den Gerichten, Beweisfragen so zu formulieren, dass die Begutachtung nicht aus nachträglicher Sicht erfolgt, „sondern aus vorausschauender Sicht zum Zeitpunkt der Aufnahme des Versicherten in das Krankenhaus bzw. zum Zeitpunkt der Entscheidung über die Fortdauer einer stationären Behandlung. Dabei muss der Sachverständige von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes ausgehen.“ (BSG vom 10. 4. 2008 AZ B 3 KR 19/05 R). Das bedeutet also, dass man nach u. U. längerer Behandlungsdauer klären muss, wie der Bedarf zu Beginn der Behandlung war. Man müsste also zu folgender begründeter Aussage kommen können: Vor drei Wochen bestand der Bedarf eines psychisch Kranken auf stationäre psychosoziale Betreuung und dieser Bedarf war (bzw. war nicht) aus medizinischen Gründen veranlasst. Die psychosoziale Betreuung kann auch Bestandteil der Krankenhausbehandlung sein, wenn der Patient sich dort aus medizinischen Gründen aufhält (vgl. auch § 26 Abs. 3 SGB IX für die Reha). Es kann also durchaus so sein, dass die medizinische Versorgung nur unter Einbeziehung eines stationären psychosozialen Angebots durchführbar ist. Dann ist rechtlich eine Krankenhausbehandlung erforderlich. •

Ikarus fliegt wieder

Neuorganisation nach seelischen Krisen ist möglich

Von Kalle Pehe

Dass Menschen in eine bedrohliche Lage geraten können und gefordert sind, all ihre Kräfte aufzubieten, um sich daraus zu befreien, ist eine Erfahrung, die so alt ist wie die Menschheit. Die Idee, dass der Mensch sich dabei nicht nur auf einen kräftigen Körper, sondern auch auf seinen Geist verlassen kann, war das zentrale Thema der Aufklärung. Die konnte auf Motive der griechischen Mythologie zurückgreifen und sie literarisch und philosophisch verarbeiten. Auch Religionen bauen auf mythischem Grund. Der listenreiche Odysseus, der sich seines Verstandes bediente und so überlebte, kann als Vorläufer des aufgeklärten Menschen gesehen werden, der jede Aufgabe lösen kann, wenn man ihm nur genug Zeit dafür lässt. Auf der Insel der Nymphe Kalypso brachte er allein 7 Jahre zu, bis er - allerdings auch nicht ganz ohne die Hilfe höherer Mächte - frei kam. Ich erinnere mich an die Faszination, die ich als Kind beim Lesen der Odyssee empfunden habe.

Menschen machen weiterhin Erfahrungen und lernen daraus (oder nicht). Wir können über unsere biologische Natur und uns selbst als Person immer wieder hinauswachsen. Das unterscheidet uns von den Tieren. Mit diesen verbindet uns eine gemeinsame Herkunft, die uns einerseits Grenzen setzt, zugleich aber unendliche geistige Möglichkeiten geschaffen hat, die sich nicht allein aus der Biologie heraus verstehen lassen.

Kalle Pehe
Kontakt:
Von-Steuben-Str.30,
47 803 Krefeld,
Tel 02151 / 87 58 04
Email:
kallepehe@arcor.de
Homepage:
www.mut-zum-anderssein.de

Der Mensch kann sich als einziges Lebewesen in jedem Individuum immer wieder neu erschaffen und als Person (und Gattungswesen) weiterentwickeln. Erfahrungen mit dem Scheitern und andere Grenzerfahrungen spielen dabei eine wichtige Rolle. Berichte darüber bietet unser kulturelles Erbe zuhauf. Drachen und Zauberer, böse und gute Geister bevölkern die Fantasie der Menschen seit Urzeiten. Sie verbildlichen unsere Ängste und Hoffnungen. 150 Jahre industrielle Revolution haben daran grundsätzlich nichts geändert. Immer noch sind wir fasziniert von Geschichten, in denen es besonders bunt und geist(er)reich zugeht. Der Erfolg von „Harry Potter" ist ein frischer Beleg für diese Feststellung. Von den „modernen Mythen" haben mich „Der Herr der Ringe" von Tolkien, „Momo" und „Die unendliche Geschichte" von Michael Ende besonders angesprochen.

Warum schreibe ich darüber in einer Fachzeitschrift für Sozialpsychiatrie?

Man hat mich gebeten aufzuschreiben, was sich aus Betroffenensicht in psychiatrischen Krankenhäusern ändern müsste. Vorweg deshalb ein paar Bemerkungen zu meinen Erfahrungen mit Psychiatrie. Ich habe Grenzerfahrungen gemacht, die vieles gemeinsam haben mit den Geschichten, von denen in der Odyssee die Rede ist. Knapp vierzigjährig fühlte ich mich berufen, den bevorstehenden ersten Golfkrieg im Jahre 1990/91 nach dem Ultimatum des George W. Bush an Saddam Hussein noch zu verhindern, was mir – wie Sie wissen – nicht gelungen ist. Die Dimension des Problems war von der Art, wie sie in Märchen als „Drachen" beschrieben sind, also mehrere Nummern zu groß für ein Schulmeisterlein (Physik und Biologie am Gymnasium), das sich tapfer, wenn auch recht naiv – wie ich heute weiß - an dieser Aufgabe versuchte. Das Schicksal wollte es, dass ich dabei urplötzlich unglaubliche Kräfte entwickelte. Es war, als seien mir Flügel gewachsen, mit denen ich überall hinfliegen konnte. Nachvollziehbar, dass mein Gefühlsleben eine Intensität bekam, die ich nie zuvor erlebt hatte. Alles schien möglich. Ich glaubte, in drei Monaten (solange dauerte das Ultimatum) alle Probleme der Welt friedlich lösen zu können. Ikarus hatte sich von seiner Insel erhoben und steuerte geradewegs auf die Sonne zu.

Sie wissen wie die Geschichte ausging? Dem tödlichen Absturz des Ikarus entsprach bei mir die richterlich verfügte Zwangseinweisung in die geschlossene Psychiatrie. Dort wurde aus dem kraftvollen Himmelsstürmer rasch ein wackliges, sabberndes Etwas. Haldol hieß der Zaubertrank und „Ja und Amen" war die Losung, die man von mir erwartete, wenn ich meine Ruhe haben wollte. Nach drei (weiteren) Tagen Chaos im Kopf äußerte ich – durchaus sachlich, wie ich mich erinnern kann – den Wunsch, künftig auf Medikamente verzichten zu wollen, die meine Verunsicherung nur vergrößerten. Ohne weitere Diskussion wurde ich daraufhin von 5 oder 6 Personen festgehalten und im Bett angeschnallt, bekam eine Spritze und war kurz darauf weg. Wieder aufgewacht, war mir klar, dass an diesem Ort Widerspruch unerwünscht war. Man glaubte zu wissen, was mir gut tut und tat ganz nüchtern das, was man glaubte, tun zu müssen. Psychiatriealltag.

Mir ging es dreckig. Ich wusste zu der Zeit nicht, was mir gut tut, empfand aber, dass hier etwas mit mir geschah, das mir nicht gut tat. Drei Tage nach der Einweisung fühlte ich mich verloren in einer fremden Welt, deren Regeln ich nicht kannte und die mir auch niemand erklären konnte oder wollte, einer Kafka-Welt wie in „Der Prozeß" beschrieben.

Die Idee, dass ich selbst herausfinden müsse, was mit mir und diesem seltsamen Ort los war, kam mir recht früh. Ich hatte erlebt, was geschieht, wenn ich nicht mitspiele in einem Spiel, in dem für mich nur die Rolle eines unglücklichen Hirnkranken vorgesehen war, dem beizubringen ist, wie er seine Symptome medikamentös zuverlässig kontrollieren kann. Den Begriff „medizinisches Krankheitskonzept" dafür hörte ich erstmals von Dorothea Buck. Er machte mir verständlich, wie Psychiater mich gesehen und behandelt haben. In der Psychiatrie dagegen zu rebellieren war selbstzerstörerisch. Ich war klug genug, eine Weile nach den gegebenen Regeln (mit) zu spielen, die ich nach dem Prinzip „Versuch und Irrtum" erlernte.

Nach diesem Abstecher in die Wirklichkeit meiner Psychiatrieerfahrung wende ich mich wieder dem (Bild des) abgestürzten Ikarus zu. Was hätte ich damals gebraucht? Ich hätte mir eine Flugschule gewünscht, in der ein unerfahrener Ikarus lernen kann, seine Flügel kontrolliert zu gebrauchen. In der Psychiatrie erklärte man die Flügel zum Problem, deren Gebrauch ich in der Tat nicht beherrschte. Dass ich ihn erlernen könne, versuchte man mir auszureden. Reine Träumerei, die vor den biologischen Fakten nicht bestehen kann. Medikamente würden mich vor lebensgefährlichen Abstürzen bewahren. Denn, wer nicht fliegen kann, der kann auch nicht abstürzen, so die Logik. Mit ärztlicher Hilfe könne ich bald wieder in ein „normales" Leben (was ist das?) zurückkehren. Hoffnung, gegründet auf moderne Medikamente, ja, das sei realistisch. Wozu Flügel?

Als die Geschichte vom Ikarus aufgeschrieben wurde, gab es noch kein Haldol. Jemand schrieb sie nieder, der daran glaubte, dass Menschen daraus lernen können. Ist es Fortschritt, wenn Fachleute genau daran immer weniger glauben? Ich freue mich darüber, dass sie gefährliche Hirntumore operativ entfernen, Knochen reparieren und Herzen stimulieren können, die nicht mehr zuverlässig schlagen wollen. All das ist Fortschritt. Was bedeutet Fortschritt in der Psychiatrie? Neue, bessere Medikamente?

Wer von moderner Technologie alles, vom Menschen aber wenig bis nichts erwartet und das für Realismus hält (so habe ich´s erlebt), der ist eigentlich selber arm dran und braucht Hilfe. So sehe ich das heute. Das, was ich gebraucht habe, haben mir Menschen wie Dorothea Buck gegeben, nicht die Psychiatrie: Ermutigung und Unterstützung dabei, meine Erfahrungen mit

dem Scheitern zu verarbeiten und wieder aufzustehen.
Ein paar Worte zu meiner Person. Ich bin aktiver Lehrer für Physik und Biologie an einem Krefelder Gymnasium und ein Exempel für das, was seit einiger Zeit in der Psychiatrie unter dem Schlagwort Recovery diskutiert wird. 1990 diagnostiziert als „manisch-depressiv“ (heute „bipolar“) lebe ich seit nunmehr 10 Jahren symptomfrei und integriert in Familie und Beruf. Seit 17 Jahren leite ich die Selbsthilfegruppe „Mut zum Anderssein“ und ein Psychoseseminar, wie es von Thomas Bock und Dorothea Buck erstmals in Hamburg konzipiert und durchgeführt wurde. Vor die Aufgabe gestellt, mir selbst zu helfen, weil mir „ein Leben mit der Krankheit“ (so die Perspektive für mich in der Psychiatrie) wenig attraktiv erschien, habe ich alles Mögliche gelesen (vor allem Biografien) und daraufhin abgeklopft, ob es mir bei der Verarbeitung meiner Erlebnisse helfen kann. Fündig wurde ich bei Dorothea Buck und anderen Betroffenen, deren Erfahrungen mich weiter brachten. In den Naturwissenschaften stieß ich auf Chaosforschung und Spieltheorie, über die ich mir einen anderen Zugang zu einem nicht pathologisierenden Verständnis seelischer Abläufe verschaffte. Ich profitierte von der Hermeneutik, über die ich bei Gadamer gelesen habe und von der Stresstheorie des Neurobiologen Gerald Hüther. Adolf Portmann zeigte mir einen Platz für die Seele in einer entseelenden (das macht ihre Methode aus!) Naturwissenschaft. Albert Schweitzer stieß mich auf die Ehrfurcht vor dem Leben. Bei Erich Fromm verstand ich das Wesen der menschlichen Destruktivität und den Unterschied zwischen Optimismus und Zuversicht.

Die mir durch meine Krisen gestellten Aufgaben habe ich inzwischen gelöst, so dass weitere vorerst nicht mehr nötig sind. Die Welt ist auch ohne mich krisenhaft genug. (Vielleicht vermeidbare) Kriege werden die Menschen auch künftig beschäftigen - und hoffentlich früh genug „auf die Palmen“ bringen. Der Satz „Habe den Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen“, mit dem Kant ein neues Zeitalter einläutete, hat mich an einem Ort erreicht, den ich damals als von (fast) allen guten Geistern verlassen erlebt habe. Er stand am Beginn meiner Recovery-Reise, die inzwischen in ruhigeren Gewässern weitergeht. Fachleute, die dies lesen, sollen wissen, dass ich Recovery in den von ihnen verantworteten Institutionen nur subversiv leben konnte. Als jemand, der seinen Weg ohne die als unverzichtbar geltenden Psychopharmaka gehen wollte und gegangen ist, galt ich lange als Gefahr für andere Patienten, die durch mich nur auf „dumme Gedanken“ kämen. Mittlerweile ist klar, dass ich wirklich keine Psychopharmaka brauche. Als Mitglied der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) in Krefeld erfahre ich inzwischen auch als ehemaliger Patient Respekt für meinen eigensinnigen Weg abseits der Psychiatrie. Ich glaube an den Menschen, weil ich wieder an mich selbst glauben kann. Ob Menschen mir als Psychiater, Krankenschwester, Angehöriger, in der Betroffenen- oder einer gänzlich anderen Rolle begegnen, ist dabei nebensächlich. Fortsetzung dieses kleinen Ikarus-Flugkurses (meinetwegen subversiv) in unserem kleinen, selbstgeschaffenen Universum auf www.mut-zum-anderssein.de. Wem dabei „dumme Gedanken“ kommen, der kann den beigefügten Katalog als Wegweiser im Psychiatriealltag nutzen. Gänzlich neu dürfte er nicht sein. Es handelt sich um Gutes, das es nicht gibt, außer man tut es. •

Was sollte sich im Krankenhausalltag ändern?

Selbstverständlich, da gesetzlich vorgeschrieben, aber zur Erinnerung:

- Information über / strenge Beachtung von Patienten-/ Persönlichkeitsrechten
- Einsatz von Zwang/Gewalt nur defensiv
- Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen konkreter Behandlungsmaßnahmen
- Haftung/Hilfe bei nachgewiesenen Behandlungsschäden

Von der Selbsthilfe lernen:

- Information über Alternativen zur Dauermedikation
- Der Klient bestimmt/definiert, welche Hilfe er benötigt
- Aktivierung der Selbsthilfepotentiale / positive Selbsthilfemodelle bekannt machen.
- Deeskalationstraining
- Eigene Erfahrungen achten, eigene Verarbeitungsstrategien unterstützen, eigene Wege zulassen.
- Psychosoziale Lösungen für psychosoziale Probleme erarbeiten
- Biografie/Persönlichkeit mehr (be-)achten.
- Kompetente Hilfe beim überlegten Reduzieren/Absetzen von Psychopharmaka
- Förderung von Peer-to-peer-Projekten

Beratung in der Akutpsychiatrie auf der Grundlage eigener Betroffenheit

Von Vera Bierwirth und Antje Brunschön

> „Mitten im Winter habe ich erfahren, dass es in mir einen unbesiegbaren Sommer gibt"
> Albert Camus

Die Verfasserinnen dieses Artikels gehören zu einer Bielefelder Gruppe, die in der zuständigen psychiatrischen Klinik eine Sprechstunde für Patienten anbietet. Unsere Gruppe setzt sich zusammen aus vier Frauen und zwei Männern mit eigener Psychiatrieerfahrung. Grundlage ist die Methode des sogenannten Peer Counseling. Seit knapp einem halben Jahr stehen erste Erfahrungen zur Auswertung zur Verfügung. Unserer Meinung nach hat sich die Arbeit als sinnvolle Ergänzung zum klinischen Alltag herausgestellt.

Im Vorfeld hatten vier weibliche Mitglieder des Vereins Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld (VPE) in den Monaten April und Mai 2007 ein Seminar zur Einführung in das Peer Counseling besucht. Es handelte sich um eine Maßnahme für Frauen mit Behinderungen im Beruf mit dem Hintergrund Empowerment durch regionale Netzwerkbildung. Empowerment bedeutet „Ermächtigung", „Befähigung" oder „Bevollmächtigung". In der sozialen Arbeit wird der Begriff vor allem für die Ermutigung zu mehr Selbstverantwortung und Selbstbestimmung verwendet. Veranstalter des Seminars war proWerk – der Werkstattanbieter der von Bodelschwinghschen Anstalten Bethel.

Der Begriff Peer Counseling stammt aus der weltweiten Independent-Living-Bewegung behinderter Menschen, die für Selbsthilfe, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung eintreten. ´Peer´ bedeutet ´Gleiche´, ´Counseling´heißt ´beraten´. Die Beraterinnen und Berater sind also Menschen, die ähnliche Erfahrungen wie ihre Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner gemacht haben. Bei der Suche nach einem Weg, mit der Behinderung oder der chronischen Erkrankung umzugehen, bringen betroffene Beraterinnen und Berater ihre eigenen Erfahrungen ein: ihre Mühen und Ängste, aber auch ihr Selbstvertrauen und ihren Mut. Das Seminar beinhaltet die Grundlagen des Peer-Counseling-Ansatzes, verschiedene Methoden der Beratung und persönlichen Zukunftsplanung sowie die Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung oder chronischen Erkrankung.

Vom Seminar zum Projekt

Während des Seminars in der Mittagspause diskutierten wir die Frage, wie sich das Erlernte in die Praxis umsetzen ließe. Wir entwickelten die Idee, Gespräche für Patientinnen und Patienten in der Psychiatrischen Klinik anzubieten und uns dazu nach anderen, möglicherweise auch an einer solchen Arbeit interessierten und dafür geeigneten Psychiatrie-Erfahrenen umzusehen. Hintergrund war die Erfahrung, dass die Zeit der professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für Gespräche oft knapp bemessen ist. Menschen, die von ähnlichen oder gleichartigen Problemen betroffen sind, bringen eine ganz andere Beratungskompetenz untereinander mit als „nur angelernte" Beraterinnen und Berater. Das Ziel ist, den Klinikpatientinnen und -patienten eine Gelegenheit zu geben, mit Menschen zu sprechen, die selbst psychische Krisen und Psychiatrieaufenthalte erfahren, diese aber bereits mehr oder weniger verarbeitet haben. Gesagt – getan: Wir traten mit unserer Projektidee an die Klinikleitung und die therapeutische Leitung heran und bekamen ermutigende, positive Rückmeldungen. Das wiederum ermunterte uns, in die konkrete Planung zu gehen.

Von der Planung zur Umsetzung

Nachdem wir von der Klinikleitung „grünes Licht" bekommen hatten, konnten wir die Diplom-Psychologin Renate Schernus, die langjährige Erfahrung in der Arbeit im psychiatrischen Bereich hat, für die Supervision gewinnen. Auch hier trafen wir auf eine offene Tür und begannen mit der Entwicklung eines Flugblattes. Die Überschrift lautet: „Zeit für Gespräche – Beratung auf der Grundlage eigener Betroffenheit (Peer Counseling)". In dem Flugblatt stellen wir den Verein Psychiatrie Erfahrener (VPE) kurz vor. So weisen wir darauf hin, dass wir selbst psychische Krisen und Psychiatrieaufenthalte erlebt haben und deshalb manche Probleme und Gefühle rund um das Thema Psychiatrie besser und anders nachvollziehen können als Nichtbetroffene. Wir betonen, dass der Austausch mit gleichfalls Betroffenen hilfreich sein kann. Unser Anliegen ist es, anderen die Situation in der Psychiatrie zu erleichtern. Dafür stellen wir Zeit und unsere Erfahrungen zur Verfügung. Wir möchten Hoffnung und Mut machen. Darüber hinaus können wir Kontakte für weitergehende Hilfen und Unterstützung vermitteln. Einschränkend weisen wir im Flugblatt darauf hin, dass wir nicht alle Probleme lösen sowie Psychotherapie oder sonstige Behandlung ersetzen können. Auch können wir nicht in Konflikte des Patienten/der Patientin mit der Station eingreifen, aber wir können beraten. Des Weiteren können wir keine Beschwerden bearbeiten und verweisen hier auf die Beschwerdestelle Psychiatrie. Außerdem finden sich auf dem

Vera Bierwirth
Dipl.-Sozial-Pädagogin, Diätassistentin, Ernährungsberaterin/DGE, tätig in der Selbsthilfe.
Wichernstraße 26
33609 Bielefeld

Kontaktadresse:
vpe-bielefeld@arcor.de.
www.vpe-bielefeld.de.

Flugblatt natürlich die Termine für unser Angebot. Wir führen die Beratung am 1.und 3. Montag im Monat in der Zeit von 16 bis 18 Uhr in einem kleinen Konferenzraum gleich neben dem Haupteingang der Klinik durch. Mit diesen Inhalten gaben wir den Druck von Flugblättern und Plakaten in Auftrag. Parallel dazu stellten wir einen Antrag auf Fördermittel bei der Aktion Mensch – „Die Gesellschafter“. Dieser Antrag wurde im März bewilligt und ermöglicht uns, Aufwandentschädigungen und Supervision für ein Jahr zu bezahlen.

Die ersten Erfahrungen mit der Projekt-Arbeit

Zunächst ging es darum, das Angebot in der Klinik bekannt zu machen. Hierzu verteilten wir Flugblätter und Plakate auf den Stationen und suchten das persönliche Gespräch. Auch nahmen wir an einer Abteilungsleiterkonferenz teil, um uns persönlich vorzustellen. Dort haben wir vereinbart, dass in den sogenannten Morgenrunden unser Gesprächsangebot jeweils zeitnah zu den Terminen angekündigt wird. Im Dezember 2007 haben wir dann das Peer Counseling-Projekt gestartet. Wir waren zunächst zehn Projektteilnehmerinnen und –teilnehmer. Zwei sind inzwischen wegen längerer Erkrankungen ausgefallen, zwei sind aus beruflichen Gründen abgesprungen. Eine weitere Frau wird demnächst einsteigen. Zu den Beratungsterminen kamen bislang zwischen einer und vier Personen. Auch Patientinnen und Patienten, die bereits aus der Klinik entlassen sind, können kommen.

Wir haben vereinbart, alle Gespräche zu zweit zu führen. Dies hat sich als sehr sinnvoll erwiesen: man kann sich bei der Gesprächsführung ergänzen und hinterher das Gesagte gemeinsam reflektieren. Es hat sich gezeigt, dass die Patientinnen und Patienten in der Regel ohne große Umschweife direkt auf ihr Anliegen zu sprechen kommen. Die Themen, die angesprochen werden, sind vielschichtig und reichen von massiven sozialen Problemen, „Verlassen-Sein“, Elektrokrampftherapie, sexuellem Missbrauch bis hin zu Suizidgedanken. Von außen ist an uns die Frage herangetragen worden, ob wir bei Themen wie sexuellem Missbrauch oder Suizidgedanken Rückmeldung an die Stationen geben. Hierzu möchten wir betonen, dass wir uns als unabhängige Beratung der Selbsthilfebewegung verstehen und nicht als verlängerten Arm der Klinik. Allenfalls weisen wir die Patienten darauf hin, dass sie sich in diesen Fällen an die Mitarbeiter der Stationen wenden können. Während der Gespräche verspürten wir teilweise Impulse wie z.B. Geld zu geben oder die private Telefonnummer zu nennen. Wir haben aber diesen Helfer-Impulsen zugunsten von Verweisen auf andere Hilfsmöglichkeiten widerstanden. Befürchtungen, dem Umgang mit schwierigen Gesprächspartnern nicht gewachsen zu sein, haben sich bislang nicht bestätigt.

Supervision

Einmal im Monat haben wir in der Supervision dann die Möglichkeit zu klären, was wichtig oder fragwürdig war, was gut oder schlecht gelaufen ist, was die Gefühlsebene betrifft oder Informationen voraussetzt. Zu Beginn der Supervisionssitzungen war das Erwachen von eigenen Klinikerlebnissen ein besonders wichtiges Thema. Ferner kamen während der ersten Sitzungen Fragen von Gruppenteilnehmerinnen und –teilnehmern wie: habe ich aus Selbstschutz dazu beigetragen, dass das Gespräch an der Oberfläche blieb? Und wir haben festgestellt, dass auch sachliche Informationen z.B. über Dienste und Kliniken in Bielefeld wichtig sind. Allgemein in Bezug auf das Helfen in der Beratungsarbeit haben wir herausgefunden, dass es nicht darum geht, durch spontane Reaktionen sofort irgendwelche Notsituationen konkret zu lindern, sondern - außer dem verständnisvollen Zuhören - die Menschen darin zu bestärken und zu beraten, sich Hilfe zu organisieren. Ein weiteres wichtiges Thema während der Supervision war auch unsere eigene Motivation: Warum mache ich überhaupt die Beratung? Wir stimmten darin überein, dass es uns darum geht, die Psychiatrie in einer anderen

So jedenfalls nicht!!!

Rolle, also nicht als Patient, zu betreten. Ein weiterer Aspekt ist der Wunsch, die leidvolle eigene Erfahrung umzuwandeln in etwas Sinn Stiftendes. Auch geht es darum, Hoffnung zu machen: auch wenn es sich unerträglich anfühlt - es bleibt nicht so, wie es gerade ist. Noch ein Gesichtspunkt ist das Interesse an Gesprächen und an den Geschichten, Erfahrungen und Themen anderer Menschen.

Resümee

Es stellte sich heraus, dass das Angebot im Laufe der Zeit vermehrt von Patienten angenommen wird und sie auf uns zukommen. Auch haben wir beobachtet, dass das Erfahrungswissen der Beraterinnen und Berater von den Patienten abgefragt und geschätzt wird. Außerdem können wir ab und zu konkrete lebenspraktische Hinweise geben. So informierten wir z.B. in einem Fall über die psychiatrische Hauskrankenpflege. Unsererseits hat im Laufe der Zeit die beklommene Stimmung beim Betreten der Klinik abgenommen. Die Klinik ist für uns nahezu zu einem normalen Ort geworden. Die Supervision rückt die zum Teil aufwühlenden Erlebnisse ins rechte Licht. Hierdurch wird fachliches und persönliches Wachstum ermöglicht: Eine – wie wir meinen – für alle Beteiligten bereichernde Erfahrung und eine echte Ergänzung zum professionellen Angebot. •

Antje Brunschön
Kauffrau in der Grundstücks- und Wohnungswirtschaft, tätig als Integrationshelferin und freie Journalistin.
Jöllenbecker Straße 106a, 33613 Bielefeld

Kontaktadresse:
vpe-bielefeld@arcor.de.
www.vpe-bielefeld.de.

Behandlungszentrum Bremen-Nord

Von der institutionszentrierten zur personenzentrierten und integrierten Organisation der psychiatrischen Arbeit

Von Martin Bührig und Wolfgang Faulbaum-Decke

Das Psychiatrische Behandlungszentrum Bremen-Nord leistet seit Anfang 2004 die psychiatrische Pflichtversorgung im Bremer Norden. Neben der im Klinikum Bremen-Nord eingerichteten Station mit 18 vollstationären Betten weist es darüber hinaus eine Außenstation mit 16 vollstationären Betten auf sowie eine Tagesklinik mit 28 Plätzen (davon 16 akut-tagesklinisch) sowie eine Institutsambulanz des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Zur Verwirklichung des Grundsatzes, personenbezogene Hilfen vor Ort zu leisten, war ein zweifacher Strukturwandel nötig:

- einmal von der institutionszentrierten zur personenzentrierten Organisation der psychiatrischen Arbeit und
- zum anderen eine Schwerpunktverlagerung aus dem vollstationären in den tagesstationären und ambulanten Bereich mit flexiblen Übergängen.

In diesem Sinne kam es zu einer Flexibilisierung der Angebote, d. h. voll- und teilstationäre Angebote wurden in Leistungen aus der Institutsambulanz (einschl. Krisenintervention und Beratungsaufgaben) des Sozialpsychiatrischen Dienstes integriert. Bestimmend dabei war eine möglichst hohe Durchlässigkeit zwischen diesen Angeboten sowie die enge Vernetzung mit den übrigen Diensten und Einrichtungen der Region. Dazu gehörte und gehört die stadtteilbezogene Regionalkonferenz, der regelmäßige Kontakt mit den niedergelassenen Ärzten/-innen, mit den anderen komplementären Diensten in den Bereichen Selbstversorgung (Wohnbereich, Arbeit, Tagesgestaltung und Förderung, Teilhabe am öffentlichen Leben) mit der Zielsetzung, einen Gemeindepsychiatrischen Verbund zu entwickeln. Erfolg versprechende Ansätze, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen nach trialogischen Prinzipien (regelmäßiger Austausch zwischen Patient, Angehörigem und Behandler) in die Planung einzubeziehen gibt es bereits, wenngleich es nicht immer einfach ist, zwischen den Interessen der am Trialog Beteiligten zu vermitteln.

Durch die Konzeptionierung und Durchführung der vorgehaltenen psychiatrischen Organisationsformen lassen sich nach nunmehr fünfjähriger Erfahrung wesentliche Vorteile verwirklichen:

1.) Durch die persönliche Kontinuität zwischen den unterschiedlichen Behandlungseinheiten (Tagesklinik, Akut-Tagesklinik, stationäres Angebot) werden Beziehungsabbrüche und Informationsverluste vermieden.

2.) Therapieangebote können flexibler und individueller bereitgestellt werden.

3.) Durch die Wohnortnähe und das niedrigschwellige Angebot ist der Zugang zur Therapie bei Verschlimmerung oder im Verlauf bei Wiedererkrankung leichter gemacht, was mittelfristig positive Auswirkungen auf den gesamten Krankheitsverlauf haben dürfte.

Zur personenzentrierten Arbeit gehört es, dass inhaltlich ambulante Hilfen vorrangig vor teilstationärer und diese wiederum vorrangig vor vollstationärer Behandlung angesehen werden. Dabei wird versucht, die Arbeit so zu organisieren, dass jedem Patienten für die gesamte Dauer einer Behandlungsepisode eine therapeutische Bezugsperson zugeordnet wird. Unabhängig vom aktuellen (ambulanten, teilstationären oder vollstationären) Behandlungsstatus des Patienten bleibt diese Person der Hauptansprechpartner und koordiniert die vereinbarten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Diese Konstanz ist einerseits maßgeblich verantwortlich für unsere milieutherapeutische Ausrichtung, zum anderen macht sie es auch möglich, relativ schnell und unkompliziert Verlegungen innerhalb des einzelnen Settings ohne die Berücksichtigung institutionaler Verzögerungsprozesse (Wartezeiten etc.) zu vollziehen. Hierbei wird noch einmal darauf hingewiesen, dass die durch die einzelnen o. g. Behandlungssettings begleitende therapeutische Bezugsperson ein Kerngedanke unserer psychiatrischen Arbeit ist.

Durch die Einrichtung der Akut-Tagesklinik sparen wir 16 stationäre Behandlungsplätze. Die Akut-Tagesklinik erhält ein tagesklinisches Programm für sieben Tage in der Woche vor. Sie ist werktags bis 20:30 Uhr geöffnet und an den Wochenenden von 11 bis 15 Uhr.

Es besteht außerdem die Möglichkeit, dass die Patienten/-innen auch von ihren therapeutischen Begleitern zu Hause besucht werden, wenn dieses nötig sein sollte. Erwähnenswert scheint hier, dass es keine räumliche Trennung zwischen stationärem und teilstationärem Behandlungsangebot gibt.

Ein Vertrag zur Integrierten Versorgung mit der Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste GmbH GaPsy ist ab Ende 2008 vorgesehen. Hierbei wird gemeinsam, in einem Netzwerk mit niedergelassenen Nervenärzten ein außerstationäreres Krisenhaus betrieben. Das Krisenhaus hält acht Plätze vor, wo Patienten auch abends entsprechende therapeutische Angebote wahrnehmen können. Hier geht es vor allen Dingen um die Flexibilisierung

Dr. Martin Bührig
Chefarzt des Psychiatrischen Behandlungszentrums Bremen Nord
Martin.Buehrig@Klinikum-Bremen-Nord.de

Wolfgang Faulbaum-Decke
Geschäftsführer der Gapsy (Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste) in Bremen.

von "Übergangsphänomenen", die es möglich machen, dass Patienten früher aus der Klinik entlassen werden können, wenn sie kein entsprechendes psychosoziales Unterstützungsangebot aus eigenem privaten Bereich haben. Dabei steht die Klinik im "Ernstfall" auch des nachts immer wieder zur Verfügung und auch an den Wochenenden und tagsüber ist einmal eine aus der Klinik bereitgestellte Visite gewährleistet – dies in Kooperation mit niedergelassenen Nervenärzten. Die Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste GmbH stellt weiterhin alle notwendigen ambulanten Unterstützungsleistungen, wie häusliche Krankenpflege für psychisch erkrankte Menschen und Soziotherapie zur Verfügung, und übernimmt die Führung des Krisenhauses und die Steuerung des gesamten ambulanten Behandlungsnetzwerkes.

Mit der GaPsy und ausgewählten Bremer Krankenkassen sind weitere Kooperationsprojekte in der engeren Planung. Hier geht es einmal um die konzeptionelle und praktische Erstellung eines Hometreatmentteams sowie für die weitere Zukunft gemeinsame Organisation und Durchführung eines regionalen Krisendienstes. •

Visionen für die Zukunft der psychiatrischen Krankenhäuser in Deutschland

Impulse aus England. Ein Aufruf

Von Christiane Haerlin

Die Zukunft der psychiatrischen Krankenhäuser entscheidet sich – man schaue nach Skandinavien und England – vielleicht auch in Deutschland am Ausbau der ambulanten und tagesklinischen Möglichkeiten. Wichtig ist mir dabei die Zukunft der Patienten und ihrer Behandlung: „Need adapted Treatment", um es nicht ganz so umständlich wie in Deutsch auszudrücken, ist das Stichwort: Das, was der Patient in den verschiedenen Phasen seiner Krisen und Krankheit „wirklich" braucht.

Dieser Beitrag soll zeigen, welche Richtung in England durch Reformen im Jahr 2000 angestossen worden ist. Auch wir in Deutschland brauchen Reformen, die allerdings in unseren Köpfen beginnen – dort wo sich inzwischen wegen der vielen Umstände und gesetzlichen Bestimmungen in Krankenhäusern nicht selten ein Stöhnen breit gemacht hat und leider auch ein „vorauseilender Gehorsam", der das Denken in die richtige Richtung blockiert: „das geht hier nicht" ist der Satz dazu. Es geht ganz einfach darum, dass der Patient Anspruch hat und dies auch am sinnvollsten für alle Beteiligten ist, von einem konsistenten Team zu jeder Zeit und Phase flexibel behandelt zu werden, je nach Bedarf ambulant, tagesklinisch oder stationär. Vor allem aber geht es um sofortige Hilfe bei Ersterkrankungen, ansonsten werden wir die nächste Generation der chronischen Patienten mit verantworten.

„Die Frühintervention sollte innerhalb von 24 Stunden oder am ersten Werktag nach dem ersten Kontakt mit der Klinik stattfinden. Diese unmittelbare Reaktion soll nach Möglichkeit eine Hospitalisierung vermeiden und Erkrankungsrisiken vermindern. Der erste Kontakt sollte in der Wohnung des Patienten stattfinden, wenn er damit einverstanden ist, sonst an einem von ihm vorgeschlagenen Ort."
Das berichtet Nils Greve, Leiter des komplexen und genau in diese Richtung arbeitenden Psychosozialen Trägervereins in Solingen über skandinavische Erkenntnisse und Erfahrungen (1).

Die heutige deutsche Entwicklung

Seit der frühen Psychiatrie-Reform in Deutschland bestimmt die Anzahl der Krankenhaus-Betten die Quantität und Qualität der psychiatrischen Versorgung. Alle Reformer, die das Großkrankenhaus auflösen oder auf das vernünftige Minimum reduzieren und statt dessen teilstationäre und ambulante Alternativen schaffen wollten, stießen irgendwann an die Schallmauer der Bettenzahl und damit des Personals, das mindestens vorhanden sein muss, um das Überleben des Krankenhauses zu gewährleisten. Personalrat und Träger rufen immer noch laut, wenn dieser Tatbestand droht.

Die Alternative zu längeren Aufenthalten hierzulande, aber auch in anderen europäischen Regionen, ist inzwischen der immer raschere Durchmarsch der Patienten durch die Betten. Das rechnet sich für alle, außer für den Patienten, für den dieses Tempo Gift ist und der „halbgeflickt" nach Hause entlassen werden muss. Mit meinem Bericht aus England will ich die

Christiane Haerlin
Ergotherapeutin und ehemalige Leiterin des Beruflichen Trainingszentrums Köln

scheinbar absurde Entwicklung in Deutschland auf die Spitze treiben und vielleicht sogar in Richtung der Bedürfnisse der Patienten lenken: Dann sorgen wir doch dafür, dass der Patient erst gar nicht in die Klinik kommt!

„Ja“ wird dem entgegengehalten, „das versuchen wir durch unsere niedergelassenen Nervenärzte und Ambulanzen. Aber alles hat seine Grenzen!“ In Deutschland sind Institutsambulanzen, bis auf wenige Modelle, bisher noch nie so ausgestattet worden, dass sie Krisenintervention, Akutversorgung und ein vernünftiges Maß an Vor- und Nachsorge leisten können. Dass niedergelassene Ärzte noch engere Grenzen hierfür haben, liegt auf der Hand. Bis heute fehlt ein Team von Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeitern und Ergotherapeuten, ganz zu schweigen von Psychologen.

Ich höre schon die durchaus plausiblen Argumente, das deutsche Gesundheitssystem sei eben mit dem skandinavischen und englischen nicht zu vergleichen. Ein Regionalbudget habe keine Chancen. Die Zeiten der Umsetzung des Persönlichen Budgets in diesem Bereich seien noch nicht gekommen. Es ist aber unerträglich, dass gut versorgte Länder nördlich von uns ein tragfähiges System praktizieren und wir davon nicht lernen können!

Neue Visionen

Als ich im Sommer 2007 in einer psychiatrischen Abteilung eines allgemeinen Krankenhauses in der englischen Kreisstadt King‘s Lynn in Norfolk mit der Vertreterin der Patienten („patient‘s council representative“) und der Pflegeleitung zusammen sass, da wurde mir schlagartig klar: Hinter den dortigen Reformen der letzten Jahre, der Bettenreduzierung, den neuen teilstationären Plätzen und dem Aufbau der ambulanten Teams steckt eine intelligente, evidenzgeleitete Strategie. Diese wird nicht nur von den Professionellen, sondern auch aktiv von Patientenvertretern und Angehörigen qualifiziert, justiert und fortgeschrieben. Die psychiatrieerfahrene Dame, die mich empfing, hatte am selben Tag noch einigen Beschwerden nachzugehen und sich beobachtend und beratend im Krankenhaus aufzuhalten sowie an Teamsitzungen teilzunehmen. Sie war bestens über das gesamte System informiert und einfach glaubwürdig (3).

In Deutschland scheint es so als segelten die Reformen immer noch hart am Wind. Dieser Aufruf scheint deshalb vielleicht unverständlich, denn es gibt ja den personenzentrierten Ansatz, die Hilfeplankonferenz, den gemeindepsychiatrischen Verbund, den Trialog und die Begeisterung für die Konzepte von Empowerment und Recovery. Was will man mehr?

Das ist aber nur das schön bestickte äußere Gewand, mit dem wir uns alle schmücken können und das den bereits chronisch gewordenen Patienten das Leben verbessert. Sehen wir näher hin: Die Angehörigen und Nutzer werden von den Professionellen freundlich an den Tisch gebeten, aber an Rehabilitationskonferenzen oder Hilfeplanungen wollten und sollten sie oft gar nicht teilnehmen: Es sei zeitraubend und anstrengend für die Beteiligten. Um strukturelle Kritik innerhalb des Krankenhauses, z.B. in Richtung ambulante häusliche Krisenintervention zu lenken, dafür haben sie keinen Einblick und auch keine Funktion, die dies ermöglichen würde. Ist das Empowerment?

Die Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen sollten mit neuer Kraft aufstehen und verlangen, dass jeder Patient, vor allem der ersterkrankte, in Krisen erste Hilfe bekommt, und zwar umgehend, zu Hause und gemeinsam mit den Angehörigen oder Bezugspersonen. Ansonsten steigen die Zahlen der Langzeiterkrankten unter unser aller Augen, wie das bereits in den letzten Jahren geschehen ist. Warum ist das so?

Warum fördert das deutsche System die nächste Generation der chronisch Kranken?

Weil die privaten häuslichen, betrieblichen und nachbarschaftlichen Netze durch Klinikaufenthalte unterbrochen, von Professionellen vor Ort nicht gesehen, geschätzt und aufgegriffen werden. Angehörige werden trotz trialogischer Bestrebungen nicht genügend mit ihren Ressourcen in die Behandlung einbezogen. Wenn dann stationäre Behandlung nötig ist, wird vor der Entlassung kein Rehabilitationsplan zur Integration in Arbeit gemacht, der tragfähig ist und für den sich jemand kontinuierlich verantwortlich fühlt. „Die Rehabilitation, also auch die Planung und Weichenstellung beginnt am ersten Tag der Behandlung“. Das war die Devise von Douglas Bennett und das ist heute aktueller denn je.

Der Hilfeplan ist oft noch nicht auf Arbeit und Integration, sondern vorerst auf Wohnen und Sicherung des Existenzminimums ausgerichtet. Viele Patienten fallen nach der Entlassung, was Arbeit angeht, in ein sinnloses „Loch“, müssen so auf ihren nächsten Rückfall warten, um irgendwann einmal den Weg zu einer beruflichen Rehabilitation oder Tätigkeit zu finden, die ihnen wirklich entspricht.

Wie das deutsche Bildungswesen wieder ganz am Anfang, bei den Kleinkindern, mit Reformen beginnen muss, so muss das psychiatrische Krankenhauswesen sich auch ganz am Anfang bei der ersten Krise strukturell reformieren. Die besten Personalressourcen werden nicht in die umgehende ambulante Krisen- und Akutbehandlung gelenkt, sondern in die zu kurze Krankenhausbehandlung. Dort wird vieles beklagt, jedoch wenig umgestellt auf Assessment, Planung, Beratung des Patienten, statt Therapie, die früher einmal für längere Aufenthalte sinnvoll war. Danach wird der Patient in ein anderes System geschoben, oft ohne Übergabe durch Bezugspersonen oder eine aussagekräftige Dokumentation. Allen Erkenntnissen zum Trotz besteht keine Kontinuität der Behandlung quer zu stationären, teilstationären und ambulanten Phasen.

Das ist nicht die Schuld Einzelner, das ist dem System geschuldet, das in Deutschland trennt in Krankenhausbehandlung, medizinische Rehabilitation, berufliche Rehabilitation und soziale Betreu-

Die Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen sollten mit neuer Kraft aufstehen und verlangen, dass jeder Patient, vor allem der ersterkrankte, in Krisen erste Hilfe bekommt, und zwar umgehend, zu Hause und gemeinsam mit den Angehörigen oder Bezugspersonen.

ung. Es ist aber die Verantwortung der Professionellen, gegen dieses System anzudenken und sich zu erlauben das zu denken, was für den Patienten wirklich notwendig ist. Wenn man ärztlichen Leitern von deutschen psychiatrischen Krankenhäusern tiefer in die Augen schaut, geben sie zu, dass unser System inzwischen flexibler ist als die Praxis dies überwiegend demonstriert und dass mit gutem Willen mehr bewerkstelligt werden kann als viele denken. Man findet sogar einige Orte, wo dies wirklich geschieht: Das gesamte Team ist darauf ausgerichtet in allen drei Formen – stationär, tagesklinisch und ambulant - flexibel tätig zu werden. Warum so zaghaft und nur an besonderen Orten? Warum wird nicht ein Sturm der Entrüstung und Begeisterung gemeinsam mit den Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen entfacht?

Können wir von England lernen, was Wirklichkeit werden kann?

Der englische Sozialpsychiater Douglas Bennett, dem wir in Deutschland viel zu verdanken haben, flexibilisierte seine Abteilung am Maudsley Hospital bereits in den sechziger Jahren. Aber auch in England waren in den letzten Jahren kräftige Reformen notwendig. Die alte englische „community care“ drohte zu erstarren in hunderten von day hospitals und day centres, in den sich nichts mehr bewegte und die nur noch teuer waren.

Neue Inspiration kam zunächst von Madison, USA und wirkte auf ambulante Teamansätze in Australien, wo John Hoult, der später nach England übersiedelte, in Sydney so viel Akutbehandlung wie möglich auf ambulantem Wege bewältigte. Bekannt wurden sodann die „early intervention teams“ von McGorry in Melbourne.

Neue Kraft holten sich der bekannte englische Sozialpsychiater Graham Thornicroft und der Bennett-Schüler und Psychologe Geoff Shepherd. Sie stießen einen Prozess an, der in England Ende der neunziger Jahre zum „National Framework for Adult Mental Health“ führte (6). Herzstück dieser Rahmenvorgaben des National Mental Health, die inzwischen englandweit umgesetzt werden, sind verschiedenartige Teams, die der ganzen Bandbreite der psychisch Kranken in einer Region gerecht werden. Sie arbeiten sowohl zielgruppen- als auch phasenspezifisch.

Die Stärke der Engländer ist, solche Entwicklungen mit einem Set von praxisorientierten Grundsätzen zu versehen, „Operational Policy“ genannt (3). Neben den Zielen, Zugangsvoraussetzungen, notwendigen Interventionen von Assessment bis After Care, liegt die Stärke dieses Ansatzes in der Einbeziehung der Psychiatrieerfahrenen und ihrer Angehörigen mit konkreten Rechten und Pflichten. Das gibt allen Beteiligten einen handlungssicheren Rahmen, der gleichzeitig Qualitätsstandards vorgibt für die Durchführung, Fortbildung und Supervision des Personals.

Wie sieht die englische Praxis aus?

In King‘s Lynn mit ca. 160 000 Einwohnern im Einzugsgebiet werden stationär, teilstationär oder ambulant ca. 150 Patienten pro Woche behandelt. Über 250 Patienten werden in diesem System längerfristig betreut. In den letzten fünf Jahren wurden strukturelle Veränderungen notwendig, da das System zu unflexibel und zu teuer wurde: die Bettenzahl wurde vor 5 Jahren halbiert auf nun 24 Betten für erwachsene psychisch Kranke, davon 2 für Suchterkrankte. Kinder und Alte werden gesondert versorgt. Allen Beteiligten ist damit klar, dass ambulante Hilfe einen absoluten Vorrang hat.

Dafür wurden die zu wenigen und zu starren „Tagesklinikplätze“ in flexible 20 – 30 Tagesaktivitätsplätze umgewandelt. Hier wird das Training von Alltagsfertigkeiten, Vorbereitung und Vermittlung in Arbeit bis hin zu tagesstrukturierenden therapeutischen Aktivitäten für Akut- und Langzeitpatienten unter anderem von Ergotherapeuten angeboten. Die Patienten können nach Bedarf und individuellen Plänen Angebote wahrnehmen und sind nicht darauf angewiesen in ein bestimmtes Tagesklinikmodell passen zu müssen.

Die wichtigste Reform war der Aufbau von multiprofessionellen speziellen Teams, die hier näher beschrieben werden sollen. Ca. 85 Mitarbeiter sind für alle Patienten in verschiedenen Teams zuständig und werden je nach Bedarf morgens bei obligatorischen Besprechungen eingeteilt - wenn notwendig dort, wo der Engpass am grössten ist. Ansonsten bleibt das Personal grundsätzlich den drei Behandlungsformen stationär, teilstationär und ambulant zugeordnet. Dass dies nicht über Nacht die sofortige Begeisterung aller Mitarbeiter brachte, sondern hartes und geduldiges Training, „Management of Change“ und Supervision benötigte, liegt auf der Hand. Heute sehen die Mitarbeiter bereits die Vorteile – sie schätzen es, in Prävention, Akutbehandlung und rehabilitativer Tätigkeit abwechselnd tätig zu sein (3).

Die Stärke des englischen Ansatzes liegt in der Einbeziehung der Psychiatrieerfahrenen und ihrer Angehörigen mit konkreten Rechten und Pflichten. Das gibt allen Beteiligten einen handlungssicheren Rahmen, der gleichzeitig Qualitätsstandards vorgibt für die Durchführung, Fortbildung und Supervision des Personals.

Die neuen Strukturen der englischen Reform

Meine Informationen über das englische System stammen von den Mitarbeitern in King‘s Lynn, von Martin Zinkler, einem deutschen Psychiater, seit acht Jahren Chefarzt des in Nordlondon gelegenen Newham Centre for Mental Health (4,5) und Geoff Shepherd (6) der viele Jahre als Mental Health Advicer z.B. das System in Kings Lynn im Aufbau begleitet hat und jetzt im Sainsbury Centre for Mental Health in London tätig ist (8).

Die Basisteams

Das gemeindepsychiatrische Team (Community Mental Health Team, CMHT) ist der Dreh- und Angelpunkt der gemeindepsychiatrischen Versorgung und wurde in den achtziger Jahren strukturell vorgegeben und implementiert. Die Spezialteams sind Teil der neuen Reformen und machen das geforderte flexible „need adapted treatment“ möglich.

Ein CMHT versorgt eine Region von ca. 60 – 90 000 Einwohnern. Zum Team gehören 1 – 2 Fachärzte, 1 Ergotherapeut, 1 Psychologe, 5 – 6 Sozialarbeiter

Der sogenannte Care Coordinator ist für das Mangement von Teams, Dokumentation und Evaluation zuständig und ist außerdem für die regelmäßige Betreuung von 20-30 Patienten verantwortlich..

und 6 - 8 psychiatrische Pflegekräfte. Aus den beiden letzten Gruppen wird der Care Coordinator (CC) benannt. Der Case Manager im deutschen Sprachgebrauch ist nicht das selbe; er hat nur für den Einzelfall, aber nicht für Teams und Strukturen Management-Funktionen. Der CC hat demgegenüber durch Zusatzausbildungen (der Sozialarbeiter und des Pflegepersonals) seine Kompetenzen erworben und ist für das Management des Teams, Dokumentation und Evaluation zuständig.

Der Care Coordinator betreut ca. 20 – 30 Patienten, die er regelmässig sieht, wo immer sie sich aufhalten. Er organisiert den Behandlungsverlauf und ist zuständig für eine zweimal jährliche Behandlungskonferenz, an der der Patient, Angehörige und professionelle Helfer teilnehmen. Am Ende erhält der Patient seinen Behandlungsplan, für dessen Umsetzung (von sechs Monaten bis fünf Jahren) der CC verantwortlich ist.

Während es die Basisteams bereits seit den achtziger Jahren flächendeckend im ganzen Land gibt, hat das britische Gesundheitsministerium die Spezialteams 2000 zur Implementierung verabschiedet im Rahmen des entsprechenden National Health System Plan(6).
Die finanzielle Voraussetzung für dieses Teamsystem bilden regionale Psychiatriebudgets, die aus Sozial- und Gesundheitsbudget gespeist sind. Während dieses Prozesses sind in den letzten Jahren die Betten weiter reduziert worden.

Die Spezialteams

- Das ambulante Behandlungsteam (Home treatment and crisis resolution Team, HHT)

Der Schwerpunkt dieses Teams ist eine Krankenhauseinweisung zu verhindern. Zwei bis sechs Wochen lang, an sieben Tagen der Woche, werden Patient, Familie oder andere Bezugspersonen unterstützt, wenn nötig durch mehrmals tägliche Hausbesuche. Die ambulante psychiatrische Krankenschwester (Community Psychiatric Nurse) spielt dabei eine wichtige Rolle (7).

- Das aufsuchende Team (Assertive Outreach Team, AOT)

Der Schwerpunkt ist die medikamentöse Behandlung sicher zu stellen und zu verhindern, dass der Patient den Kontakt zum Hilfesystem verliert. Dabei sind die Patienten mit Doppeldiagnosen (dual diagnosis) häufig eine besonders Herausforderung.

- Das Frühinterventionsteam (Early Intervention Team, EIT)

Hier liegt der Schwerpunkt in der intensiven Behandlung von Patienten, die erstmals an einer Psychose erkrankt sind. Die CPN hat besondere Kenntnisse in kognitiver Verhaltenstherapie, Psychoedukation, Familientherapie und Arbeitsrehabilitation und wird von Ergotherapeuten und Psychologen unterstützt.

Weitere Spezialteams

Es gibt noch weitere Spezialteams z.B. für Patienten mit Doppeldiagnosen, forensisch-psychiatrische Pflege, Schutz gegen Kindesmissbrauch, Suchtkranke und alte Menschen. Ein wichtiges Ziel ist die psychiatrische Versorgung enger mit der Primärversorgung zu verzahnen. Hierbei vernetzen die Teams sich mit den überweisenden Hausärzten, die „Community Psychiatric Nurses (CPN)“ zugeteilt bekommen. Diese arbeiten auch an Notfallambulanzen von Allgemeinkrankenhäusern, die zu verbessern sind. Da in England das System der niedergelassenen Fachärzte kaum existiert, sind die Hausärzte für die psychiatrische Versorgung in England entsprechend wichtig.

Ein abschließender Aufruf

Die Beschreibung macht deutlich, dass hier ein fein abgestimmtes System arbeitet, das sicherlich in manchen Regionen Englands besser funktioniert als in anderen und seine Zeit brauchte, um implementiert zu werden. Grundsätzlich haben die Engländer durch den Nationalen Gesundheitsdienst einen Vorteil in Situationen, wo Reformen flächendeckend greifen sollen. Das deutsche System hat es hier zugegebenermaßen wesentlich schwerer.

Ein Drei – Punkte – Plan

Dennoch kann ein Drei-Punkte-Plan aus Visionen Wirklichkeit machen, wenn er sich mit Herz und einiger gewollten Naivität über unser allzu komplexes, oft verwirrendes, oft zu starres System hinwegsetzt. Mit intelligenten Strategien können Lösungen gefunden werden, die, von Skandinavien und England inspiriert, spürbare Veränderungen im deutschen System bewirken können.

Wer ist aufgerufen?

Angesprochen werden sollen vor allem jene leitenden Funktionsträger, die heute über die meisten Mittel verfügen und gleichzeitig Sachverstand und Erfahrung mit psychisch Kranken haben. Sie sind die Weichensteller in den psychiatrischen Krankenhäusern, vor allem für jene Ersterkrankten, die vor Chronizität zu schützen sind. In den Kommunen gibt es bei etablierten Trägern der psychosozialen Versorgung weitere Weichensteller. Sie können für Langzeiterkrankte in erneuten Krisen viel tun und werden sich mit den bescheideneren Mitteln sicherlich hinter flexiblere Krankenhaussysteme mit ambulanten Teams stellen. Angesprochen werden in verstärktem Masse auch die Vertreter der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen, die, wenn gut informiert, mit ihrer ganz eigenen Autorität zu Weichenstellern werden können. Sie müssen sich davor hüten von noch so freundlichen Professionellen für deren Sichtweise vereinnahmt zu werden.

Was kann getan werden?

1. Die oben Aufgerufenen werden an einen Runden Tisch („Ambulante Behandlung von Ersterkrankten“) zusammengerufen und haben zwei Aufgaben: Sich gründlich in den angesprochenen Ländern und bei den wenigen deutschen Modellen zu informieren. Die zweite Aufgabe ist, einen 5 Jahresplan zu formulieren, dessen Ziel die möglichst umgehende, frühe Erstversorgung psychisch Kranker ist, nach dem Prinzip des skandinavischen „need adapted treatment“ und der englischen Spezialteams.

2. Die verschiedenen Akteure am Runden Tisch, die nun auch durch die bereits in der Region gewachsenen Strukturen angereichert werden, benennen die Hindernisse und formulieren erfolgreiche Strategien zur Zielerreichung. Dabei ist besonders zu prüfen, ob die Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen angemessene Aufgaben erhalten. Sie vor allem sorgen für die Glaubwürdigkeit des angestossenen Prozesses. Es gilt diesen Prozess, inspiriert von bestehenden Formen in den genannten Ländern, auf deutsche Strukturen umzumünzen.

3. Ein Link dieses Runden Tisches wird zu jenen rehabilitativen Strukturen - oftmals „Runden Tischen Arbeit" - hergestellt, die schon bestehen und in einer Region dafür sorgen, dass psychisch Kranke in Beruf und Arbeit integriert werden. Dies ist notwendig, da die Erfahrung lehrt, dass die frühe Erstversorgung dann besonders wirkungsvoll sein kann, wenn rasch an vorherige Strukturen wie Schule, Ausbildung, Beruf wieder angeknüpft werden kann, bei allen notwendigen krankheitsbedingten Veränderungen. Der grösste Feind für oben genanntes Ziel und beste Helfershelfer für einen chronischen Krankheitsverlauf ist das Betreuen des Nichtstuns nach psychischer Erkrankung. Dagegen sollten sich alle mit Händen und Füssen wehren. Stattdessen sollten möglichst viele nach England und Skandinavien ausschwärmen und die Kreativität und Freude erleben, mit der vor Ort Menschen in psychischen Krisen geholfen wird. •

Literatur

(1) Volkmar Aderhold / Nils Greve, Was Sie schon immer über die bedürfnisangepasste Behandlung wissen wollten. Psychosoziale Umschau 3/2007

(2) Douglas Bennett: Community Psychiatry. The Principles. London 1991

(3) Acute Treatment Team Operational Policy, Western Locality, Second Draft 2008, Persönliche Informationen von The Queen Elizabeth Hospital, King's Lynn an die Autorin.

(4) Dr.Martin Zinkler, Psychiatrische Fachpflege und gemeindepsychiatrische Versorgung am Beispiel London. Newham Centre for Mental Health, London, 2004

(5) S. Johnson,F. Nolan,John Hoult et al., Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. British Medical Journal , 8/2005

(6) National Service Framework for Adult Mental Health (NSF)
Persönliche Mitteilungen von Prof.Geoff Shepherd, Cambridge, 2007 an die Autorin.

(7) Distress when council usurped mother as nearest relative – involving family members is essential in a care crisis. Legal Case, www.bailii.org, www.communitycare.co.uk, 6/2007.

(8) Geoff Shepherd, Making Recovery a Reality. www.scmh.org.uk.

Die Überwindung psychiatrischer Anstalten in Italien durch das Gesetz 180

30 Jahre Psychiatriereform in Italien

Von Paolo Tranchina und Maria Pia Teodori

Vorwort

Auch wenn man immer gut daran tut, triumphalistische Einschätzungen zu vermeiden, so darf doch im Hinblick auf das Gesetz 180 bemerkt werden, dass die langjährige Arbeit, trotz der Probleme und der manchmal mangelhaften Umsetzung, aus einer repressiven Psychiatrie eine Praxis der Teilhabe und der Förderung der psychischen Gesundheit gemacht hat: von der Verwahrung zu einer Praxis des fürsorglichen Handelns, von der Repression zur Empathie, von der Aussonderung zur Behandlung in und mit der Gesellschaft.
Vielleicht verstanden wir gerade in den Jahren, als wir vor allem mit der Auflösung der psychiatrischen Anstalten beschäftigt waren, unsere Arbeit als revolutionär, auch wenn sie sich vor allem auf den „Überbau" konzentrierte, wie man damals sagte, der im Vergleich zur Immobilität der Institutionen beweglicher war. Dies geschah als Ausdruck des damaligen Zeitgeists, des Primats der Politik, deren unverkennbares Kind diese Reform ist, in unserem Bestreben, die Welt zu verändern. Heute denken wir ehrlich gesagt, dass wir den vielleicht sichtbarsten Teil der Schandmauern abgetragen haben, die die Menschen jeglicher Fähigkeiten, Würde und Macht beraubten.
Auch wenn wir das Kontrolldenken auf hoffentlich nicht reversible Art erschüttert haben, bleibt noch viel zu tun, denn der Institutionalismus hat sich aus den Mauern der Anstalt auf das Territorium ausgebreitet, hat sich als diffuse Einrichtung in vielfältiger Form erneuert und fordert uns täglich heraus in der Auseinandersetzung mit neuen Formen des Anstaltsdenkens.

Ein unwiederbringliches Klima

Das Gesetz 180 als Teil einer umfassenden Gesundheitsreform entsprang aus dem politischen Klima von 1968, aus dem Kampf der Arbeiter und Studenten. Seine Wurzeln reichen in die Protestbewegung der 60er Jahre zurück mit ihrer alternativen Kultur, ihren revolutionären Visionen und konkreten Utopien, die jene Jahre so einmalig erscheinen ließen, von Berkeley über Berlin, Paris und Mailand bis Tokio, als wir alles verlangten und zwar sofort,

Paolo Tranchina geb. 1938, Dr. phil. , Psychologe und Psychoanalytiker, über viele Jahre Mitglied des Vorstands der Demokratischen Psychiatrie in Italien, beteiligt an der Auflösung der Psychiatrischen Anstalt in Arezzo und Florenz.

Maria Pia Teodori Psychologin und Psychotherapeutin, über Jahre hinweg engagiert in Projekten zur schulischen Integration von Kindern mit Behinderung in Florenz.

Kontaktadresse:
tranteo@cosmos.it

anstatt zu warten auf die Resultate einer Revolution, die nie stattfinden sollte. Franco Basaglia war so genial, die Abschaffung der Anstalten zu fordern, so wie die Arbeiter für Arbeitsbedingungen ohne Gift und Schädigungen kämpften. Unsere Versammlungen in den psychiatrischen Anstalten waren ein Stück dieser Weltveränderung, sie waren eine Parallele zu den Versammlungen der Arbeiter in den Fabriken und zu denen der Studenten in den besetzten Universitäten. Psichiatria Democratica (Demokratische Psychiatrie) hat tiefe Spuren in der Realität hinterlassen, weil sie gemeinsam mit der Demokratischen Richterschaft (Magistratura Democratica), den Demokratischen Eltern (Genitori Democratici), den Demokratischen Geographen (Geografia Democratica) etc. gekämpft hat.

Das Gesetz 180 bedeutete fraglos einen Schritt der Modernisierung, der die gesellschaftliche Antwort auf das psychische Leiden radikal verändert hat. Auch andere grundlegende Gesetze wie die Gesundheitsreform wurden dadurch vorbereitet.

Ethik

Hartnäckig folgten wir unseren ethischen Überzeugungen. So flexibel wir strategisch und spontan in der Wahl der Verbündeten waren, so wenig waren wir es bezüglich des Zieles, die Würde der Person, ihre staatsbürgerlichen Rechte, ihre Gleichwertigkeit bei Berücksichtigung jedweder Verschiedenheit und Besonderheit in den Mittelpunkt zu stellen. Die Marxsche Gleichheitsutopie und das Engagement für den einzelnen Menschen gingen in unserer Arbeit ohne Bruchstellen ineinander auf. Steht nicht auch die phänomenologische Begegnung mit dem Anderen, das Infragestellen des Konzepts der psychischen Krankheit unter diesem Vorzeichen? Die verschiedenen praxisorientierten Bewegungen gingen von dem politischen Grundverständnis aus, die Verhältnisse aufmerksam und illusionslos aus einer historischen Perspektive zu reflektieren, und zwar mit einem kritischen Bewusstsein für das Ganze, mit dem wir verflochten sind, und einer Sensibiliät für die Wechselbezüge zwischen der Subjektivität des Einzelnen und dem Sozialen sowie für die ökonomische Durchdringung der Verhältnisse.
In diesem Sinn folgte unsere Arbeit global betrachtet einem ganzheitlichen und vernetzten ökologischen Ansatz: Die ideologischen Müllhalden der schlimmsten Ausgrenzungsprozesse wurden aufgelöst, die Rechtfertigung für die Ausgrenzung der psychisch Kranken aus der Gesellschaft, aus der Welt der Arbeit, die Verweigerung ihrer seelischen Gesundheit und ihre Ausgrenzung aus der Welt der Sprache und der Kommunikation. Stattdessen ging es darum, ausgehend von der alten, eine neue Vernunft herauszubilden, die sich gegenüber den Szenarien eines neuen Lebens, eines neuen Alltags und einer neuen Verantwortung öffnete. Bürgerrechte für alle also, aber auch das Recht auf Besonderheit, auf Verschiedenheit. Ist das Ver-rücktsein keine Lebensform?

Das Gesetz 180 hat ausgehend vom Recht Aller auf Assistenz eine neue Zeit eingeleitet und dabei seine Prinzipien auf das gesamte Gesundheitswesen, auf alle Krankheitsbilder, auf alle Phasen des Lebens übertragen. Auch die Prozedur der informierten Zustimmung zu den Therapiemaßnahmen ging aus diesen Kämpfen hervor ebenso wie die Einführung der Patientenverfügung, das Recht auf Wahlfreiheit und zuletzt die Unterstellung der forensischen Psychiatrie unter das Nationale Gesundheitssystem (Servizio Sanitario Nazionale). Der Wille des Subjekts ist immer souverän. Um ihn zu beschränken, ist eine besondere Maßnahme notwendig, die von einem Arzt beantragt und vom Bürgermeister als der dem Bürger am nächsten stehenden gewählten Autorität legitimiert werden muss. Ansonsten ist der Wille des Subjekts unantastbar.

Eine Bilanz

Die endgültige gesetzliche Schließung der Psychiatrischen Anstalten hat zu einer neuen Sensibilität gegenüber der repressiven Logik der Institutionen geführt, die in vielen Bereichen in einem anstaltsförmigen Denken weiterlebt: in den Strukturen der Allgemeinkrankenhäuser, in den gemeindebezogenen komplementären Strukturen, in den Diensten für Diagnose und Behandlung (SPDC = kleine psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) und in den Altersheimen. Wir sind überzeugt, dass das Anstaltsdenken auch weiterhin bekämpft werden muss genauso wie jede Form der Institutionalisierung. Aber keine unserer heutigen Psychiatrischen Abteilungen ist mit dem System der alten Anstalt zu vergleichen: kein Dienst, auch nicht der repressivste, hat einen so totalisierenden Charakter, verfügt in vergleichbarer Weise über institutionelle Zwänge und pseudowissenschaftliche Codes zur systematischen Zerstörung von Frauen und Männern, wie dies die alte Anstalt kennzeichnete. Kein Mensch in einer psychotische Krise wird sich mehr in den perversen Irrwegen verlieren, die zur tragischen Ruhe auf den Stationen führten und zur völligen Negation der Person, die zu einem unbeweglichen, ruhig gestellten „institutionalisierten“ Körper gemacht wurde. Diese perversen Wege sind hoffentlich für immer unbegehbar geworden.

Der Auflösungsprozess der psychiatrischen Anstalt hat all ihre ideologischen Funktionen im Dienst einer Klassengesellschaft aufgezeigt, die diese unter dem Denkmantel der ärztlichen Versorgung versteckte. Die Entinstitutionalisierung war zugleich ein Prozess der Befreiung und der Entwicklung neuer Erkenntnisse: der neuen Wissenschaft, von der Agostino Pirella spricht. Diese Prozesse sind auch auf verschiedenen Ebenen im Rahmen der Qualifizierung und Weiterbildung in den psychiatrischen Diensten deutlich geworden, von den Fallbesprechungen über Theorieseminare bis zu den Supervisionen, den Fachtagungen usw. Die Entinstitutionalisierung erscheint so als ein Prozess, in dem Praxis, Theorie und Pädagogik vereint werden.

Drei in der Vergangenheit so wichtige Grundhypothesen des psychiatrischen Denkens sind beseitigt worden, und zwar die Gefährlichkeit, die Unverständ-

Es ging darum, ausgehend von der alten, eine neue Vernunft herauszubilden, die sich gegenüber den Szenarien eines neuen Lebens, eines neuen Alltags und einer neuen Verantwortung öffnete. Bürgerrechte für alle also, aber auch das Recht auf Besonderheit, auf Verschiedenheit.

lichkeit und die Unheilbarkeit des psychischen Leidens, wodurch eine neue Beziehung zu den Patienten entstand, mit denen man gemeinsam, wie es Sandro Ricci formuliert hat, bei der Suche nach Lösungen für ihre Ver-rücktheit nachdenkt. Eben diese gemeinsame Suche ist der Ansatz zu einer neuen Form der Erkenntnisgewinnung, die die alten Beziehungen zwischen Subjekt und Objekt auflöst, indem sie mit einem gemeinsamen „wir“ arbeitet, mit der Gruppe als Therapeuten, um es mit den Worten von Vieri Marzi auszudrücken. Die gesamte Arbeit im Umgang mit psychischem Leiden wurde vom geschlossenen Raum der psychiatrischen Anstalt in den offenen Raum des Territoriums verlegt. Das bedeutet, dass in Italien das Leiden von und in der Gemeinschaft mit ihren institutionellen und menschlichen Ressourcen getragen und bearbeitet wird.

In unseren Strukturen arbeiten wir, oft mit tausend Widersprüchen und Schwierigkeiten, mit Patienten, die in der übrigen zivilisierten Welt irgendwo im hintersten Winkel einer Anstalt für chronische psychisch Kranke vor sich hin vegetieren würden. Das gesamte psychische Leiden in seinem Kontext zu behandeln, bedeutet nicht, dass alles heilbar ist, dass es auf alles eine Antwort gibt, aber es bedeutet, dass die Herausforderung allumfassend ist und dass wir nicht darauf verzichten, uns systematisch auch mit dem schwersten Leiden zu befassen. Gerade der besonders schwer leidende Patient ist die eigentliche Herausforderung unserer Praxis, der besonders qualifizierte Kern unserer theoretischen Anstrengungen, orientiert an einem Paradigma, nach dem wir die Psychiatrie versuchen „von den Letzen und Schwierigsten her“ zu verstehen und zu verändern. Der „Letzte“ ist nämlich derjenige, der alle Möglichkeiten in sich trägt, alle Hoffnungen und verweigerten Rechte als Opfer aller in Friedenszeiten begangenen Verbrechen. Nur aus seiner Perspektive versteht man die Welt und ihre Ausgrenzungsprozesse ebenso wie all seine Misserfolge, indem man die Ideologien, mit denen er diese zu verdecken versucht, wieder der Verständigung zuführt.

Dies alles ist - wenngleich nicht ohne Schwierigkeiten, Widersprüche und Unterlassungen - möglich, weil wir eindrucksvolle Prozesse kollektiver Beteiligung und Teilnahme ausgelöst haben. Teilnahme an der Arbeit vor allem Seite an Seite mit den Pflegekräften, ohne die wir uns hinter einer unnützen, undurchsichtigen und elitären Technik verschanzt hätten. Aber auch eine systematische Beziehung zu Politikern und Verwaltungsbeamten, wie Mario Tommasini in Parma, Bruno Benigni in Arezzo, Michele Zanetti in Triest. Bei unserer Arbeit an den Annalen der Neuen italienischen Psychiatrie, die sich auf eine reichhaltige Zeitschriftensammlung stützt, gelang es uns, noch einen weiteren Aspekt in seiner Gesamtheit zu bewerten: Die unglaubliche Fülle von Presseberichten und die Medienarbeit, die ungeheuer große Zahl der Journalisten, die an diesem Prozess beteiligt waren. Nach Jahren schuldhaften Schweigens über die in den Psychiatrischen Anstalten erlittenen Torturen folgten unendliche Diskussionen, Anzeigen, Skandale, eine unglaublich breite Beteiligung und Diskussion mit der Bevölkerung.
Auch die von den Initiatoren der Bewegung geleistete Arbeit, allen voran Franco Basaglia, war enorm. Seit 1975 erschien durchschnittlich einmal im Monat in den wichtigsten italienischen Tageszeitungen ein von ihm allein oder mit anderen Mitarbeitern verfasster Artikel.

Und heute?

Vor allem ist es wichtig, die von den gemeindebezogenen Diensten auf allen Ebenen der Verantwortung und Leitung entwickelten therapeutischen Kompetenzen zu würdigen. Laut Norman Elrod aus Zürich, einem in Psychotherapie der Schizophrenie spezialisierten Analytiker, erfordert die Übernahme der Verantwortung für die Behandlung und Betreuung eines Klienten in der Gemeinde die Nutzung der Erkenntnisse der besten Psychotherapeuten der Psychose und damit die Einbeziehung aller Formen einer nicht repressiven Behandlung der psychischen Krankheit in der Nachfolge von Conolly, Tuke, Pinel. Grundlegend in diesem Zusammenhang scheint mir die Fähigkeiten, Kompetenzen zur Lebensbewältigung, subtile Kenntnisse der Psychodynamik, der Beziehungsgestaltung und der psychopharmakologischen Behandlung im Alltag zu verknüpfen. Das hat Carmelo Pellicano in seinem letzten Vortrag so ausgedrückt: „In gemeinsamem Leben jemandem ermöglichen, das Leben wieder zu erlernen, den Wahnsinn in eine Norm erzeugende Instanz verwandeln“ - was allerdings über die übliche Begrenztheit des therapeutischen Handelns hinausgeht. Es ist unbedingt notwendig, dass unsere Praxis in einer ständigen Reflexion über das Verhältnis zwischen Subjekt und Gesellschaft, zwischen Besonderem und Allgemeinem ihren Ausdruck findet. In der kritischen Reflexion und in ihrer „institutionellen Analyse“ hat die Gruppe „Psicoterapia Concreta“ in diesem Zusammenhang den Begriff des „Institutionellen Unbewussten“ geprägt.

Es ist unbedingt notwendig, dass unsere Praxis in einer ständigen Reflexion über das Verhältnis zwischen Subjekt und Gesellschaft, zwischen Besonderem und Allgemeinem ihren Ausdruck findet.

Auch der Umgang mit Psychopharmaka ist präziser und vorsichtiger geworden, wobei sowohl die jüngsten wissenschaftlichen Erkenntnisse auf diesem Gebiet rezipiert werden als auch das verbreitete Wissen über die Risiken und Nebenwirkungen.

Unsere Arbeit hat zudem allen Mitarbeitenden eine größere wissenschaftliche Anerkennung verliehen. Aus einer allgemein verbreiteten Praxis entwickeln sich wichtige theoretische Aspekte, die sowohl auf nationaler wie internationaler Ebene durch Forschungen über die Erfahrungen der Wiedereingliederung in den Alltag, über die Prozesse der Rehabilitation, über die Entwicklung gemeindebezogener Dienste, über Krisenmanagement und durch die systematische Evaluation der Arbeit auf dem Territorium unterstützt werden. Wir sind zu der Erkenntnis gelangt, dass es notwendig ist, unsere Arbeit systematisch zu evaluieren. Das erlaubt uns, die kritische Auseinandersetzung zu verschärfen, Situationen zu schaffen, in denen es möglich ist, die Daten der verschiedenen Dienste zu vergleichen und den

Mitarbeitenden Instrumente zu geben, um Kritik üben zu können und Kriterien für ihre Arbeit, die ihr Vertrauen in das, was sie tun, verstärken. Durch die Entwicklung der Praxis gibt es nicht mehr die Gegenüberstellung von „fortgeschrittenen“ Erfahrungen, die als kulturelle Orientierung dienen können und „rückständigen“, in denen sich nichts bewegt. Die besonders entwickelten Praxissituationen sind auf viele verschiedene Orte verteilt und beziehen sich manchmal auch nur auf bestimmte modellhafte Erfahrungen. Es ist daher insgesamt sehr berechtigt, von einer weiten Verbreitung der „guten Praxis“ zu sprechen.

Durch die Gründung von sozialen Unternehmen und Kooperativen hat die Arbeit für viele Klienten eine neue Würde und Bedeutung bekommen, trotz der weiterhin bestehenden Widersprüche und Probleme. In bestimmten Fällen geht sogar Arbeit mit Vergnügen einher: Vor kurzem haben wir in Bologna an einer Tagung über Theaterarbeit teilgenommen. In einer aus Mitarbeitern und Klienten bestehenden Gruppe kam das Vergnügen an der gemeinsamen Arbeit und Rezitation zum Ausdruck. Eine Mitarbeiterin ging sogar soweit zu sagen, dass „beim gemeinsamen Theaterspiel, und nur dabei, die Rollenunterschiede völlig aufgehoben werden“. Es gibt auch sehr unterschiedliche und komplexe Situationen. In Palmanova z.B., wo Righetti gearbeitet hat, betreuen die Dienste das Isonzo-Delta, das eine riesige Fläche abdeckt, und 20 Klienten betreiben eine Fischzucht, arbeiten im Tourismus und kümmern sich um ökologisches Müllrecycling. Die Dienste haben außerdem einen hohen Standard in der Selbstverwaltung durch Gruppen von Klienten, die gemeinsam mit den Freiwilligen und den Angehörigenvereinen wichtige neue Akteure darstellen.

Bevor wir zum Schluss kommen, muss noch die Arbeit erwähnt werden, die für die Kinder geleistet wurde. Die Heime für behinderte Kinder, bei denen es verschiedene eklatante Skandale gegeben hatte, sind weitgehend aufgelöst worden, was auch die Abschaffung von Sonderschulklassen und die Integration der behinderten Kinder in die allgemeine Schule zur Folge hatte. Auch wenn die Dienste für Erwachsene nicht immer aufnahmebereit und offen waren, sich mit den Hilfen für Kinder und Jugendliche zu konfrontieren, so haben die Dinge doch begonnen, sich langsam zu ändern, da man sich bewusst geworden ist, dass die psychische Gesundheit nicht mit 18 Jahren beginnt. Nach und nach hat sich eine größere Aufmerksamkeit für die frühkindlichen Bedürfnisse und die der Jugendlichen entwickelt mit spezifischen praktischen Ansätzen, sowohl durch große Vorsicht bei der Verabreichung von Psychopharmaka, als auch durch die gemeinsame Suche nach der jeweils besten Lösung für jedes einzelne Kind oder jeden einzelnen Jugendlichen hinsichtlich einer Psychotherapie, seiner förderlichen Beziehungen und der geeigneten Formen der Unterbringung.

Fazit

Die derzeitigen Probleme der Dienste, die auch mit nicht zu unterschätzenden Prozessen der Bürokratisierung und Privatisierung zusammen hängen, entstehen vor allem dadurch, dass die Umrisse von Normabweichung immer unklarer werden. Der Archetyp des Ausgeschlossenen ist nicht mehr der Verrückte. Das Leiden hat sich ausgebreitet, deutlich und überall, es ist diffus und undefinierbar geworden und sucht daher nach Orten und einer neuen Art des Zuhörens und nach Antworten, die nicht leicht zu erfinden sind gemessen an der Geschwindigkeit, mit der das Leiden zunimmt. Die Familienkrisen als zunehmende Unfähigkeit, Beziehungen auszuhalten - ein Ausdruck irrealer, weil unerfüllbarer Erwartungen, die aus überholten Modellen stammen und von bestimmten Interessengruppen genährt werden - haben enorm zugenommen. Das durch die Immigration ausgelöste Leiden kommt in Sprachen zum Ausdruck, die wir noch nicht verstehen, weshalb die Konflikte häufig mit einer mangelnden sozialen Integration zu tun haben, die sich jeglicher Kontrolle entzieht.

Gleichzeitig wird es immer schwieriger, Formen der Sozialisation und der aktiven Teilnahme zu finden, weshalb so mancher der Vergangenheit nachtrauert, als die Auseinandersetzungen in den Entinstitutionalisierungsprozessen einen Schwerpunkt hatten und die politischen Bewegungen dem Kampf gegen die Institution Kraft gaben und umgekehrt. Heute stehen hingegen Erfahrungen der Einsamkeit und Machtlosigkeit zusammen mit einer extremen Wettbewerbs- und Konkurrenzsituation im Vordergrund, die auch mit der globalen Reorganisation der Arbeit zu tun haben und mit dem Globalisierungsprozess im Allgemeinen. Deshalb muss uns klar sein, dass es heute schwieriger ist, Allianzen gegen die Ausgrenzung zu schaffen. Es ist heute schwieriger geworden, andere auf diesen Wegen mitzunehmen und auf der Basis einer breiten Empathie und einer Übereinstimmung bezüglich des Sinns unseres Handelns zu arbeiten. Dies umso mehr, als während unserer ganzen Geschichte die Universitäten nur selten auf unserer Seite standen.

Vieri Marzi hat die Auffassung vertreten, dass wir dem Psychotiker nicht helfen können, wenn wir nicht bereit sind, die Welt gemeinsam mit ihm zu verändern. Und Frieda Fromm-Reichmann hat geschrieben, dass es vielleicht so schwer ist, ihm zu helfen, weil wir mehr auf der Seite der Gesellschaft stehen, die ihn unterdrückt als auf der Seite seiner Befreiung. Aber denken wir wirklich, dass die Gesundheit von allen gesellschaftlichen Entwicklungen unberührt bleibt? Dass der Triumph der Lüge, dass massive und allumfassende Manipulationsprozesse der Massen, dass ungerechtfertigte militärische Angriffe und eine zunehmend sich verbreitende Ungerechtigkeit, die die Schere zwischen den Besitzenden und denen, die nichts haben, immer weiter öffnet, ohne Folgen für die psychische Gesundheit der Menschen bleibt und vorbeigeht an den Diensten, die die institutionelle Aufgabe haben, die Überreste alles Scheiterns - auf familiärer, gesellschaftlicher, schulischer, wirtschaftlicher, sprachlicher, gesundheitlicher, religiöser Ebene - aufzufangen und

Das Leiden hat sich heute ausgebreitet, deutlich und überall, es ist diffus und undefinierbar geworden und sucht daher nach Orten und einer neuen Art des Zuhörens und nach Antworten, die nicht leicht zu erfinden sind gemessen an der Geschwindigkeit, mit der das Leiden zunimmt.

zu betreuen? Daher rühren Krisen der Motivation, Burnout, tiefe Unzufriedenheit und das Gefühl, der Sache nicht gewachsen zu sein, als ob es uns aufs Neue untersagt wäre, uns eine neue Welt auch nur vorzustellen, andere Machtverhältnisse unter den Menschen, kollektive Utopien und geteiltes Glück.

Eben deshalb muss die Auflösung der Psychiatrischen Anstalten, die das Unmögliche konkret möglich werden ließ, uns weiterhin inspirieren dank der dadurch entstandenen Kultur der Entmystifizierung von Macht- und Ausgrenzungsmechanismen und der Befreiung, die sich nicht auf die Institutionen beschränkt, sondern jede neue Form von Stigmatisierung betrifft, vom Rassismus zur Homophobie bis zum Sexismus. Welch negative Dinge auch immer die Gegenwart beeinflussen mögen, dieser Sieg ist und wird auch weiterhin eine Barriere gegen eine noch stärkere Regression und Verdinglichung sein, eine Mahnung, ein Anreiz weiterzukämpfen, trotz des Windes, der stark und auf breiter Front von rechts weht. Eben deshalb müssen wir uns also auch weiterhin dagegen stellen, neue Allianzen und neue Orientierung suchen, kritische Theorien entwickeln, den Konsens unter uns verbreitern und unsere Praxis wissenschaftlich begründen, ohne zu vergessen, dass, wer mit den Unterdrückten arbeitet, deren Schicksal teilt, wie uns Franco Basaglia in seiner Einleitung zur „L'istituzione Negata" („Die negierte Institution") ins Gedächtnis ruft. •

Ein ausführliches, chronologisches Literaturverzeichnis kann auf der Homepage der Kerbe unter folgendem Link herunter geladen werden:
http://www.kerbe.info/content/artikel_30.html.

Übersetzung: Veronika Mariaux

Nachrichten

„Arbeit und Selbstwirksamkeit in der Gemeinde" – Psychiatrie Jahrestagung 2008 oder „Eigentlich geht's um die Liebe"

Die Gemeindepsychiatrie darf den ethischen Imperativ nicht aufgeben, dass ihr Ziel die Inklusion aller Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Gesellschaft und deren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist. Sie muss daher immer wieder auch die volle Integration und Teilhabe am Erwerbsleben bzw. jenseits der Erwerbsarbeit einfordern, so wie dies für die nicht erkrankte Bevölkerung gilt. So diktierte es Prof. Dr. Becker aus Ulm den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Psychiatrietagung, die der BeB und das DW der EKD in diesem Jahr wieder gemeinsam durchführten, sinngemäß in die Feder. Unter dem Titel „Jeder nach seinen individuellen Möglichkeiten - Arbeit und Selbstwirksamkeit in der Gemeinde" beschäftigte sich die Tagung in Bonn mit der Frage nach der Arbeit/Erwerbsarbeit und deren Bedeutung für den Menschen. Im Blickpunkt standen Erkenntnisse und Berichte aus Wissenschaft und Praxis, wie die Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit psychischen Erkrankungen gelingen kann und welche Konsequenzen für entsprechende Unterstützungsangebote aus der sich verändernden Arbeitswelt gezogen werden müssen.

In seiner Tagungseinführung verwies Prof. Dr. Armbruster (Stuttgart) darauf, dass Arbeit in der Gemeindepsychiatrie ein lange Zeit vergessenes oder zumindest vernachlässigtes Thema war. Trotz oder gerade wegen der Krise der Arbeitsgesellschaft, der in wachsendem Maße die Arbeit ausgehe, so Armbruster, erhalte der Aspekt der Teilhabe am Arbeitsleben große Bedeutung, da sich der Arbeitsmarkt mehr denn je zwischen seinem Kern und seinem Rand aufspalte. Wenn bisher soziale Identität, soziale Kontakte und das Gefühl der Wirksamkeit für die eigene Identität ganz wesentlich durch Arbeit/Erwerbsarbeit bestimmt worden seien, so müsse die Chance dazu erhalten bzw. anders erworben oder neu bestimmt werden können.
Wie in den grundlegenden Einführungsvorträgen deutlich wurde, ist das Ausüben einer Tätigkeit, die für einen selbst aber auch für Andere Sinn macht, eine „anthropologisch bestimmte Grundbedingtheit" (Karsten Groth, Hamburg) und damit für alle Menschen eine unabdingbare Voraussetzung für eine gesunde Psyche. Diesen Zusammenhang wies bereits die klassische Studie von Jahoda u.a. in Marienthal (1933) [1] nach. Aber auch neuere Studien zeigen, dass Arbeitslosigkeit verbunden mit niedrigem Einkommen für die Entstehung psychischer Erkrankungen mit verantwortlich ist. Gleichzeitig können auch Arbeitsverhältnisse in wachsendem Maße krank machen. Nur so lässt sich erklären dass die Zahl der Ausfalltage durch Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen um über 60% zunahm[2] und sich der Anteil der Frühverrentungen wegen einer psychischen Erkrankung seit 1985 verdreifacht hat[3].
In einem sehr persönlichen Einblick in ihre eigene, u. a. von einer psychischen Erkrankung beeinflusste Berufsbiografie, formulierte es Sybille Prins (Bielefeld) als ein „Privileg, in dem Beruf arbeiten zu können, in dem man arbeiten will". Das darin zum Ausdruck kommende Ziel, die eigene Erwerbsfähigkeit zu erhalten und an einem Arbeitsplatz einzusetzen, der den eigenen Interessen und Fähigkeiten zumindest nahe kommt, spiegelte sich auch in der Präsentation des TAB-Projekts der APK[4] wider. Dr. Niels Pörksen (Bielefeld) wies auf die ernüchternde Erfahrung hin, dass im ersten Arbeitsmarkt die typischen Reaktionen auf eine begrenzte Arbeitsfähigkeit entweder die Frühverrentung oder der Verweis auf oder in eine WfbM sind. Die APK zog im Rahmen ihres TAB-Projekts daraus die Konsequenz, dass nur eine strikte Orientierung an den individuellen Unterstützungsbedarfen des Einzelnen auch und gerade beim Thema Arbeit diese Exklusion verhindern bzw.

eingrenzen kann. Die Nutzung der individuell angemessenen Rehabilitationsmaßnahmen muss Priorität haben vor Verrentung und Sozialhilfe und die Unterstützung muss an dem Platz erfolgen, an dem ein Mensch arbeitet und darf nicht verlagert werden in ausgegrenzte Sonderwelten.
Allerdings muss die Wirksamkeit arbeitsrehabilitativer Maßnahmen, so Prof. Dr. Becker, besser erforscht werden und, die bereits gewonnenen Erkenntnisse könnten besser als bisher genutzt werden. In einem Europa weit organisierten Projekt untersuchte eine Forschergruppe die Auswirkung zweier unterschiedlicher Ausrichtungen von Reha-Maßnahmen (‚train and place' bzw. ‚place and train') auf die Chancen einer Integration in den ersten Arbeitsmarkt.
Die Ergebnisse, auch aus der deutschen Projektregion Ulm, lassen, so Becker, nicht den Schluss zu, dass eine Maßnahmeform auf jeden Fall erfolgreicher ist als eine andere. Aber, es gebe eben auch keine Form, die ausgeschlossen werden kann, ein deutliches Votum für die Angebotsvielfalt und die von der APK geforderte individuelle Ausgestaltung der Maßnahmen unter Berücksichtigung der regionalen Möglichkeiten.
Die Vielfalt und Differenziertheit der verschiedenen Maßnahmen zur Verbesserung der Teilhabe psychisch erkrankter Menschen an Arbeit/Tätigkeit zeigte sich in den Arbeitsgruppen des zweiten Tages. Angefangen bei der Kunstförderung im Künstlerhaus Gugging in Österreich, über Tagesstrukturierende niedrig schwellige Maßnahmen, wie sie in den vBA Bethel in Bielefeld erprobt werden, bis hin zu Zuverdienstprojekten als Personen- und Sozialraumorientierte Maßnahmen und Integrationsfirmen, allen ist die Suche nach Chancen der Teilhabe an sinnstiftender Arbeit im oder neben dem ersten Arbeitsmarkt unter seinen komplizierten und ausgrenzenden Bedingungen gemein.
Dass davon alle profitieren können, zeigen Integrationsfirmen wie z.B. die CAP – Märkte. Sie bieten eben nicht nur Menschen mit Behinderungen bzw. psychischen Erkrankungen attraktive Arbeitsplätze, sondern tragen darüber hinaus auch zu einer guten Infrastruktur für die Gesamtbevölkerung bei. Der Inklusionsgedanke erhält hierüber eine ganz neue Wertung.
In seinem abschließenden Vortag unterstrich Prof. Dr. Ernst v. Kardorff (Berlin), dass solche Projekte eine reale Chance haben die Exklusion psychisch erkrankter Menschen aus dem Arbeitsmarkt zu begrenzen und damit die Dynamik des Herausdrängens durch endlose Förder- und Weiterbildungsschleifen zu bremsen. Nach seiner Einschätzung bleibt auf dem Weg zu einer inkludierenden Gesellschaft noch viel zu tun. Da sind Vorurteile, die mangelnde Durchlässigkeit der Sozialsysteme und das sozialrechtliche Wirrwarr zu überwinden. Daneben aber, so v. Kardorff, sind eine mit den Betroffenen gefundene gemeinsame Sprache und Begrifflichkeit und eine Erweiterung des Verständnisses von Sinn stiftender Arbeit zu schaffen, will die Gemeindepsychiatrie die Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen auch im Bereich Arbeit und Beschäftigung befördern.
Dies bejahte auch die abschließende Podiumsrunde in der sich Angehörige, Psychiatrie-Erfahrene und Profis einig waren, dass es gilt die Ausgrenzung von Menschen mit psychischen Erkrankungen aus dem Arbeitsleben im Interesse Aller zu verhindern.
Sibylle Prins erweiterte, den Blick mit einem wohlfeilen Schlusswort dahin gehend, dass Arbeit, so wichtig sie auch sei, eben nicht alles sei, dass es um mehr gehe. Inklusion und Teilhabe beziehen sich ganz wesentlich auch auf die zwischenmenschlichen Seiten des Lebens. „Im Grunde", so ihr Fazit, „im Grunde geht es eigentlich um die Liebe, um das Angenommen sein als Mensch mit all seinen Bedürfnissen."

Wolfgang Bayer

Anmerkungen:

(1) Marie Jahoda, Paul F. Lazarsfeld, Hans Zeisel: Die Arbeitslosen von Marienthal, FfM 1975
(2) DAK Gesundheitsreport 2005, S.43
(3) Thomas Lampert, Thomas Ziese: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit – Expertise des Robert-Koch-Institutes zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin 2005, S. 93
(4) Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung.APK Band 34.- Ergebnisse des Projektes „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung" (TAB)

„Transparenz im psychiatrischen Dschungel"

Schirmherrschaft
Frau Roswitha Beck
Verein zur Unterstützung Gemeindenaher Psychiatrie in Rheinland-pfalz e.V.

Tagung des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Rheinland Pfalz e.V.

Tagungsort:
Göttenbachaula
Georg Maus Str. 2
55743 Idar-Oberstein

19.09.2008
10:00 Uhr bis 16:00 Uhr

Anmeldung bis 10.09.2008
Email: f.j.wagner@gmx.net, oder
Telefon 0651/1707967

Mehr Informationen im Internet unter » www.lvpe-rlp.de «

Psychotische Welten verstehen

Zugänge in Forschung, Therapie und Rehabilitation

Jahrestagung der gfts

16. / 17.10.2008
Stuttgart
Hospitalhof / Evang. Bildungswerk

gfts Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen

RUDOLFSOPHIENSTIFT
Rehabilitationszentrum

Information und Anmeldung:
Sabine Schulz, Leonberger Straße 220, Stuttgart, Tel.: 0711/6011-257
E-Mail: schulz@rrss.de

Aus dem Fortbildungsprogramm der DGSP (Neue Angebote)

29./30.8.2008 in Fulda	Gesund und heil trotz alledem. Resilienz und Salutogenese Referentin: Petra Klein
5./6.9.2008 in Mainz	Genogrammarbeit im sozialpsychiatrischen Alltag Referentin: Andrea Döring
22./23. 9. 2008 in Freiburg (Br.)	Grenzbereiche: psychotische und mystische Erfahrungen Referent/in:Dr. Ronald Mundhenk, Sibylle Prins
6./7. 10. 2008 in Hannover	Das progressive therapeutische Spiegelbild. (nach Gaetano Benedetti und Maurizio Peciccia) Referentin: Kirsten Harkensee
27./28.10.2008 in Hannover	Auf die Bühne – fertig – los! Ich sage, was ich zu sagen habe Referentin: Sonja Berning
28./29.11.2008 in Dresden	„Eine Idee ist das, was noch nicht genügt“. Projektmanagement im soz. Bereich. Referent: Chr. Gredig

Zu Gesamtprogramm und Anmeldung siehe: www.psychiatrie.de/dgsp/fortbildungen/.

Aus dem Programm der BuFa

Seminar 1: 23.-26.09.2008 Rothenburg o.d.T.	Betreuung/Begleitung von Menschen mit besonderen Verhaltensauffälligkeiten in Intensivgruppen. Sechsteilige Weiterbildung
16.-17.10.2008 Rothenburg o.d.T.	„Zu dumm, um verrückt sein zu dürfen?!“ (E.Hohn) – Zum Konzept der Dualen Diagonose
20.-24.10.2008 Rothenburg o.d.T.	Angst vor Ausbrennen? – Mut zum Erneuern! Erkennen von Burnout und richtiger Umgang mit innerer Erschöpfung
04.-07.11.2008 Schwarzach a.M.	Gemeinsam eine erfreuliche Zukunft gestalten – Von der Hilfe- zur Assistenz- und Zukunftsplanung
24.-26.11.2008 Stuttgart	Interventionen in Krise(n) Systemische Reflexionen, Haltungen und Handlungsansätze in sozialpsychiatrischen Kontexten

Anmeldung/Infos über: Bundesfachakademie / GFO Region Süd Sudetenweg 92 / 74523 Schwäbisch Hall / Tel. 0791-50 02 82 Fax 0791-50 03 00 / Email: sued@bufa-gfo.de / www.bufa-gfo.de

Alt werden und sterben wo ich zu Hause bin in Polen und in Deutschland

Zestarzec sie i umrzec u siebie – w Polsce i w Niemczech

26.–28.9. 2008 Erkner / Berlin	XIX. Deutsch – Polnisches Symposium / XIX Polsko-Niemieckie Sympozjum
Anmeldeschluss Zgloszenia do: 22.August 2008 22.sierpnia 2008	Polsko-Niemieckie Towarzystwo Zdrowia Psychicznego, c/o Malgorzata Kubon, Pl. Sikorskiego 2/8, 31-115 Kraków, Tel: +48 12 421 51 17; Fax: +48 12 422 56 74, E-Mail: mkubon@su.krakow.pl

Deutsch-Polnische Gesellschaft für Seelische Gesundheit e.V. , c/o Christa Knück; Rheinische Kliniken; Bahnstr. 6, 47551 Bedburg-Hau, Tel.: 02821/81-3601; Fax: 02821/81-3698; E-Mail: Christa.Knueck@lvr.de

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Postfach 330220, 14172 Berlin, Email: kerbe@beb-ev.de, Internet: www.kerbe.info

Redaktion:
Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart; Doris Biedermann, Hamburg; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Andreas Knuf, Konstanz; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Margret Osterfeld, Dortmund; Dr. Irmgard Plößl, Stuttgart; Dr. Katharina Ratzke, Berlin; Georg Schulte-Kemna, Stuttgart; Cornelie Class-Hähnel (Redaktionsassistenz), Stuttgart

Verlag und Bestelladresse:
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-0, Adressenänderungen bitte an: regina.schuller@evanggemeindeblatt.de

Bezugspreis:
Jahresabonnement für vier Hefte 22,80 Euro (einschließlich Versandkosten), ISSN 0724-5165

Anzeigen:
Anzeigengemeinschaft Süd, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Tel. (0711) 60100-41 (Frau Rössel), Fax -76. Email: kerbe@anzeigengemeinschaft.de. Internet: www.anzeigengemeinschaft.de. Zurzeit gilt die Preisliste Nr. 24 vom 1. Januar 2007

Druck:
J.F. Steinkopf Druck GmbH, Stuttgart

Erscheinungstermine:
1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

BeB Diakonie

Bundesakademie
FÜR KIRCHE UND DIAKONIE

FAKD FÜHRUNGSAKADEMIE FÜR KIRCHE UND DIAKONIE

Bundesfachakademie Bufa gGmbH

BURCKHARDT HAUS

Die Bundesakademie für Kirche und Diakonie bietet mit ihren Tochtergesellschaften Führungsakademie und Bundesfachakademie/GFO und den Partnern Burckhardthaus und GVS in einem gemeinsamen Programmbuch Weiterbildungen zur Qualifizierung von Führungskräften an sowie Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus verschiedenen sozialen Arbeitsfeldern. Im neuen Jahresprogrammbuch 2008 finden Sie zahlreiche arbeitsfeldübergreifende und zielgruppenorientierte Angebote. Sämtliche Veranstaltungskataloge sind auf der Homepage einzusehen.

PROGRAMM 2009

Arbeitsfeldübergreifende Angebote

- Spezielle Angebote für Führungskräfte (Führungsakademie)
  - Management in sozialen Organisationen – Sozialmanagement
  - Intensivkurs Betriebswirtschaft
  - Management und Controlling für NPOs
  - Generalmanagementseminar für Health-Care-Organisationen
  - Risikomanagement/Projektmanagement
- Organisationsberatung und Organisationsentwicklung
- Angebote im Qualitätsmanagement
- Weiterbildungen in den Bereichen Supervision, Coaching, Mediation und Beratung
- Führen und Leiten in der Kirche

Zielgruppenorientierte und fachbereichsbezogene Angebote

- Fort- und Weiterbildungen im Bereich Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie
- Fort- und Weiterbildungen im Bereich Kinder-, Jugend- und Familienhilfe
- Angebote zur Gemeindeentwicklung
- Fort- und Weiterbildungen im Bereich Gesundheitswesen und Suchtkrankenhilfe
- Spezielle Angebote zur Schuldnerberatung
- Angebote zur ästhetischen Bildung, Jugendkulturarbeit, Spiritualität

Fordern Sie unser ausführliches Programm 2009 an!

Bundesfachakademie für Kirche und Diakonie gGmbH
Heinrich-Mann-Straße 29 · 13156 Berlin
Tel. 0 30/4 88 37-488 · Fax 0 30/4 88 37-300
info@bundesakademie-kd.de
www.bundesakademie-kd.de

Übernachtungsmöglichkeiten sind in unserem Akademie-Hotel gegeben, Buchungen unter hotel@akademiehotel.de.