

**Worauf Du Dich
verlassen kannst!**

**Gute Praxis und
Ökonomie verbinden**

Tagungsbericht
Kassel, 19./20. September 2005

Herausgegeben von
AKTION PSYCHISCH KRANKE
Regina Schmidt-Zadel
Heinrich Kunze
Reinhard Peukert



**Worauf Du Dich
verlassen kannst!**

**Gute Praxis und
Ökonomie verbinden**

Tagungsbericht
Kassel, 19./20. September 2005

Herausgegeben von
AKTION PSYCHISCH KRANKE
Regina Schmidt-Zadel
Heinrich Kunze

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

Aktion Psychisch Kranke, Regina Schmidt-Zadel, Heinrich Kunze, Reinhard Peukert (Hg.). Worauf Du Dich verlassen kannst! Gute Praxis und Ökonomie verbinden.

1. Auflage

ISBN 3-88414-425-1

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Aktion PSYCHISCH KRANKE im Internet: www.psychiatrie.de/apk

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

© Psychiatrie-Verlag, Bonn 2006

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Renate Triltsch, Köln

Satz: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Druck: Clausen & Bosse, Leck

Inhalt

Worauf Du Dich verlassen kannst!
Regina Schmidt-Zadel 11

A. Sozialpolitische Perspektive

Personenzentrierte Hilfen zur Teilhabe –
individuell, integriert und zielorientiert
Karin Knufmann-Happe, Heinrich Tiemann 16

Teilhabe durch Persönliche Budgets
Karin Knufmann-Happe 20

Ohne Moos nix los?!
Zur Rolle des Landes in Zeiten des knappen Geldes
Jörg Osmers, Susanne Nöcker 25

Umsetzung und Weiterentwicklung des SGB IX
Karl Hermann Haack 34

Orientierung im Irrgarten des Gesundheitswesens
Helga Kühn-Mengel 41

B. Worauf Angehörige und Psychiatrieerfahrene sich verlassen wollen

Worauf wir Psychiatrie-Erfahrenen und wir Angehörigen uns
verlassen wollen! Gemeinsames mit gewichtigen Differenzen
Klaus Laupichler, Reinhard Peukert 54

C. Gute Praxis und Ökonomie verbinden

Verbindliche Steuerung: Zielorientiert und differenziert
auf verschiedenen Ebenen
Heinrich Kunze 73

Anforderungen an Gemeindepsychiatrische Verbände (GPV) <i>Niels Pörksen</i>	88
Sozialpsychiatrie, Recht und Ökonomie im Diskurs: Verbindlichkeit und Überprüfung von Qualität I <i>Klaus Dörner</i>	91
Sozialpsychiatrie, Recht und Ökonomie im Diskurs: Verbindlichkeit und Überprüfung von Qualität II <i>Peter Mrozynski</i>	95
Sozialpsychiatrie, Recht und Ökonomie im Diskurs: Verbindlichkeit und Überprüfung von Qualität III <i>Wolfgang Rieger</i>	103
Leistungserbringer, Leistungsträger und Politik im Diskurs: Budgetsteuerung <i>Angelika Josupeit-Teschke, Armin Lang, Matthias Rosemann und Heinrich Kunze</i>	110

D. Handlungsfelder und Praxisbeispiele

I. Personenbezogene Finanzierung

Einleitung <i>Heinrich Kunze, Paul-Otto Schmidt-Michel</i>	128
Persönliches Budget in Gera <i>Christiane Neudert</i>	130
Integrierte Versorgung in Mainz <i>Joachim Speicher</i>	133
Ambulante Komplexeleistungen statt Heimversorgung in Erfurt <i>Dirk Bennewitz</i>	139
Personenbezogene Personalbemessung des LWV Hessen <i>Gerhard Kronenberger</i>	144
Psychiatrische Familienpflege in Württemberg <i>Paul-Otto Schmidt-Michel</i>	152

II. Wege zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Störungen

Einleitung	
<i>Niels Pörksen</i>	167
Die Virtuelle WfbM in Saarbrücken	
<i>Kerstin Axt</i>	169
Rehabilitation am Arbeitsplatz: Füngeling Router in Erftstadt/Köln	
<i>Monika Labruier</i>	174
A.I.N. – Arbeit im Netzwerk: Kooperationsarbeitsplätze in Hamburg	
<i>Michael Schweiger</i>	183

III. Ambulante Komplexleistungen: Behandlung und Rehabilitation unter Einschluss von Soziotherapie, häusliche psychiatrische Krankenpflege und Ergotherapie

Einleitung	
<i>Jörg Holke</i>	187
Ergebnisse der Evaluation Soziotherapie	
<i>Ulrich Krüger</i>	190
Ergotherapie in der psychiatrischen Versorgung	
<i>Angela Döring</i>	199
Häusliche psychiatrische Krankenpflege in Bremen	
<i>Wolfgang Faulbaum-Decke</i>	202
Ambulante medizinische Rehabilitation in Neuss	
<i>Irmgard Beyer</i>	208

IV. Regionalbudget, Sozialraumbudget

Einleitung	
<i>Matthias Rosemann</i>	212
Regionales Psychiatriebudget – SGB V – in Geesthacht	
<i>Matthias Heißler</i>	215

Regionales Budget in Frankfurt <i>Hans-Joachim Kirschenbauer</i>	227
Projekt Regionales Budget in Berlin-Reinickendorf <i>Matthias Rosemann</i>	235
Psychiatriebudget in der Hansestadt Rostock <i>Ingmar Steinhart, Torsten Benz</i>	244
V. Innovative Leistungserbringung: Ambulante statt stationäre Hilfen	
Einleitung <i>Rainer Hölzke</i>	261
Hometreatment und Netzmanagement im Rahmen der Integrierten Versorgung in München <i>Gabriele Krack</i>	263
Ambulante Rehabilitation Psychisch Kranker – fortgeschriebene RPK-Empfehlungsvereinbarung <i>Wolfgang Weig</i>	269
Wohnen und ambulante Komplexleistung – was aus einem Heim in Hamburg wurde <i>Rainer Hölzke</i>	273
VI. Arbeit und Beschäftigung: Assessment, Hilfeplanung, Begutachtung oder das Bermuda-Dreieck der Rehabilitation	
Einleitung <i>Peter Kruckenberg</i>	280
Organisation von Hilfeplanung in der Optionskommune Ostvorpommern <i>Armin Schönfelder</i>	283
Zusammenarbeit mit den ARGE-Fallmanagern in Bielefeld <i>Gudrun Dobslaw</i>	290
Assessment für die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung in Bremen <i>Henning Vossberg</i>	300

Assessment, Hilfeplanung, Begutachtung – Das Bermudadreieck der Rehabilitation <i>Peter Kruckenberg</i>	313
Weiterentwicklung des IBRP: Mehr zum Bereich Arbeit und Berücksichtigung des ICF <i>Petra Gromann</i>	323
VII. Steuerung in Diensten und Einrichtungen	
Einleitung <i>Reinhard Peukert</i>	328
Bremer Erfahrungen <i>Peter Kruckenberg</i>	331
Betriebliche Umsetzung in einem gegliederten Versorgungssystem <i>Michael Welschehold</i>	337
Abschluss und Fazit	
»Die Aussichtslosen wegrationalisieren?« – Zukünftige Kernaufgaben der Psychiatriereform <i>Regina Schmidt-Zadel</i>	345
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	348
Veröffentlichungen der APK	351

Worauf Du Dich verlassen kannst!

Regina Schmidt-Zadel

Meine Damen und Herren,

heute und morgen geht es um Fragen der Steuerung von Hilfen für psychisch kranke Menschen:

- Steuerung über Gesetze, Verordnungen und Vereinbarungen,
- Steuerung über finanzielle Anreize,
- Steuerung über Absprachen, Konferenzen und Gremienbeschlüsse,
- Steuerung über einzelfallbezogene Koordination und Begleitung.

Wir sollten bei dem etwas technischen Begriff »Steuerung«, bei manchmal sehr abstrakten rechtlichen Formulierungen und bei Begriffen aus der Ökonomie wie »Management«, »Budget« usw. nie vergessen, worum es uns eigentlich geht:

Um Menschen in Not, die Anspruch auf Unterstützung haben, und das

- so schnell wie möglich,
- so einfach wie möglich
- und so gut wie möglich.

Ich weiß, dass in einer Zeit, in der alle Bereiche unseres sozialen Sicherungssystems finanziell unter Druck stehen, auch ein vierter Aspekt eine Rolle spielt:

- so billig wie möglich.

Unsere Überzeugung bei der AKTION PSYCHISCH KRANKE ist allerdings, dass sich bei Beachtung der ersten drei Merkmale (so schnell, so einfach, so gut wie möglich), automatisch die kostengünstigste Lösung ergibt.

Grundfalsch dagegen wäre es – leider muss ich sagen »ist es«, von hinten anzufangen und erst zu fragen,

- wie viel will ich ausgeben? – oder: wie viel will ich sparen?
- und dann: Was ist für dieses Geld noch möglich?

Das Ergebnis sind in diesem Fall die allbekannten Abgrenzungsdiskussionen, Verschiebebahnhöfe, Warteschlangen und Teillösungen.

Eine solche Vorgehensweise bedeutet eine unzumutbare Zusatzbelastung für den psychisch kranken Menschen, seine Angehörigen und Bezugspersonen und – und das ist das Absurde an der Geschichte – in der Regel auch Mehrkosten. So etwas ist eine klassische Fehlsteuerung:

Ich warte, bis sich die Probleme bis zu einem unübersehbaren Maximum aufstauen, stopfe dann nur einzelne Löcher und warte wieder, bis die Probleme eskalieren. Um den Rest sollen sich andere kümmern.

Wir können allerdings den Spieß auch nicht einfach umdrehen und sagen:

Alles, was hilft oder helfen könnte, wird eingesetzt – um die Kosten kümmern wir uns nicht. Solange alles eine ›Pflichtleistung‹ ist, werden die Geldmittel schon aufgebracht.

Darum geht es also:

Eine intelligente Steuerung, die den Bedarf des einzelnen Menschen in den Vordergrund stellt, sich dabei aber auch um Kostenfolgen kümmert und entsprechend um maximale Effizienz.

Bei der ›Effizienz‹ geht es immer um beide Aspekte:

- den Effekt, das Ergebnis, die Qualität
- und die dafür erforderlichen Mittel.

Wenn ich das Gleiche mit geringeren Mitteln erreichen kann, ist die Hilfe effizienter.

Wichtig ist daher, dass wir zunächst einmal klarstellen, was wir erreichen wollen.

Wir wollen, dass Hilfen für psychisch kranke Menschen folgende Merkmale aufweisen:

- leicht zugänglich
- passgenau und bedarfsgerecht
- transparent für alle Beteiligten, vor allem für die Nutzer
- und möglichst effizient.

Zentrale Steuerungsanliegen, um das zu erreichen, sind

- a) die Stärkung der Nutzerinnen und Nutzer,
- b) die Verlässlichkeit der Hilfen,
- c) die Verbesserung von Koordination und Kooperation,
- d) die Stärkung des ambulanten Bereichs,
- e) und eine an Ergebnissen orientierte transparente Hilfeleistung.

Eine auf diese Qualitätsziele gerichtete Steuerung muss auf der Ebene

- des Einzelfalls,
- der Organisation bzw. der Einrichtungen
- und der Region

verfolgt werden.

Ich möchte dazu nur wenige Stichworte geben und den Rest den weiteren Fachvorträgen überlassen.

Zur Stärkung der Nutzerinnen und Nutzer

Wir müssen von der Planung von Hilfen über die Abstimmung während der Hilfeleistung bis zur Auswertung der Hilfen immer die hilfeschende Person in den Mittelpunkt stellen, ihren Bedarf, ihre Ziele und ihre Wünsche.

Wer das bürokratisch nennt oder sich darüber beklagt, dass das zu viel Zeit kostet, oder meint, dass sei nicht seine Aufgabe, der ist den alten Strukturen verhaftet, die wir ändern wollen und müssen. Das gilt für Leistungsträger und Leistungserbringer. Immer noch steht viel zu häufig die Frage im Vordergrund: Was muss ich angesichts meines Auftrags leisten und was darf ich nicht, weil dafür andere zuständig sind?

Wir brauchen Verantwortliche, die fragen:

Was braucht dieser kranke oder behinderte Mensch, was kann ich dazu beitragen und wie Sorge ich dafür, dass alle erforderlichen Hilfen erfolgen?

Ob man es ›Gesamtplan‹ nennt, ›Case-Management‹, ›koordinierende Bezugsperson‹ oder anders: Vordringlich ist, dass mit dem Hilfesuchenden über Zuständigkeitsgrenzen hinweg ein Weg zu erforderlichen Hilfen gefunden wird. Das ›Wer und wie‹ werden wir auf dieser Tagung erörtern.

Zur Verlässlichkeit der Hilfen

Wir wissen, dass es auch bei einem offenkundigen Bedarf von Behandlung, Hilfe zur Teilhabe oder sonstigen Hilfen für Leistungsträger und Leistungserbringer bisweilen Bestrebungen gibt, Klienten abzuweisen oder auf die lange Bank zu schieben.

Durch das SGB IX sind die Rechte der Nutzerinnen und Nutzer erheblich gestärkt worden: Egal, bei welchem Leistungsträger Hilfen zur Teilhabe beantragt werden: In kurzer Zeit müssen die Leistungsträger unter sich klären, wer zuständig ist, und welche Hilfen geleistet werden.

Unterbleibt ein solcher fristgerechter Bescheid, kann der Hilfesuchende sich die Hilfen selbst organisieren und erhält Anspruch auf Kostenerstattung.

Warum funktioniert es oft noch nicht, trotz dieser eindeutigen Rechtslage?

Mit Sorge sehe ich nach wie vor Fehlbedarfe vor allem im ambulanten Bereich, zum Beispiel bei

- medizinischer Rehabilitation für schwer psychisch kranke Menschen
- ambulanter Soziotherapie
- häuslicher psychiatrischer Krankenpflege

Vielerorts werden sogenannte ›freiwillige Leistungen‹ der Kommunen für psychisch kranke Menschen eingeschränkt, zum Beispiel:

- Kontakt- und Beratungsstellen
- Suchtberatung
- Sozialpsychiatrischer Dienst

Psychiatrische Kliniken werden privatisiert, ihre Kontrolle dadurch erschwert.

Die Landesregierung in Niedersachsen hat unlängst beschlossen, alle psychiatrischen Kliniken zu privatisieren.

Ich möchte hier aus dem Brief der Heimbeiräte der psychiatrischen Wohnheime der AWO-Trialog gmbH in Niedersachsen zitieren:

*»Sehr geehrte Frau Ministerin von der Leyen,
mit Skepsis und Unbehagen verfolgen wir die Pläne des niedersächsischen Ministeriums für Jugend, Frauen, Soziales und Gesundheit, die Landeskrankenhäuser zu privatisieren, sprich: zu verkaufen.*

*Wir als Betroffene fühlen uns übergangen, nicht wahrgenommen und diskriminiert:
Ein Landeskrankenhaus ist mehr als eine Immobilie, ist mehr als seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – es ist vor allem ein soziales Gefüge, ein Entfaltungs- und Ermöglichungs-, ein Erprobungsraum (den viele von uns immer wieder in Anspruch nehmen müssen), den man nicht einfach so ›verkaufen‹ oder an den Meistbietenden ›versteigern‹ kann.«*

Meine Damen und Herren, wir haben nach langen, langen Verhandlungen die Psych-PV als Regelung von Qualität und Finanzierung durchsetzen können. Grund war, dass wir ein besonderes Schutzbedürfnis der psychisch Kranken gesehen haben und die Psychiatrie deshalb nicht in der allgemeinen Krankenhausgesetzgebung und -finanzierung belassen wollten.

Diese Sonderregelung für die psychiatrische Krankenhausbehandlung ist in den beiden letzten Gesundheitsreformen ausdrücklich bestätigt und verfestigt worden.

Deshalb gibt es in der Psychiatrie auch keine Fallpauschalen.

Die Psychiatrie ist ein besonderer Behandlungsbereich. Darin ist den Psychiatrieerfahrenen von Niedersachsen nur zuzustimmen.

Wir müssen alles daran setzen, dass die erreichte Qualität erhalten wird. Dazu gehört auch die regionale Pflichtversorgung des Krankenhauses, die Kooperation mit den Gemeindepsychiatrischen Verbänden und die Einbeziehung in die regionale Versorgungsplanung.

Unter diesen Prämissen werden wir gern mit privaten Krankenhausträgern zusammenarbeiten. Wenn jedoch wirtschaftliche Aspekte die qualitativen dominieren, werden wir nicht tatenlos zusehen.

Meine Damen und Herren, ich werde die anderen Punkte nicht mehr einzeln ansprechen. Die Entwicklung von »Koordination« und »Transparenz« wird in den weiteren Diskussionen eingehend erörtert.

Die Stärkung des ambulanten Bereichs geht uns viel zu langsam. Daran wird sich der Erfolg aller Steuerung wahrscheinlich am besten messen lassen: Ob es gelingt, bedarfsgerechte ambulante Komplexleistungen zu ermöglichen.

»Personenzentriert statt angebotsorientiert« ist die Leitlinie.

Ich wünsche uns allen eine anregende und ergebnisreiche Tagung.

Personenzentrierte Hilfen zur Teilhabe – individuell, integriert und zielorientiert

Karin Knufmann-Happe, Heinrich Tiemann

Einleitung

Ich darf Ihnen die herzlichen Grüße von Herrn Staatssekretär Heinrich Tiemann überbringen. Er hat sehr gerne die Einladung, den Eingangsbeitrag der Jahrestagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE zu halten, angenommen und er bedauert, aufgrund nicht vorhersehbarer Verpflichtungen heute nicht bei Ihnen sein zu können.

»Worauf du dich verlassen kannst! – Gute Praxis und Ökonomie verbinden«

der Titel Ihrer diesjährigen Tagung blickt nach vorne. Er spricht prägnant, offensiv und optimistisch die Herausforderungen aus, die es anzupacken gilt. Er macht deutlich, dass dem wirtschaftlichen Einsatz der Ressourcen künftig noch mehr Beachtung zukommen muss. Er macht aber auch deutlich, dass die Fortentwicklung von sozialen Leistungsstrukturen nicht allein wirtschaftlichen Zwängen unterliegen darf. Es geht darum, die Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen zielgenau und effizient zu erbringen.

Auch in Zeiten angespannter Kassen gilt: Chronisch kranke und behinderte Menschen müssen sich darauf verlassen können, dass sie die zu ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft individuell erforderlichen Leistungen rasch und ungeschmälert von den Sozialleistungsträgern erhalten. Das ist das Ziel, das im Spannungsfeld von guter Praxis und Ökonomie erreicht werden muss.

Kostenentwicklung

Die Kostenentwicklung in der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen macht deutlich, dass Handlungsbedarf besteht. Die Aufwendungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung haben sich von 1993 bis 2003 – d. h. innerhalb von nur zehn Jahren – nahezu verdoppelt. Die Sozialhilfeträger haben im Jahr 2003 rd. 10 Mrd. Euro für Leistungen der Eingliederungshilfe aufgewendet. Damit ist die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen heute die umfangreichste Position unter den Hilfearten der Sozialhilfe.

Dabei darf man nicht aus den Augen verlieren: Die statistischen Daten zu Eingliederungshilfen umfassen derzeit auch die Aufwendungen für die Hilfen zum Lebensunterhalt. Exakte Angaben zum Umfang der Leistungen der Eingliederungshilfen werden erst vorliegen, wenn die mit dem SGB XII vorgesehene getrennte Datenerhebung erfolgt.

Dennoch: Es zeichnet sich hier eine Entwicklung ab, der wir offensiv begegnen müssen.

Dabei kann es aber nicht darum gehen, einfach den Rotstift anzusetzen, wie es der Entwurf der Länder für ein Kommunales Entlastungsgesetz vorsah. Der Bundestag hat erst kürzlich deutlich gemacht, dass es sich die Forderungen der Länder nicht zu eigen machen wird.

Es kann nicht sein, dass die Entscheidung, ob behinderte Menschen zwingend erforderliche Leistungen erhalten, nach Kassenlage getroffen wird.

Es muss vielmehr überprüft werden, ob die Finanzmittel für einzelne Leistungen wirksamer und wirtschaftlicher eingesetzt werden können.

Wir haben unser Ziel erreicht, wenn wir eine »win-win-Situation« schaffen: Vorteile für die Betroffenen sollen zugleich Vorteile für die Allgemeinheit bringen; nicht an, sondern mit Hilfe der Leistungen zur Teilhabe kann gespart werden.

Personenzentrierte Hilfen

Personenzentrierte Hilfen sind ein hoffnungsvoller Ansatz, um zu win-win-Situationen zu kommen. Sie verfolgen das Ziel einer bedarfsgerechten, lebensfeldbezogenen und effizienten Versorgung.

Die Idee der personenzentrierten Hilfen ist den hier Anwesenden bestens bekannt. Es ist die AKTION PSYCHISCH KRANKE, die den personenzentrierten Ansatz in der psychiatrischen Versorgung nach vorne getragen hat.

Seit der Psychiatrieenquete Mitte der 70er-Jahre ist die AKTION PSYCHISCH KRANKE führend bei der Erstellung von Konzeptionen zur Neu- und Umgestaltung von Hilfen für psychisch kranke Menschen. Dabei standen stets die schwer und chronisch psychisch Kranken und seelisch behinderten Menschen im Vordergrund. Jene also, die aufgrund ihrer Erkrankung häufig besondere Schwierigkeiten haben, eigenständig geeignete Hilfen aufzufinden und aufzusuchen. Diese Menschen benötigen in besonderem Maße ein offenes und flexibles System von Sozialleistungen, das auf die individuellen Bedürfnisse reagieren kann.

SGB IX

Der personenzentrierte Ansatz spiegelt sich eindrücklich in dem vor vier Jahren in Kraft getretenen SGB IX wieder und lässt sich auf die Formel bringen: weg von der institutionellen und maßnahmeorientierten Rehabilitation, hin zur individuellen, zielorientierten und funktionalen Rehabilitation.

Mit dem SGB IX wurde der Grundstein für ein bürgernahes Rehabilitations- und Teilhaberecht gelegt. Seine Regelungen sichern einen unbürokratischen und schnellen Zugang zu den erforderlichen Leistungen und eine individuell abgestimmte Leistungserbringung. Diesem Ziel dienen beispielsweise

- die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger,
- die Verpflichtung zur Kooperation der Rehabilitationsträger und zur Koordination der Leistungen sowie
- die Stärkung des Grundsatzes »ambulant vor stationär«.

Hervorheben möchte ich die Stärkung des Individualisierungsgrundsatzes durch gestärkte Wunsch- und Wahlrechte. Kritiker verkennen leider noch immer die Vorteile, die eine individuelle Konkretisierung und Selbstbestimmung für die Effektivität und die Effizienz von Sozialleistungen bringen. Sie halten die gestärkten Wunschrechte für einen Störfaktor im Leistungsgeschehen. Sie übersehen, dass individuelle Entscheidungen den Rehabilitationsprozess nicht verzögern, sondern ihn erst erfolgreich werden lassen. Ohne Berücksichtigung der Wünsche und der besonderen Bedürfnisse der psychisch kranken und behinderten Menschen, lässt sich die notwendige Mitwirkung der Betroffenen nicht gewinnen. Vor diesem Hintergrund ist die mit dem SGB IX eingeführte Leistungsform des Persönlichen Budgets ein weiterer Meilenstein auf dem Weg zu einer bedarfs- und personenzentrierten Sicherung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Mit dem SGB XII haben wir im vergangenen Jahr das persönliche Budget zu einer Komplexleistung ausgebaut, die sich bei entsprechendem Bedarf aus vielen Teilleistungen verschiedener Leistungsträger zusammensetzt.

Das hierzu in der Budgetverordnung geregelte Verfahren der Leistungserbringung sorgt dafür, dass die leistungsberechtigten Menschen mit den Sozialleistungsträgern auf gleicher Augenhöhe ihre jeweiligen Leistungsziele ganz individuell vereinbaren. So wandelt sich die angebotsorientierte und einrichtungsbezogene Hilfe zur bedarfsorientierten und personenzentrierten Hilfe.

Perspektive

Trotz der unstrittigen Erfolge der Psychiatriereform und der daran anknüpfenden Gesetzgebung sowie der engagierten Arbeit der an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Menschen, der Betroffenen und ihrer Angehörigen konnte die gesellschaftliche Ausgrenzung psychisch Kranker bis heute immer noch nicht vollständig überwunden werden.

Ein Meilenstein der Gemeindepsychiatrie war die Lösung chronisch psychisch Kranker vom psychiatrischen Krankenhaus, gefolgt von dem Versuch der sozialen Integration in die Gemeinde. Dies gelingt leider noch sehr zögerlich. Trotz bestehender Kontakte zu gemeindepsychiatrischen Institutionen haben viele Betroffene nach wie vor große Probleme, wenn es darum geht, eine Beschäftigung oder eine Wohnung zu finden. So realisiert sich die ursprüngliche Idee der »Gemeindepsychiatrie« vielerorts eher als »Psychiatriegemeinde« mit vom »wirklichen« Leben abgegrenzten Wohn-, Arbeits- und Freizeitstädten für psychisch kranke Menschen. Das ist ein auch international zu beobachtendes Phänomen. Ein vom britischen Premierminister in Auftrag gegebener Bericht weist aus, dass Erwachsene mit psychischen Störungen

- nur zu 24 % erwerbstätig sind,
- doppelt so hohe Risiken haben, ihren Job zu verlieren,
- ein dreifach erhöhtes Risiko haben, erheblich verschuldet zu sein,
- häufig Mietrückstände haben und in Gefahr stehen, ihre Wohnung zu verlieren.

Auch die für Deutschland verfügbaren Daten zeigen, dass Therapie und Rehabilitation noch näher an die Lebenswelt der Betroffenen heranrücken müssen, um sie im »wirklichen« Leben zu unterstützen und zu fördern. Dazu bedarf es wirksamer Teilhabestrategien für die verschiedensten gesellschaftlichen Bereiche. Auch hier leistet die AKTION PSYCHISCH KRANKE mit ihrem Engagement wertvolle Arbeit: z. B. mit dem Projekt »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen«, das vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gefördert wird.

Der personenzentrierte Ansatz ist untrennbar mit der AKTION PSYCHISCH KRANKE verbunden. Er wird auch die künftigen Bemühungen um die Gestaltung wirksamer Hilfen zur Teilhabe seelisch kranker Menschen prägen. Denn dahinter steht eine einfache aber um so überzeugendere Forderung, nämlich: Der Mensch muss im Mittelpunkt stehen, nicht die Institution.

Teilhabe durch Persönliche Budgets

Karin Knufmann-Happe

Einleitung

Die Einführung von persönlichen Budgets als neue Leistungserbringsform wird von großem Optimismus, aber auch von Skepsis begleitet. Ich mache keinen Hehl daraus, dass ich zu den Optimisten zähle und sich meine Bemühungen darauf richten, dieser innovativen Leistungsform zum Durchbruch zu verhelfen.

Teilhabe

Wie der Titel meines Vortrags bereits zum Ausdruck bringt, dienen Persönliche Budgets der Förderung und Sicherung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Dahinter steht der Paradigmenwechsel in der Politik für behinderte Menschen: weg von fremdbestimmter Fürsorge hin zu selbstbestimmter Teilhabe. Denn behinderte Menschen haben wie alle Menschen ein Recht darauf, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen. Auch Menschen mit Behinderungen fügen sich nicht mehr bedingungslos in die Lebensumstände, die andere für sie vorgesehen haben. Für den Sozialleistungsbereich haben wir diese Sichtweise vor vier Jahren mit dem SGB IX vollzogen. Der in das Gesetz übernommene Begriff der Teilhabe – ICF »participation« – ist der Zentralbegriff der von der WHO im Mai 2001 beschlossenen »Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit«. Die ICF orientiert sich nicht an Defiziten, sondern rückt das Ziel der Teilhabe an den verschiedenen Lebensbereichen in den Vordergrund. Den Weg zu diesem Ziel sollen nach den Vorgaben des SGB IX behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen möglichst weitgehend selbst bestimmen.

SGB IX

Um dies zu verwirklichen, hat das SGB IX die Rechtspositionen behinderter Menschen gestärkt, insbesondere durch den Ausbau der Wunsch- und Wahlrechte. Hinzu kommen vielfältige Instrumente und Verpflichtungen der Rehabilitationsträger, die ein Teilhabemanagement sicherstellen sollen. Eine gelungene Koordination der Leistungen und Kooperation der Reha-

bilitationsträger führt im Ergebnis dazu, dass die Leistungserbringung aus Sicht der Bürgerinnen und Bürger »wie aus einer Hand« erfolgt. Dem dienen beispielsweise die gemeinsamen Servicestellen und die gemeinsamen Empfehlungen sowie die Vorschriften über das Zusammenwirken der Leistungen und die Zusammenarbeit der Leistungsträger.

Sachleistungsprinzip

Der Blick auf das Selbstverständnis von Menschen mit Behinderungen führt darüber hinaus zwangsläufig dazu, dass auch über die Form der Leistungserbringung nachgedacht werden muss. Das in den meisten Sozialleistungsbereichen geltende Sachleistungsprinzip stößt naturgemäß an seine Grenzen, wenn es um die Förderung der Selbstbestimmung geht. Auch Wahlmöglichkeiten sind begrenzt, wenn Leistungsansprüche über den Weg der Sachleistung erfüllt werden.

Einführung des Persönlichen Budgets

Deshalb erhielten die Rehabilitationsträger bereits mit Inkrafttreten des SGB IX am 1. Juli 2001 die Möglichkeit, Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe durch Persönliche Budgets auszuführen. Dabei handelt es sich nicht um eine deutsche Erfindung. Viele andere europäische Nachbarn sammeln schon seit Jahren positive Erfahrungen mit Budgets, so etwa die Niederlande und Großbritannien. Mit den Persönlichen Budgets können die Leistungsberechtigten anstelle der Sachleistung eine pauschalierte Geld- oder Gutscheineistung erhalten, mit der sie die benötigten Leistungen selbst auswählen, organisieren und einkaufen. Die Budgetnehmer erhalten so insbesondere größere Wahlmöglichkeiten unter den Anbietern und größere Mitspracherechte bzgl. des Zeitpunkts und der Art der Leistungen. Sie sind weniger abhängig und können ihren Tagesablauf selbst bestimmen – eine wesentliche Voraussetzung für die selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Ausbau durch SGB XII

Nicht nur das Sachleistungsprinzip stößt an seine Grenzen. Ähnliches gilt auch für das gegliederte System. Das angestrebte Ziel der »Leistungserbringung aus einer Hand« gelingt nicht immer. Trotz der gesetzlichen Verpflichtung zur Zusammenarbeit hat sich gezeigt, dass es den Leistungsträ-

gern häufig nicht gelingt, Abgrenzungsprobleme einvernehmlich zu klären. Schnittstellenprobleme tauchen vor allem dann auf, wenn Bürgerinnen und Bürger einen komplexen Hilfebedarf haben, für den mehrere Leistungsträger zuständig sind.

Dies ist ein Grund dafür, weshalb wir die Leistungsform Persönlicher Budgets im Zuge der Sozialhilfereform, aber mit Wirkung bereits ab 1. Juli 2004, fortentwickelt und dabei insbesondere auch Regelungen zu trägerübergreifenden Gesamtbudgets getroffen haben.

In trägerübergreifende Persönliche Budgets können nun außer den Leistungen zur Teilhabe insbesondere auch Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Hilfe zur Pflege der Sozialhilfeträger einbezogen werden. Kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen werden hierdurch stärker als bisher unterstützt, ein möglichst selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben führen zu können.

Das klassische Leistungsdreieck zwischen Leistungsträger, Leistungsempfänger und Leistungserbringer wird aufgelöst. Behinderte Menschen werden zu Kundinnen und Kunden, deren Wünsche Auswirkungen auf die Angebotsstruktur des Marktes haben. Sie bestimmen – wenn nötig, mit entsprechender Beratung –, was sie an Leistungen benötigen, organisieren diese selbst und bekommen im Persönlichen Budget die Mittel zum Einkauf solcher Leistungen zur Verfügung gestellt. Dies führt zu maßgeschneiderten Leistungen, die genau auf die jeweilige Bedarfssituation abgestimmt werden können.

Die Leistungsform des Persönlichen Budgets steht allen behinderten Menschen offen und zwar unabhängig von der Art und grundsätzlich auch der Schwere der Behinderung und unabhängig von der Art der benötigten Leistungen. Es kann allein, aber auch neben stationären und ambulanten Sachleistungen bewilligt werden. Daraus wird aber auch deutlich: als Leistungsform sind Persönliche Budgets nur insoweit geeignet, als behinderte Menschen sie mit einem Mindestmaß an Eigenverantwortung selbst verwalten können. Dies kann man nicht pauschal für bestimmte Personengruppen entscheiden, sondern nur ganz individuell. Und selbstverständlich wird niemand gezwungen, ein Persönliches Budget in Anspruch zu nehmen. Leistungen in Form Persönlicher Budgets sind deshalb antragsabhängig. Wenn allerdings ein Antrag gestellt worden ist, dann ist ihm nach pflichtgemäßem Ermessen auch Rechnung zu tragen. Niemand wird jedoch auf Dauer gebunden. Deshalb kann man sich auch später wieder gegen das Budget entscheiden.

Vonseiten der Verbände behinderter Menschen wird häufig die Befürchtung geäußert, die Budgets könnten nicht ausreichen, um bedarfsgerechte Hilfe sicherzustellen; das Bedarfsdeckungsprinzip der Sozialhilfe sei in Gefahr. Dem ist keineswegs so. Die Bedarfsgerechtigkeit steht an oberster Stelle. Das gilt auch, wenn mit einem Persönlichen Budget Assistenzleistungen organisiert werden sollen, sei es eine Arbeitsassistenz oder eine persönliche Assistenz. Und ebenso gehören Assistenzleistungen dazu, die benötigt werden, um den Budgetnehmern den Umgang mit dem Budget zu ermöglichen.

Selbstverständlich sind mit der Leistungsform des Persönlichen Budgets auch Erwartungen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung verbunden. Ich hatte gestern auf die prekäre Finanzsituation in der Eingliederungshilfe hingewiesen und dargelegt, dass das Leistungsgefüge darauf überprüft werden muss, ob die Finanzmittel für einzelne Leistungen wirksamer und wirtschaftlicher eingesetzt werden können.

Persönliche Budgets können in diesem Sinne einen Lösungsansatz darstellen, können »Gute Praxis und Ökonomie verbinden«. Wenn es z. B. mit Persönlichen Budgets gelingt, den bisher notwendig erscheinenden Ausbau stationärer Strukturen zu beeinflussen, ambulante Alternativen auszubauen und sowie längerfristig stationäre Strukturen vielleicht teilweise sogar entbehrlich zu machen, könnte hierdurch dem Kostenanstieg in der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen effizient entgegengewirkt werden. Dabei ist selbstverständlich, dass nicht alle stationären Angebote ersetzt werden sollen und auch nicht ersetzt werden können. Ich sage das auch, weil ich Befürchtungen der Leistungsanbieter kenne, die durch die Einführung von Persönlichen Budgets ihre Inanspruchnahme und die Vergütung der von Ihnen erbrachten Leistungen in Gefahr sehen.

Herr Prof. Kunze hat gestern beeindruckend klar und nachvollziehbar die unterschiedlichen Interessen der Beteiligten und die daraus resultierenden Zielkonflikte angesprochen. Davor darf man die Augen nicht verschließen.

Mit der Etablierung von Persönlichen Budgets wird sich der Markt für soziale Dienstleistungen sicher verändern. Die Budgetnehmer werden ein anderes Bewusstsein für das Preis-Leistungs-Verhältnis entwickeln, als sie das bei der Inanspruchnahme von Sachleistungen hatten. Die Leistungsanbieter können dies aber auch als Chance begreifen. Denn sie sind freier in der Gestaltung ihrer Angebote und ihrer Kalkulation.

Die Modelle des »Trägerübergreifenden Persönliche Budgets« stellen alle Beteiligten vor große Herausforderungen: behinderte Menschen, Leistungsträger und Leistungserbringer. Viele Fragen sind offen. Das betrifft

insbesondere die Frage: »Welche Leistungen eignen sich für welchen Personenkreis?« Deshalb werden in acht Modellregionen bis zum 31. Dezember 2007 Verfahren zur Bemessung von budgetfähigen Leistungen in Geld und die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen unter wissenschaftlicher Begleitung und Auswertung erprobt. Während dieser Zeit sind persönliche Budgets eine Ermessensleistung – bundesweit, nicht nur in den Modellregionen. Ab 2008 besteht ein Rechtsanspruch darauf, Leistungen zur Teilhabe und die jetzt einbezogenen verwandten Leistungen in Form Persönlicher Budgets zu erhalten.

Wir haben bewusst ganz unterschiedlichen Regionen Gelegenheit zur Beteiligung gegeben, damit alle möglichen Ausgestaltungen z. B. auch von persönlicher Assistenz einschließlich der Organisations- und Finanzierungsformen erfasst werden können. Wir wollen möglichst weitgehend die Fall- und Lebensgestaltungen behinderter Menschen einbeziehen, entsprechend der Art und der Schwere der Behinderung, ihrem Bedarf und den für sie zuständigen Leistungsträger. Der Teilnehmerkreis sollte auch in den einzelnen Modellregionen möglichst groß sein und die unterschiedlichen auch geschlechtsspezifischen Bedarfe umfassen, um bei Umsetzung der Leistungen in Preise zu richtigen Ergebnissen zu kommen.

Der bisherige Stand der Evaluierung belegt die Vorbehalte, die es aufseiten von Bürgerinnen und Bürgern und manchmal auch bei den Vertretern behinderter Menschen gibt. Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen werden teilweise gegen das Persönliche Budget beraten. Bei ihnen werden Befürchtungen geweckt, die dazu führen, dass Persönliche Budgets bisher sehr zurückhaltend in Anspruch genommen werden. Deshalb möchte ich an Sie appellieren, Ihren Beitrag dazu zu leisten, diese innovative Leistungsform nach vorn zu bringen. Sie nicht allein unter dem Gesichtspunkt von Kosteneinsparungen zu diskutieren. Zeigen Sie den Menschen auf, welche Vorteile Persönliche Budgets ihnen bieten können! Nehmen Sie Ihnen die Befürchtung, mit Persönlichen Budgets könnten Nachteile für sie verbunden sein! Unterstützen Sie sie bei Ihrem Streben nach Selbstbestimmung.

Ohne Moss nix los?!

Zur Rolle des Landes in Zeiten des knappen Geldes

Jörg Osmers, Susanne Nöcker

Noch immer herrscht die Ansicht vor, dass für die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung mehr Geld erforderlich ist. Absicht dieses Beitrages ist es, aufzuzeigen, dass Verbesserungen auch ohne die Erhöhung finanzieller Ressourcen möglich sind.

Ausgangslage

Die Ausgangslage lässt sich wie folgt beschreiben:

Derzeit gibt es Über- und Unterversorgung psychisch kranker Menschen, strukturelle Überversorgung von Menschen mit »mittlerem Hilfebedarf« und strukturelle Unterversorgung von Menschen mit »komplexem Hilfebedarf«.

Außerdem ist der Bedarf regional unterschiedlich verteilt.

Unser Ziel ist die Sicherstellung der Versorgung gerade auch für psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf, für die es derzeit häufig keine angemessenen personenzentrierten Angebote gibt.

Zusätzliches Geld ist nicht absehbar, die Verbesserung der Versorgung muss im bestehenden Finanzrahmen erfolgen. Es wird derzeit viel Geld bewegt, wegen fehlender Kooperation und Vernetzung besteht weiterer Optimierungsbedarf.

Das Land Hessen finanziert aus Steuermitteln folgende Bereiche der Psychiatrie:

Im Rahmen der Krankenhausförderung werden Mittel bereitgestellt, den Maßregelvollzug finanziert das Land komplett, sowohl den investiven Bereich als auch den laufenden Betrieb mit ca. 55 Mio. Euro jährlich.

Der Landeswohlfahrtsverband Hessen als überörtlicher Sozialhilfeträger wendet ca. 28 000 000 Mio. Euro für die Eingliederungshilfe auf, die Kommunen als örtlicher Sozialhilfeträger ca. 5–10 % der LWV Kosten.

Den Gestaltungsspielraum möchte ich an drei Beispielen erläutern:

- Beispiel 1: Verbesserung der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie
- Beispiel 2: Bessere Kooperation zwischen forensischer und allgemeiner Psychiatrie
- Beispiel 3: Steuerung auf örtlicher Ebene

Beispiel 1: Verbesserung der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

Das Projekt des Hessischen Sozialministeriums (HSM), Abteilung Jugendhilfe und Gesundheit, läuft bis 3/2006 mit überregionalen Fachtagungen und regionalen Projekten, dafür werden (nur) 12 000 Euro aufgewendet. Die Verbesserung der Kooperation ist notwendig wegen der steigenden Zahl von Kindern und Jugendlichen, die aufgrund ihres komplexen Hilfebedarfs Leistungen aus beiden Hilfesystemen benötigen, zunehmend auch gleichzeitig. Grundlage für die Zusammenarbeit der beiden Hilfesysteme ist der § 36 SGB VIII. Beide Hilfesysteme sehen »Gesamtpläne« vor (Personenzentrierte Hilfen, vgl. § 36 SGB VIII), die Federführung liegt beim Jugendamt als örtlichem Träger der Jugendhilfe.

Ziel ist die Regelung verbindlicher Kooperationsstrukturen, die jeweils vor Ort umgesetzt und ausgestaltet werden. Dies wird unterstützt durch überregionale Fachdialoge und Fortbildungen:

Auftaktveranstaltung am 03.11.2004

Drei Fachtagungen in 2005

- Diagnostik und Früherkennung
- Interventionen in der Arbeit mit dissozialen Jugendlichen
- Prävention am Beispiel von Kindern psychisch kranker oder suchtkranker Eltern

Die Abschlussveranstaltung findet im März 2006 statt.

Regionale Projekte gibt es in sechs Gebietskörperschaften (Vogelsbergkreis, Hochtaunuskreis, Stadt Wiesbaden, Landkreis Groß-Gerau, Stadt und Landkreis Kassel, Stadt Frankfurt) mit unterschiedlichen Schwerpunkten z. B. Abschluss einer Kooperationsvereinbarung, Bestandsaufnahme aller Angebote, Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen, Zusammenarbeit mit Justiz.

Beispiel 2: Bessere Kooperation zwischen forensischer und allgemeiner Psychiatrie

Ausgangslage

Die allgemeine und die forensische Psychiatrie haben sich den vergangenen Jahren auseinander entwickelt. Während es im Bereich der allgemeinen Psychiatrie in den vergangenen Jahrzehnten einen massiven Bettenabbau, steigende

Fallzahlen und enorme Verkürzungen der Verweildauer sowie den Aufbau und Ausbau des gemeindepsychiatrischen Systems gegeben hat, ist im Bereich der forensischen Psychiatrie die gegenläufige Entwicklung festzustellen, nämlich kontinuierlich steigende Zugangszahlen sowie Verlängerung der Verweildauern und damit steigende Belegung.

Im Bereich des Maßregelvollzuges nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) – psychisch kranke Rechtsbrecher – ist die jährliche Zahl der untergebrachten Patienten in Hessen von 1992 bis 2004 von 273 auf 385 belegte Betten/Plätze gestiegen bei einer mittleren Verweildauer von über vier Jahren. Im Bereich des § 64 StGB – suchtkranke Rechtsbrecher – stieg die Belegung von 1995 bis 2004 von 90 auf 237 Patienten. Die Verweildauer ist dem Grunde nach auf zwei Jahre befristet, orientiert sich jedoch auch an der Höhe der Strafe und kann deshalb über zwei Jahre hinausgehen.

Der Maßregelvollzug nach § 63 StGB findet derzeit in der forensischen Klinik Haina mit einer Außenstelle in Gießen (knapp 400 Plätze), in Eltville (18 Plätze) und in Hanau (15 Plätze) statt. Die Klinik in Eltville wird auf 57 Plätze erweitert, in Riedstadt wird eine neue Klinik mit 162 Plätzen errichtet. Im Bereich des § 64 StGB wird der Maßregelvollzug in Hadamar (235 Plätze) durchgeführt, in Bad Emstal-Merxhausen entsteht bis 2007 eine neue Klinik mit 84 Plätzen.

Die Gründe für den kontinuierlichen Belegungsanstieg sind vielfältig. Sicherlich haben die Auflösung der Langzeitstationen in psychiatrischen Fachkrankenhäusern (»Enthospitalisierung«), das Konzept »Therapie vor Strafe«, die Verschärfung der rechtlichen Anforderungen für die Entlassung aus dem Maßregelvollzug, und in der psychiatrischen Regelversorgung eine geringere Toleranz gegenüber »schwierigen« Patienten bzw. Angebotsorientierung, die unzureichende Realisierung der Versorgungsverpflichtung im gemeindepsychiatrischen Bereich dazu beigetragen. Zum Beispiel: Voraussetzungen für die Aufnahme in ein Heim bzw. Betreutes Wohnen sind Absprachefähigkeit, Kooperationsbereitschaft und der Fähigkeit zur Selbststeuerung. – Nicht alle Menschen, die diesen Anforderungen nicht genügen, landen in der Forensik, es kann auch der Strafvollzug sein oder die Obdachlosigkeit.

Patienten

Die Patienten des Maßregelvollzuges weisen bestimmte Charakteristika auf: 75 % haben Voraufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie, davon 24 % einmal, 38 % zwei- bis fünfmal, 38 % mehr als sechsmal. Davon waren 19 % freiwillig

in Behandlung, 51 % kamen mit Zwangseinweisung. Der Erkrankungsbeginn liegt im Schnitt über 16 Jahre zurück, 28 % begingen ihre Einweisungsdelikte während Behandlung durch die allgemeine Psychiatrie. Weitere Faktoren waren unter anderem fehlende Krankheitseinsicht und Compliance, Substanzmittelmissbrauch, impulsives selbst- und fremdaggressives acting out, Hostilität, fehlende Empathie, Dissozialität und Delinquenz. (FREESE 2004)

Die Entscheidungen sowohl über die Einweisung in als auch die Entlassung aus dem Maßregelvollzug werden von Gerichten getroffen, hierauf hat das Land keinen Einfluss und damit auch keine Steuerungsmöglichkeit.

Forensische Fachambulanzen

In Hessen gibt es seit vielen Jahren forensische Fachambulanzen, die 2001 in den Regelbetrieb überführt wurden und maßgeblich vom Land finanziert werden. Sie sind unabdingbare Voraussetzung bei der Vorbereitung der Entlassung, der Entlassung und der Nachbetreuung. Im Bereich des § 63 StGB werden die Klienten bei der bedingten Entlassung unter Führungsaufsicht gestellt und bekommen eine Zuweisung zur Ambulanz. Die Ambulanzen leisten in der Regel aufsuchende Arbeit und gehen dorthin, wo sich die Klienten aufhalten: zur Risikoeinschätzung bei jedem Kontakt und zur ambulanten (Kriminal-)therapie. Die Kooperation mit den betreuenden Einrichtungen ist gut. Die Ambulanzen haben erheblich dazu beigetragen, dass im Gegensatz zu anderen Bundesländern in Hessen die Entlassungsquoten gehalten werden konnten und der Verweildaueranstieg unterdurchschnittlich ist.

Forensische Nachsorge hat ein Doppelmandat, das der sozialen Kontrolle und das der Behandlung. Es liegt nicht in der Entscheidung des Klienten, ob er kooperiert oder nicht. Die Ergebnisse der Arbeit sind beeindruckend, die Wiederaufnahmequote mit Delikt liegt bei 8,2 %, das heißt, dass es mit dieser Art der Behandlung gelingt, Personen mit ausgesprochen komplexem Hilfebedarf im System der Gemeindepsychiatrie zu halten.

Der Maßregelvollzug bewegt sich im Spannungsfeld zwischen den legitimen Sicherheitsbedürfnissen der Bevölkerung und den therapeutischen Behandlungserfordernissen. Er steht im Licht der Öffentlichkeit, bei besonderen Vorkommnissen erfolgt breite Berichterstattung in den Medien, die nicht immer nur von Sachlichkeit geprägt ist. Dies hat zur Verunsicherung mit beigetragen. Hier gilt es, in einen ständigen Dialog mit der Öffentlichkeit einzutreten, um durch gezielte und kontinuierliche Informationen

Berührungängste abzubauen und zu einem verantwortlichen Umgang mit diesem Thema zu kommen. Mittlerweile sind an allen Standorten, wo es forensische Kliniken gibt, Beiräte eingerichtet worden, die ein Bindeglied zur Bevölkerung darstellen. Die Erfahrung zeigt, dass dies ein sehr wirksames Mittel ist, zu informieren, Vorbehalte abzubauen und damit zu einer Versachlichung der Diskussion beizutragen.

Projekt »Budget Haina«

Hintergrund des Projektes »Budget Haina« ist eine Konzeption zur Verhinderung von »forensischen Karrieren« und die Umstellung des Landeshaushaltes auf einen Produkthaushalt ab 2008.

Mit dem Projekt werden folgende Ziele verfolgt:

- Die Leistungen im Maßregelvollzug sollen wirtschaftlich effizienter erbracht werden.
- Die gemeindepsychiatrische und die forensische Versorgung in Hessen soll besser vernetzt und aufeinander abgestimmt werden, um so mittelfristig präventiv auf die Belegungsentwicklung wirken. Diese fachliche Zielsetzung aller Beteiligten soll auch durch ökonomische Anreize unterstützt werden.

Effizienzgewinne des Maßregelvollzuges sollen in ein finanzielles Anreizsystem eingehen. Das Jahres-Budget wird für z. B. 400 belegte Plätze vereinbart. Der Budget-Anteil für die angestrebte Unterschreitung der vereinbarten Belegung (minus x Betten/Plätze) wird als Effizienzdividende aufgeteilt: 50 % bleiben der Klinik für forensische Psychiatrie Haina zur freien Verfügung, 50 % gehen zurück ans Land für Präventionsmaßnahmen.

Es geht um die Qualifizierung der gemeindepsychiatrischen Angebote auch für den spezifischer Hilfebedarf von Personen, bei denen der Weg in die Forensik vorhersehbar wäre, und für die »Rückkehrer« in die Gemeindepsychiatrie.

Versorgungsdiskussion

Wichtig für die weiteren Diskussionen über eine verbesserte Versorgung ist eine Auseinandersetzung darüber, ob es im Vorfeld eines Deliktes und der Aufnahme in den Maßregelvollzug Möglichkeiten gibt, durch geeignete Interventionen diese im Einzelfall zu verhindern. Die Risikomerkmale sind

bei dieser Personengruppe schon sehr früh vorhanden, in der Regel gibt es bereits im Kindes- und Jugendalter entsprechende Hinweise. Die inzwischen wissenschaftlich erarbeiteten Diagnose-Instrumente werden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Erwachsenenpsychiatrie aber noch nicht angewendet. Es muss in einem Dialog zwischen den Systemen erreicht werden, gemeinsame Strategien der Prävention zu entwickeln, insbesondere auch mit der Kinder- und Jugendhilfe.

Zur psychiatrischen Versorgung gehören auch ambulante Hilfen für diejenigen, die auf Grund ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind, diese nachzusuchen. So viel Hilfe zur Selbsthilfe und Selbstbestimmung wie möglich, aber auch Hilfen für die, die nicht in der Lage sind, von sich aus um Hilfe zu suchen und anzunehmen.

Es besteht derzeit keine ausreichende rechtliche Handhabe, bereits im Vorfeld von krisenhaften Verläufen tätig zu werden. Die Eskalation geht dann so lange, bis es zu einem stationären Unterbringungsbeschluss gemäß dem Hessischen Freiheitsentziehungsgesetz (HFEG) kommt oder eben einem Delikt, das zur Unterbringung im Maßregelvollzug führt oder in einer Justizvollzugsanstalt.

Die Instrumente und Strategien, wie sie in der forensischen Nachsorge entwickelt worden sind, sind breiter einzusetzen als nur in diesen Angeboten. Auch die Gemeindepsychiatrie hat den Auftrag, adäquate Angebote für Personen im Vorfeld der Forensik oder auf dem Weg zurück zur Verfügung zu stellen. In Hessen wurde in den vergangenen zwei Jahren ein Projekt zur Implementation personenbezogener Hilfen und Steuerung auf örtlicher Ebene durchgeführt, an dem zehn hessische Gebietskörperschaften teilgenommen haben. Besonders wichtig hierbei waren die Einführung von Hilfeplankonferenzen auf der Grundlage eines zuvor erstellten »Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes (IBRP)« sowie die Übernahme der regionalen Versorgungsverpflichtung. Dieses System ist grundsätzlich auch für die forensische Klientel geeignet, man wird sich jedoch auf Verfahren verständigen müssen, die den Besonderheiten der Situation Rechnung tragen, zum Beispiel legt das entlassende Gericht durchaus manchmal den Aufenthaltsort fest und nicht immer ist die Rückkehr in die Herkunftsgemeinde angezeigt. Die Rückkehr in die Gemeinde ist sinnvoll, aber nicht zwangsläufig in die Herkunftsgemeinde.

Es besteht breiter Konsens darüber, dass alle Hilfeleistungen bedürfnisorientiert und personenzentriert, die Versorgungsleistungen bedarfsgerecht und sozial verantwortlich gewährt werden sollen und die sozialen Dienstleis-

tungen wirkungsvoll und wirtschaftlich erbracht werden. Es bedarf passgenauer Angebote, die sich nicht in erster Linie am Konzept der Einrichtung orientieren. Und es braucht neue und spezialisierte Angebote für bestimmte Personengruppen, aber nicht gleich wieder neue Institutionen, denn damit würden in der Regel Ausgrenzungsmechanismen in Gang gesetzt (Entwurf Hessischer Psychiatrierahmenplan 2003).

Der Druck auf den Maßregelvollzug und den von der Öffentlichkeit geforderten Nachweis des Erfolgs der Maßnahmen hat in diesem Bereich zu vielfältigen Forschungsaktivitäten geführt, in denen eindeutig belegt wird, welches wirksame Behandlungskonzepte sind. Auch in der allgemeinen Psychiatrie gibt es neue Erkenntnisse. Darüber muss ein Austausch stattfinden mit dem Ziel, sich auch wieder eine gemeinsame Sicht auf die Dinge zu erarbeiten. Dies wird nicht ohne Kontroversen gehen, ist aber mit Sicherheit sinnvoll und notwendig.

Auch die Diskussion mit der Kinder- und Jugendhilfe (siehe oben Beispiel 1) und der Suchthilfe muss geführt werden, sind doch die Personen, um die es hier geht, auch in diesen Systemen zu finden. Die Entwicklungen der letzten Jahre machen eine Neuorientierung notwendig. Dass der Patient bzw. Klient im Mittelpunkt aller Bemühung steht, ist unstrittig, das bedeutet aber auch eine erhöhte Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, wenn es geboten ist und nicht die kranken Menschen sich selbst zu überlassen. Manche würden sonst nie die Hilfen bekommen, die sie brauchen, um ein Leben in der Gemeinde führen zu können.

Beispiel 3: Steuerung auf örtlicher Ebene

In einem funktionierenden gemeindepsychiatrischen System muss auf örtlicher Ebene eine ordnende, planende und steuernde Funktion wahrgenommen werden. Dies ist eine kommunale Aufgabe der Sozialpsychiatrischen Dienste an den Gesundheitsämtern. Es werden bisher nicht für alle psychisch kranke Menschen adäquate Angebote vorgehalten, insbesondere fehlen ambulante Angebote für Personen mit komplexem Hilfebedarf. Deshalb muss die Planung und Steuerung sowie die Kooperation der an der Versorgung Beteiligten verbessert werden (KIRSCHENBAUER 2003).

Als Hintergrund sei ein Exkurs über die heutige Angebotsorientierung eingefügt:

Alle genehmigten und damit abrechenbaren Plätze sind in der Regel kontinuierlich belegt. Es entstehen Wartezeiten, die als Zeichen zur Begrün-

dung eines Mehrbedarfs gewertet werden. Der Leistungserbringer hat kein Interesse an häufigem Wechsel und an schneller Besserung der Störung/Behinderung/Einschränkung. Ständige »Neu-Konzeptionen« und wachsende Institutionen sind Konsequenzen der Ausweitung der Hilfsangebote. Die Energie der Leistungserbringer wird nicht ausreichend in die Qualitäts- inkl. Effizienz-Verbesserung der Versorgung umgesetzt.

Aus der Sicht des Hessischen Sozialministeriums ist es notwendig, die Struktur der psychiatrischen Versorgung zu verbessern. Die verschiedenen Angebote müssen nach dem Konzept personenzentrierter Hilfen besser aufeinander abgestimmt werden. Dazu sind auch neue Finanzierungsstrukturen und Anreizsysteme erforderlich. Dazu fördert das HSM die Projekte »Implementation & Co.« in Zusammenarbeit mit dem Landeswohlfahrtsverband, Kreisen und Städten sowie der AKTION PSYCHISCH KRANKE:

- Implementation personenzentrierter Hilfen in nunmehr zehn hessischen Gebietskörperschaften
- Planung, Steuerung und Finanzierung aus kommunaler Sicht
- Fragen der Bündelung der Leistungserbringung und -bemessung im sozialen Bereich.

Was ist zu tun?

Das Hilfesystem muss Angebote für alle vorhalten und insbesondere spezifische Hilfsangebote für Personen mit komplexem Hilfebedarf. Diese Hilfen sind gerade dann notwendig, wenn keine Einsicht in Hilfebedürftigkeit besteht. Dies erfordert die Verbesserung der Interventionsmöglichkeiten besonders im ambulanten Bereich.

Der Entwurf des Hessischen Psychiatrie-Rahmenplan sieht den Abschluss einer Zielvereinbarung zwischen den Kommunalen Spitzenverbänden, dem Landeswohlfahrtsverband Hessen und dem Land Hessen vor sowie die Entwicklung geeigneter Instrumente und Strategien zur Umsetzung.

Künftig soll in Hessen gelten:

- Hilfeleistungen – bedürfnisorientiert und personenzentriert
- Versorgungsleistungen – bedarfsgerecht und sozial verantwortlich
- Soziale Dienstleistung – wirkungsvoll und wirtschaftlich
- regionale Versorgungsverpflichtung!

Die Kommunalisierung im Bereich der gesamten Sozialpolitik bedeutet auch eine neue Rolle des Landes – Kooperation auf Augenhöhe mit den

anderen Beteiligten. Das Land muss künftig regionale Initiativen aufgreifen, befördern und auf Übertragbarkeit auf andere Regionen überprüfen. Es gibt noch genügend Verbesserungsmöglichkeiten im derzeit bestehenden finanziellen Rahmen.

Literaturangaben

FREESE R: Vortrag auf dem ÖGD Kongress in Marburg, 2004

HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM (Hg.): Hessischer Psychiatrie-Rahmenplan. Unveröffentlichter Entwurf. Wiesbaden, 2003

KIRSCHENBAUER H-J: Gemeindepsychiatrisches Steuerungs- und Finanzierungsmodell. o. O. 2003

Umsetzung und Weiterentwicklung des SGB IX

Karl Hermann Haack

Ich danke für die Einladung zu der heutigen Veranstaltung und für die Möglichkeit, hier noch einmal die Gelegenheit zu haben, auf das zurückzublicken, was wir in der Behindertenpolitik seit 1998 erreicht haben und einen Ausblick zu werfen auf das, was noch besser werden muss. Der Tag konnte für diese Aufgabe nicht besser gewählt sein. Das Grundgesetzgebot: »Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden« ist seit 1998 sehr viel stärker Realität im Leben behinderter und nichtbehinderter Menschen geworden. Ich bin der Meinung, dass wir zu Recht von einem Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik sprechen können. Zwei wichtige Gesetzeswerke sind in Kraft getreten, die diesen Paradigmenwechsel eingeleitet haben: das SGB IX aus dem Jahr 2001 sowie das Behindertengleichstellungsgesetz aus dem Jahr 2002.

Kultur des Vertrauens

Diese Grundpfeiler einer neuen Behindertenpolitik hätten nicht ohne die tatkräftige und konstruktiv kritische Unterstützung der Verbände behinderter Menschen gesetzt werden können. Dafür möchte ich mich aufs herzlichste bei der AKTION PSYCHISCH KRANKE, die hier ebenfalls kontinuierlich und engagiert mitgearbeitet hat, bedanken. Die Zusammenarbeit war nicht immer leicht, der notwendige Umbau der sozialen Sicherungssysteme verlangt auch behinderten Menschen einiges ab. Dennoch wissen behinderte Menschen in diesem Land, dass die rot-grüne Bundesregierung ihre Versprechen gehalten hat. So ist seit 1998 aus einer Kultur des Misstrauens eine dauerhafte Kultur des Vertrauens gewachsen auch dadurch, dass behinderte Menschen als Experten in eigener Sache auf Augenhöhe bei den sie betreffenden Gesetzen beteiligt waren. Neue Mitberatungsinstrumente für die Verbände behinderter Menschen im Gemeinsamen Bundesausschuss zum Beispiel werden von allen Seiten als Erfolgsmodell angesehen.

Antidiskriminierungsgesetz

Ein Versprechen konnte leider nicht eingelöst werden. Dies will ich nicht unter den Tisch fallen lassen. Ich spreche vom Anti-Diskriminierungsgesetz. In der letzten Legislaturperiode ist ein weiterer Entwurf für ein Antidiskriminie-

rungsgesetz durchgefallen. »Dank« des Umstandes, dass der Bundesrat quasi auf der Zielgerade noch den Vermittlungsausschuss anrufen musste, wurde ein Inkrafttreten des Antidiskriminierungsgesetzes verhindert. Damit ist die gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen in unserer Gesellschaft noch nicht vollständig, was ich zutiefst bedaure und zwar aus zwei Gründen: Viele behinderte Menschen haben die berechtigte Hoffnung gehabt, dass nunmehr auch mit der Benachteiligung im privaten Rechtsverkehr Schluss ist. Diese Hoffnung wurde erneut enttäuscht. Das Verhalten im Bundesrat zeigt deutlich, dass es Gruppen in unserer Gesellschaft gibt, die kein oder sehr wenig Verständnis für die Lebenssituation behinderter Menschen aufbringen. Für diese Gruppen rangieren Vertragsfreiheit und Eigentumsrecht vor den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung. Diese beschämende Tatsache ist ein weiterer Grund für mein Bedauern, und sie zeigt uns, dass neben gesetzgeberischer Tätigkeit nach wie vor noch sehr viel Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit in unserer Gesellschaft geleistet werden muss.

Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Nach diesem kleinen Abstecher zu dem, was in der Vergangenheit noch nicht erreicht werden konnte, komme ich auf das zu sprechen, was realisiert werden konnte und was noch verbessert werden muss.

Mit dem SGB IX wurde das Recht der Rehabilitation zusammengeführt und vereinheitlicht. Die Rechte der behinderten Menschen wurden durch das SGB IX gestärkt. Insbesondere für psychisch kranke Menschen bringt das SGB IX Verbesserungen. Frau Knufmann-Happe hat schon eingehend über die personenzentrierten Hilfen zur Teilhabe referiert. Ich möchte aber nochmals kurz in Schlagworten herausstellen, was ich im SGB IX positiv sehe und was ich für grundsätzlich gelungen halte:

- die drei »K« im SGB IX, die da lauten Kooperation, Koordination und Konvergenz,
- das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten,
- die Stärkung des Grundsatzes »ambulant vor stationär«,
- die Verankerung des persönlichen Budgets sowie die gesetzlich normierte Pflicht, den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohten Menschen Rechnung zu tragen.

Über den Stand der Umsetzung des SGB IX gibt der zum Ende des letzten Jahres erstellte Bericht der Bundesregierung »Die Lage der behinderten Men-

schen und die Entwicklung ihrer Teilhabe« einen detaillierten Überblick. In der Debatte im Deutschen Bundestag im Mai 2005 kamen Einwände gegen den Bericht hauptsächlich in der Art, es handele sich um Selbstbeweihräucherung und Schönfärberei. Ich bin der Meinung, dass solche Vorhaltungen unsere Erfolge, die wir zusammen erreicht haben, zu Unrecht klein reden.

Umsetzung des SGB IX

Wir alle sind uns der Stärken und Schwächen des SGB IX bewusst. Dass immer noch nicht alles so läuft, wie es an sich im SGB IX vorgegeben ist, wissen wir. Auch der Bericht verschweigt dies nicht. Ich will nochmals kurz daran erinnern, was wir gemeinsam in der Vergangenheit getan haben, um zu einer verbesserten Umsetzung des SGB IX zu gelangen: Die Koalitionsarbeitsgruppe Menschen mit Behinderungen hat bereits im Oktober 2003 die Verbände behinderter Menschen und die Rehabilitationsträger zu einer Bestandsaufnahme zum Umsetzungsstand des SGB IX eingeladen. Ferner fand über das gesamte Jahr 2004 eine Vielzahl von Werkstattgesprächen zu unterschiedlichen Schwerpunktthemen statt. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse sind sowohl in den Bericht der Bundesregierung als auch in einen von den Koalitionsfraktionen vorgelegten Entschließungsantrag eingeflossen, der vom Deutschen Bundestag angenommen wurde. Ferner wurde auf der Grundlage der bisherigen Erkenntnisse von der Koalitionsarbeitsgruppe ein Eckpunktepapier zur Fortentwicklung des SGB IX erstellt, auf das ich gleich noch näher eingehen werde. Das, meine Damen und Herren, ist die praktische Umsetzung dessen, was wir unter lernender Gesetzgebung verstehen, und was dem SGB IX immanent ist: Eine Politik, die sich an den Realitäten und an den Menschen orientiert. Ein Urteil bestätigte sich dabei durchweg: Es ist nicht der Bundesgesetzgeber, dem die noch auftretenden Schwierigkeiten in der Umsetzung anzulasten sind, dafür gab es durchgängiges Lob, sondern die Bundesländer und die staatsferne Sozialverwaltung. Betrachten wir also diese operative Ebene gleich etwas genauer.

Aufgabe für die Rehabilitationsträger

Im Vorfeld möchte ich jedoch noch einmal an die Entstehung des SGB IX erinnern, denn das ist wichtig für die anschließende Bewertung. Damals saßen alle sieben Rehabilitationsträger und die Bundesländer mit am Verhandlungstisch. Das Gesetz wurde so zugeschnitten, dass die berechtigten

Wünsche aller Träger und Länder berücksichtigt wurden, sodass am Ende das SGB IX nicht nur im Bundestag, sondern auch im Bundesrat einstimmige Zustimmung fand. Die Rehabilitationsträger erklärten gleichermaßen, dass sie auf der Grundlage des Gesetzes Teilhabeleistungen erbringen könnten und wollten. Das war ein hervorragender Start, getragen von einem großen Vertrauensvorschuss des Bundesgesetzgebers und der behinderten Menschen an die Rehabilitationsträger und die einzelnen Bundesländer. Diese haben damals das Versprechen abgegeben, die Innovationsfähigkeit bestehender Strukturen auch unter den Voraussetzungen eines modernen, dienstleistungsorientierten und bürgernahen Sozialstaates unter Beweis zu stellen. Dass dieses Vertrauen in manchen Bereichen bitter enttäuscht wurde, ist nicht der Bundesregierung anzulasten.

Gemeinsame Servicestellen

Hier lassen sich viele Beispiele finden, schauen wir uns die gemeinsamen örtlichen Servicestellen der Rehabilitationsträger an. Zu den Anforderungen im Hinblick auf Qualität und Barriere-Freiheit spricht das Gesetz in den §§ 22–25 SGB IX eine ganz deutliche Sprache. Dem ist nichts hinzuzufügen, sondern das Gesetz ist umzusetzen. Und da gibt es noch einiges zu erledigen. Es gibt sie, die Servicestellen, die hervorragende Arbeit leisten, die ihren gesetzlichen Auftrag erfüllen und gemäß dem Geist des SGB IX, wonach die Dienstleistung dem Menschen und nicht der Mensch der Dienstleistung hinterherlaufen muss, kompetent und motiviert Service aus einer Hand anbieten. Aber ich sage es auch ganz offen, es sind noch zu wenige. Wenn ich in einem internen Rundschreiben der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe z. B. lese, dass von den Mitgliedern der BAG – ich zitiere wörtlich – »Skepsis im Blick auf die Sinnhaftigkeit der Service- und Beratungsstellen« geäußert wird, dann ist das in meinen Augen eine offene Ankündigung, den Willen und die Vorgaben des Gesetzgebers zu brechen.

Wenn dort weiter ausgeführt wird, dass die vorhandenen Servicesteilen nur schwach frequentiert würden, ist die Frage 1. ob diese Aussage überhaupt stimmt und 2. wo eigentlich Ursache und wo Wirkung dafür zu verorten sind. Wenn die Qualität nicht stimmt, sehen behinderte Menschen verständlicherweise wenig Sinn darin, diese Servicesteile erneut aufzusuchen, geschweige denn sie weiterzupfehlen. Ich habe allerdings Zweifel daran, ob die Autoren dieses Papiers überhaupt bemerken, welches Armutszeug-

nis sie sich selbst mit solchen Aussagen ausstellen. Es ist daher ins Auge gefasst worden, die Servicestellen mit weiteren Entscheidungsbefugnissen auszustatten, allerdings müssten sich dann auch die Strukturen so ändern, dass gemeinsam mit den behinderten Menschen geeignete Wege gefunden werden, Service aus einer Hand anzubieten. Die Ausreden, dafür Verschiebebahnhöfe zu betreiben, werden dann noch schwieriger zu finden sein.

Gemeinsame Empfehlungen

Weiteres Beispiel: Die gemeinsamen Empfehlungen, die die Rehabilitationsträger nach § 13 SGB IX zu vereinbaren haben. Auch hier kann man ein weiteres Armutszeugnis ausstellen, nämlich den Rehabilitationsträgern und den Spitzenverbänden, die es nach nunmehr vier Jahren immer noch nicht geschafft haben, alle gemeinsamen Empfehlungen unter Dach und Fach zu bringen. Und die gemeinsamen Empfehlungen, auf die man sich bislang nur durch Druck des BMGS einigen konnte, sind z. T. so unkonkret, dass sie keine wirkliche Handlungshilfe sind.

Beschäftigungsförderung

Ich komme zu einem weiteren Punkt, bei dem die Umsetzung des SGB IX noch zu wünschen übrig lässt, der Förderung der Beschäftigung behinderter Menschen. Auch hier beantwortet ein Blick ins SGB IX alle Fragen positiv: Die Bundesagentur für Arbeit, die Arbeitsgemeinschaften und die optierenden Kommunen sind verpflichtet, alle diejenigen Instrumentarien zur Verfügung zu stellen, die eine erfolgreiche Eingliederung ins Arbeitsleben ermöglichen. Die Realität, mit der wir uns konfrontiert sehen, sieht jedoch in vielen Fällen anders aus. Das Zusammenspiel der verantwortlichen Institutionen funktioniert noch nicht. Es funktioniert auch deshalb nicht, weil einerseits die Kommunen ihre Aufgabe als Rehabilitationsträger nicht ernst nehmen und andererseits auch die Bundesagentur weiter auf ihrem Weg voranschreitet, sich aus der Verantwortung für behinderte und schwerbehinderte Menschen herauszustehlen.

Für den Gesamtbereich Eingliederung und Rehabilitation sind Mittel in Milliardenhöhe bereitgestellt – an der finanziellen Ausstattung liegt es also nicht. Die BA ist aber unwillig oder unfähig, die Finanzflüsse in die Regionen und in die einzelnen Leistungsbereiche klar darzustellen. So konnte mir bis heute immer noch niemand erklären, warum sich trotz der

behaupteten Geldmengen die Klagen über Zurückweisungen sogar von gesetzlichen Pflichtleistungen häufen. Man darf also nicht aufhören, die BA an ihre Steuerungsverantwortung auch in diesem Bereich zu erinnern.

Ich fasse zusammen: Die gesetzlichen Grundlagen zur Umsetzung der vollen Teilhabe, Gleichstellung und Selbstbestimmung behinderter Menschen im SGB IX sind gut und bieten für alle Beteiligten gute Umsetzungsvoraussetzungen. Die praktischen Erfahrungen unterstreichen, dass insbesondere eine weitere Stärkung der Kooperation, Koordination und Konvergenz der Rehabilitationsträger erforderlich ist. Sie sind verpflichtet, die gesetzlichen Regelungen durch gemeinsame Empfehlungen so zu koordinieren, dass sie dem Grundgedanken des SGB IX – eine bürgernahe, zeitnahe und entscheidungsfeste Dienstleistung zu erbringen – entsprechen.

Die meisten Rehabilitationsträger benehmen sich hingegen immer noch so als sei gleichberechtigte Teilhabe und Selbstbestimmung behinderter Menschen eine obrigkeitliche ge- oder verwehrte Gnade. Es ist die Aufgabe von allen, die politisch verantwortlich sind, noch klarer als bisher zu machen, dass wir hier über gesetzlich verbrieft Ansprüche und Rechte sprechen, ja mehr noch, meine Damen und Herren: Teilhabe, Selbstbestimmung und Gleichstellung sind Bürger- und Grundrechte!

Zukunftsaufgabe Strukturreform

Ich denke, wir wissen alle sehr wohl, wo die Ursachen für die noch vorkommenden Kompetenzstreitigkeiten und Verschiebungen von Verantwortlichkeiten liegen. Es ist richtig, dass der Politik angesichts der bestehenden Zuständigkeiten der Länder und der Selbstverwaltung oftmals buchstäblich die Hände gebunden sind. Wenn also diejenigen, die auf der operativen Ebene für die Umsetzung der Gesetze verantwortlich sind, ihrer zentralen Verantwortung nicht gerecht werden können oder wollen, muss zunächst ernsthaft gemahnt werden – dies ist schon mehrfach geschehen – dann aber muss im Interesse der behinderten Menschen notfalls die Machtfrage gestellt werden. Vor diesem Hintergrund ist auch das bereits erwähnte Eckpunktetpapier der Koalitionsarbeitsgruppe zur Fortentwicklung des SGB IX zu sehen. Ich zitiere einen Punkt daraus:

15. Die im SGB IX geschaffenen Grundsätze können in den gegenwärtig vorhandenen Strukturen der Zusammenarbeit von Trägern und Leistungserbringern nur unzureichend umgesetzt werden.

Die Verabredungen der Träger der Selbstverwaltung u. a. in gemeinsamen Empfehlungen müssen sehr viel stärker als bisher den Grundgedanken des SGB IX – Kooperation, Koordination und Konvergenz – Rechnung tragen und entsprechend Wirkung entfalten. Anderenfalls sind strukturelle Änderungen notwendig. Die Koalitionsarbeitsgruppe Menschen mit Behinderungen hält dann – orientiert an dem Gemeinsamen Bundesausschuss – die Bildung eines wirksamen und entscheidungsfähigen Gremiums unter Mitwirkung der Vertreter/innen chronisch kranker und behinderter Menschen für erforderlich. Die Leistungsträger sind zu vorbereitenden Gesprächen einzuladen. Das Eckpunktepapier können Sie im Internet auf der Seite www.sgb-ix-umsetzen.de finden. Ich rege darüber hinaus an, eine Enquête-Kommission einzurichten, die tabulos Konzepte entwickelt, wie ein moderner Sozialstaat Dienstleistungen bürgernah, zeitnah und entscheidungsfest erbringen kann und aufzeigt, welche strukturgesetzlichen Maßnahmen dafür notwendig sind. So weit meine Anmerkungen zur Umsetzung und Weiterentwicklung des SGB IX.

Meine Damen und Herren, die deutsche Behindertenpolitik hat in den vergangenen Jahren auch außerhalb Deutschlands großes Ansehen erlangt. Innerhalb der Europäischen Union und auch auf internationaler Ebene wie z. B. bei den Arbeiten an einer UN-Menschenrechtskonvention für den Schutz der Rechte und der Würde behinderter Menschen ist die frühere Bundesregierung ein oft um Rat gefragter Partner geworden, worauf wir gemeinsam stolz sein können. Denn das gewonnene Know-how haben wir auch den Verbänden behinderter Menschen zu verdanken. Auch wenn meine Amtszeit als Behindertenbeauftragter der Bundesregierung sich jetzt dem Ende zuneigt, fordere ich alle bisherigen Akteure auf, sich nicht ausruhen, sondern die Ärmel hochzukrempeln und weiterhin die Zukunft so gestalten, dass Teilhabe, Selbstbestimmung und Gleichstellung behinderter Menschen und nicht die Bewahrung von überkommenen Strukturen die Maxime in der Behindertenpolitik darstellen.

Literaturangaben

CDU, CSU und SPD: Eckpunktepapier der Koalition. Berlin, 2005

Orientierung im Irrgarten des Gesundheitssystems

Helga Kühn-Mengel

Einführung

Der mir gegebene Titel »Orientierung im Irrgarten des Gesundheitssystems« ist sicher eine etwas überspitzte Beschreibung.

Richtig ist aber: Unser Gesundheitssystem ist nicht gerade berühmt für seine Übersichtlichkeit und Transparenz und für eine optimale Zusammenarbeit der Therapeuten und Leistungsbereiche.

Und wir alle wissen, dass man als Patientin oder Patient nur selten zielorientiert durch dieses System gelotst und begleitet wird. Dies erweist sich insbesondere für die Menschen als problematisch, die krankheitsbedingt nicht dazu in der Lage sind, sich selbstständig eine notwendige Behandlung zu organisieren und, sofern mehrere Hilfen gleichzeitig erforderlich sind, diese zu koordinieren. Das gilt für viele psychisch kranke Menschen, vor allem für die schwer Erkrankten. Vielen von ihnen fällt es in akuten Phasen ohnehin schwer, sich erforderliche Hilfen zu holen. Erst recht kann man nicht erwarten, dass sie sich eigenständig über Möglichkeiten, Zuständigkeiten und Zugangswege informieren. Wer weiß schon, welche Möglichkeiten an Behandlung, »Heilmitteln«, medizinischer Rehabilitation, sonstiger Hilfe zur Teilhabe usw. bestehen und wie man sie veranlassen kann? Hier besteht eine Bringschuld des Hilfesystems, die lange Zeit nicht eingelöst worden ist.

Seit Jahren stellt die AKTION PSYCHISCH KRANKE zu Recht die Themen

- Nutzerorientierung und Einbeziehung der psychisch Kranken und
- Koordination der Therapeuten und Leistungsbereiche unter Berücksichtigung von Behandlung, Rehabilitation, Eingliederungshilfe, Pflege und sonstigen Hilfen

in den Vordergrund.

Ich glaube, es ist keine Übertreibung, wenn ich feststelle, dass auch wir diese zentralen Themen sehr früh erkannt und aufgegriffen haben und in den beiden letzten Legislaturperioden gesetzlich einige Fortschritte erzielen konnten. Zu erwähnen ist das Sozialgesetzbuch IX, das die verschiedenen Bereiche der Hilfe zur Teilhabe zusammenfasst, die Abstimmung unter den

Rehabilitationsbereichen regelt und den Zugang zu erforderlichen Hilfen wesentlich erleichtert. Ich möchte mich heute jedoch auf das Gesundheitswesen im engeren Sinne beschränken, auf die Krankenkassen-finanzierten Leistungen, die im SGB V beschrieben sind.

Auch hier stand für uns, den Empfehlungen der Sachverständigenkommissionen folgend, die Qualitätssteigerung durch Nutzerorientierung und die Verzahnung der Leistungsbereiche im Vordergrund – also die Beseitigung von Schnittstellenproblemen.

Transparenz

Erste Aufgabe ist hier: Transparenz in das System einzubringen. Mit dieser Aufgabe hat sich das Gesundheitswesen insgesamt sehr schwer getan.

Dabei müsste die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten doch eigentlich selbstverständlich sein. Denn nur wenn es gelingt, die Patienten zu motivieren, aktiv einzubringen und ihren Teil zur Bewältigung von Krankheit und Beeinträchtigung zu leisten, besteht eine Chance, in der Behandlung wirklich zu einem Durchbruch zu kommen.

Nach anderthalb Jahren als Patientenbeauftragte kann ich nur bestätigen, dass die Bürgerinnen und Bürger sich in den eigenen Heilungsprozess zu wenig eingebunden fühlen.

Sie wissen zu wenig. Sie möchten wissen, von wem sie unabhängige und gleichzeitig qualitätsgesicherte Informationen über ihre Krankheit, über Therapie oder den besten Therapeuten erhalten können. Deswegen beantworten ich und mein Team jeden Monat Hunderte von Anfragen, die oft leicht die Kasse, der Arzt oder die Apothekerin vor Ort hätten beantworten können. Die Komplexität und der geringe Grad der Vernetzung unseres Gesundheitssystems sind besonders von Nachteil für psychisch Erkrankte – das brauche ich hier nicht zu betonen.

Psychische Erkrankungen

Wir wissen, dass diese Menschen in der Regel nicht offensiv mit ihrer Erkrankung umgehen, sondern sich im Gegenteil oft eher zurückziehen. Aber immer noch werden psychisch Kranke stigmatisiert und diskriminiert und haben in diesem Sinne keinen barrierefreien Zugang zu unserem Gesundheitssystem. Dabei sprechen wir hier nicht von einer Minderheit, sondern von einer stetig steigenden Zahl:

Der DAK-Gesundheitsreport 2005, der die Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehen ihrer berufstätigen Mitglieder analysiert, beschreibt und kommentiert erneut nach 2002 als Schwerpunktthema den Anstieg psychischer Erkrankungen. Demnach ist seit 1997 die Zahl der Krankschreibungen wegen psychischer Probleme um 70 % gestiegen! Ihr Krankenstand beträgt nun 9,8 % (2003: 8,8 %).

Mit direkten Behandlungskosten von 22,4 Milliarden Euro gehören, laut Ärzte Zeitung, psychische Erkrankungen zu den bedeutenden Kostenfaktoren im Gesundheitswesen.

Noch höher sind nach Angaben des Gesundheitsökonomen Professor Axel Olaf Kern (FH Ravensburg) die indirekten Kosten durch Frühberentung, Arbeitsausfall, Suizid und Delinquenz.

Im Unterschied zu den meisten anderen Krankheiten treten psychische Störungen – mit steigender Tendenz – bei Kindern und Jugendlichen auf und verzögern oder verhindern eine Ausbildung und den Eintritt ins Berufsleben.

Und auch bei den Verrentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit nehmen die psychischen und psychosomatischen Erkrankungen eine zunehmende Bedeutung ein, was auch ein Signal zum Handeln ist.

Daher ist es wichtig, die öffentliche Aufklärung über Häufigkeit und Natur psychischer Erkrankungen zu verbessern, die Akzeptanz psychisch Kranker zu fördern, Schambarrieren abzubauen und niedrigschwellige Angebote anzubieten.

Bundesministerin Ulla Schmidt fördert daher eine ganze Reihe von Modellprojekten, um geeignete Angebote praxistauglich zu entwickeln – u. a. zur besseren Vernetzung zwischen ambulantem und stationärem Bereich.

Parallel wurden im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms Versorgungsnetze zu ausgewählten neuropsychiatrischen Krankheiten wie Schizophrenie, Depression, Demenz, Schlaganfall oder Parkinson etabliert.

Weiter begrüße ich sehr, dass das BMGS den Förderschwerpunkt »Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess« eingerichtet hat und viel Geld in diese Projekte investiert. Ergebnisse der Projekte zeigen beeindruckend, dass die partizipative Entscheidungsfindung der Therapiemöglichkeiten nachweislich positive Effekte auf die Therapietreue (Compliance), auf den Behandlungserfolg und die Patientenzufriedenheit haben.

Selbsthilfe

Ein weiterer wichtiger Faktor bei der Bewältigung psychischer Erkrankungen ist die Selbsthilfe. Zusammen mit anderen Betroffenen fällt der Umgang mit den eigenen Problemen leichter. Deshalb haben wir mit der Gesundheitsreform 2000 die Möglichkeiten der Selbsthilfeförderung ausgebaut.

Konsequent war daher die Entscheidung der Bundesregierung, mit der 2004er-Gesundheitsreform die Stärkung

- der Mitsprache,
- der Transparenz,
- der Selbstbestimmung der Nutzer und
- natürlich der Qualität und Vernetzung der Versorgung durchzusetzen.

Es durfte nicht länger über die Köpfe der Patientinnen und Patienten hinweg entschieden werden. Patienten sollen sich als aktive Partner in das Versorgungsgeschehen einbringen können, um so als »Experten in eigener Sache« ernst genommen zu werden.

Ziele der Gesundheitsreform 2004

Mit der Gesundheitsreform 2004 wurden diesbezügliche wichtige Ziele erreicht:

Jetzt wirken, zum ersten Mal Patientenvertreter und -vertreterinnen im Gemeinsamen Bundesausschuss mit und berichten, wie sich etwa ein Baustein einer Therapie im Alltag auswirkt. Beide Partner, die bis 2004 alleine zusammensaßen – Ärzte und Krankenkassen – haben vitale Interessen. Jetzt ist noch ein dritter dabei: die Patienten und Versicherten.

Nach anderthalb Jahren kann festgehalten werden:

Die Patientenvertreter werden im Gemeinsamen Bundesausschuss akzeptiert, sie bringen ihre Erfahrungen und Forderungen in die Entscheidungen professionell ein und haben erstmalig für Transparenz in dem Gremium gesorgt.

Aus meinen vielen regelmäßigen Treffen mit den Patientenvertretern weiß ich, dass auch die Interessen der psychisch Erkrankten damit im Gemeinsamen Bundesausschuss eine Stimme bekommen haben.

Ein wichtiger Leitturm für den »Irrgarten« wird auch die neue elektronische Gesundheitskarte, die schrittweise ab 2006 eingeführt wird. Wenn

man es sehr vereinfacht, ist die elektronische Gesundheitskarte ein kleiner, flacher Computer.

So können mithilfe der Karte neben den Verwaltungsdaten auf ausdrücklichen Wunsch der Versicherten auch wichtige Gesundheitsdaten verfügbar gemacht werden. In der ersten Zeit können dies u. a. Notfalldaten sein. Dadurch kann bei Notfällen eine bessere und gezieltere Behandlung erreicht werden, weil der Arzt zusätzliche, manchmal lebensrettende Informationen bekommt. Verbunden mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ist die freiwillige Arzneimitteldokumentation und das elektronische Rezept. Durch den Überblick, den sie über die abgegebenen Arzneimittel gibt, können unter Umständen lebensbedrohliche Wechselwirkungen von Arzneimitteln, Arzneimittelunverträglichkeiten oder die Verordnung ungeeigneter Arzneimittel vermieden oder zumindest reduziert werden. Darüber hinaus erhält jeder Versicherte einen besseren Überblick über seinen eigenen Gesundheitsstatus, indem er die Möglichkeit erhält, die über ihn gespeicherten Daten vollständig zu lesen oder sich ausdrucken zu lassen.

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) unter Leitung von Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki steht beispielhaft für den durch die Gesundheitsreform eingeleiteten Paradigmenwechsel.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis soll sich wandeln zu einem partnerschaftlichen Verhältnis hin zu einer gemeinsamen Arbeit am Heilungserfolg. Diesem Ziel dient das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzte brauchen interessenunabhängige Grundlagen für ihre Entscheidungen. Angesichts des immer schneller sich erweiternden medizinischen Wissens und angesichts der schier unübersehbaren Fülle von Publikationen und Studien brauchen Ärztinnen und Ärzte gesicherte Informationen darüber, was machbar, was sinnvoll und was erfolgreich ist. Die Patientinnen und Patienten wiederum bedürfen allgemein verständlicher Informationen zu Therapien, um ihre Kompetenz in eigener Sache zu stärken. Deswegen haben wir mit der Gesundheitsreform dieses Institut ins Leben gerufen, dass zur Aufgabe hat:

- die Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissenstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei bestimmten Krankheiten,
- die Beurteilung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen,
- die Bewertung von Behandlungsleitlinien zu »wichtigen« Erkrankungen,

- die Erarbeitung von Empfehlungen für sogenannte Disease-Management-Programme (DMP),
- die Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln sowie die
- Aufarbeitung und Bereitstellung von Informationen für alle Bürgerinnen und Bürger in allgemein verständlicher Form.

Ich kann Sie nur ermutigen, sich die ersten Ergebnisse auf der Internetseite www.IQWIG.de anzuschauen.

Integrierte Versorgung

Patientenumfragen belegen, dass es vor allem organisatorische Defizite, Verzögerungen, Informationsdefizite an den Schnittstellen sind, die den Patientinnen und Patienten mit chronischen bzw. psychischen Erkrankungen Probleme in unserem Versorgungssystem bereiten.

Die nicht eingelösten Integrationsleistungen unseres Versorgungssystems werden in die Verantwortung der einzelnen Versicherten gelegt. Patientinnen und Patienten müssen immer noch allzu oft gerade an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung oder beim Übergang in Rehabilitationsmaßnahmen selbst aktiv werden. Und sie müssen den Fortgang der für sie richtigen Therapie selbst recherchieren und organisieren, weil ihnen der richtige Ansprechpartner fehlt:

An der einen Stelle werden Behandlungen abgesetzt, die an der anderen zuvor eingeleitet wurden. Die medizinische Rationalität ist dabei jedoch nicht immer der ausschlaggebende Faktor. Diese durchbrochene Versorgungskette mindert die Versorgungsqualität und überfordert oftmals die Patienten. Zwar waren bereits mit der Gesundheitsreform 2000 integrierte Versorgungsformen möglich, bisher aber haben die Beteiligten von dieser Möglichkeit kaum Gebrauch gemacht.

Deshalb baut die Gesundheitsreform 2004 rechtliche Hemmnisse ab und es stehen zwischen 2004 und 2006 bis zu 1 % der jeweiligen Gesamtvergütung und der Krankenhausvergütungen in den KV-Bezirken als übertragener Vergütungsanteil jährlich für integrierte Versorgung zur Verfügung.

Das ist ein Anfang – es wird zu prüfen sein, ob dieser Anteil gegebenenfalls erhöht werden muss, wenn die integrierte Versorgung erfolgreich angelaufen ist.

Worauf sollte aber aus Patientensicht geachtet werden?

Qualitativ unterschiedliche Angebote müssen so transparent gestaltet und allgemein verständlich sein, dass Versicherte zwischen den verschiedenen Versorgungsformen informiert wählen können. Information und Beteiligung der Versicherten müssen sichergestellt werden.

Patientinnen und Patienten sollten bei der Entwicklung von Behandlungs- und Diagnoseabläufen in integrierte Versorgungsformen beteiligt werden.

Voraussetzung für eine informierte Entscheidung ist eine gut verständliche, patientenorientierte Darstellung des Leistungsspektrums und der vereinbarten Behandlungs- und Diagnoseabläufe.

Ebenso wie auf folgende Punkte:

- Unterstützt das Programm Präventionsmaßnahmen im ausreichenden Maße?
- Ist das Programm auch für den ländlichen Raum geeignet?
- Gibt es auch Angebote für Patientengruppen wie die der psychisch Kranken?

Soziotherapie

Als spezifische Hilfe für schwer psychisch kranke Menschen wurde die Soziotherapie in den Leistungskatalog aufgenommen (§ 37 a SGB V). Aufgabe der Soziotherapie ist »die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme«. Wo es sie gibt bewährt sich diese notwendige und sinnvolle Hilfe. Mit Sorge beobachten wir allerdings, dass nach Inkrafttreten des Gesetzes die Einführung der Soziotherapie in der Praxis so viel Zeit in Anspruch genommen hat. Auch heute sind wir weit von einem bedarfsgerechten Angebot an Soziotherapie entfernt. Dies hat zum Beispiel die Evaluation Soziotherapie durch die AKTION PSYCHISCH KRANKE ergeben.

Hausarzt als Lotse

Viele Versicherte wollen eine bessere Vernetzung ihrer Versorgung. Sie wollen, dass der Hausarzt die Daten über die stationäre Behandlung im Krankenhaus erhält und sie wollen, dass der Orthopäde weiß, welche chronischen Erkrankung man hat.

Sie kennen oft den Fachtermini nicht, aber sie wollen das Hausarztmodell bzw. die integrierte Versorgung. Hausarztmodelle stehen für eine optimal abgestimmte Vorgehensweise der an der Versorgung der Patienten beteiligten Leistungserbringer.

Mit ihrer Hilfe können Fehlsteuerungen reduziert werden, die dem Patienten schaden und das Gesundheitssystem unnötig belasten. Das heißt konkret: Doppeluntersuchungen werden verringert; durch eine verbesserte Abstimmung und Beratung zwischen Haus- und Fachärzten wird die Zahl der planbaren Krankenhauseinweisungen reduziert; Arzneimittel werden gezielter verordnet – unter Beachtung von Wirksamkeit, Preis und Menge. Die Versorgung der Patienten erfolgt wohnort- und zeitnah. Patienten werden, wenn notwendig, ohne Umwege an die richtigen Fachärzte weitergeleitet.

Vorteile, die auch für psychisch Kranke wichtig sind, wenn das System diese Patientengruppe einbezieht.

Ausblick

Aber wie sagt schon der Volksmund: »Nichts ist so gut, dass es nicht verbessert werden kann.«

Angesichts der Vorteile der integrierten Versorgung halte ich nach wie vor ein Disease-Management-Programm (DMP) für psychische Krankheiten für sinnvoll, wie etwa für die »Volkskrankheit« Depressionen. Denn gerade für psychische Erkrankungen gilt leider immer noch, dass viel zu viele Ärzte nicht nach neusten wissenschaftlichen Standards handeln. Die Behandlung in einem strukturierten Behandlungsprogramm zeichnet sich eben gerade dadurch aus, dass die Patientin oder der Patient nach dem aktuellen, wissenschaftlich belegbaren Erkenntnisstand behandelt werden. Die Programme garantieren, dass nützliche Maßnahmen verordnet werden, auch wenn sie aufwendig sind. Ich möchte, dass diese Standards auch den psychisch Kranken zugute kommen – und ich bin sicher, dass es Konzepte gibt, bei der die Individualität der Erkrankung und Therapie berücksichtigen.

Und auch noch ein Herzensanliegen möchte ich heute hier zur Sprache bringen, damit die Patienten sich besser in unserem Gesundheitssystem zurechtfinden – meine Forderung für die 16. Legislatur des Deutschen Bundestages:

Meine Erfahrungen als Patientenbeauftragte der Bundesregierung zeigen: Diese Stärkung der Patienten muss mit einem Patientenrechtgesetz fortgesetzt werden. Bestehende Rechte müssen zusammengeführt und weiterentwi-

ckelt werden. Patientinnen und Patienten müssen auf eine Norm verweisen können, die ihnen explizit Rechte zuweist. Das erhöht Transparenz und Durchsetzbarkeit der Rechte und befördert die Partizipation und Entscheidungsfähigkeit der Patientinnen, Patienten und Versicherten. Nach meiner Erfahrung ergibt sich die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung und Weiterentwicklung der Patientenrechte grundsätzlich aus zwei Gründen:

Zum einen ist die Rechtslage selbst unzureichend, zum anderen lassen sich bestehende Rechte nicht zufriedenstellend durchsetzen. Als Patientenbeauftragte der Bundesregierung prüfe ich derzeit Inhalt und Umsetzungsmöglichkeiten für ein Patientenrechtegesetz. Rechtsgutachten zu diesem Thema wurden von mir beauftragt und werden zurzeit ausgewertet. Ein solches Gesetz stünde in der Tradition der Gesundheitspolitik der Bundesregierung und ist die notwendige Konsequenz aus der Gesundheitsreform 2000 und 2004. Ich werde mich deshalb auch in der 16. Legislatur des Deutschen Bundestages für ein Patientenrechtegesetz einsetzen.

Hintergrund Ausgangslage

Im Jahre 1975 veröffentlichte der Deutsche Bundestag den »Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland«, die sogenannte Psychiatrie-Enquête. Spätestens seit dieser Zeit gilt in der modernen psychiatrischen Versorgung der Bundesrepublik, vertieft und präzisiert durch die »Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich« aus dem Jahre 1988, der Grundsatz, dass – insbesondere chronisch – psychisch kranke Menschen in unserer Gesellschaft all jene therapeutischen und sozialen Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen erhalten sollen, die erforderlich sind, damit sie auf Dauer trotz oder mit ihrer Erkrankung mit all ihren individuellen und sozialen Auswirkungen in ihrem gewohnten regionalen und sozialen Lebensumfeld weiterleben können. Dieser Grundsatz hat seinen Ausdruck gefunden in zwei Leitlinien, die die theoretische Diskussion in der Psychiatrie seither grundlegend beherrschen:

- »ambulante Hilfen vor stationären Hilfen«
- »personenzentrierte statt institutionenzentrierte Hilfe«

Im neuen Jahrtausend lässt sich jedoch leider feststellen, dass diese theoretischen Ziele für viele chronisch Kranke (psychisch Kranke, Abhängigkeits-

ranke) in der alltäglichen Versorgungspraxis noch lange nicht umgesetzt worden sind.

Gesundheitsreform 2000

Bereits mit der Gesundheitsreform 2000 wurden entscheidende Weichenstellungen für den Bereich der psychiatrischen Versorgung geleistet, wie z. B. die Einführung der Soziotherapie als Leistung des SGB V oder die Schaffung der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Einrichtung von Institutsambulanzen auch an psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern.

Den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker wurde jüngst dadurch Rechnung getragen, dass stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Einrichtungen vom neuen Krankenhausentgeltsystem ausgenommen sind.

Wir müssen bei der Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker alle Kompetenzen bündeln. Um das Wissenspotenzial zu nutzen, haben wir im Bundesgesundheitsministerium den Arbeitskreis zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung aktiviert. Auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) engagiert sich in diesem wichtigen Forum. Unser gemeinsames Ziel ist es, die Versorgung psychisch Erkrankter weiter zu verbessern.

Dieses Ziel wird auch vom Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung bestätigt. Darin hat der Expertenkreis besonders auf Verbesserungsmöglichkeiten bei einer der häufigsten Krankheiten hingewiesen: der Depression.

Laut Gutachten zeigen Analysen, dass sich unabhängig von Veränderungen der Alters- und Geschlechtsstruktur innerhalb der letzten zehn Jahre eine weitgehend stetige Zunahme der Bedeutung von psychischen Störungen feststellen lässt. Im Jahr 2000 wurden 8,1 % aller Krankschreibungstage unter der Primärdiagnose einer psychischen Störung erfasst, 1991 waren es noch 5 % aller AU-Tage. Der Anteil der psychischen Störungen zuzuordnenden Verweildauern in Akutkrankenhäusern stieg im selben Zeitraum von 8,3 % auf 11,6 %. Psychische Störungen verursachten damit im Jahr 2000 gemessen an der Verweildauer eine höhere Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen als beispielsweise Krebserkrankungen.

Die Bedeutung psychischer Störungen resultiert dabei weniger aus der Fallhäufigkeit als aus der hohen fallbezogenen Erkrankungsdauer. Dauerte

ein Krankenhausfall 2000 im Mittel über alle Diagnosen lediglich 10,3 Tage, waren es bei psychischen Störungen 27,4 Tage.

Die Gutachter kommen zu dem Schluss: Die adäquate Behandlung psychisch kranker Menschen stellt allerdings nicht nur eine Herausforderung für das Gesundheitswesen dar, sondern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Trotz der seit der Psychiatrie-Enquête von 1975 erzielten vielfachen Fortschritte erhalten Patienten mit psychischen Erkrankungen in vielen Fällen nicht die selbstverständliche Akzeptanz und Fürsorge wie Patienten mit somatischen Erkrankungen. Immer noch werden psychisch Kranke stigmatisiert und diskriminiert. Aus diesem Grund ist es wichtig, die öffentliche Aufklärung über Häufigkeit und Natur depressiver Erkrankungen zu verbessern, die Akzeptanz psychisch Kranker zu fördern und Schambarrieren abzubauen. Ein nach wie vor ungelöstes Problem bei der Bewertung eines bedarfsgerechten Versorgungsgrades ist der Zusammenhang zwischen der Prävalenz diagnostizierter Erkrankungen und dem Behandlungsbedarf. Dies gilt u. a. für die bislang durch die kassenärztlichen Vereinigungen praktizierte psychotherapeutische Bedarfsplanung, die offensichtlich nicht in der Lage ist, den tatsächlichen ambulanten Behandlungsbedarf zuverlässig zu ermitteln, weil sie eine Verteilungsplanung auf der Basis von normativ festgelegten Verhältniszahlen zwischen Ärzten und Einwohnern darstellt. Der Rat befürwortet daher den Ersatz des bisherigen Bedarfsplanungsmodells durch ein differenziertes indikatorengestütztes Modell.

Dementsprechend hat das von meinem Ministerium mit initiierte Projekt »gesundheitsziele.de« unter anderem die Bekämpfung der Depression als prioritäres Gesundheitsziel anerkannt.

Gesundheitsstrukturmodernisierungsgesetz

Ein weiterer wichtiger Schritt hin zu einer besseren Versorgung ist eine stärkere Vernetzung des gesamten Leistungsgeschehens. Die integrierte Versorgung ist eines der Hauptziele der Gesundheitsreform, die wir mit dem Gesundheitsstrukturmodernisierungsgesetz (GMG) umsetzen wollen. Denn wir müssen mangelnde Kooperation und Koordination abbauen und die starren Grenzen zwischen einzelnen Leistungsbereichen überwinden.

Integrierte Versorgung

Es ist sehr zu begrüßen, dass die »Vernetzte Versorgung« eines der Hauptthemen des diesjährigen Kongresses der DGPNN ist und damit einen gesundheitspolitisch und fachlich hochaktuellen Thema ein inhaltlicher Schwerpunkt eingeräumt wird. Diese Anstrengung wird sich lohnen. Davon profitieren vor allem die Patienten.

Die integrierte Versorgung wird weiterentwickelt. Juristische und ökonomische Hemmnisse werden beseitigt. Um zusätzliche Anreize zur Vereinbarung integrierter Versorgungsverträge zu geben, stehen zwischen 2004 und 2006 bis zu 1 % der jeweiligen Gesamtvergütung und der Krankenhausvergütungen in den KV-Bezirken zur Anschubfinanzierung zur Verfügung. Die vertragsärztlichen Leistungsverpflichtungen werden in diesen Fällen außerhalb des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen erfüllt. Krankenkassen können entsprechende Verträge auch mit medizinischen Versorgungszentren abschließen.

Wir durchbrechen damit die starren Grenzen im Gesundheitswesen. Wir fördern die integrierte Versorgung bis an die Grenze des Möglichen. Die Verantwortung für die Abfassung der vertraglichen Rechte und Pflichten werden alleine den Vertragspartnern übergeben. Das heißt auch: Für alle, die auf ihren Stühlen sitzen bleiben, wird es schwierig! Der neu gefasste Paragraf 140 d verfolgt das Ziel, zur Förderung der integrierten Versorgung der Krankenkassen in den Jahren 2004 bis 2006 finanzielle Mittel zur Anschubfinanzierung zur Verfügung zu stellen. Und nun werden schon wieder Klagen laut: Bekommen wir das Geld wirklich? Da kann man nur sagen: Das GMG gibt den Rahmen vor. Vertragspartner, die das umzusetzen haben, ist nicht die Politik. Hier stehen andere in der Verantwortung.

Der Gesetzgeber hat für die Integrierte Versorgung zwischen 2004 und 2006 ein festes Budget von jeweils einem Prozent der ärztlichen Gesamtvergütung und des Krankenhausbudgets zur Verfügung gestellt. Damit werden beide Seiten erstmals Sicherheit bezüglich der Finanzierung integrierter Versorgungsformen haben.

Das jetzt vorgesehene Finanzvolumen von einem Prozent der ärztlichen Gesamtvergütung und einem Prozent der Krankenhausbudgets (insgesamt rund 680 Mio. Euro) ist ein Anfang. Man wird prüfen müssen, ob dieser Anteil gegebenenfalls erhöht werden muss, wenn die integrierte Versorgung erfolgreich angelaufen ist.

Integrierte Versorgungsformen werden bei den Versicherten und Pati-

enten auf eine große Akzeptanz stoßen und einen Qualitätssprung in der Patientenversorgung auslösen.

Mit den integrierten Versorgungsangeboten werden viele bestehende Defizite vermindert oder beseitigt werden können. Versuche, die integrierte Versorgung zu etablieren, sind bisher am Widerstand der Kassenärztlichen Vereinigungen und an den schwierigen Budgetbereinigungsfragen gescheitert.

Trotz der schwierigen Rahmenbedingungen haben viele Gemeindepsychiatrischen Verbände in den letzten Jahren jedoch Vernetzungsprojekte durchgeführt, die viele Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung integrierter Versorgungsformen bieten.

Hier gibt es gute Projekte, ob hier in Berlin-Reinickendorf, in Mainz oder in Steinfurt oder in vielen anderen Städten und Gemeinden in Deutschland.

Auf dieser Basis und den neuen Möglichkeiten durch das GMG müssen bisherige Versorgungswege überdacht werden und adäquate Strukturen entwickelt werden. Es müssen eng vernetzte Versorgungssysteme mit Hausärzten, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, anderen psychosozialen Berufsgruppen und Selbsthilfe- und Angehörigengruppierungen geschaffen werden.

Literaturangaben

- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (Hg.). Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn, 1988
- DAK-VERSORGUNGSMANAGEMENT (Hg): DAK-Gesundheitsreport. Hamburg, 2005
- KERN AO: Bedeutung psychischer Störungen aus gesundheitsökonomischer Perspektive. Ravensburg-Weingarten, 2004
- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Sondergutachten. Baden-Baden, 2000/2001

Worauf wir Psychiatrie-Erfahrenen und wir Angehörigen uns verlassen wollen! Gemeinsames mit gewichtigen Differenzen

Klaus Laupichler, Reinhard Peukert

Vorbemerkung: Dieser Beitrag wurde dialogisch konzipiert, dies ist durch die unterschiedliche Schriftformatierung gekennzeichnet: die kursiven Textteile sind jeweils die Beiträge von Klaus Laupichler, die anderen von Reinhard Peukert.

Für uns Angehörige ist von ökonomischer Bedeutung, dass wir 50 % der direkten und indirekten Kosten voraussichtlich aller psychischen Erkrankungen zu tragen haben; errechnet wurde dies von mehreren Studien unabhängig für schizophrene Erkrankungen (auf die Angehörigen entfielen Anfang des Jahrhunderts ca. 15.000 DM; siehe u. a. PEUKERT 2001).

Als Psychiatrie-Erfahrene ist es für uns aus auch aus ökonomischer Sicht völlig unverständlich, dass wir oft in teure Heime gesteckt werden, obwohl wir mit angemessener ambulanter Hilfe viel besser leben könnten.

Doch nun zu unserem eigentlichen Thema.

Sich verlassen fühlen, verlassen werden, sich verlassen können, verlassen sein, verlässlich sein – das sind tatsächlich die zentralen Dimensionen des Erlebens und der Gestaltung der Beziehungen zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen, der Nachbarschaft und den professionellen Helfern sowie dem Hilfesystem.

In das Erleben von uns Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen passt jede der Wendungen auf jeden der aufgezählten Beziehungspartner, je nach Ort und Zeit und natürlich in unterschiedlicher Intensität.

Unter dem gestellten Titel ist sowohl für uns Psychiatrie-Erfahrene als auch für uns Angehörige am wichtigsten, uns darauf verlassen zu können, dass wir uns überhaupt auf jemanden verlassen können – und nicht gerade dann verlassen werden, wenn wir es aus unserer Sicht am wenigsten ver- oder ertragen können.

Worauf würden sich die Tagungsteilnehmer gern verlassen?

Die Teilnehmer wurden aufgefordert, sich entweder in die Rolle des Angehörigen eines kranken Menschen zu versetzen oder in die Rolle eines psychisch kranken Menschen, je nachdem, wo sie im Vortragssaal saßen.

»Denken Sie an einen Ihrer Familienangehörigen, den oder die Sie sehr gern haben, für den oder die Sie sich auch ein wenig verantwortlich

fühlen: Bruder, Schwester, Vater, Mutter, Tochter, Sohn. Nun nehmen Sie bitte an – und versuchen Sie bitte, sich sehr drastisch in die Situation zu versetzen: dieser Ihnen liebe Mensch erkrankt an einer schweren, möglicherweise chronisch verlaufenden Erkrankung: an Krebs, an Aids, an Knochenschwund, an einer evtl. sehr frühen Demenz ...

Wir stellen uns weiter vor: dieser geliebte Mensch ist nun in fremden Händen, er oder sie muss behandelt, betreut oder rehabilitiert werden, Sie können ihn oder sie nur ab und an besuchen, vielleicht sogar mehrmals in der Woche, aber andere, Profis, haben die Verantwortung übernommen.

Sie können die Situation kaum einschätzen, Sie können sie nicht kontrollieren, Sie sind darauf angewiesen, von diesen anderen, die die Hilfe leisten, Hinweise, wenn möglich Informationen zu bekommen, wie es denn mit dem geliebten Angehörigen steht, wie es eventuell weitergehen könnte – Sie sind also auch darauf angewiesen, dass sich diese anderen etwas Zeit für Sie nehmen – und Sie wissen ja ganz genau, wie schwer und wie voll deren Arbeitstag ist, welche Verantwortung auf deren Schultern lastet: nicht nur für ihren kranken Angehörigen, nein, für alle Kranken in dem Dienst bzw. in der Einrichtung; aber für Sie wäre es so wichtig zu wissen, woran Sie sind, wo es hingehen könnte, und dann noch diese unklare Gefühlssituation, die Sie angesichts der schweren Erkrankung und der völlig offenen Entwicklung bei sich erleben ...

Die Situation ist nun sicher in Ihrer Seele präsent. Wenn Sie jetzt an die anderen, an die Behandler und an das andere, die Behandlungssituation denken – was wäre Ihnen dabei wichtig?

Nehmen Sie jetzt bitte Ihren Stift zur Hand und schreiben Sie die drei Dinge, die Ihnen am wichtigsten sind, auf den ersten Zettel.

»Stellen sie sich bitte vor, Sie selbst kommen in eine große Krise: Ihnen wird z. B. die Diagnose Lungen- oder Darmkrebs in fortgeschrittenem Stadium mitgeteilt, Ihre bis dahin wohlgeordnete Welt geht zu Bruch, was würden sie sich von den Professionellen, auf die Sie plötzlich angewiesen sind, wünschen? Wie sollten die mit Ihnen umgehen? Schreiben Sie bitte die ersten drei Sachen auf den Zettel.

Sicherlich interessiert Sie, was die Teilnehmer zusammengetragen haben: Die Auswertung ist am Ende des Beitrags zu finden.

Worauf sich Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige gern verlassen würden

Im Folgenden wird vorgestellt, worauf sich aus unserer Sicht Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige gern verlassen würden; der Leser kann dies mit den Wünschen und Erwartungen vergleichen, die die Teilnehmenden der Tagung jeweils aus der Perspektive eines bzw. einer Psychiatrie-Erfahrenen oder eines bzw. einer Angehörigen notiert haben – und der Leser wird beeindruckende Paralleltäten feststellen: Die meisten Erwartungen richten sich auf die Haltung!

Im Rahmen einer anderen Veranstaltung wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Diensten und Einrichtungen gefragt, was sie ihren Klienten/Patienten »bieten« würden – und hier zeigte sich eine dramatische Differenz: in der Rolle des oder der Professionellen fallen Dienstleistungsgesichtspunkte (also beschreibbare Leistungen) viel stärker ins Gewicht, wobei in der Rolle von Psychiatrie-Erfahrenen oder Angehörigen die Haltung demgegenüber mindestens gleichwertig, voraussichtlich höherwertig ist.

In einer Analyse von Anfragen nach Hilfen in unterschiedlichen Kontexten hat Andries Baart herausgefunden: »Unter allen konkreten Hilfsgesuchen kommt immer wieder die Frage zum Vorschein: Bedeutet es dir etwas, dass ich mich schlecht fühle? Menschen stellen *eher* diese Frage als dass sie aufschreien: Dann hilf mir doch!« (BAART: Über die Präsentische Herangehensweise, Referat Mainz 20.09.03, S. 11)

Auch hier steht die Haltung im Zentrum und strukturiert den Hilfeprozess.

Die Wittenberger Thesen – nach wie vor aktuell

Doch nun zu unseren eigenen Überlegungen. Für mich als Psychiatrie-Erfahrenen sind immer noch die Wittenberger Thesen aus dem Jahre 1995 die Voraussetzung für jegliche Hilfe, ob von Angehörigen oder Profis.

- Die Würde des Menschen ist unantastbar.
- Die erste Begegnung prägt. Notwendig ist Respekt gegenüber den ganz persönlichen Wünsche nach Nähe und Abstand, Gemeinschaft und Rückzug.
- Geborgenheit tut Not, anstelle des Gefühls, ausgeliefert zu sein.
- Die eigene Verantwortung muss bleiben und gestärkt werden.
- Jede Diagnose stigmatisiert. Ein Schubladendenken gegenüber Patienten und Angehörigen ist abzuschaffen.

Worauf wir Psychiatrie-Erfahrenen und wir Angehörigen uns verlassen wollen!

- In einer schweren Krise ist die übliche Akutstation eines psychiatrischen Krankenhauses die schlechteste Lösung. Es gilt von den Soterias zu lernen.
- Die üblichen Wechsel von Beziehungen auf den Akutstationen eines Psychiatrischen Krankenhauses ist absurd, krankmachend und auf spezifische Weise hospitalisierend. Verwirrt nicht die Verwirrten.
- In der akuten Situation sind die Wünsche der Einzelnen zu berücksichtigen. Daher kann ein Behandlungsvertrag hilfreich sein.
- So früh wie möglich ist Information zu geben über die Behandlung und ihre Nebenwirkungen, vor allem über die eigene Rechte.
- Anzubieten sind Einzel- und Gruppengespräche sowie Möglichkeit von nichtsprachlichen Ausdruck, Bewegung und Entspannung.
- Bei aller persönlichen Brisanz ist die soziale und gesellschaftliche Bedingtheit der Krise nicht zu vergessen.

Das Dilemma zwischen Hilferbringung und Hilfewahrnehmung

Wir Angehörigen würden uns an erster Stelle gern überhaupt auf etwas verlassen können.

Viele, viel zu viele, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige erleben nach wie vor in der Behandlung, Betreuung und Rehabilitation immer wieder, dass sie sich letztendlich auf nichts verlassen können – und sind dennoch gezwungen, sich immer wieder kontrafaktisch auf das, was ihnen gesagt und angeboten wird, einzulassen.

Es ist schon ein eigenartiges Phänomen: Sie geben sich so viel Mühe, und dennoch wird in jeder Psychiatrie-Erfahrenen- und Angehörigengruppe darüber geklagt, dass man nicht ernst genommen wird, einem keine ausreichende Zeit gewährt wird – sei man nun als Patient oder Angehöriger dort – und dass man generell nichts Verlässliches erfährt.

Sind die Erwartungen zu unterschiedlich, oder gibt es Regionen, in denen Angehörige nicht ernst genommen werden und kommen die Klagen ausschließlich von dort?

Ich komme aus Hessen. Da erzählt man sich, Angehörige würden sich nur dann in der Einrichtung A beschweren, wenn sie bereits für die Einrichtung B eine feste Zusage hätten!

Angehörige in Bremen erzählen sich, Peter Kruckenberg habe in seiner aktiven Zeit, nachdem man ihm von Klagen berichtete, die Angehörigen aufgefordert, Ort, Zeit und die beteiligten Personen zu nennen, damit er

den Beschwerden nachgehen könne – auf einmal wollte sich niemand mehr beschweren: »Beschweren Sie sich mal in der einzigen Einrichtung, die es gibt!«. Mit anderen Worten: **Sich beschweren fällt schwer!**

In einem anderen Bundesland wurde ein neuer 2. Landesvorsitzender gewählt. Sein psychisch kranker Sohn zündelte in seiner Wohnung. Der Vater bekam nie einen Termin mit dem behandelnden Arzt, auch nicht, als der Sohn entlassen werden sollte, obwohl seine Wohnung noch nicht wieder hergestellt war. Als er sich als 2. Vorsitzender outete, bekam er sofort einen Termin mit dem Klinikdirektor und die Probleme wurden zur wechselseitigen Zufriedenheit gelöst. Anders gefragt: **Führt erst Status zu (Be-)Achtung?**

Woanders wurde ein Sohn zur Zustimmung zur sofortigen Entlassung aus dem Heim gedrängt, an einem Freitag. Warum? Er war bis 16.00 Uhr im Schlafanzug durchs Haus geschlurft, was in den letzten Tagen wiederholt vorkam. Nur wenige Wochen vorher hatte sich das professionelle Selbstverständnis des Wohnheims geändert: bis dahin wurde den subjektiven Bedürfnissen der Insassen bedenkenlos gefolgt, sodass einige es bequemer fanden, bis in den Nachmittag hinein die Nachtwäsche zu tragen; aber jetzt galt das (natürlich angemessenere Konzept) der diversifizierten Lebensräume: Rekreation durch Ruhe und Schlaf, Reproduktion durch Nahrungserstellung und -aufnahme, Arbeit und Beschäftigung, frei verfügbare zweckfreie Zeit – alles ordentlich und räumlich voneinander getrennt. Der junge Mann wurde zu einem Konzeptwechsel-Opfer, und damit zu einem Kandidaten, auf den, wie es scheint, eine unterschwellige Regel angewendet wurde; sie lautet in Abwandlung aus dem Aschenputtel-Märchen: (»Die Guten ins Töpfchen, die Schlechten ins Kröpfchen«). Die Guten ins Haus, die Schlechten raus!

Oft machen wir die Erfahrung, dass die Profis uns sehr motiviert in ihren Heimen aufnehmen. Wenn sie aber (nach) Jahren merken, dass sie uns nicht so verändern können wie es ihrem Ideal entspricht, lassen sie uns links liegen oder sie schieben uns unter fadenscheinigen Gründen wieder in die Psychiatrie ab und diese in ein anderes Heim. So entsteht der Heimtourismus der 20% aller Heiminsassen eine dauerhafte Beheimatung verwehrt. Hier sei auch die Frage aus welchem Geiste sie ihren Arbeitsplatz ausgesucht haben. Auch für Unannehmlichkeiten mit den Nutzern sind sie Profis, die bezahlt werden für ihre Arbeit.

Aber manchmal begleiten uns die Profis mit unseren Angehörigen auf unserem schwierigen Lebensweg, wenn wir auch schwer chronifiziert sind. So werden wir und unsere Angehörige oft ausgesöhnt mit uns und unserem Lebensweg. So kann der Lebensweg ein Gewinn für uns auch bei den schwierigsten Mitmenschen, unseren Angehörigen und dem Profi werden.

Deshalb halte ich es für wichtig, dass in den Hilfeplankonferenzen mit Einwilligung von uns Psychiatrie-Erfahrenen ein Angehöriger dabei ist. Denn ich meine, dass uns wohlwollende Angehörige auch unterstützt gehören und das kann für eine Lebensbegleitung sehr hilfreich sein.

»Die Goldene 13«

Worauf sich Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene gerne im Detail verlassen würden

Reinhard Peukert und ich haben lange diskutiert, und so können wir Ihnen jetzt unsere Liste vortragen. Und wie gesagt: es gibt Gemeinsamkeiten, aber auch gewichtige Differenzen!

Wir möchten uns darauf verlassen können, dass jeder Psychiatrie-Erfahrene und jeder Angehörige die für sie oder ihn individuell erforderliche Hilfe integriert und in dem Umfang, in der Form, zu dem Zeitpunkt und an dem Ort bekommen, der am ehesten gewährleistet, dass die vereinbarten Ziele der Hilfen auch erreicht werden. Hier ist schon die erste Differenz zu markieren:

Wir haben als Psychiatrie-Erfahrene nichts dagegen, dass Angehörige Hilfe bekommen; dass aber die Hilfen für uns auch mit den Angehörigen ausgehandelt werden sollen, wie Reinhard es am liebsten geschrieben hätte, dagegen sind wir!

Nun werden wir die globale Erwartung konkretisieren, und der Einfachheit halber werden wir das, dem aktuellen Jargon folgend, als Qualitäts-Imperative formulieren – als »Die Goldene 13«.

- 1. Wir können uns darauf verlassen, dass alle die für sie angemessenen Hilfen erhalten, d. h. auch die nicht, noch nicht und nicht ausreichend Betreuten.
»Versorgungs-Imperativ«*
- 2. Wir können uns darauf verlassen, dass niemand wegen Art oder Schwere seiner Störung bzw. wegen Art und Umfang seines Hilfebedarfs seine Herkunfts- bzw. Wunschregion (seine angestammte oder gewünschte Lebenswelt, sein soziales Beziehungsnetz) verlassen muss.
»Regionaler Imperativ«*
- 3. Die Hilfe nimmt ihren Ausgangspunkt an der individuellen Biografie, den konkreten Lebensverhältnissen und den sozialen Beziehungen, in denen Psychiatrie-Erfahrene (und ihre Familien) leben, wobei wir nicht unbedingt räumlich zusammenleben.
»Lebenswelt-Imperativ«*
- 4. Wir können uns darauf verlassen, dass nur so viel Hilfe erfolgt, wie benötigt wird – aber die gibt es auch.
»Ökonomischer Imperativ«*

Wenn intensive Unterstützung nötig ist, erfolgt sie; wenn er aber mit einem Putzdienst und der Sicherstellung eines regelmäßigen Essens auskommt, wird dies organisiert – ohne dass ich dafür ein- oder zweimal wöchentlich »entlastende Gespräche« führen muss.

5. *Unter den Bedingungen knapper Ressourcen können wir uns darauf verlassen, dass jeweils diejenigen Klienten, die der Hilfe am dringendsten bedürfen, die erforderlichen Hilfen bekommen.*

»Anti-Ökonomischer Imperativ«

Dieser Imperativ ist dem »kategorischen Imperativ« von Klaus Dörner nachempfunden, der lautet: »Handle in deinem Verantwortungsbereich so, dass du mit dem Einsatz all deiner Ressourcen (an Zeit, Kraft, Manpower, Empfänglichkeit, Liebe, Aufmerksamkeit) immer beim jeweils Letzten beginnst, bei dem es sich am wenigsten lohnt.«

6. *Die Hilfe orientiert sich an und beschränkt sich (in der Regel) auf die mit uns verhandelten Ziele.*

»Verhandlungs-Imperativ«

Reinhard Peukert meint, die Ziele müssten auch mit unseren Angehörigen vereinbart worden sein; wie gesagt: wir meinen, nur mit unserer ausdrücklichen Einwilligung bei uns wohlwollenden Angehörigen wollen wird das!

Reinhard Peukert: Aber es ist doch schon erstaunlich, wie selten wir Angehörigen in die Hilfeplanung einbezogen werden, obwohl die dort getroffenen Absprachen häufig tiefgreifenden Einfluss auf uns haben.

7. *In der Regel werden die Hilfen in einer Weise angeboten und geleistet, die es möglich macht, die Hilfen auch anzunehmen.*

»Akzeptanz-Imperativ«

Manchmal werden Hilfen nicht akzeptiert; das hat aber nichts mit Krankheits-Uneinsichtigkeit zu tun, sondern »Hilfe-Uneinsichtigkeit« kann zum Problem werden – was ggf. durch eine Veränderung der Hilfe gelöst werden kann: Weglaufhaus statt Wohnheim.

Noch ein Gedanke zum Akzeptanz-Imperativ aus Angehörigensicht. Klaus Laupichler und ich haben lange überlegt, ob wir das hier anführen wollen, da er sehr gewagt ist; schließlich haben wir uns dazu entschlossen, da uns das ja auch eingefallen war.

Wie wäre es in schwierigen Situationen damit: »Von der Mafia lernen« – die Mafia macht Angebote, die man nicht ablehnen kann; sie zeichnen sich dadurch aus, dass die Konsequenzen der Ablehnung als gravierender eingeschätzt werden als die Begleiterscheinungen der Annahme des Angebotes. Problemen einfach aus dem Wege gehen (»Es tut mir leid,

da kann ich Ihnen auch nicht helfen«) ist die Sache der Mafia eher nicht, aber Gewalt ist immer nur die Ultima Ratio.

Wir glauben, die Familien versuchen das manchmal so – und haben dann immer ein schlechtes Gewissen. Allerdings haben wir den Eindruck, auch manchen Profis ist diese Strategie nicht ganz fremd (z. B. bei den sogenannten freiwilligen Klinikaufenthalten als Alternative zu Zwangsaufenthalten).

8. Wir können uns auf vielfältige Selbstverständnisse und Handlungsstrategien Ihrerseits, also bei den professionellen Helfern, verlassen.

»Vielfältigkeits-Imperativ«

Sie verhandeln, wo verhandelt werden kann; Sie erfragen Wünsche und Vorstellungen, wo Menschen ihre eigenen Wünsche kennen und Vorstellungen entwickeln können sowie in der Lage sind, sich dazu zu äußern;

Sie sind aber auch in der Lage, alle Ihre professionellen Erwartungen fahren zu lassen und sich unmittelbarer Erfahrung auszusetzen, wo ein Mensch sich verloren hat und sich erst mühsam wieder zusammen sammelt;

Sie verfügen über ein Verhaltensrepertoire von erwartungsstark und auseinandersetzungsbereit – bis hin zu erwartungsfreier schwebender Aufmerksamkeit, und wir möchten uns gern darauf verlassen können, dass es Ihnen gelingt, zur rechten Zeit am rechten Ort die angemessene Begegnungsform zu leben.

Erlauben Sie mir als Illustration ein für Angehörige typisches Beispiel. Stellen Sie sich vor, Sie werden in eine Familie gerufen, die sich vom Verhalten des kranken Angehörigen völlig überfordert sieht: er oder sie scheint psychotisch zu sein, hat fürchterliche Angst und zieht sich daher zurück – abgesehen von kurzen Interaktionssequenzen in der Küche, bei denen es schon mal aufgrund der Ängste zu verbal aggressiver Abwehr gegen die anderen Familienmitglieder kommt.

Beim kranken Familienmitglied liegt keine Hilfeannahmefähigkeit, nicht einmal eine Gesprächsbereitschaft vor; für Sie besteht kein Interventionsbedarf; die Eltern sind nahezu am Rande der Verzweiflung; ich würde sagen: wir haben eine subkutane Krise vor uns.

Aus Angehörigensicht wäre es ganz toll, wenn Sie dennoch da blieben, über einen recht langen Zeitraum; neben der Sicherheit vermittelnden und beruhigenden Wirkung auf uns Angehörige könnte Ihre Gegenwart in erwartungsfreier Ansprechbereitschaft dazu führen, dass sich unser

krankes Familienmitglied auf Sie einlässt und perspektivisch für Hilfen von Ihnen zugänglich wird.

Von der Mafia lernen – aber auch von der Soteria.

Außerdem können wir uns darauf verlassen, dass sich Umfang, Form, Zeitpunkt und Ort der Hilfe an 1. bis 8. orientiert. Damit erweitert sich der Imperativ:

»Flexibilitäts- und Vielfältigkeits-Imperativ«

9. Weder wir noch unser Angehöriger muss die einzelnen Hilfenlinien zusammenführen. Die Hilfen werden nicht additiv, sondern in ihrer Wirksamkeit aufeinander abgestimmt erbracht.

»Komplexeleistungs-Imperativ«

10. Wir können uns darauf verlassen, dass sich eine Professionelle bzw. ein Professioneller unserem Angehörigen und uns (bzw. seinem sonstigen unmittelbaren sozialen Umfeld) gegenüber persönlich für seine Belange, d. h. vor allem die Realisierung aller Hilfen unmittelbar verantwortlich macht und diese Verantwortung auch realisiert (Koordinierende Bezugsperson).

»Imperativ der persönlichen Verantwortung«

Obwohl wir also »... in einer Zeit (leben), in der die Verantwortlichkeit des Einzelnen als gering veranschlagt wird« (REINHARDT 2005) benötigen wir neben der in der Struktur verankerten Verantwortung auch die individuell-persönliche.

Ich erlebe das so, dass das weniger die Profis machen, sondern Mitglieder der Selbsthilfegruppe oder sehr engagierte Angehörige oder Bürgerhelfer.

Eins ist aber sicher, die Profis haben ihren Arbeitsplatz, ihre Arbeitszeit und ihre Fallbesprechungen und Teams.

11. Sie, die Helfer, messen Ihren therapeutischen Erfolg (den Hilfeffekt) an dem langfristigen Gewinn für die Psychiatrie-Erfahrenen und für uns. Selbstverständlich haben Sie sich vorher mit ihrem Patient/Klient und uns Angehörigen darauf vereinbart, worin der Gewinn für ihn und uns liegen könnte (z. B. Symptommfreiheit, Beschäftigung, eine bestimmte private Lebensform ...).

»Nachhaltigkeits-Imperativ«¹

Klaus Laupichler: Ich kann Ihnen nur sagen: ich wurde über viele Jahre hinweg

1 Die Bezeichnung des Qualitätsindikators als »Nachhaltigkeits-Imperativ« verdanken wir Herrn Herbert Gietl vom Dezernat Soziales, Integration, Medizinisch-psycho-sozialer Fachdienst des LVR aus Köln)

Worauf wir Psychiatrie-Erfahrenen und wir Angehörigen uns verlassen wollen!

nicht gefragt, was mir wichtig ist – und von den beiden letzten Imperativen habe ich bis jetzt auch nichts erleben können.

12. *Ein wesentliches Kriterium ist die erreichte Selbstständigkeit/Autonomie vor dem Hintergrund der Ausgangssituation/unserer gesamten Lebenssituation.*

»Verselbstständigungs-Imperativ«

Wir können uns darauf verlassen, dass Sie die Güte der Hilfewirklichkeit (d.h. die Güte der Gestaltung der Hilfebeziehung, nicht des Hilfeeffektes) an den Bewertungen unserer Angehörigen und an unseren Bewertungen bemessen, wobei Sie bei unseren Angehörigen und bei uns die Bewertungskriterien vorher erfragt haben.

»Nutzer-Nutzen-Imperativ«

Den Begriff »Goldene 13« habe ich aus Wiesbaden mitgebracht. Da gab es bis vor kurzem ein verkleinertes Roulette-Spiel, das hieß: »Die Goldene 13«. Wir meinten, in Bezug auf »Glück« ein geeigneter Zusammenhang ...

Zwei bedeutsame Pathologien: Qualitolie und maniformes Qualitainment

Nach dieser langen Imperativ-Liste müssen wir uns fragen, ob wir der schwer therapierbaren Erkrankung Qualitolie verfallen sind.

Qualitolie ist eine in den letzten Jahren vermehrt auftretende Pathologie – nämlich das sinnentleerte und sinnentleerende Nachsprechen von angeblichen Qualitätsstandards.

Worauf würden wir uns gern verlassen?

Schluss mit der Qualitolie – stattdessen finden die Qualitätsansprüche tatsächlich Eingang in die alltägliche Praxis! – und wir würden uns wünschen, dass Sie mit uns deren Realisierung sanktionsbewehrt kontrollieren: wer sie verletzt, muss Schmerzen erleiden, z. B. in Form der Reduzierung zugesagter Vergütungen; wer sie vorbildlich erfüllt, bekommt einen Zuschlag.

Viel Qualität in der alltäglichen Praxis – statt vielstimmige Qualitolie!

Es gibt eine weitere Pathologie, eine Viruserkrankung, bei der, wie aus ernst zu nehmenden Studien hervorgeht, die APK einer der Erstwirte war, die Pathologie ist gemeinhin bekannt als maniformes Steuertainment.

Bei diesem Krankheitsbild wird in leicht euphorischer Grundstimmungslage jedes Publikum – die Betonung liegt auf jedes – mit ausgetüftelten Steuerungsmodellen unterhalten (für die Angelisten: entertaint). Auf der

Arbeitsebene die einfachen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: ihnen werden die Regeln der koordinierenden Bezugsperson verklickert. Auf einer anderen Ebene erfahren die Dienste und Einrichtungen die wunderwirkenden Steuerungsqualitäten der Hilfeplankonferenz, und von ultimativem Unterhaltungswert ist die Diskussionen um ein Steuerungsmodell, in dem das Steuertainment zu seiner eigenen Verobjektivierung findet: der GPSteuerungsV, der Gemeindepsychiatrische Steuerungsverbund.

Wir Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen würden uns selbstredend liebend gern auf die steuernde Einflussnahme von koordinierender Bezugsperson, Hilfeplankonferenz und GPV verlassen, denn das könnte tatsächlich dazu beitragen, die oben genannten Verlässlichkeiten in die Welt zu bringen.

Aber es gibt Regionen in denen es nur ein Anbieter gibt, der sich selbst für heilig erklärt und verwundert ist, wenn wir eine Qualitätskontrolle einfordern.

Also bitte: keinen unterhaltsamen Etikettenschwindel, dem wir noch in vielen Regionen begegnen, in denen die Akteure die Sprache, manchmal nur die Worte, gelernt haben, die Praxis jedoch nur minimal anpassen –, sondern:

Vom maniformen Steuertainment – zu realen und effektiven Steuerungsprozessen.

Wir wissen, dass Sie ja alle genau aus diesem Grunde an der Tagung teilnehmen!

Ich möchte noch ganz nachdrücklich betonen:

Wir Psychiatrie-Erfahrenen möchten nicht in andere Städte oder Landkreise abgeschoben werden, wie haben das Recht auf unsere Heimat. Wir möchten wieder integriert sein in unsere Heimat und in unserer Heimat den Schul- oder Berufsausbildungsabschluss fertigstellen können. Wenn es sein muss, wollen wir in einer kleinen Wohngruppe in unserer Heimat leben.

Ich möchte, dass mein Angehöriger nur dann in der Hilfeplankonferenz sitzt, wenn ich zu ihm Vertrauen habe. Angehörige meinen zwar, dass sie gesund und daher handlungsfähig sind, aber bei genauem Betrachten sind sie es, die als Allererste behandlungswürdig sind.

Ich möchte mich darauf verlassen, dass ich nicht weiter unter meinen familiären Verhältnissen leiden muss und mich von meinem Ehepartner trennen kann, ohne dass ich das Sorgerecht automatisch verliere und zum Sozialfall werde.

Ich möchte mich darauf verlassen, dass auch meine Angehörigen die Chance bekommen, sich zu verändern und wir dann gleichberechtigt am Dialog teilnehmen können.

Lieber Klaus, vielen Dank für das freundliche Ansinnen.

In den Angehörigengruppen und Psychose-Seminaren versuchen wir ja, zu lernen. Aber einen weiteren Schlüssel für die Veränderung von uns Angehörigen haben Sie, die Professionellen, in der Hand – nämlich mit der Art und Weise, wie Sie uns begegnen, das prägt – in positivem wie in negativem Sinne.

Anders gesagt: Wie hätten wir es gern, wie Sie mit uns umgehen?

Und wieder das Dilemma zwischen Hilfe und Hilfswahrnehmung!

Um dies zu beantworten, habe ich bei einem sog. Länderrat die Vorstände der Landesverbände der Angehörigen gefragt.

Bevor ich Ihnen das Ergebnis kurz referiere, muss ich feststellen, dass so etwas immer mit einem großen Problem behaftet ist, nämlich mit dem widersprüchlichen Erleben der Angehörigen und Professionellen, bezüglich ihres Umgangs miteinander.

Als z. B. Frau Heim in diesem Jahr auf einer Tagung der Bundesdirektorenkonferenz, der ärztlichen Direktoren an Allgemeinkrankenhäusern und der APK in Wiesbaden in karrierender Rede vortrug, wie Professionelle Chronifizierung fördern könnten, fühlten sich viele der Professionellen nicht nur missverstanden, sondern in ihren täglichen Bemühungen zutiefst entwertet, denn was Frau Heim beklagt hatte, ist für die meisten von Ihnen, wenn nicht für Sie alle, selbstverständlich! Ebenso wird voraussichtlich das, was wir gleich aufzählen, für Sie ebenfalls völlig selbstverständlich sein.

Das ist der eine Gesichtspunkt. Der andere: Wir Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen richten sehr häufig Wünsche, Erwartungen und Forderungen an Sie, die Profis, deren Erfüllen vielleicht übermenschliche Qualitäten voraussetzt (u. a. »die Goldene 13«).

Es wäre sicher interessant zu diskutieren, was die Basis dieser hohen Erwartungen ist: werden wir dazu von den Profis verführt – oder fühlen wir uns so klein, dass wir darauf angewiesen sind – oder was sonst?

Wenn sich Angehörige für den Umgang der Profis mit ihnen offensichtliche Selbstverständlichkeiten wünschen, so spricht das dafür, dass eine ganze Reihe von Angehörigen diese selbstverständlichen Erfahrungen nicht gemacht haben, sondern das Gegenteil erlebten; davon berichten auch viele.

Damit bleibt aber eine grundsätzliche Spannung bestehen, die auch nicht mit dem Hinweis aufgelöst werden kann, dass Angehörige, die z. B. mangelnden Respekt beklagen, diesen Mangel in einer anderen – nicht in ihrer – Institution erfahren haben.

Die Tatsache, dass die schlechten Erfahrung »an einem anderen Ort« gemacht wurden, spielt sicher eine große Rolle; Sie und wir sollten uns aber auch immer wieder fragen, ob Professionelle und Angehörige mit den gleichen Worte auch das Gleiche meinen – und das lässt sich nur im unmittelbaren, offenen und auf gleicher Augenhöhe stattfinden Dia- und Trialog im therapeutischen Alltag, und nicht auf Tagungen klären!

Ich habe mir die Wünsche der Angehörigen angesehen und konnte vielen zustimmen; ich konnte »Angehörige« durch »Psychiatrie-Erfahrene« ersetzen, und die Sätze waren richtig; daher kann ich Ihnen diese Wünsche als die von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen vortragen, obwohl sie ursprünglich vom Angehörigenverband formuliert wurden:

Auf der Ebene der Haltung möchten wir uns verlassen auf

- *Unvoreingenommenheit*
- *respektvollen Umgang mit uns*
- *keine Schuldzuweisungen*
- *persönliche Anteilnahme am Wohlbefinden*
- *Ehrlichkeit und Aufklärung*
- *Informationen über die Erkrankung in verständlicher Sprache*
- *weder Beschönigungen noch Dramatisierungen*

Auf der Ebene der Hilfeerbringung möchten wir uns gern verlassen auf

- *Wertschätzung der Erfahrungen von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen*
- *gezieltes Bemühen um diese Erfahrungen*
- *Äußerungen der Angehörigen werden ebenso ernst genommen wie die der Psychiatrie-Erfahrenen – und umgekehrt*
- *Umfassende Aufklärung zu rechtlichen und administrativen Möglichkeiten und Fallstricken*

Am besten ging dies alles und vieles mehr

- *durch eine bessere Qualifizierung im Umgang mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen*
- *und durch eine konsequente Realisierung des Trialogs auf allen Ebenen!*

Diese Wünsche/Forderungen stimmen mit unseren überein, sie sind identisch. Die Folgenden können wir gut akzeptieren:

- *Gespräche mit und Hilfen für Angehörige, auch wenn der Patient Kontakt zu Professionellen ablehnt*

Worauf wir Psychiatrie-Erfahrenen und wir Angehörigen uns verlassen wollen!

- *Sofortige Unterstützung und Hilfe für Angehörige bei der Ersterkrankung, parallel zur Aufnahme des Patienten findet ein »Angehörigenaufnahmegespräch« statt; während der Behandlungszeit werden »Angehörigenvisiten« angeboten*
- *Einbeziehung der Angehörigen bei der Entlassplanung*

Der Punkt, an dem wir ganz und gar nicht zustimmen können, ist Folgender:

- *die Erfahrungen und das Wissen der Angehörigen werden in der Therapie genutzt*

wenn das so gemeint ist, dass die Angehörigenerfahrungen in unsere Therapien einfließen sollen!

Diesen Widerspruch kann und will ich nicht auflösen.

Vom IBRP zum IABP, dem Integrierten Angehörigen Beteiligungs Plan

Ich könnte mir vorstellen, dass Sie – die Vorstände, Geschäftsführer, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – gern wissen würden, wie Sie diesen Ansprüchen als Ansprüche der Angehörigen gerecht werden könnten.

Wie wäre es damit?

Sie fragen uns, was unsere angestrebte Lebenssituation ist, und welche Probleme – im Lichte der angestrebten Lebenssituation – uns aus unserem Angehörigen-Sein erwachsen und welche Lösungen wir vielleicht schon selbst gefunden haben. Dann fragen Sie uns, welche weiteren Ziele wir uns in Bezug auf diese Probleme vorgenommen haben bzw. gern vornehmen würden. Anschließend schauen wir, was der Erreichung dieser Ziele im Wege steht und wir klären miteinander, bei welcher Zielerreichung Sie uns unterstützen müssten, können und wollen; schließlich vereinbaren wir, welche konkreten Schritte wir gehen; beiläufig ist dabei auch geklärt, was wir allein in die Reihe kriegen wollen, und von wem wir uns sonst noch Unterstützung holen könnten.

Für die Hilfen mit Psychiatrie-Erfahrenen haben Sie ja bereits vor Jahren begonnen, ein solches Verfahren einzuführen; wir wäre es mit einem Angehörigen-IBRP, oder besser: einem IABP: dem Integrierten Angehörigen Beteiligungs Plan?

Allerdings müssten Sie und wir uns dann vor der großen Gefahr der rein schematischen Durchführung wappnen, vor der ja auch der IBRP alles andere als gefeit scheint.

Nun wissen Sie, worauf sich Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige gern verlassen würden, manches ist gleich, aber es gibt auch gewichtige Differenzen.

Vom Wohlwollen zu regionalen Beschwerdestellen und einer Verantwortungsethik

Um das gewünschte Verhalten den Psychiatrie-Erfahrenen und den Angehörigen gegenüber strukturell zu untermauern, werden gleichzeitig überall regionale Beschwerdestellen mit der zusätzlichen Rolle der Patientenanwälte eingeführt, wo wir zunächst auch anonym unsere Klagen vorbringen können und im Prozess klären können, ob und wie wir sie weiter verfolgen wollen.

Wie die ganz zu Beginn vorgetragenen Beispiele gezeigt haben:

Schon allein die vage Befürchtung, wir könnten in eine Gegnerschaft geraten, führt bei uns zu Willfährigkeit: Die Befürchtung löst die Angst aus, Sie könnten Ihre Hilfsbereitschaft entziehen und uns bestrafen! Wir würden uns also gerne darauf verlassen, dass Sie die – von uns vielleicht nur erdichtete – Machtposition durch die flächendeckende Einführung der Beschwerdestellen mit der zusätzlichen Rolle von Patientenanwälten aufweichen.

Auch wir Angehörigen sind sehr für die bundesweite Etablierung von Beschwerdestellen.

Wie wäre es außerdem mit einem Bonus-Malus-System, bei dem ein Teil der finanziellen Zuwendungen an die Träger von der Realisierung der Qualitäts-Imperative abhängig gemacht wird?

Die Beachtung dessen, was Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige wünschen, über Finanzierungsregelungen und Beschwerdestellen kann allerdings die Verantwortungsethik nicht ersetzen, der wir dringend bedürftig sind.

Verantwortungsethik impliziert unmittelbare Verantwortung für konkrete Menschen. Die Chancen dafür sind so schlecht nicht. Die Basis unseres Zusammenlebens ist auch heute noch nach wie vor die christlich-jüdische Tradition, und die hat sich aus einem (starke) Bindungen respektierenden und beachtenden Wertesystem heraus entwickelt. Ein solches System ist vorrangig in Beziehungen fundiert, aber die Menschen müssen gleichzeitig lernen, mit Beziehungsloyalitäten umzugehen. Erinnerung sei an Abraham, der im tiefen Dilemma seiner Beziehungsverpflichtung zu seinem Sohn und zu seinem Gott den Berg Moria bestieg.

Bei mir war das so, dass sich meine Familie mit aller Entschiedenheit von mir abgewandt hat. Ich war als Nichtsesshafter nicht krankenversichert und später, als ich ins Heim kam, wollte meine Familie nichts mehr mit mir zu tun haben, weil sie Angst hatten für meine Unterbringung und die Psychiatrie zahlen zu müssen. Nach Jahren gingen im Heim dann Telefonanrufe ein nach dem Motto: Wir würden ihn ja gerne besuchen, aber das darf nichts kosten.

Es bedarf also einer Verantwortungsethik, die die Hierarchie der Beziehungsverbindlichkeiten festlegt.

Für Abraham war klar, dass die Loyalität zu seinem Gott der zu seinem Sohn vorangeht. Der vorchristliche Gott war mit der Loyalitätsbezeugung zufrieden und hat Abraham mit einem Schaf belohnt.

Wir können uns unschwer vorstellen, dass Sie wie Weiland Abraham in Loyalitätskonflikten stecken.

Was sagt die Verantwortungsethik? Gehen die Interessen der Leistungsträger vor denen der Institution vor denen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor denen der erkrankten Familienmitglieder vor denen der Angehörigen – oder sind andere Hierarchien denkbar? Oder gelingt es tatsächlich, einen Ausgleich der Verantwortungen und Verpflichtungen über GPV-Strukturen und Hilfeplankonferenzen herzustellen?

Wir wären sehr glücklich, wenn dieses Vorhaben gelänge!

Das I-Ging, das Buch der Wandlungen, diese älteste chinesische Schrift gibt den Herrschenden folgenden Rat:

»Wenn jeder seine Rolle spielt und jeder versorgt ist, kann die ›große Harmonie‹ zum Wohle aller erreicht werden.«

Wo der Wunsch, sich verlassen zu können, an seine Grenze stößt

Erlauben Sie uns zum Ende einen Blick auf das potenziell größte Leid: mindestens 10 % der Psychiatrie-Erfahrenen halten ihr Leben nicht länger aus und geben es auf.

Aber wir haben das Recht auf eine umfassende Hilfe, auf eine emanzipatorische Begleitung, damit wir auch in der Tiefe unseres Leides, das wir nun mal haben, nicht den letzten Weg gehen müssen. Unser Leben und unser Leiden haben auch einen Sinn und der muss gefunden werden.

Leider wird der Sinn viel zu oft nicht gefunden, und manchmal wohl auch nicht gesucht. Angehörige, Freunde, professionelle Helfer müssen dann mit der Erfahrung des vollzogenen Suizids eines Elternteils, eines Geschwisters, eines Kindes, eines Freundes, eines Klienten weiter leben.

Uns wäre es besonders wichtig, wenn wir uns darauf verlassen könnten, dass der verzweifelte Mensch in Situationen tiefster Not und schier grenzenloser und entgrenzender Mut- und Hoffnungslosigkeit sich daran erinnern würde oder könnte, dass es Menschen gibt

- wenigsten einen Menschen – um dessen Willen es sich lohnen könnte, die erlebte Not und Pein noch ein wenig länger auszuhalten,

- mindestens einen Menschen, an den Sie sich wenden wollen,
- mindestens einen Menschen in der Begegnung, mit dem Sie es zumindest nicht für unmöglich halten, dass es vielleicht noch einen anderen Weg geben könnte.

Uns ist es völlig gleichgültig, ob dieser Mensch ein anderer Psychiatrie-Erfahrener, ein professioneller Helfer, eine Bürgerhelferin oder ein Familienmitglied ist.

Wir wissen, dass man und frau die »Qualifikation«, diese Bedeutung für einen anderen Menschen zu haben, in keinem Ausbildungsgang lernen kann, in keiner noch so perfekten Familienkonstellation zugewiesen bekommt und in keiner noch so intensiven Psychiatrie-Erfahrenen-Gruppe sicher erwarten darf.

Trotzdem wissen wir, dass sich diese nicht erlernbare, nicht kunstfertig herstellbare und nicht intendiert evozierbare Kraft oft unerwartet einstellen kann.

Wie gern würden wir uns darauf verlassen können – und wissen doch irgendwie schon immer, dass man sich auf so etwas gerade nicht verlassen kann.

Literaturangaben

BAART A: Über die Präsentische Herangehensweise. Referat. Mainz, 2003: 11

PEUKERT R: Innovative Schizophrenietherapie für alle Patientengruppen oder: Psychisch kranke Menschen – Patienten zweiter Klasse? Chronisch psychisch kranke Menschen – Patienten dritter Klasse? In DIERKS C (Hg.): Innovationen in der Therapie der Schizophrenie. Stuttgart und New York, 2001: 32

REINHARDT V: Spiegel, 2005, 16: 171

Anhang

Die von den Teilnehmenden aus der Perspektive von Psychiatrie-Erfahrenen bzw. Angehörigen notierten und zusammengefassten Erwartungen an die professionellen Helfer und das Hilfesystem:

Worauf wir Psychiatrie-Erfahrenen und wir Angehörigen uns verlassen wollen!

Psychiatrie-Erfahrene

- Aktive Hilfe ■
- Alternative Hilfe (eventuell ohne Krankenhaus)
- Angstfreiheit
- Aufmerksames Zuhören
- Aufmerksamkeit
- Aufmunterung zu hilfreichen Tätigkeiten
- Auswahl an Möglichkeiten zur freien Entscheidung
- Beistand in schwierigen Situationen
- Beratung
- Beruhigende Worte
- Beste ärztliche Versorgung und auch Medikamente
- Ehrlichkeit
- Eine vertraute Person an meiner Seite, die auf mich aufpasst und mich schützt
- Empathie
- Entlastung
- Erklären, was mit mir los ist und warum
- Fachliche Kompetenz
- Freundliche interessierte Aussprache mit menschlicher Wärme
- Fürsorge/Zeit/Zuwendung
- Geborgenheit
- Geduld
- Gesellschaft, wenn ich sie möchte
- Gleiche Augenhöhe
- Gute/ausreichende Informationen über Krankheitsbild etc.
- Halt
- Herrschaftsfreie Kommunikation
- Hilfe für meine Angst, nicht gegen meine »Gefährlichkeit«
- Hilfe, um Zuhause sein zu können
- Ich möchte allein sein können, wenn ich das will und Geborgenheit spüren können
- Ich will ernst genommen werden
- Ich will gefragt werden
- In Ruhe gelassen werden, aber bei Bedarf sollte Hilfe sofort da sein
- Interesse
- Jemand der da ist, der mich wahrnimmt, mich informiert, mich gleichberechtigt berät
- Keine Entwürdigung, schnelle Normalisierung
- Keine Gewalt
- Klaren Blick
- Kontinuität
- Medizin. Hilfe zum Wieder-Gesundwerden
- Mensch, den ich jederzeit sprechen kann, der mich informiert
- Menschliche Wärme
- Mitsprache
- Möglichst keine Klinik, sondern Gespräche, das entlastet und beruhigt
- Offenheit
- Partnerschaftlicher Umgang
- Persönliche, verbindliche Beziehung zu Profis
- Perspektive
- Professionelle Therapie
- Respekt
- »Runde« sozial-(psych.) Betreuung/ Begleitung
- Ruhe
- Selbstbestimmung
- Sich ernst genommen fühlen
- Sicherheit
- So wenig Fremdsteuerung wie möglich
- Struktur
- Transparenz
- Überblick (Zeitraumen/Perspektiven)
- Verantwortung
- Verlässlichkeit
- Versorgungshilfe, da wo ich sie brauche
- Verstanden werden
- Verständnis
- Verständnis für meine Ängste
- Vertrauen
- Vertrauenswürdigkeit
- Während der Zeit in der Klinik hoffe ich auf Besuch; hoffe, dass Kontakte nach außen bestehen bleiben
- Wahrung meiner Intimität und Würde
- Zeit, Zuhören
- Ziele
- Zu Hause besucht und möglichst beruhigt werden
- Zuhören – Ausreden lassen
- Zuspruch
- zuverlässige Bezugspersonen
- Zuwendung erhalten von Menschen/Helfern in der Klinik
- Zuwendung und Aussicht, wie lange noch zu leben ist

Angehörige

- Achtung vor der Person
- Akzeptanz
- Angehörige mit einbeziehen
- Angehörige nicht mehr als Störenfried sehen
- Angstfreiheit
- Aufklärung über Krankheit und eigenen Umgang damit
- Aufklärung über Medikamente
- Aufmerksamkeit
- Behandlungskonsens herstellen
- Behandlungsmöglichkeiten gemeinsam erörtern
- Beratung über Umstände
- Beteiligung an den Entscheidungen
- Bildung
- Echtheit
- Ehrlich sein
- Einbindung der Angehörigen vom 1. Tag der Behandlung
- Eingehen auf Bedürfnisse
- Emotionale Anteilnahme
- Empfindsamkeit
- Engagement
- Entlastung
- Erklärungen
- Feste Bezugsperson
- Freundlichkeit
- Gemeinsames Gespräch mit dem Patienten (nicht über ihn)
- Gespräche
- Halt
- Hilfe und Unterstützung
- Hohe Fachlichkeit
- Informationen über Behandlungsmöglichkeiten, klassisch und alternativ
- Informationsaustausch
- Interesse an meinem Angehörigen
- Kommunikation und Kontakt mit dem Betroffenen und dem Helfer
- Kompetenz
- Konstante Zuwendung
- Kontrolle
- Liebe
- Liebevoller Umgang
- Mehr Teilhabe an der Betreuung
- Mehr Zusammenarbeit
- Menschlich
- Menschliche und fachliche Kompetenz
- Mitgefühl
- Nachricht, wenn es meinem Angehörigen nicht gut geht
- Nähe
- Nicht überflüssig sein
- Nur trialogisch kann eine Therapie erfolgreich sein
- Offenheit
- Passend
- Persönlich
- Persönlicher Bezug
- Perspektive entwickeln
- Respekt
- Sachkenntnis
- Sie sollen das tun, was mein Angehöriger will
- Sie sollen sagen, was sie tun
- Sorgfältig arbeiten
- Sprache
- Therapie-Auswahl
- Unterkunftsmöglichkeit am Ort der Behandlung
- Verbindlicher Ansprechpartner
- Verbindlichkeit
- Verlässlichkeit
- Verständnis
- Verständnis für meine Emotionen
- Vertrauen
- Wahrgenommen werden
- Wärme
- Wertschätzung
- Wunsch des Betroffenen respektieren
- Zeit haben
- Zuhören – Ausreden lassen
- Zuhören, was mein Angehöriger braucht
- Zuspruch
- Zuwendung
- Zuwendung für meinen Angehörigen

Verbindliche Steuerung: Zielorientiert und differenziert auf verschiedenen Ebenen

Heinrich Kunze

»Als wir das Ziel aus den Augen verloren, verdoppelten wir unsere Aktivitäten.«

Steuerung beginnt mit der Bestimmung des Zieles – nein, der Ziele. Um wessen Ziele geht es? Nach dialogischem Ansatz mindestens um die der erkrankten Person, der Angehörigen sowie der damit befassten Therapeuten. Maßgeblich sind aber auch die eigenen Ziele der Bezahler sowie der Einrichtungsträger. Die Abbildung 1 zeigt Beispiele.

Person:	Selbstbestimmtes Leben z. B. eigene Wohnung, mit Partner/Freundin, Unterstützung bei Alltagsaktivitäten, Arbeit/Beschäftigung ... mit anderen im Heim leben
Stadt/Kreis:	Integration <i>statt</i> Ausgliederung infolge unzureichender Hilfen
Einrichtungen:	wirtschaftlicher Bestand/Qualität/Versorgungsverpflichtung
Leistungsträger:	Effizienz/Steuerung/Qualität

Abb. 1: Ziele

Weitere Beispiele: die Kommune will Arbeitsplätze von großen Einrichtungen sichern. Oder sie will welche neu schaffen, dann ist aber die Bürgerinitiative dagegen, weil sie die Entwertung ihrer Immobilien befürchtet. – Schon bei der Zielbestimmung treten also ganz verschiedene Beteiligte mit ihren unterschiedlichen Zielen auf. Das gilt ebenso bei der Frage: Und mit welchen Maßnahmen sollen die Ziele erreicht werden?

Einige der Akteure mit einem Geflecht von Zielen und Erwartungen untereinander stellt Abb. 2 dar. Die Abb. 3 fokussiert auf das Verhältnis zwischen Einrichtungen und Kostenträgern. Dies ist oft bestimmt durch die Komplementarität von Bestrebungen und Befürchtungen, was zur gegenseitigen Blockade oder zum Machtkampf führt. Die Alternativen sind Transparenz und Vertrauen als Grundlage für konstruktive Schritte in Richtung auf gemeinsame Ziele.

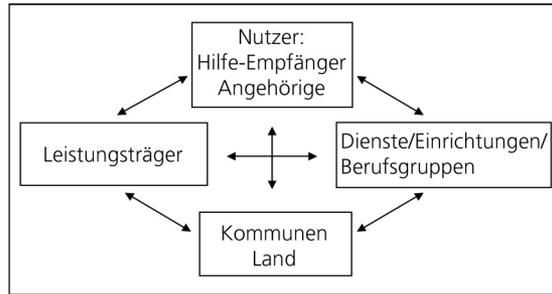


Abb. 2: Ziele/Partikular-Interessen

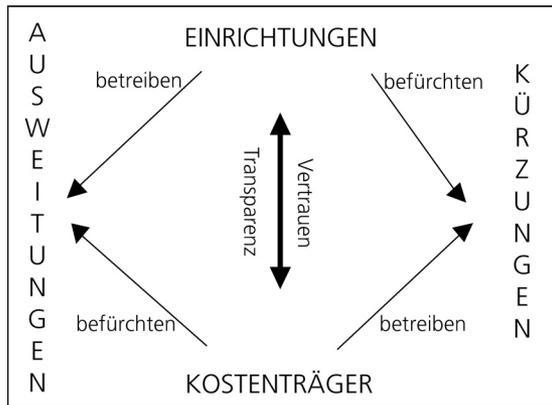


Abb. 3: Einrichtungen und Kostenträger

Wie kommen divergierende Ziele zusammen? Sie kennen noch aus dem Ma-the-Unterricht das Grundprinzip der Vektor-Rechnung: Von einem Punkt aus gehen Pfeile ab in verschiedene Richtungen und ihre Länge stellt ihre Stärke dar. Daraus wird *ein* Pfeil ermittelt, der die Summe der verschiedenen Pfeile darstellt unter Berücksichtigung ihrer Richtung und ihrer Stärke. Der Summenpfeil ist oft viel kleiner als die Einzelpfeile und seine Richtung unter Umständen von niemand so gewollt. – Wenn es um soziale Prozesse geht, wie wird aus divergierenden Zielen eine zielgerichtete Entwicklung? Dies ist ein komplizierter Vorgang, deswegen sind einfache Bilder so verführerisch, wie sie falsch und unzeitgemäß sind: Der große Steuermann, der Kapitän auf der Kommandobrücke wird es schon richten oder eine zentralistische

Verwaltung. Auch gibt es keine einfachen Lösungen: Weder ausgehend von den Folgen der individuellen Rechtsansprüche noch über ein Anbieterkartell noch durch die freie Marktsteuerung über Preise.

Die Praxis der Steuerung im Psychiatriebereich hat bisher weithin allenfalls das Niveau von Planwirtschaft. Diese ist konfrontiert mit *chaotischen Entwicklungen* als Folge selbst regulatorischer, sich selbst organisierender Prozesse von Individuen, Gruppen und Organisationen. Die beteiligten Akteure entscheiden im Grundsatz immer selbst, was sie wie tun, wie sie welche Vorgaben umsetzen oder auch nicht (siehe auch Vortrag von Herrn Haack). *Keine Seite kann allen anderen ihren Willen aufzwingen.* Es gibt auch keinen unmittelbar durchzusetzenden gemeindepsychiatrischen Planungsvollzug.

Die Herausforderung heißt: diesen chaotischen Entwicklungen mit einer wirksamen »*Steuerung des Chaos*« begegnen (Abb. 4; VAN EICKELS 1999) Es gilt also, den Ziel-Verständigungsprozess zu kultivieren, identifikationsfähige Leit- und Zukunftsvorstellungen zu entwickeln, mit denen sich die verschiedenen Akteure identifizieren, und zu vereinbaren, diese Ziele über die eigenen Partikularinteressen zu stellen und in festgelegten Abstimmungsprozessen zu Lösungen zu kommen.

STEUERUNG ALS BEWUSSTE AUSRICHTUNG
SOZIALER PROZESSE AUF BESTIMMTE ZIELE

1. Zielverständigung: Identifikationsfähige Leit- und Zukunftsvorstellungen entwickeln
2. Rahmen und Grenzen setzen
3. Ziele und darauf gerichtete Funktionen vereinbaren
4. Ressourcen zuteilen und bereitstellen
5. Feedback-Schleifen etablieren

Abb. 4: Steuerung des Chaos (nach N. van Eickels)

Ich komme damit zu dem gemeinsamen Oberziel dieser Tagung: »**Gute Praxis und Ökonomie verbinden ...**«, individuell passgenaue Hilfen zu möglichst niedrigen Kosten. In meinem Vortrag wird die finanzielle Steuerung im Vordergrund stehen, verbindliche Kooperation und Qualitätsorientierung werden von anderen thematisiert.

Im Diskurs morgen »Sozialpsychiatrie, Leistungsträger und Ökonomie« wird Herr Rieger als Geschäftsführer dem Vorurteil (»Ökonomie = sparen«) vieler Therapeuten entgegenhalten: *Ziel von Betriebswirtschaft ist, einen definierten Nutzen mit möglichst geringen Mitteln erreichen, oder mit den vorgegebenen Mitteln möglichst großen Nutzen bewirken.* Bei *Effizienz* geht es um beides: Nutzen und Mittel im ausgewogenen Verhältnis zueinander.

Den Druck der öffentlichen Kostenträger und der Haushälter zu sparen anzuprangern – unter Hinweis auf die Vernachlässigung der kranken und behinderten Menschen – dazu haben Therapeuten und Einrichtungsträger erst dann ein moralisches Recht, wenn sie ihre Hilfe-Prozesse effizient und transparent gestaltet haben. Der personenzentrierte Ansatz und der IBRP darf nicht als Sparinstrument missbraucht werden.

Der *Nutzen* muss in Bezug auf Personen definiert werden und nicht nur für Maßnahme-Bereiche entsprechend dem gegliederten System der sozialen Sicherung. Denn ohne Personen-Bezug besteht die Gefahr, zu sparen (z. B. bei ambulanten Hilfen) im Rahmen der jeweils gesetzlich abgegrenzten eigenen Zuständigkeit, koste es was es wolle woanders (z. B. für stationäre Hilfen). Dies – sowie das institutionszentrierte Versorgungssystem – sind die wesentlichen Ursachen für die »strukturbedingte Verschwendung therapeutischer Ressourcen«, auf die schon in den »Empfehlungen der Expertenkommission ...« 1988 hingewiesen wurde (vgl. auch BUNDESMINISTERIUM 1999). Aktuelle Beispiele:

- Die Psychotherapie kommt nicht in Gang außer in Rheinland Pfalz, im Saarland und in Baden-Württemberg, u. a. weil die Kostenträger es bisher nicht geschafft haben, die finanziellen Auswirkungen (z. B. Verminderung von Krankenhausbehandlung) personenbezogen zu analysieren. So halten sie am Totstellreflex fest: keine Bewegung!
- Im Bereich der Sozialhilfe gibt es immer noch die Tendenz, »freiwillige« bzw. ambulante Hilfen in örtlicher Zuständigkeit so lange zu unterlassen, bis stationäre Hilfe in überörtlicher Zuständigkeit notwendig wird.

Das Konzept von Steuerung auf verschiedenen Ebenen mit vielen Akteuren unter schwierigen Rahmenbedingungen wirkt kompliziert. Und um nicht missverstanden zu werden, will ich vorweg klarmachen: Verbesserung der Steuerung ist Voraussetzung,

- um gute Praxis und Ökonomie zu verbinden,
- um gute Qualität mit weniger Geld zu erreichen
- oder mit gleichem Geld mehr Personen zu versorgen.

Dazu können wir von den Ökonomen lernen. Das Ziel vor Augen gilt es anzufangen oder weiter daran zu arbeiten, auch wenn noch nicht alle zukünftigen Probleme klar erkannt oder gar schon gelöst sind: Fehler und Umwege bieten die Chance zur Verbesserung in Schritten. Die Implementationsprojekte und diese Tagung bringen uns voran, wenn wir voneinander lernen

aus guten Lösungen *und* Fehlern, statt in den Spiegel zu schauen, wer die Schönste im ganzen Land sei.

Also nicht warten mit dem Anfang, bis alle Probleme gelöst sind! Das hat aber auch zur Folge, die Schwierigkeiten bei *Ungleichzeitigkeit der Fortschritte auf verschiedenen Steuerungsebenen auszuhalten* und in Motivation zu weiteren konstruktiven Teillösungen umzusetzen statt in Resignation. Typische Probleme sind z. B.: personenzentrierte Hilfeplanung in einem noch überwiegend institutionszentrierten Hilfesystem; personenzentrierte Umorganisation von Einrichtungen in einem noch überwiegend an Plätzen orientierten Finanzierungssystems usw.

Leistungen zur Teilhabe/Eingliederungshilfe im Vergleich zu anderen Finanzierungsbereichen

Ich will jetzt auf die Hilfen zur Teilhabe/Eingliederungshilfe eingehen, weil diese für die Versorgung von Menschen mit längerfristigen psychischen Erkrankungen von großer Bedeutung sind. Nach der Rechtsprechung für das Sozialraumbudget oder den SGB XII-/BSHG-Bereich ist es rechtswidrig, wenn individuelle Hilfsansprüche wegen fehlender Finanzmittel nicht realisiert werden. Deshalb ist im Sozialhilfebereich noch die Auffassung verbreitet, Budget-Steuerung sei aus grundsätzlichen rechtlichen Erwägungen nicht realisierbar. Ich verweise aber auf benachbarte Bereiche, in denen es möglich ist, Budgetsteuerung und die Realisierung der individuellen Rechtsansprüche zu verbinden.

Dazu ist ein Blick auf z. B. *Krankenhausbehandlung* und *Jugendhilfe* nützlich. Bei der Finanzierung von Krankenhausbehandlung wurde ein prinzipieller Wechsel vollzogen vom retrospektiven Selbstkostendeckungsprinzip zur prospektiven Pauschalierung. Der einzelne Patient hat dabei den Anspruch auf die notwendige und ausreichende Behandlung, solange diese zur Zielerreichung notwendig ist. Beim Selbstkostendeckungsprinzip waren die Krankenhäuser bestrebt, möglichst viele und teure Leistungen zu erbringen – mit der Gefahr für die Patienten, fehl- oder überversorgt zu werden. Dagegen erzeugt die Pauschalierung (z. B. pro Fall oder für das Jahresbudget) das Bestreben, mit möglichst geringem Aufwand das Entgelt hereinzuholen – mit der Gefahr für die Patienten, unterversorgt zu werden, wenn sie nicht als sozial kompetente Nutzer auftreten und die Einrichtungen sich nicht an fachlichen und ethischen Standards orientieren. – Das Sozialraumbudget der Jugendhilfe, ein Gesamt-Jahresbetrag im kommunalen Haushalt für die

im Jahr erwarteten Kosten für Hilfen bzw. Leistungen, gibt die Freiheit zur individuellen, passgenauen Hilfe ohne den finanziellen Anreiz, Leistungen um des Ertrages willen zu erbringen, fördert aber die Gefahr der Unterversorgung oder Hilfeverweigerung, wenn für alle individuellen Hilfeansprüche im »Sozialraum« das Budget insgesamt zu niedrig bemessen ist – oder die Arbeit ineffizient organisiert wird.

Diese Analyse ist grob und nur beispielhaft, sie soll aber den Blick schärfen für die Anreizwirkungen von Finanzierungsregelungen für Leistungserbringer (»Leistung folgt Geld«) und die Folgen für die Hilfe-Empfänger: Wirkungen und Nebenwirkungen, Missbrauch.

Von der Steuerung über belegte Plätze zur Budgetsteuerung

Die Nachteile des institutionszentrierten Hilfeverfahrens haben wir schon oft beschrieben. Hier will ich zunächst auf die Steuerung über Plätze auf verschiedenen Ebenen eingehen. Therapeuten haben oft fachlich andere Ziele und geraten in Konflikt mit den hier beschriebenen Steuerungs-Anreizen.

1. Der *individuelle Bedarf* wird bisher über den *Einrichtungsort* definiert, den jemand erhält, nicht durch ein konkretes *Eingliederungsziel*. Der *Einrichtungsort* als Standardpaket ist nicht individuell passgenau: die Person erhält auch Hilfen, die sie nicht benötigt oder/und sie erhält Hilfen nicht, die sie benötigt. Eine Veränderung des Hilfebedarfs erfordert den Wechsel zu anderen Hilfebausteinen, das führt zur Fragmentierung der therapeutischen und sozialen Beziehungen und damit zur Beeinträchtigung der bisher erreichten Eingliederung. Eine Veränderung hin zu mehr Unabhängigkeit von Hilfe unterbleibt meist.
2. Die *Finanzkontrolle des Kostenträgers* erfolgt (weil der individuelle Hilfebedarf über den *Einrichtungsort* definiert wird) über die Anzahl der Plätze, für die Pflegesätze anerkannt werden, bei Einrichtungen mit Wohnplätzen zusätzlich über das *Nadelöhr* der investiven Förderung, die wiederum die Immobilien immobil macht für Nutzungsänderungen im Sinne von Normalisierung, z. B. nach Beendigung der Maßnahme dort wohnen bleiben als Mieter; andere Mieter reinholen, wenn Wohnheim-Plätze in normale Wohnungen dezentralisiert werden.
3. Die *Einrichtungsträger* haben bei dieser Steuerung über Plätze das betriebswirtschaftliche Interesse, die Plätze angebotsorientiert mit möglichst zum Konzept passenden Patienten von nah und fern zu füllen und diese möglichst lange zu halten. Wartelisten sind Beleg für die Not-

Verbindliche Steuerung: Zielorientiert und differenziert auf verschiedenen Ebenen

wendigkeit der Erhöhung der Platzzahlen. Nicht ins Angebot passende Personen werden ausgegrenzt, ggf. in überregional aufnehmenden Großeinrichtungen versorgt. So leben Gemeindepsychiatrie und überregionale Großeinrichtungen in Symbiose von diesem System, dass die regionale Versorgungsverpflichtung für die Menschen mit komplizierten Hilfebedarf nicht wirklich ernst nimmt.

Die Finanzsteuerung des Kostenträgers über Plätze verliert ihre bisherige Grundlage durch den personenzentrierten Ansatz, wenn Räume und Maßname (z. B. *Wohnen* und *Betreuen*) entkoppelt werden (KUNZE 2003).

An die Stelle der bisherigen individuelle Bedarfsdefinition über Einrichtungsplätze in Verbindung mit der Finanzsteuerung des Kostenträgers über Plätze tritt die personenzentrierte Hilfeplanung (mit Bemessung der notwendigen professionellen Zeit), ihre Bewertung in der Hilfeplankonferenz und die Budgetsteuerung auf den Ebenen Einzelfall, Einrichtung bzw. Leistungsanbieter-Verbund sowie Regionalbudget für Zielgruppen (Abb. 5). Die Ebenen vom Einzelfall bis zur Finanzsteuerung des Kostenträgers stehen in einem engen Zusammenhang.

Ebenen der prospektiven Budget-Steuerung

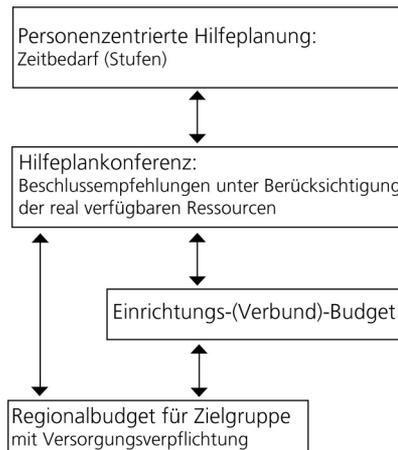


Abb. 5: Ebenen der prospektiven Steuerung

Wenn Eingliederungshilfe auf individuelle Ziele bezogen passgenaue Hilfen leisten soll und dies kostengünstig, also effizient, dann müssen die Regeln geändert werden. Ich bin sozialjuristisch nicht kompetent genug, um beurteilen zu können, ob das vorhandene Sozialgesetzbuch dafür eine ausreichende Grundlage ist, oder ob dieses geändert werden muss. Es gilt zur Verbesserung der Steuerung die rechtliche Basis zu klären für folgende Grundsätze:

- Der individuelle Hilfeanspruch wird über die *Zielerreichung* und ein dafür prospektiv vereinbartes Komplexleistungsprogramm erfüllt. Zur Ziel-Definition gehören auch die Kriterien, an denen der Therapeut *sowie der/die Nutzer* die Ziel-Erreichung erkennen können, und nach definierter Zeit die Überprüfung der Zielerreichung als Grundlage für weitere Hilfeplanung.
- Der individuelle Hilfeanspruch wird in der *Hilfeplankonferenz* bewertet (inhaltlich, fachlich, finanziell) und dreiseitig (Patient, Leistungserbringer, Leistungsträger) vereinbart unter Berücksichtigung des Budgets für die (regionale) Zielgruppe.
- Die Erfüllung des individuellen Hilfeanspruchs wird vom Sozialhilfeträger auf den Leistungserbringer zeitlich befristet übertragen.
- Der Leistungserbringer hat als Summe der prospektiven Bescheide für die von ihm betreuten Personen sein Budget für die Einrichtung. Dies wird zum Einrichtungsbudget, wenn die Einrichtung in die Lage versetzt wird, die im Verlauf tatsächlich auftretenden Unter- oder Überschreitungen des individuellen Hilfebedarfs über die große Zahl zum Ausgleich zu bringen. (Wenn kleinere Einrichtungen sich zusammenschließen, können sie diesen Gestaltungsspielraum auch nutzen.)
- Eine weitergehende Variante des Einrichtungsbudgets: Vom Erfahrungswert (z. B. eines Stichtages) ausgehend wird ein Gesamtbetrag für die Einrichtung zwischen Kostenträger und Leistungserbringer für X Jahre vereinbart und zwar über alle Leistungsbausteine hinweg (d. h. stationär, teilstationär, ambulant ...). Die Einrichtung hat Planungssicherheit sowie weniger Bürokratie und verzichtet im Gegenzug auf Mehrforderungen, wenn der Betreuungsaufwand oder die Belegung höher als geplant ist, die Platzzahlen überschritten werden oder im Vereinbarungszeitraum eine Kostensteigerung erfolgt. Veränderungen des Hilfebedarfs beim Klienten bedeutet aufgrund der traditionellen Trennung zwischen stationär, teilstationär und ambulant eine Statusveränderung, leider oft auch einen Wohnungswechsel mit allen bekannten Folgen. Auch bei Abschluss eines Einrichtungsbudgets kommt es zu Statusveränderungen. Diese

sind jedoch einfacher, weil sie für Klienten nicht notwendig mit einem Wohnungswechsel verbunden und für die Einrichtung unbürokratischer und vor allem ohne finanzielle Folgen sind. Das heißt aufgrund größerer Flexibilität können »passgenauer« personenzentrierte Lösungen gefunden werden.

- Oder das Einrichtungsbudget wird definiert wie bei Kliniken: prospektive Vereinbarung der Leistungen und des Budgets; Abrechnung der Preise für die erbrachten Leistungen; Unter- oder Überschreitungen der Leistungen werden nach definierten Ausgleichsregeln abgerechnet.
- Die Versorgungsverpflichtung für eine Zielgruppe, insbesondere die schwierigsten unter ihnen, kann realisiert werden, wenn die Beschlüsse der Hilfeplankonferenz und die Bemessung des Zielgruppenbudgets in einem definierten Verfahren aufeinander abgestimmt werden.

Bei Budgetsteuerung in Verbindung mit prospektiven Vereinbarungen gibt es keinen Selbstkostennachweis und keine Nachweise über Einzeltätigkeiten als Grundlage für Zahlungen bzw. Abzüge durch den Kostenträger. Maßgeblich ist die effiziente Hilfe und die Zielerreichung, nicht die Belegung eines Einrichtungsplatzes oder die vollständige Durchführung der Maßnahme, egal ob der Patient alles braucht oder nicht. Daraus folgt: Die Einrichtung hat den Anreiz, im Einzelfall mit weniger Aufwand als geplant das Ziel zu erreichen, ohne Minderung der Vergütung der Leistung. Der Kostenträger verzichtet also auf seine Kontrollabsicht, Zahlungen zu kürzen, wenn Leistungen nicht vollständig wie geplant auch durchgeführt werden, weil der Hilfebedarf z. B. geringer ist als prognostiziert. Entsprechende Kontrollen würden nur dazu führen, auch Aufwand zu betreiben, der ggf. für die Zielerreichung nicht erforderlich ist.

Diese Einsparungen kann die Einrichtung nutzen – gleichzeitig oder später – für Hilfeempfänger, die einen höheren oder anderen Aufwand benötigen als geplant. Aus der Summe beider Differenzen kann die Einrichtung eine Rücklage bilden oder ein Minus machen. Ein Ausgleich erfolgt langfristig über die Zahl der Klienten – und über die Laufzeit einer Vereinbarung. Man könnte auch, analog zum Krankenhausbereich, Ausgleichsregelungen vorsehen. Dabei ist sorgfältig zu überlegen, welche Anreizwirkung man damit erzielen will, um entsprechend die Festsetzungen zu wählen. So können Anreize gesetzt werden zu effizientem Handeln, Unabhängigkeit von Hilfe oder Minderung des Hilfebedarfs zu erreichen – was in bisherigen Finanzierungssystemen ja finanziell bestraft wird. Noch unzureichende Aufmerksamkeit

erhalten die finanziellen Strafen für Einrichtungen und Dienste, wenn sie erfolgreich sind und der Hilfebedarf geringer wird. Viel wäre erreicht, wenn die finanziellen Folgen neutral gestaltet würden, noch besser wären positive finanzielle Anreize. Anreize zur Einsparung nicht notwendiger Leistungen können aber auch missbraucht werden bis zur Unterlassung notwendiger Hilfeleistungen. Zur Verhinderung dieser Gefahr kommt der Hilfeplankonferenz und der Fachtransparenz in der überschaubaren Region sowie der Stärkung der Nutzer große Bedeutung zu.

Persönliches Budget

Dies ist ein Meilenstein, der neu ins Sozialgesetzbuch eingeführt wurde (siehe Beitrag von Frau Knufmann-Happe). Damit soll erreicht werden, Leistungen aus verschiedenen Zuständigkeiten des fragmentierten Finanzierungssystems für die Person integriert und passgenau – wie aus einer Hand – zu realisieren. Die Position des Nutzers wird gestärkt und die Hilfeerbringung flexibilisiert.

Entscheidend ist der zielorientierte Hilfeplan als Grundlage für das persönliche Budget und die Überprüfung der Zielerreichung, auch als Voraussetzung für eine Fortschreibung des Hilfeplanes und des persönlichen Budgets. Im Bereich Hilfen für psychisch und suchtkranke Menschen sollte das persönliche Budget i. d. R. als Gutschein zur Realisierung des Hilfeplanes ausgehändigt werden, dies befindet sich in der Erprobung. Ein Geldbetrag ohne Hilfeplanung führt zum »Ablasshandel«, Freikaufen von der Hilfeverpflichtung des Leistungsträgers.

Übrigens macht die Einbeziehung von verschiedenen Leistungsansprüchen in das persönliche Budget eines Hilfeempfängers notwendig, diese Leistungskomponenten so zu definieren, dass sie auch in ein persönliches Budget integrierbar sind. Dies ist bisher z. B. nicht der Fall, wenn die Leistung als Maßnahmenpaket, als festgelegte Sachleistung definiert ist. Auch daraus ergibt sich für die Eingliederungshilfe, aber auch für andere Sozialrechtsbereiche die Anforderung, für die Einbeziehung in das persönliche Budget die Hilfeleistung über den prospektiv erforderlichen Leistungsaufwand *in Geld* zu bewerten unabhängig vom Kontext der Hilfeerbringung und der institutionellen Realisierung. Zum Beispiel gibt es für eine Person mit Pflegestufe II bei häuslicher Pflege ein Pflegegeld von 410 Euro, bei häuslicher Pflege durch einen Pflegedienst eine Sachleistung im Wert bis zu 921 Euro und bei vollstationärer Pflege einen Zuschuss von bis zu 1279 Euro (SGB XI).

Das analoge Ziel – die Zersplitterung der Zuständigkeiten überwinden – hat auch die »Integrierte Versorgung« nach § 140 ff. SGB V. Und mit der Soziotherapie (§ 37 a SGB V) sollen separate ambulante Leistungen auf der Ebene der praktischen therapeutischen Arbeit integriert werden.

Vom Einrichtungsbudget zum Regionalbudget

Für den Begriff Budget gibt es keine allgemeingültige Definition, deshalb muss die jeweils konkrete Bedeutung beschrieben werden, z. B. der Kostenträger verwendet die Summe der Zahlungen für eine definierte Zielgruppe im letzten Jahr als interne Planungsgröße und für sein Controlling. Das Budget z. B. psychiatrischer Kliniken regelt die Bundespflegesatzverordnung.

Für ein Regionalbudget sind zu *definieren*: *Zielgruppe*, *Region* (Personen *aus* einer Region, die Hilfen *in* der Region oder *woanders* erhalten; *in* der Region erhalten Personen *aus* anderen Regionen Hilfen), *Hilfebereiche* (örtliche/überörtliche Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege, Hilfe zum Lebensunterhalt, ggf. auch SGB XI Leistungen, Rehabilitation, Persönliches Budget, Behandlung ...), *Zeitraum ein oder mehrere Jahre*, *Summe der Zahlungen*.

Da wir in Hessen tagen, will ich Möglichkeiten und Fragen am Beispiel der Stadt Frankfurt darstellen, die ein spezielles Konzept zur Steuerung mit einem Regionalbudget vorgelegt hat, das Herr Kirschenbauer bei dieser Tagung auch zur Diskussion stellt. In Parallel-Symposien kommen auch andere Regionen auf dem Weg zur Budget-Steuerung zur Sprache (z. B. Berlin-Reinickendorf, Rostock/Mecklenburg-Vorpommern). Die Vergleiche mit den Erfahrungen anderer Regionen bieten interessante Lern-Chancen.

Um Qualität und Effizienz der Hilfen zu verbessern und um so den Ausgabenanstieg parallel zur erwarteten Fallzahlsteigerung zu dämpfen, sollen in Frankfurt anstelle der platzbezogenen Maßnahmepakete die Hilfen ansetzen in verschiedenen Funktionsbereichen entsprechend dem alltäglichen Leben:

- Wohnen und Wirtschaften,
- Tages- und Kontaktgestaltung, Beschäftigung,
- Arbeit und Ausbildung,
- Gesundheitliche Versorgung.

Dabei soll die eigene Wohnung Ausgangsbasis aller Hilfen und Bezugszentrum zur Integration in die Region sein. Das Regionalbudget in Frankfurt ist konzipiert als Pauschalentgelt für die *in* den Stadtsektoren erbrachten Hilfen

(zunächst Funktionsbereiche *Wohnen und Wirtschaften* sowie *Tages- und Kontaktgestaltung*). Die Einrichtungsträger im Stadtteil übernehmen dafür die regionale Versorgungsverpflichtung. Zur Ermittlung der Regionalbudgets soll die Summe der entsprechenden bisherigen Sozialhilfe-Leistungen in der Stadt auf vier Stadtsektoren nach Einwohnerzahl aufgeteilt werden. Die prospektive pauschale Zuweisung der Mittel als Regionalbudget soll die Leistungserbringer dazu befreien, kreativ individuell passgenaue Hilfen zu möglichst günstigen Kosten unter Berücksichtigung der Versorgungsverpflichtung für den Stadtteil zu realisieren und zur Stabilisierung der Gesamtausgaben für die Kostenträger bei steigenden Fallzahlen beizutragen.

Folgende Fragen sind zu klären:

- Ist das Regionalbudget die prospektive Pauschalfinanzierung der im Stadtteil erbrachten Hilfen? Wie werden im Stadtteil erbrachte Hilfen für Personen, die von außerhalb kommen und für Bewohner aus dem Stadtteil anderswo erbrachte Hilfen beim Regionalbudget berücksichtigt?
- Sind die Leistungen und Vergütungen vergleichbar, wenn in den Stadtteilen Frankfurts die Hilfe-Empfänger von der Zahl und dem Hilfebedarf her nicht bevölkerungsproportional verteilt sind, das Regionalbudget aber als bevölkerungsbezogene Pauschalfinanzierung definiert wird?
- Wenn beim festgelegten Budget und ernst genommener regionaler Versorgungsverpflichtung die Kosten das Budget übersteigen, muss der Einrichtungsträger ein Defizit finanzieren, bei Unterschreitung bleibt ein Überschuss? Was folgt aus Defizit/Überschuss sowie aus Plus/Minus Fallzahlveränderungen für das nächste/übernächste Jahr? Bleibt es bei der Bevölkerungsbezogenen Budget-Zumessung oder geht man zu einem prospektiven Bezug auf zielgerichtete Leistungen für Personen über?

Die Rahmenbedingungen der Budgetsteuerung sind näher zu spezifizieren mit Blick auf ihre positiven Wirkungen und möglichen unerwünschten Nebenwirkungen. Die Leistungserbringer wissen am besten, wie der vorgegebene Nutzen mit möglichst geringen Mitteln erreicht werden kann – vgl. oben und die zentrale Bedeutung von Transparenz und Vertrauen in Abbildung 3. Wenn aber Leistungserbringer sich primär an der betriebswirtschaftlichen Optimierung orientieren, dann besteht die Gefahr, dass auch Leistungsverweigerung praktiziert wird, d. h. Unterversorgung vorhandener Hilfeempfänger, Zugangsschwelle erhöhen für neue Hilfeempfänger, mit dem Ergebnis der »vertreibenden Hilfe«, die zu Einsparungen eigener Kosten führt durch

Verlagerung von Hilfen in andere Gebietskörperschaften und Verlagerung in den Zuständigkeitsbereich anderer Leistungsträger (z. B. Teilhabe/Eingliederungshilfe, Wohnungslosenhilfe, Suchthilfe, Hilfe zum Lebensunterhalt, Arbeitslosengeld, Pflegeversicherung, Krankenbehandlung usw.).

Viele Akteure auf den verschiedenen Steuerungs-Ebenen sind Gutmenschen. Wichtig ist, dass sie sich zur Steuerung des Chaos (Abb. 4) in Bezug auf die gemeinsamen Ziele verbünden. Die Rahmenbedingungen sollten so verändert werden, dass die Ziele mit Rückenwind statt Gegenwind erreicht werden können. Die Wirkungen der Steuerung auf den verschiedenen Ebenen sind transparent zu machen, denn der Hinweis auf die guten Absichten sind kein ausreichender Ersatz für Transparenz. Daher kommt der regionalen (und landesweiten) Psychiatrie-Berichterstattung große Bedeutung zu.

Bei der Umlagefinanzierung (z. B. Landeswohlfahrtsverbände oder Land-schaftsverbände) sind die Gebietskörperschaften mit unterdurchschnittlichen Zahlen von Hilfeempfängern bestrebt, aus der Umlage auszusteigen. Dabei wird übersehen, dass die Hilfeempfänger regional nicht gleichmäßig verteilt sind und nicht verteilt sein können und deshalb ein Ausgleich erfolgen muss.

Wer prüft was zur Berichterstattung an wen? Wer führt mit welcher Steuerung welche zielgerichteten Schritte? (KAUDER et al. 1999, S. 49)

Die Budgetsteuerung bietet große Chancen, ist aber mit Gefahren verbunden. Deshalb ist zu fragen: Können sich die hilfebedürftigen Menschen

- verlassen auf die Hilfeplankonferenz, die die individuelle Hilfebedarfs-Planung (unter Berücksichtigung des Budgets der regionalen Zielgruppe) und nach definierter Zeit die Ergebnisse der Hilfen prüft?
- verlassen auf eine ausreichende Bemessung des Budgets für die Zielgruppe?
- verlassen auf die Region, dass sie nach dem Wohnortprinzip für die Hilfeempfänger zuständig bleibt, auch bei Hilfeerbringung außerhalb der Region, sowohl fachlich als auch finanziell?
- verlassen auf die Hilfeplankonferenz, die durch Abfragen bei benachbarten Regionen sowie bei den überörtlichen Sozialhilfeträgern klärt, welche Personen an der Hilfeplankonferenz vorbei oder außerhalb der Region Hilfe erhalten, um eine Strategie abzuleiten, dies zu minimieren (z. B. Abgleich/Verprobung zwischen Hilfeplankonferenz und Kostenträgern)?
- verlassen auf die regionale Koordination und die regionale Psychiatrie-Berichterstattung, die aussagefähige Berichte erstellen über die Anzahl

der Hilfeempfänger, Art, Ziel und Zielerreichung der Hilfen – für Vergleichbarkeit und Transparenz?

- *verlassen* auf die Hilfeplankonferenz, dass diese nicht zum Anbieterkartell verkommt nach den Regeln: »Geb ich dir, gibst du mir«, »Eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus«?
- *verlassen* auf die politische Führung der Stadt/des Kreises, dass sie sich mit der Aufgabe, für effiziente Hilfen zur Integration von psychisch und suchtkranken Bürgerinnen und Bürgern zu sorgen, auch identifiziert und den notwendigen Zielverständigungsprozess voranbringt?

Die Steuerung erfolgt im Spannungsfeld von individuellen Hilfebedarfen und den konkret verfügbaren Ressourcen auf verschiedenen Ebenen (vgl. Abb. 5). Wenn die schwierigen, unpassenden Klientinnen und Klienten außer Sicht geraten, versäumt die Region die Chance zur Weiterentwicklung und weiteren Qualifizierung der eigenen Arbeitskonzepte.

Schluss

Intelligente Steuerung ist ein komplizierter Vorgang und ich habe nicht die Erwartung, einfache und schnelle Lösungen seien morgen zu haben. Und ich denke auch nicht, wer dies alles noch nicht erreicht hat, muss gleich ein schlechtes Gewissen haben. Das ist hervorzuheben, um nicht falschem Optimismus, aber auch nicht falschem Pessimismus zu verfallen. Für die Steuerungsprozesse ist jedoch die politische Definition der Steuerungsziele grundlegend. Im Blick auf diese Ziele gilt es schrittweise Lösungen auf dem Weg dorthin zu realisieren und nicht mit dem ersten Schritt bis zur Lösung aller Probleme zu warten.

Literaturangaben

- AKTION PSYCHISCH KRANKE, SCHMIDT-ZADEL R, KUNZE H (Hg): Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen, Erfahrungen und Perspektiven. Tagung am 03. und 04. Juni 2003 in Kassel, Tagungsberichte Band 30. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2004
- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (Hg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich, Bonn 1988
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Band II Ambulante Komplexleistung-

Verbindliche Steuerung: Zielorientiert und differenziert auf verschiedenen Ebenen

- gen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Band 116/II Schriftenreihe des BMG. Nomos, Baden-Baden 1999
- VAN EICKELS N: Zur Strategie und Praxis der Steuerung gemeindepsychiatrischer Planungs- und Entwicklungsprozesse auf kommunaler Ebene. In: KAUDER V et al., S. 157–165
- KAUDER V, KUNZE H, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg): Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung. Tagung am 11. und 12. November 1998 in Bonn, Tagungsbericht Band 26. Rheinland-Verlag, Köln 1999
- KUNZE H: Von der Institutions- zur Personenzentrierung – Kritische Bilanzierung der bundesweiten Umsetzung des § 93 BSHG. Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie 2003, 21: 10–13
- KUNZE H: Rehabilitationsplanung. In: RÖSSLER W (Hg): Psychiatrische Rehabilitation. Springer, Berlin Heidelberg 2004: 104–125
- STIEGLITZ R-D: Fähigkeits- und Verlaufsdiagnostik. In: RÖSSLER W (Hg): Psychiatrische Rehabilitation. Springer, Berlin Heidelberg 2004: 64–87

Anforderungen an Gemeindepsychiatrische Verbände

Niels Pörksen

Gemeindepsychiatrische Verbände sind ein Ergebnis der Psychiatriereform in der Bundesrepublik, die im Wesentlichen mit der Psychiatrie-Enquête von 1975 ihren Anfang nahm. In den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung von 1988 zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung wurde als Fundament zukünftiger ambulanter und komplementärer psychiatrischer Versorgung die Schaffung Gemeindepsychiatrischer Verbände (GPV) gefordert.

Auftrag der Gemeindepsychiatrischen Verbände ist die Sicherstellung gemeindepsychiatrischer Versorgung aller Patientengruppen innerhalb einer kommunalen Gebietskörperschaft, die unterschiedlichen psychosozialen und komplexen Hilfebedarf haben. Ziel des GPV ist damit die Wende von einer angebotsorientierten zu einer sicherstellenden (Pflicht-)Versorgung, sowie von einer institutionsbezogenen zu einer personenbezogenen Hilfeleistung.

Nachdem die AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) anknüpfend an die oben genannten Empfehlungen bereits in ihrem Projekt »Personalbesmessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung« (1992–1996) als ein Kernergebnis für die Umsetzung personenzentrierter Hilfen den Aufbau Gemeindepsychiatrischer Verbände gefordert hat und durch die anschließenden Implementationsprojekte zum Personenzentrierten Ansatz (seit 2000) diesen Prozess erfolgreich eingeleitet hat, sollte diese Initiative weitergeführt werden durch die Gründung einer Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV). Zudem wirkte die APK bei den beschlossenen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Soziotherapie am 29.11.2001 darauf hin, dass Leistungserbringer für Soziotherapie in ein gemeindepsychiatrisches Verbundsystem eingebunden sein müssen. Befördert wurde dieser Prozess auch durch die Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden die am 27./28.09.2001 Mindeststandards zur Realisierung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes definiert hat. Demnach kann nur von einem GPV gesprochen werden, wenn folgende Mindeststandards erfüllt sind:

Ein GPV ist ein Zusammenschluss von Leistungsanbietern, die für einen räumlichen Sektor durch den Aufbau fachlich vernetzter Versorgungsangebo-

te (Übernahme der regionalen Pflichtversorgung) die Versorgung psychisch Kranker in allen Stadien der Erkrankung sicherstellen sollen.

Folgende Grundvoraussetzungen werden gefordert:

- Die Versorgungsverpflichtung bindet ausschließlich die Leistungsanbieter.
- Die räumliche Zuständigkeit ist klar definiert – in der Regel die kommunale Gebietskörperschaft.
- Mitglieder eines GPV sind zumindest das für die Region zuständige Krankenhaus, die Einrichtungen/Träger der außerklinischen Versorgungsangebote der Eingliederungshilfe, die zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienste, ggf. der Öffentliche Gesundheitsdienst.
- Erstrebenswert ist die Einbeziehung weiterer Anbieter, insbesondere der niedergelassenen Ärzte, der Pflegeeinrichtungen und die Dienste und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation.
- Betroffene und Angehörige werden einbezogen.
- Zwischen den Kooperationspartnern müssen verbindliche Vereinbarungen über die Zusammenarbeit bestehen.

Die APK hat die Unterstützung der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden begrüßt und in ihre weiteren Initiativen zur Weiterentwicklung gemeindep psychiatrischer Verbände und zur Vorbereitung einer BAG GPV aufgenommen. In der praktischen Realisierung des GPV kommt es vor allem darauf an, Pflichtversorgung vor Ort zu garantieren, alle Leistungsanbieter mit in den GPV einzubinden und den Wandel von einer bisher vorherrschenden institutionsbezogenen Organisation der Hilfen zu einer personenbezogenen Orientierung durchzuführen. Hilfeplanung entsprechend dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) oder einem vergleichbaren Hilfeplan und die Organisation der Hilfen durch eine Hilfeplankonferenz vor Ort sind dazu wesentliche Voraussetzungen.

Im derzeit laufenden Implementationsprojekt »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme«, das von der APK im Auftrag des BMGS (neuerdings BMAS) durchgeführt wird, hat sich gezeigt, dass es unbedingt erforderlich ist, in Zukunft auch alle Dienste und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation und Integration in die Gemeindep psychiatrischen Verbände und Strukturen einzubinden und verbindliche Kooperationsstrukturen mit den kommunalen Beschäftigungsinitiativen zu entwickeln (SGB III, SGB VI, Hartz IV etc.).

In den Projekten zur Implementation integrierter personenzentrierter psychiatrischer Hilfesysteme hat sich gezeigt, dass in der regionalen Gremienstruktur die Unterscheidung zwischen zwei Funktionsebenen wichtig ist. Die Unterscheidung ist vor Ort in den einzelnen Gemeindepsychiatrischen Verbänden nicht immer klar definiert.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund der Leistungserbringer (GPLV) ist für die Abstimmung und Durchführung der bisher von den einzelnen Leistungserbringern wahrgenommenen Aufgaben verantwortlich. Das betrifft vorrangig die Sicherstellung von Pflichtversorgung im Sinne einer bedarfsgerechten Leistungsträger übergreifenden Leistungserbringung unter Gewährleistung von klaren Qualitätskriterien. Dieser GPLV ist Kernbereich des Gemeindepsychiatrischen Verbundes wie er von der Expertenkommission der Bundesregierung (1988) und der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (s. o.) definiert wurde.

Daneben gibt es regionale Gemeindepsychiatrische Steuerungsverbände (GPSV), in denen das Zusammenwirken der Leistungserbringer mit den Leistungsträgern, den Vertretern der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen in Koordination durch die Kommune erfolgt.

In manchen Regionen werden beide Funktionen – die der Leistungserbringung und die der Steuerung – von einem Gremium wahrgenommen.

Die APK empfiehlt, in den Regionen beide Funktionsbereiche klar zu definieren und in den Strukturen darauf hinzuwirken, dass klar ist, wer für die Sicherstellung im Rahmen der Pflichtversorgung als Leistungserbringerverbund zuständig und verantwortlich ist und wer für Planung, Koordination, Finanzierung und Steuerung zuständig und verantwortlich ist. Im Einzelnen wird diese Differenzierung schwierig sein, da z. B. die Kommunen Aufgaben der Planung, Koordination, Steuerung und der Leistungserbringung haben. Dennoch macht es Sinn, darauf zu achten, dass vor Ort die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten klar definiert, transparent vermittelt und verbindlich gehandhabt werden.

In der BAG GPV, die unmittelbar vor der Gründung steht, werden wir auf diese Kriterien achten.

Nachträgliche Anmerkung des Autors: Die BAG GPV hat sich am 29.03.2006 in Kassel gegründet. Kontakt: BAG GPV, Brungsgasse 4–6, 53117 Bonn, www.bag-gpv.de

Sozialpsychiatrie, Recht und Ökonomie im Diskurs: Verbindlichkeit und Überprüfung von Qualität I

Klaus Dörner

Meine These lautet: Worauf du dich verlassen kannst: Wenn gute Praxis Integration sein will, führt ihre Verbindung mit mehr betriebs- als volkswirtschaftlicher Ökonomie zum Gegenteil – und das auch noch kosten-treibend.

Das gilt dann, wenn erstens Integration (als Ziel von Sozialpsychiatrie) das Miteinander der Bürger mit und ohne psychischer Erkrankung bei möglichst wenig Profi-Hilfe ist und dabei mit dem Letzten, Kränksten beginnt und wenn zweitens betriebswirtschaftlich dominierte Marktökonomie unter dem Zwang steht, den Meistbietenden, Aussichtsreichsten, Gesundesten zu bevorzugen und den Aussichtslosesten, Kränksten, Letzten mit allen Mitteln wegzurationalisieren. Das kann inzwischen notfalls und rechtlich abgesichert auch bis zum Töten gehen; denn seit dem Beschluss des Bundesgerichtshofes vom 8.6.2005 können Arzt und gesetzlicher Betreuer allein zum Beispiel bei einem nicht einwilligungsfähigen Dementen die Beendigung der Ernährung anordnen, auch wenn er keineswegs im Sterben liegt und erkennbar ausgesprochen gern lebt; und die das Töten vollstreckenden Pflegenden können sich dagegen nicht mal auf Gewissensfreiheit berufen. Unser angestrebter Diskurs kann also nur gelingen, wenn auch Recht und Ökonomie endlich anerkennen, dass das gesellschaftliche Gesamt-Helfen nicht nur aus Profi-Helfen, sondern dialogisch dem Vorrang nach aus Selbst- und Angehörigenhilfe, dann aus Nachbarschafts- und Bürgerhilfe besteht und erst dann ergänzend aus Profihilfe; nur sie ist betriebswirtschaftlich organisiert und dann auch noch so, dass ihr Ziel – wegen der Integration – sein muss, nicht zu expandieren, sondern sich möglichst überflüssig zu machen.

Nun wissen wir alle, dass in den hinter uns liegenden 150 Jahren der Moderne der gesamtgesellschaftliche, damit eben auch volkswirtschaftliche Hilfebedarf durch einen staatlich geregelten Mix markt- und solidaritäts-gesteuerter Hilfen der Profis und Bürger abgedeckt war.

Wir wissen aber auch, dass seit 1980, also seit Beginn der Kosten- und Strukturkrise im Gesundheits- und Sozialwesen der Staat zur Problemlösung nur noch auf seinen eigenen Rückzug und auf Gesetze gesetzt hat und die Vermarktlichung des Helfens immer weiter ausdehnte – bis dahin, dass selbst seine eigenen Gesetze (z. B. ambulant vor stationär) von der Selbstbestimmung des Unternehmers (bald auch des Kunden: mit dem persönli-

chen Budget), von Wettbewerb, von Konzentrations-, Spezialisierung- und betriebswirtschaftlichem Expansionszwang ausgehebelt werden können.

Hier auftragsgemäß nur etwas zur Qualitätssicherung: Deren Instrumente stammen nicht zufällig von der Auto-Industrie. Sie dienen dazu, nun auch das Soziale, das Helfen dem Herstellen von Produkten zum betriebswirtschaftlichen Profit anzunähern. Sie dienen der Verrechenbarkeit von Einzelleistungen, der Vergleichbarkeit von Gütern (nicht ihrer Güte!) und der Standardisierung von Angeboten sowie ihrer Quantifizierung. Damit rationalisieren sie wirkliche Qualität des Umgangs mit der geschichtlichen, gerade unvergleichbaren Einmaligkeit jedes konkreten psychisch kranken Menschen als unkontrollierbar und daher unbezahlbar weg – ein grandioser, aber in Wirklichkeit tödlicher Einsparungserfolg! Spaßeshalber habe ich irgendwann mal gefordert, dass man vor Errechnung der einzelnen Leistungsmodule in jedem Einzelfall zunächst einmal eine Würdepauschale zahlen müsse, heute würde ich konkretisieren: eine Integrations-, Gemeinde-, Nachbarschafts- oder Bürgerpauschale.

Nun wollen wir Profis bisher nur ungern die nachprüfbare Tatsache sehen, dass zeitgleich mit der verschärften Markt-Steuerung des Helfens von oben durch die politisch Verantwortlichen, im Griff der ökonomisch Verantwortlichen, also auch seit 1980 die Bürger von unten beginnen, umgekehrt die Solidaritäts-Steuerung des Helfens zu stärken. Mit Solidarität ist hier gemeint, dass ich – ganz gegen meine gesund-egoistischen Interessen – für einen Anderen in Not haften, mich von ihm in Haft nehmen lasse, ein betriebswirtschaftlich unbekanntes Motiv. Hierfür gibt es fast beliebig viele Indikatoren. Beispielhaft sei nur die Zunahme der Freiwilligen, der Nachbarschaftsvereine, der Hospizinitiativen usw. seit 1980 (nicht vorher) genannt. In all solchen Projekten dieser neuen sozialen Bürgerbewegung wird der dritte (zwischen dem privaten und dem öffentlichen) Sozialraum der Nachbarschaft (menschheitsgeschichtlich zuständig für das überdurchschnittliche Helfen und für Alleinstehende) neu entdeckt. Und in alle solchen Projekten geben die Bürger seit 1980 vermehrt von ihrer (zu viel gewordenen, »freien«) Zeit; jedoch werden darüber hinaus fortlaufend neue Formen des Helfens erfunden, wo Bürger – nach Fortbildung – auch Geld für ihr Helfen nehmen; es entsteht der Typ des Bürgers als eines sozialen Zuverdieners, volkswirtschaftlich kreativ, weil die Einzelhaushalte der Bürger zunehmend allein durch Erwerbsarbeit nicht mehr finanzierbar sind.

Aber selbst wenn wir die von uns Profis als profifeindlich erlebte brachliegende Ressource der Bürger aus ökonomischen Gründen nicht bräuchten,

brauchen wir dennoch die Bürger als Nachbarn für die Integration der psychisch Kranken, so wie eingangs von mir definiert; denn die Bürger sind die eigentlichen Last- und Leistungsträger einer solchen Integration. Deshalb haben sie künftig mehr Anspruch auf Profi-Zeit als die psychisch Kranken, wodurch vor allem, wie ich heute erst weiß, in Gütersloh die Integration einigermaßen gelungen ist.

Die bisherigen Qualitätsinstrumente sind also – so mein Fazit – als zu egoistisch-betriebswirtschaftlich, markt-gesteuert, profi-orientiert und integrations-feindlich ersatzlos zu streichen oder aber um die fehlende solidaritätsgesteuerte nicht profi-, sondern bürger-zentrische Hälfte zu ergänzen.

Beispiele

Dafür abschließend nur wenige Beispiele, zu denen sich beliebig viele andere finden lassen:

1. Wie alle Bürger haben auch psychisch kranke Bürger nicht nur das Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Teilhabe, sondern auch das Bedürfnis nach Bedeutung für Andere, für Andere notwendig sein. Sie können integriert nur leben, wenn sie nicht immer nur nehmen müssen, sondern auch geben können. »Teilgabe« wäre das bisher (auch im SGB IX) weitgehend fehlende, aber mindestens ebenso vital notwendige exakte Gegenteil von »Teilhabe«. Demgegenüber wirkt der Katalog der an die Bürger (und an die von ihnen bezahlten Profis) gerichteten (Kunden-) Wünsche oder vermuteten Rechte von Laupichler/Peukert (in diesem Band) zwar schon z. T. berechtigt, zum anderen Teil aber die psychisch Kranken infantilierend: es fehlt zu of die andere Seite.
2. »Gemeinde« ist in den Reden von uns Profis ein weitgehend unverbindlicher, diffuser, zu großräumiger und für das konkrete Handeln unpraktischer Begriff; er ist für jeden einzelnen Menschen auf den Sozialraum der Nachbarschaft hin zu operationalisieren.
3. Gelingende Integration verlangt immer, dass beide Seiten, die jeweilige Minderheit und die Mehrheit, sich aufeinander zu bewegen und sich ändern. Schon weil das für die jeweilige Mehrheit wesentlich schwerer ist, brauchen wir Profis meist mehr (bezahlte) Zeit für die Angehörigen, Freunde, Nachbarn, Bürger als für den jeweiligen psychisch Kranken, was die heutige Hilfeplankonferenz geradezu verhindert.
4. Jeder aus einer Institution in ein normales Leben zu integrierender psychisch Kranke erhält neben einem Profi auch einen Bürgerhelfer als

Begleiter – bezahlt (wie z. B. in Unterfranken) durch 10 % des ihm zustehenden Bedarfs an betreutem Wohnen.

5. Überhaupt werden Hilfen nur noch zukunftsfähig sein, die einen Bürger-Profi-Mix darstellen (wie z. B. auch die Familienpflege) und die nicht so sehr durch ein persönliches Budget, sondern durch ein Regional-Budget gesteuert sind.

Freilich kann auch all dieses nur dann Integration gelingen lassen, wenn zusätzlich der Gesetzgeber, der Staat, sich neben der (Unternehmer- und Kunden-)Freiheit auch wieder der anderen Verfassungsnorm der Gleichheit erinnert, also etwa gesetzlich garantierte Mindeststandards vorgibt; denn es muss uns nicht um das betriebswirtschaftliche Wohlergehen des Profi-Helfens gehen (das natürlich auch), sondern zuerst um die volkswirtschaftliche Verantwortung für den gesamten Hilfebedarf unserer Gesellschaft, in der es sich nur dann für alle zu leben lohnt und die garantiert etwas anderes ist als ein Betrieb. Diese Priorität ist selbst dafür erforderlich, dass der integrations- und solidaritätsdienliche Kern des Profi-Helfens nachhaltig bezahlbar bleibt.

Ich habe nun – auch gegen mich selbst – den Verdacht, dass wir diese Vermarktlichungs-Entwicklung der letzten 25 Jahre so verinnerlicht haben, dass wir gar nicht merken, dass auch die in dieser Zeit entstandenen Kontrollinstrumente (Qualitätssicherung, IBRP, Personenzentrierung, Hilfeplankonferenz und persönliches Budget) natürlich ebenfalls überwiegend marktgesteuert sind: zwar vielleicht profi-freundlich, jedoch bürger- und integrations-feindlich.

Sozialpsychiatrie, Recht und Ökonomie im Diskurs: Verbindlichkeit und Überprüfung von Qualität II

Peter Mrozynski

Die Zahl sozialrechtlicher Regelungen, die die Frage der Qualität zum Gegenstand haben, hat in den letzten Jahren beträchtlich zugenommen. Das bedeutet aber nicht, dass früher die Qualität keine Bedeutung gehabt hätte. Sie verbarg zumeist hinter dem Begriff der geeigneten Leistung bzw. des geeigneten Leistungserbringers.

Unter anderem war auch bisher schon das ganze System der Zulassung von Leistungserbringern in der Krankenversicherung nichts anderes als ein Qualitätssicherungssystem (vgl. § 126 SGB V). Dass der Begriff der Qualität, zumeist zusammengesetzt mit den Wortbestandteilen -kontrolle, -sicherung oder -entwicklung, Eingang in die Rechtssprache gefunden hat, ist eher Ausdruck der Tatsache, dass die Diskussion um die Qualität im außerrechtlichen Bereich zugenommen hatte und in der Gesetzgebung aufgegriffen wurde.

Grundmerkmale des Gesetzesbegriffs der Qualität

Mit Eingang in die Rechtssprache ist der Begriff der Qualität nie definiert worden. Selbst dort, wo in einer selbstständigen Regelung die Qualitätssicherung geregelt wird, wie das in § 20 SGB IX geschehen ist, verzichtet der Gesetzgeber auf eine Präzisierung des Begriffs. Es wird gewissermaßen vorausgesetzt, dass über diesen Begriff zumindest in seinem Kern Übereinstimmung besteht.

Beachten muss man dabei aber, dass der Begriff der Qualität zwei Bedeutungen hat. Er sagt einmal etwas über die Güte einer Ware oder Dienstleistung aus. Insoweit ist der Begriff positiv besetzt. Die geeignete Leistung ist die gute, die bedarfsdeckende Leistung. Sie entspricht den Qualitätsanforderungen. Hierin wird aber bereits deutlich, dass mit Qualität auch die Vergleichbarkeit von Leistungen gemeint ist. Zwei Dienstleistungen oder zwei Waren können die gleiche Qualität haben. Das bedeutet zunächst einmal nur, dass sie in ihrer Beschaffenheit oder in ihrer Funktion weitgehend übereinstimmen. Damit allein ist keine Aussage über die Güte gemacht. Auch zwei faule Äpfel haben die gleiche Qualität. Mit dem Sinngehalt der Vergleichbarkeit verweist der Begriff der Qualität auch auf den Ort, an dem typischerweise verglichen wird – und das ist der Markt. Insoweit hat der Begriff der Qualität auch etwas mit der Wirtschaftlichkeit zu tun.

So war es von Anfang an auch die Absicht des Gesetzgebers, bei der Reform der §§ 93 ff. BSHG im Zusammenhang mit der Einführung von Wettbewerbsselementen in das Sozialhilferecht, Grundlagen für die dabei erforderliche Vergleichbarkeit in einem Preis-/Leistungssystem verbunden mit einer prüffähigen Qualitätssicherung zu schaffen. Es ging von Anfang an auch darum, den Sozialhilfeträgern mit den Qualitätsmerkmalen der Leistung auch die Möglichkeit eines Vergleichs an die Hand zu geben. Mit diesem Vergleich, so hoffte der Gesetzgeber, ließe sich der Preis, das Leistungsentgelt, rationaler bestimmen (Bundestagsdrucksache 13/2440). Die Vorschrift des § 93 BSHG ist jetzt von dem inhaltsgleichen § 75 SGB XII abgelöst worden. Bemerkenswert ist, dass in § 75 Abs. 3 Nr. 1 SGB XII die Qualität der Leistungen und in § 75 Abs. 3 Nr. 3 SGB XII nochmals die Prüfung der Qualität nun gemeinsam mit der Wirtschaftlichkeit der Leistungen geregelt ist. Auch in § 137 e Abs. 3 Ziff. 1 SGB V steht die Qualität in engem Zusammenhang mit der Wirtschaftlichkeit. In § 106 Abs. 2 a SGB V Ziff. 3 SGB V wird sogar die Wirtschaftlichkeitsprüfung mit einer Qualitätskontrolle verbunden.

In der Praxis der Qualitätssicherung geht es immer auch darum, mit der Qualität einem Verhältnis zwischen der vereinbarten und der verwirklichten Beschaffenheit eines Gutes festzulegen. Auch insoweit erfolgt ein Vergleich. Es wird geprüft, ob das Gut den Erwartungen, die auch in einer Vereinbarung festgelegt sein können, entspricht. Auch das ist kein objektives Kriterium, denn die Erwartungen können hoch oder gering sein. Für das Sozialrecht ist es dabei von Bedeutung, dass die Erwartungen zwischen dem Anbieter und dem Abnehmer der Leistung vereinbart werden. Das sind der Leistungsträger und der Leistungserbringer. Derjenige, der letztlich durch die Leistung begünstigt wird, der Leistungsberechtigte selbst, ist nicht an der Vereinbarung beteiligt. *Nicht* entspricht nicht ganz den Grundsätzen der personenzentrierten Versorgung. Man wird einräumen müssen, dass die Beteiligung der Leistungsberechtigten auch nicht so leicht zu praktizieren wäre. Dennoch bleibt festzustellen, dass in dem Bereich, den man als das sozialrechtliche Dreiecksverhältnis bezeichnet (Leistungsträger, Leistungserbringer, Leistungsberechtigter) nicht dieselbe Qualitätsentwicklung erfolgen kann, wie in anderen Bereichen des Dienstleistungsmarktes, auf dem der Abnehmer selbst bestimmen kann, welche Qualität die Leistung haben soll.

Entwicklung der Qualitätssicherung

Der Begriff der Qualitätssicherung bzw. -entwicklung hat sich allerdings insoweit verselbstständigt, als die Praxis heute unter Qualität hauptsächlich die Güte einer Leistung versteht. Da aber jede Vereinbarung unter dem Vorbehalt der Finanzierbarkeit steht, lässt sich die Qualität nie völlig von der Wirtschaftlichkeit trennen. Die gegenwärtige Situation ist sogar dadurch gekennzeichnet, dass die Leistungsträger in ihren vertraglichen Beziehungen zu den Leistungserbringern stärker als früher eine Auswahl vornehmen müssen, wie sie typischerweise durch Marktverhältnisse geprägt ist. Damit wird der Kostendruck auf das Verhältnis zu den Leistungserbringern verlagert. Da nun aber derjenige, der die Leistung »einkauft«, nicht derjenige ist, dem die Leistung zu Gute kommt, kann zumindest das spezifische, im Sinne der Güte positiv besetzte, Interesse an der Qualität der Leistung wenn nicht fehlen, so doch durch Finanzierungsaspekte überlagert werden. Derjenige, der finanziert, könnte veranlasst sein, die Qualität eher unter dem Blickwinkel der Vergleichbarkeit zu verstehen.

Ähnlich hat man dies früher, als der Kostendruck noch nicht so groß war gesehen, wenn es um die Frage der missbräuchlichen oder doch der sehr eigennützigen Inanspruchnahme von Leistungen ging. Weitgehend unbestritten war folgende These: »Die Situation, dass ein erster (Patient), Leistungen von einem zweiten (Arzt) nachfragt, die ein dritter (Kasse) bezahlt, weist dementsprechend Steuerungsfehler und Missbrauchsmöglichkeiten auf.« (ARNOLD 1996) Wenn dem so ist, wird man einen Einfluss der Situation auf dem Leistungserbringermarkt nicht leugnen können. So wie der Markt bei der Erbringung von Sozialleistungen beschaffen ist, kann nicht verhindert werden, dass Leistungen, die ein Dritter bezahlt, bedenkenlos nachgefragt werden. Genauso wenig kann verhindert werden, dass die Qualität der Leistungen zum Gegenstand eines Preiskampfes wird. In unserem Rechtssystem muss aber eine solcher Preiskampf als rechtlich geregelter Wettbewerb erfolgen.

Die Öffnung des Sozialrechts für den Wettbewerb

Seit Jahren ist unter dem Einfluss des europäischen Gemeinschaftsrechts eine Entwicklung im Gange, die zu einer Umorientierung des gesamten Leistungserbringungsrechts hin auf Markt und Wettbewerb geführt hat. Gegen eine Behandlung dieses Gegenstandsbereichs nach den Gesetzen des

Marktes spricht nicht, dass wir es hier mit dem Sozialrecht zu tun haben. Der soziale Schutz, oder allgemeiner, die soziale Frage, mag heute anders beurteilt werden als vor gut einhundert Jahren. Mit den Verhältnissen auf dem Markt hat sie nur insofern etwas zu tun, als die dort vorherrschenden Bedingungen auch Ursache dafür sein können, dass die soziale Frage erst gestellt wurde und wird. Nach aller Erfahrung kann man sie nicht unter Hinweis auf die Marktmechanismen beantworten.

Darum geht es aber auch nicht, wenn man das Leistungserbringungsrecht unter dem Blickwinkel der Marktmechanismen betrachtet. Hier geht es um die Akteure, die an der Leistungsbringung beteiligt sind. Ebenso wie Arzneimittel auch Waren sind, ist die ärztliche Behandlung, ist jede Beratung oder Betreuung auch eine Dienstleistung. Beide haben als marktgängige Güter einen Marktwert. Sie verursachen beim Leistungsträger Kosten und beim Leistungserbringer einen Nutzen, einen Gewinn. Insofern ist es durchaus gerechtfertigt, die Leistungserbringung als einen Vorgang zu betrachten, der den Marktmechanismen ausgesetzt ist. Diese Mechanismen bedürfen eine rechtlichen Einbindung, denn angesichts der enormen Geldbeträge, die in diesem Bereich aufzuwenden sind, kann es nicht verwundern, dass hier Missbräuche entstehen, dass sich Kartelle oder Monopole herausbilden. Andererseits ergeben sich vor dem Hintergrund der Erfüllung sozialer Aufgaben Besonderheiten, die dazu führen, dass man hier nicht an dieselben Marktmechanismen anknüpfen kann, wie auf dem Konsumgütermarkt. Man kann hier durchaus von einer »Marktillusion« sprechen. Dennoch sind einige Aspekte, die wir in rechtlicher Hinsicht mit dem Markt verbinden, gänzlich unabhängig davon, ob die Ausgangslage bei den Konsumgütern oder bei Sozialleistungen als gleichartig beurteilt wird. Einzelne Vorgänge bei der Erbringung von Sozialleistungen entsprechen dem, was wir auch auf dem Konsumgütermarkt vorfinden. Das betrifft etwa die Transparenz des Marktes oder die Marktzugangschancen aller Anbieter von Leistungen. Wenn man also zutreffenderweise die Besonderheiten der Leistungserbringung im Sozialrecht betont, dann gilt das nur für bestimmte Vorgänge auf dem Markt, die etwa den sehr wesentlichen Aspekt der Preisbildung betreffen (ZACHER 2005).

Vor diesem Hintergrund gibt es immer wieder Auffassungen, die sich dafür aussprechen, das Geschehen im Leistungserbringungsrecht überhaupt nicht als Vorgang auf dem Markt zu beurteilen. Das Hauptargument besteht darin, dass ein Sozialleistungsträger als Teil der (mittelbaren) Staatsverwaltung nicht wie ein Abnehmer oder Anbieter auf dem Markt behandelt

werden kann. In gewisser Weise ist das berechtigt. Dort, wo ein Träger der öffentlichen Verwaltung, etwa bei der Bekämpfung einer Seuche, hoheitlich handelt, kann der Vorgang nicht mit einem Vorgang auf dem Markt verglichen werden. Wo aber, wie bei der Beschaffung von Leistungen zur Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe, Verträge mit den Leistungserbringern geschlossen werden, ist eine Marktteilnahme des Trägers öffentlicher Gewalt gegeben. Diese Marktteilnahme rechtfertigt es, den ganzen Vorgang nach den Wettbewerbsregeln zu beurteilen. Erteilt in diesen Fällen der Träger hoheitlicher Gewalt seine Aufträge jenseits aller wettbewerbsrechtlichen Kontrolle; sichert etwa ein Sozialhilfeträger seinem einzigen Vertragspartner noch einen »Gebietsschutz« zu (Verwaltungsgericht Münster 2004), dann ersteht der alte Obrigkeitsstaat neu im Gewande des Monopolisten.

Im innerstaatlichen Recht, zumal im deutschen Sozialrecht ist die Auseinandersetzung um diese Frage der Anwendung der Wettbewerbsregeln in vollem Gange. Wohl überwiegend wird die Auffassung vertreten, das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) und mehr noch das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) wären nicht anwendbar, wenn die Leistungserbringung in einem öffentlich-rechtlichen Vertragssystem geregelt werde. Das ist zumeist der Fall (§§ 69 SGB V, 75 SGB XII). Abgesehen davon, dass das europäische Gemeinschaftsrecht die Unterscheidung in privates und öffentliches Recht nicht in gleicher Schärfe macht, wie dies in Deutschland der Fall ist, könnte diese Auffassung auch dazu führen, dass hier ein großer Markt rechtlich nicht angemessen geordnet würde.

Davon abgesehen ist diese Auffassung nicht geeignet, die Wettbewerbsregeln aus der Auseinandersetzung um das Leistungserbringungsrecht herauszuhalten. Die oberen Gerichte, insbesondere auch das Bundesverfassungsgericht haben wiederholt unter Hinweis auf den Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) und die Berufsausübungsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG) solche Verhältnisse auf dem Leistungserbringungsrecht für nicht rechtmäßig, bzw. sogar für verfassungswidrig erklärt, die nicht den idealen Bedingungen auf dem Markt entsprechen oder ihnen zumindest nicht nahekommen. Jedenfalls darf kein Träger öffentlicher Gewalt Verhältnisse im Leistungserbringungsrecht entstehen lassen oder hinnehmen, unter denen geeignete Leistungserbringer von der Teilnahme an der Versorgung ausgeschlossen oder auch nur an ihr gehindert werden. Insbesondere muss der Markt transparent und für Newcomer offen sein.

Das bedeutet, dass eigentlich nur die Qualitätssicherung auf dem Leistungserbringungsrecht eine Steuerungsfunktion entfalten kann. Insbesondere

re in dem Rechtsgebiet der Rehabilitation und Teilhabe wird man die Qualität auch unter dem Blickwinkel der Zusammenarbeit der Leistungserbringer sehen dürfen. Weitgehend unbestritten und auch vom Gesetzgeber anerkannt ist es, dass die Leistungen möglichst »wie aus einer Hand erbracht« erscheinen (§§ 10–13, 17 Abs. 2, 30 SGB IX) (Bundestagsdrucksache 14/5074). Davon ist man noch weit entfernt. Aber es ist doch sinnvoll, im Leistungs- und Leistungserbringungsrecht darauf hinzuwirken. Unter diesem Blickwinkel lässt sich ein gewisses Spannungsverhältnis zwischen einem Qualitätsbegriff, der von einer Zusammenarbeit der Leistungserbringer geprägt ist, und der Berufsausübungsfreiheit des einzelnen Leistungserbringers erkennen. Im Allgemeinen ist das Verfassungsrecht kein Hindernis für eine Fortentwicklung der Versorgung. Erforderlich ist insbesondere die Berücksichtigung der Interessen aller an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer (Bundesverfassungsgericht 1998).

So vertritt das Bundesverfassungsgericht die Auffassung, dass kein schützenswertes Interesse der Marktteilnehmer daran anzuerkennen ist, dass der Markt zu ihrem Vorteil nicht funktioniert (Bundesverfassungsgericht 2002) In seiner Entscheidung zu den Festbeträgen für Arzneimittel in der Krankenversicherung hat das Bundesverfassungsgericht u. a. ausgeführt: »Ist der Markt unübersichtlich und fallen – wie im System der gesetzlichen Krankenversicherung – Nachfrage, Anspruchsberechtigung und Kostentragung auseinander, kann ein – an den Regeln des Marktes gemessen rationales Verhalten der beteiligten Personen auch dadurch bewirkt werden, dass die Angebotsvielfalt strukturiert wird, indem die Klassifizierung in identische, teildentische oder vom Nutzen her ähnliche Produkte erkennbar wird. Dann ermöglicht ein Preisvergleich, der auf eine Standardmenge bezogen wird, eine Entscheidung unter Berücksichtigung der Kosten-Nutzen-Relation.« (Bundesverfassungsgericht 2003)

In seiner Entscheidung zur Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausbedarfsplan hat das Bundesverfassungsgericht ausgeführt, dass der Begriff der Bedarfsgerechtigkeit eines Krankenhauses nur in dem Sinne ausgelegt werden darf, dass es geeignet ist, die erforderliche Leistung zu erbringen. »Nur in dieser Auslegung haben hinzutretende Krankenhäuser überhaupt eine Chance auf Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan, solange sich am Gesamtbedarf nichts ändert.« (Bundesverfassungsgericht 2004) Unzulässig wäre eine closed-shop-Politik, die vorhandene Einrichtungen bevorzugt. »Der Hinweis auf gewachsene Strukturen ist nur geeignet, den status quo zu erklären, nicht aber als sachlicher Grund die Verfestigung

bestehender Unterschiede zu rechtfertigen. Die Bedarfsplanung ist grundsätzlich offen für eine Strukturveränderung, wenn die .. verfassungsrechtlichen Grundsätze beachtet werden. Auch dann mag eine Ausgewogenheit der Trägerstruktur nur langfristig zu verwirklichen sein; das ist aber kein Argument dafür, den Aspekt der Trägervielfalt im Rahmen einer konkreten Auswahl zu Lasten eines geeigneten Bewerbers außer Acht zu lassen.« (Bundesverfassungsgericht 2004)

Insgesamt dürfte es sich als notwendig erweisen, ein besonderes Recht für den Wettbewerb zu schaffen, wenn auf einem teilweise öffentlich-rechtlich organisierten Markt, wie im Sozialrecht, Güter angeboten und nachgefragt werden. Dabei könnte man sich zwar an dem privatrechtlichen Wettbewerbsrecht orientieren. Der besonderen Aufgabe, die die Sozialleistungsträger zu erfüllen haben, würde es aber entsprechen, wenn insoweit auch ergänzende Regelungen getroffen würden.

Einstweilen wird man sich mit Regelungen von begrenzter Reichweite zufrieden geben müssen. Diese wären aus den Art. 3 Abs. 1, 12 Abs. 1 GG zu entwickeln. Nach diesen Grundsätzen könnte das Leistungserbringungsrecht in einer Grundlagennorm neu geordnet werden. Das könnte etwa durch Anfügung eines Absatzes 4 in § 12 SGB IX geschehen:

»(4) Die Rehabilitationsträger schließen mit den Leistungserbringern Verträge über die Leistungserbringung. Verträge dürfen nur mit Leistungserbringern geschlossen werden, die eine Gewähr für die Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung bieten. Sie müssen zur Zusammenarbeit untereinander und mit den Rehabilitationsträgern bereit und in der Lage sein. Die §§ 97–130 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen finden Anwendung. Um eine Wohnortnähe zu gewährleisten, können die Rehabilitationsträger in Abstimmung mit den Leistungserbringern die Versorgung regionalisieren. Innerhalb einer Region muss sichergestellt sein, dass der behinderte Mensch abhängig von seinem Bedarf, unverzüglich die jeweils notwendige Leistung tatsächlich erhält. Dazu legen die Rehabilitationsträger in den Verträgen untereinander fest, wie der Wechsel zwischen den Versorgungsformen zu gewährleisten ist. In den Verträgen kann auch geregelt werden, dass die Erbringer von Leistungen zum Wohle des behinderten Menschen zur Zusammenarbeit verpflichtet sind (Versorgungsverbünde). Einrichtungen und Dienste, die in einen Versorgungsverbund einbezogen sind, sind von den Rehabilitationsträgern vorrangig in Anspruch zu nehmen. In den Verträgen kann auch geregelt werden, dass die Übernahme oder Teilung der Kosten von Komplexleistungen zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern erfolgen kann. Diese Leistungen sollen in integrierter Form die Leistungsgruppen zusammenfassen und den gesamten Bedarf der Leistungsberechtigten decken. Die beteiligten Rehabilitationsträger

übernehmen die Kosten für den Einzelfall anteilig und in pauschalierter Form auf der Basis von Erfahrungswerten entsprechend ihrer gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben.«

Literaturangaben

- ARNOLD M: Strategien zum Umgang mit Knappheit im Gesundheitswesen. In: Neue Zeitschrift für Sozialrecht. 1996: 193
Bundesverfassungsgericht 1998: 265.
Bundesverfassungsgericht. In: Neue Juristische Wochenzeitschrift 2003: 1232.
Bundesverfassungsgericht. In: Neue Juristische Wochenzeitschrift. 2002: 2621
Bundesverfassungsgericht. In: Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2004: 423
Bundesverfassungsgericht. In: Neue Zeitschrift für Sozialrecht. 2004: 422
Der Deutsche Bundestag. Bundestagsdrucksache 13/2440: 28
Der Deutsche Bundestag. Bundestagsdrucksache. 14/5074: 101
Verfassungsgericht Münster. In: ZfSH/SGB 2004: 601
ZACHER J: Die Marktillusion in der Sozialwirtschaft. In: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen. 2005/58:1

Sozialpsychiatrie, Recht und Ökonomie im Diskurs: Verbindlichkeit und Überprüfung von Qualität III

Wolfgang Rieger

Psychiatrien müssen ökonomisch geführte Unternehmen sein

Für Geld kann man sich gute oder schlechte Psychiatrie kaufen. Je nach der zur Verfügung stehenden Geldmenge bekommt man mehr oder weniger davon. Die Aufgabe der Ökonomie besteht darin, die Verteilung des Geldes systemimmanent vorzunehmen. Geld gehört damit für die Psychiatrie zunächst einmal zu den ganz wesentlichen Ressourcen, die Einfluss auf den quantitativen Versorgungsumfang haben und damit auf die Menge an Versorgungsleistungen, die dem psychisch kranken Menschen zugute kommen soll. Der Titel dieser Jahrestagung – »Gute Praxis und Ökonomie verbinden« – legt jedoch zu Recht nahe, dass die Quantität der Versorgung allein noch keinen Rückschluss auf die Qualität der Versorgung zulässt. Die Frage ist also, ob ein positiver Ausgleich gelingt? Die These dieses Beitrags erweitert diesen Ansatz um die Annahme, dass die Rahmenbedingungen, in denen sich die Ökonomie bewegt, einen entscheidenden Einfluss auf die Qualität der psychiatrischen Versorgung haben. Der Vorschlag lautet daher, auch hinsichtlich der Ökonomie Kriterien zu entwickeln, die eine Bewertung ihrer Funktionalität unter Berücksichtigung der psychiatrischen Versorgungsaufgabe zulassen. Aus Sicht der Ökonomie muss die Frage folglich abgewandelt heißen, welche Art von Ökonomie gut für die Praxis ist?

Die Ökonomen verweisen zu Recht auf die Wertneutralität des ökonomischen Handelns. Das zu Grunde liegende ökonomische Prinzip besagt, dass mit gegebenen Mitteln ein möglichst großer Nutzen zu erzielen sei, oder in der Umkehrung, dass ein vorgegebener Nutzen mit möglichst geringen Mitteln zu erreichen sei. Die Ökonomie ist demnach die Lehre der möglichst effektiven bzw. effizienten Mittelverwendung (WÖHE 2002). Dabei ist sie primär auf eine Nutzenmaximierung hin ausgerichtet, wobei der Nutzen nicht zwangsläufig monetär zu definieren ist. Die Gewinnmaximierung im monetären Sinn ist lediglich eine Variante der Nutzenmaximierung, die allerdings dem Zielsystem erwerbswirtschaftlicher Unternehmen besonders entspricht. Das Handlungsmotiv eines erwerbswirtschaftlichen Unternehmens besteht darin, ein möglichst rentables Einkommen für jene zu erzielen, die als Eigentümer das Eigenkapital des Unternehmens zur Verfügung stellen.

Betriebswirte bezeichnen die Rentabilität auch als »relative Gewinngröße«, weil sie das in einem Unternehmen eingesetzte Kapital mit dem erzielten Gewinn in ein Verhältnis setzt. Unternehmen, die dauerhaft unrentabel sind, müssen von außen gestützt werden oder verschwinden vom Markt. Die Rentabilität eines Unternehmens ist daher ein Gradmesser für seine dauerhafte Fähigkeit, auf der Grundlage des eigenen Wirtschaftens zu überleben. Für den gewinnorientierten Eigentümer ist sie zugleich aber ein Maßstab für den finanziellen Erfolg seiner Investition: Je größer die Rentabilität, umso höher fällt die Verzinsung seines eingesetzten Kapitals aus.

Auch Psychiatrieorganisationen müssen »rentable« Unternehmen sein. Das heißt sie müssen in der Lage sein, mit dem Geld, das ihnen die Gesellschaft durch die Zahlungen der Kranken- und Pflegekassen oder der Sozialhilfeträger sowie des Staates mit seinen Fördermitteln zur Verfügung stellt, auszukommen. Dieses Psychriatriebudget bestimmt aus ökonomischer Sicht den Rahmen des psychiatrischen Handelns. Sparmaßnahmen, wie sie die Psychiatrie seit Jahren erlebt, haben hingegen zunächst mit Ökonomie nichts zu tun, sondern sind politische Willensäußerungen. Der Ökonom sieht in dem jeweils zur Verfügung stehenden Geldbudget lediglich ein Datum, in dessen Rahmen nach dem wertfreien ökonomischen Prinzip der größte Nutzen für die vom Unternehmen zu betreuenden Menschen zu erreichen ist. Die Rentabilität des Unternehmens muss prinzipiell gerade so groß sein, um die Erfüllung der Versorgungsaufgaben zu ermöglichen. Akzeptiert man dies und versteht darunter eine umfassende Verpflichtung zum ökonomischen Handeln, so ist es eine Frage der unternehmerischen Verantwortung, mit welchen betrieblichen Methoden und Strategien auf die Veränderungen der Rahmenbedingungen reagiert werden soll. Die Trägerschaft bzw. die Eigentümerverhältnisse eines Unternehmens haben darauf keinen unmittelbaren Einfluss (oder sollten diesen zumindest nicht ausüben).

Der Zwang zum ökonomischen Handeln ist vielen Psychiatriebeschäftigten und auch vielen Trägern von Psychiatrieinstitutionen zweifellos fremd. Er ist ungewohnt, weil er einen deutlichen Bruch mit der Aufbruchsstimmung darstellt, die die Psychiatriereform über viele Jahre des Strukturschaffens erzeugte. Er widerspricht dem anwaltschaftlichen Selbstverständnis der im Dienste des sozialstaatlichen Ausgleichs tätigen Akteure. Viele befürchten eine unzulässige »Ökonomisierung sozialer Qualität« (DEDERICH 2005). Aber gleichzeitig ist dieser Zwang zur Ökonomie mittlerweile auch unbestritten notwendig und unausweichlich, weil der Sozialstaat wegen zahlreicher Gründe insgesamt unter Druck steht und die Summe der zur Verteilung

kommenden Transferleistungen daher sinken wird. Eine gute Praxis, die sich schlecht mit den Regeln der Ökonomie vereinen lässt, wird diesem Druck nicht standhalten. Diese Erkenntnis hat viele der Psychiatrieverantwortlichen zum Schaden ihrer Organisationen zu spät erreicht und die öffentliche Trägerschaft im Bereich der Psychiatrie in einigen Bundesländern in Misskredit gebracht.

Privatisierung – aktueller haushaltspolitischer Mainstream mit ungewissem Ausgang

Aktuell gehört es zum haushaltspolitischen Mainstream, die Psychiatrie in öffentlicher Trägerschaft als Kostenfaktor und als Haushaltsrisiko einzustufen. Dagegen werden private Trägerschaft von Krankenhäusern und die Fähigkeit zum ökonomischen Handeln von einem großen Teil der politischen Entscheidungsträger und ihrer Beraterheere praktisch gleichgesetzt. Und tatsächlich haben die privaten Krankenhausträger das staatliche Gesundheitswesen in vielen Bereichen mit der Einführung betriebswirtschaftlicher, also zielorientierter und controlling-gestützter Managementmethoden und einer expliziten Markt- und Kundenorientierung konfrontiert. Dadurch sind sie häufig in der Lage, scheinbar »hoffnungslose Fälle« wieder überlebensfähig zu machen. Allerdings sollte der letztlich trägerunabhängige Erfolg von Rationalisierungseffekten nicht über den sozialpolitischen Preis hinwegtäuschen, der unter Umständen für die Veräußerung von den Leistungs- und Kostenträgern und am Ende von den psychisch kranken Patienten bezahlt werden muss.

Eine Privatisierung der Psychiatrie im Sinne einer materiellen Veräußerung, wie sie mehrere Bundesländer betrieben haben oder gerade betreiben, verfolgt immer vorrangig haushaltspolitische Ziele. Die Argumentation der Privatisierungsbefürworter stützt sich in der Regel auf die schlichte Behauptung, dass der Staat »es einfach nicht kann«. Nicht die psychiatrische Praxis ist damit gemeint, sondern der Ausgleich von Praxis und Ökonomie, zu dem die staatliche Kameralistik und ihre Führungsinstrumente nicht in der Lage war. Diese Behauptung aus dem Mund von staatlichen Privatisierungsbefürwortern hat jedoch den Charakter einer self-fulfilling-prophecy. Jene, die den Schaden angerichtet haben oder geschehen ließen, prognostizieren den Schaden auch. Die Rechtfertigung für einen Systembruch bei der Trägerschaft von Psychiatrien beziehen sie aus dem Versprechen einer dauerhaft angelegten win-win-Situation zwischen der privaten, gewinnorientierten

Psychiatrie, Leistungs- und Kostenträgern und dem Patienten. Am Ende übertönt der in glänzenden Bilanzen ausgestellte ökonomische Erfolg des privaten Unternehmens den Verlust an sozialpolitischer Verantwortung und Handlungsfähigkeit. In den meisten Fällen macht er darüber hinaus blind für die ökonomischen Risiken, die eine lediglich kurzfristig haushaltspolitisch motivierte Veräußerung langfristig mit sich bringen kann.

Patientenorientierte Ressourcensteuerung vs. unternehmensorientierte Rationalisierungsstrategie

Gute Psychiatrie braucht eine gute Ökonomie. Vor allem braucht sie eine Ökonomie, die eine patientenorientierte Ressourcensteuerung vornimmt und dieser Orientierung folgend ihre Prozesse optimiert. Dieses Verständnis von Ökonomie und Prozessoptimierung steht nicht im Widerspruch zur öffentlichen Trägerschaft, sondern das Gegenteil ist der Fall. Es steht im Einklang mit der auftragsgemäßen Gemeinnützigkeitsorientierung öffentlicher Unternehmungen und bildet sich in der Regel auch steuerrechtlich durch die Wahl einer geeigneten gemeinnützigen Rechtsform ab. Als gemeinnütziges Unternehmen braucht die non-profit-Psychiatrie in Deutschland keine Steuern zu bezahlen, hat aber z. B. die Verpflichtung, dem Management nur eine angemessene Vergütungen zu gewähren und eventuelle Gewinne innerhalb von zwei Jahren wieder dem gemeinnützigen Bereich zuzuführen. Auf der Basis einer ökonomischen Betriebsführung und gemeinnützigkeitsorientierten Ressourcensteuerung lässt sich durchaus eine unternehmerische Wachstumsstrategie ableiten. Entscheidend ist dabei, dass die ökonomische Betriebsführung dann die Erfüllung des gemeinnützigkeitsorientierten Unternehmenszweckes in vollem Umfang unterstützt und nicht noch systemfremde private Kapitalinteressen bedient werden müssen. Es ist also vorrangig eine Frage der Gewinnverwendung, die einen wesentlichen Unterschied zwischen einer privaten erwerbswirtschaftlich orientierten und einer staatlichen gemeinnützigen Unternehmensträgerschaft setzt.

Die Veräußerung eines staatlichen psychiatrischen Unternehmens macht aus Sicht des privaten Erwerbers nur dann Sinn, wenn seine mit dem Kapitaleinsatz verbundene Gewinnerwartung auch befriedigt werden kann. Er ist folglich nicht an einem gemeinnützigen Unternehmen interessiert, sondern wird erwerbswirtschaftliche Prinzipien in das Unternehmen einführen. Aus der non-profit-Psychiatrie wird so eine profit-Psychiatrie. Die Prozessoptimierung erfolgt entlang einer unternehmensorientierten Ratio-

nalierungsstrategie, die am Ende eine Rentabilitätssteigerung für den Eigentümer garantieren soll. Was gleich gut wirtschaftende non-profit-Unternehmen an unternehmerischem Gewinn wieder in den Versorgungskreislauf zurückführen müssen, steht in der profit-Psychiatrie zur freien Disposition des Eigentümers. Es kann der Versorgung wieder zugeführt werden, es muss jedoch nicht. Diese Indifferenz ist die Grundlage für marktökonomische Handlungsmuster, die mit den psychiatriespezifischen Zielen der Leistungs- und Kostenträger in keinem unmittelbaren Zusammenhang stehen und Möglichkeiten für Konflikte bieten.

Aber auch aus Sicht der Leistungsempfänger ist eine kritische Haltung angebracht: Denn aus der Gewinnerwartung des privaten Trägers können sich schnell Einschränkungen der finanziellen Rahmenbedingungen für die Psychiatriearbeit ergeben. Dies ist der Fall, wenn immaterielle Firmenwerte, z. B. strategische Kaufpreiskomponenten, refinanziert werden müssen; oder Maximalgewinne für eine shareholder-value-orientierte Steigerung von Aktienkursen nachgewiesen werden sollen; oder das Ziel des unternehmerischen Engagements ohnehin nur die Wertsteigerung zum späteren Verkauf des Unternehmens (Exit-Strategie) gewesen ist. In allen diesen aus der unternehmerischen Praxis privater Krankenhausketten bekannten Fällen können systemfremde Gründe dafür verantwortlich sein, dass deutlich weniger Mittel für die Psychiatriearbeit zur Verfügung stehen. Aus ökonomischer Sicht bedeutet dies, dass der Rahmen der Finanzmittel geringer und damit der Nutzen für die Patienten systemimmanent deutlich geringer sein muss als bei einem vergleichbaren non-profit-Unternehmen. Es handelt sich um einen langfristigen drain-out zu Lasten psychisch kranker Menschen, der jeglichen ökonomischen Vorteil einer Veräußerung von Psychiatrieunternehmen relativiert. Dies mag aus haushaltspolitischer Sicht vertretbar sein, psychiatriepolitisch gesehen ist es untragbar.

Plädoyer für die »baden-württembergische Lösung«

Gute Psychiatrie braucht alle zur Verfügung stehenden Mittel. Noch viel stärker als im somatischen Bereich zeigt sich die Qualität einer psychiatrischen Praxis an der gemeindenahen, sektorenübergreifenden und vernetzten Versorgung. Der gesundheitspolitische Beweis steht auch nach einer Reihe von Gesundheitsreformen noch aus, dass ein vernetztes und abgestuftes Versorgungskonzept, wie es die Psychiatrie in der Nachfolge der Enquete in vielen Regionen umsetzt, durch das bloße Setzen wirtschaftlicher Anreize er-

reicht werden kann. Die Dezentralisierung der Versorgung und das Betreiben von Gemeindepsychiatrischen Zentren, die Beteiligung an komplementären Diensten und die Vernetzung der Versorgung unter Beachtung der Subsidiarität steht im Widerspruch mit einem erwerbswirtschaftlich motivierten Geschäftsgebaren, das auf Markterschließung, Produktivitätssteigerung und Rationalisierung ausgerichtet ist. Im Rahmen des erwerbswirtschaftlichen Geschäftsmodells setzen gewinnorientierte Unternehmen stattdessen auf die Errungenschaften des medizinisch-technischen Fortschritts bei den Diagnose- und Medikamentenmöglichkeiten sowie tendenziell auf die Zentralisierung von Behandlungsangeboten, weil sich hier die größten Rationalisierungseffekte erzielen lassen.

Dies muss nicht zwangsläufig so sein. Gute Psychiatrie lässt sich auf intelligente Weise mit guter Ökonomie verbinden. Als die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser in Baden-Württemberg 1996 in die Rechtsform von gemeinnützigen Anstalten des öffentlichen Rechts ausgegliedert wurden, standen anspruchsvolle psychiatriepolitische Ziele im Vordergrund. Es stand fest, dass ein Umbau der vorhandenen Großkrankenhäuser in eine flächenorientierte und gemeindenahere Versorgungslandschaft nicht im Rahmen einer starren, zentralisierten Haushaltssteuerung zu bewerkstelligen war. Die Zentren für Psychiatrie erhielten durch die Rechtsformänderung Geschäftsführungen, denen moderne Managementmethoden bestens vertraut waren; und sie konnten frei und wirtschaftlich selbstverantwortlich am Markt operieren. Das Land Baden-Württemberg übte lediglich in den Aufsichtsräten eine strategisch-steuernde Funktion aus. Ökonomisch gesehen sind die Zentren für Psychiatrie jedoch selbstständige Wirtschaftseinheiten. Im Bedarfsfall verpflichtete sich das Land zur Übernahme einer finanziellen Gewährsträgerschaft (die allerdings bis heute noch nie in Anspruch genommen wurde). Der ökonomische Auftrag an die Zentren für Psychiatrie war klar: Alle verfügbaren Ressourcen sollten auskömmlich bewirtschaftet und zu möglichst großen Anteilen den psychisch kranken Menschen zugute kommen! Die parallel zu dieser Rechtsformänderung verfolgte Psychiatrieplanung des Landes Baden-Württemberg stand in der Tradition der Psychiatrie-Enquete und operationalisierte die Zentren für Psychiatrie verbindlich als Wegbereiter der gemeindenahen und sektorenübergreifenden Versorgungsnetzwerke. Aktuell wird in Baden-Württemberg die Überleitung der Anstalten des öffentlichen Rechts in eine passende private Rechtsform diskutiert, um nach zehn Jahren die Flexibilität der unternehmerischen Entscheidung zu steigern und Wettbewerbsnachteile im Vergleich zu anderen branchengleichen An-

bietern auszuschließen. Aber auch heute ist die Veräußerung der stationären psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg kein Thema.

Am Ende ist es in der Psychiatrie nicht anders wie in anderen wirtschaftlichen Zusammenhängen auch: Die Praxis kann nur gut sein, wenn die Ökonomie gut ist. Dieser Primat der Ökonomie sollte in sozialpolitischer Hinsicht jedoch zu einer besonderen Sorgfalt motivieren. Die Privatisierung von Psychiatrien ist weder in Bezug auf öffentliche Haushalte, noch auf die Unternehmen selbst ein Sanierungsinstrument. Sämtliche ökonomische Ziele, die mit einer Privatisierung von Psychiatrien verbunden sind, lassen sich auch in einer öffentlichen Trägerschaft erreichen. Hingegen sind viele psychiatriepolitische Ziele durch eine Ausgliederung in den erwerbswirtschaftlichen Wirtschaftssektor ernsthaft gefährdet.

Literaturangaben

- DEDERICH M: Zur Ökonomisierung sozialer Qualität. In: Sozialpsychiatrische Informationen 4/2005, S. 2–6
- WÖHE G: Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre. 21. Auflage. München, 2002, S. 1 f.

Leistungserbringer, Leistungsträger und Politik im Diskurs: Budgetsteuerung*

**Angelika Josupeit-Teschke, Armin Lang, Matthias Rosemann,
Heinrich Kunze**

Herr Kunze:

Hier geht es um die Frage: Was kann Budgetsteuerung zur Verbindung von guter Praxis und Ökonomie beitragen? –

Zunächst möchte ich das Podium kurz vorstellen.

Neben mir sitzt entgegen der Ankündigung nicht Frau Mayer-Dölle, die Bürgermeisterin von Ulm, sondern Frau Josupeit-Teschke, die Jugendamtsleiterin in Ulm. Sie haben Erfahrung mit Jugendhilfe und Eingliederungshilfe und kennen die Praxis sicher gut.

Herr Rosemann ist Geschäftsführer eines Betriebes in der Gemeindepsychiatrie in Berlin. Ich mache es einfach so kurz, weil Sie so bekannt sind.

Herr Lang ist in zweifacher Funktion hier, nämlich Leistungsträger/Krankenkasse als VdAK Saarland und Landtagsabgeordneter mit Sozialpolitik als Schwerpunkt.

Ich möchte Frau Josupeit-Teschke bitten, mit der Jugendhilfe zu beginnen, denn in der Jugendhilfe wird das Prinzip, das wir im personenzentrierten Ansatz aufgenommen haben, schon sehr viel länger praktiziert, nämlich die personenzentrierte Hilfeplanung. Und das unter den Rahmenbedingungen von Budgetsteuerung. Was sind Ihre Erfahrungen? Was können wir aus diesem benachbarten Bereich für unseren Bereich an Honig saugen?

Frau Josupeit-Teschke:

Grüß Gott miteinander. Ich schiebe noch zwei Sätze voran zu dem Thema wer ich bin. Ich bin in Ulm Jugendamtsleiterin. Wenn Sie mit der Bürgermeisterin und Fachbereichsleiterin oder der Jugendamtsleiterin sprechen, dann tragen immer beide Verantwortung. Unterschiedliche Verantwortung. Ich bin darüber hinaus aufgrund der Umstrukturierung in der Jugendhilfe verantwortlich, für die Umstrukturierungsprozesse im Hinblick auch auf Budgetsteuerung in der Sozialpsychiatrie und in der Altenhilfe.

In der Jugendhilfe haben wir die Hilfeplanung im Grunde genommen festgeschrieben als ein Element bereits seit 1991, nämlich zu dem Zeitpunkt als das Kinder- und Jugendhilfegesetz in Kraft getreten ist. Der zurücklie-

* Überarbeitetes Transkript

gende Zeitraum von 14 Jahren hat nicht automatisch auch den Aspekt der Budgetsteuerung mit beinhaltet, sondern hat im Grunde genommen nur festgelegt, dass mit den Betroffenen gemeinsam an der zu gewährenden Hilfe zu arbeiten ist und die Inhalte und die Aufgaben festgelegt werden. Nicht anders als beispielsweise in der Behindertenhilfe stand auch die Jugendhilfe vor dem Problem, dass die Kosten davon gelaufen sind – flächendeckend. In Ulm wurde in 2000 ein Prozess begonnen und zwar von Fachleuten aus der Jugendhilfe:

Wir müssen uns darüber verständigen, ob wir alles richtig machen, und in diesem Rahmen wurde das Stichwort der Sozialraumorientierung in den Mittelpunkt gestellt, und dabei ist ein Element die Budgetsteuerung. Die Diskussion ist zunächst rein unter fachlichen Aspekten geführt worden. Das was mir immer wieder und immer noch auffällt, ist, insbesondere wenn ich mir den Ausbildungsbereich ansehe, dass es eine Trennlinie zwischen fachlicher Ausbildung, fachlicher Qualifikation und finanzwirtschaftlichen Aspekten gibt. Das ist ein Problem in der Umsetzung von neuen Denkmodellen und bei dieser Tagung wichtig. Die Budgetsteuerung wurde nicht isoliert eingeführt, sondern zusammen mit anderen Elementen. Vorgesehen haben wir dabei Umsetzungsschritte in der Organisationsstruktur sowohl bei uns als öffentlichem Träger als auch bei den Leistungserbringern. Das ist am Anfang nicht erkennbar gewesen, hat sich aber dann als notwendig erwiesen. Die fragmentierte Struktur der Leistungserbringung – dass ist in der Jugendhilfe nicht anders als es in der Behindertenhilfe – das ließ sich nicht aufrechterhalten, wenn man diesen Weg tatsächlich ernsthaft weiter beschreiten will. Wir mussten also organisatorische Veränderungen auf den Weg bringen. Ein ganz wesentlicher Baustein war die Qualifizierung von Mitarbeitern sowohl auf der Seite der öffentlichen Jugendhilfe als auch bei den Leistungserbringern. Und zwar eine Qualifizierung, die den Blick weg richtet von der Defizitorientierung auf die Ressourcenorientierung. Das meint nicht, die Defizite interessieren nicht mehr, aber die Defizite kennen immer alle. Das liegt ganz schnell auf der Hand, was jemanden fehlt ist sehr schnell klar, aber dabei auch zu sehen, was jemand an Fähigkeiten, an Ressourcen, an Wünschen mitbringt, das kommt erst in zweiter Reihe zusammen mit der Berücksichtigung des Willens des Betroffenen.

Der dritte und auch nicht unerhebliche Teil war die Umstellung der Planung und die Erhebung relevanter Daten, die als Grundlage für weitere Planungen dienen. Im Rahmen dieses Umstrukturierungsprozesses habe ich mitbekommen, dass das auch eine Schwierigkeit in der Sozialpsychiatrie ist.

Neben den Daten aus dem eigenen Zuständigkeitsbereich sollten auch Daten von außen herangezogen werden für die Frage künftiger Bedarflagen.

Damit komme ich zum vierten Punkt. Ein Budget – entspricht das dem, was sich künftig entwickeln wird oder nicht? Bezogen auf die Budgetsteuerung ist es so, das wir in Ulm in der Jugendhilfe Vereinbarungen mit freien Trägern abgeschlossen haben. Nicht Vereinbarungen nach dem – das ist ein Begriff den ich zumindest aus dem Jugendhilfespektrum kenne – »Chicago-Modell«: freie Träger stecken Claims ab und die werden dann vergeben, sondern es ist so, dass wir eine gemeinsame Budgetverantwortung festgeschrieben haben. Das heißt, diese gemeinsame Budgetverantwortung beinhaltet im Grunde genommen eine hochgradig konzentrierte partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen dem Leistungsträger auf der einen und den Leistungserbringern auf der anderen Seite.

Die Berechnung des Budgets ist zunächst zum Startpunkt Anfang 2003 das Ausgabevolumen für die Einzelfälle gewesen und wir haben uns nur darauf verständigt, dass wir versuchen wollen, dieses Ausgabebudget zu halten. Das wäre an sich schon ein großer Erfolg gewesen, weil wir bis dahin eine 4 bis 9 % Steigerung in der Ausgabeentwicklung hatten. Die Budget-Steuerung läuft jetzt seit drei Jahren und wir haben innerhalb dieser drei Jahre jährlich im Schnitt ungefähr 7 % weniger ausgegeben. Ich schicke das deshalb an dieser Stelle voraus, weil ein Vorbehalt dagegen war immer: Das ist ein Einsparkonzept, es geht überhaupt nicht darum fachlich umzustricken, sondern es geht ausschließlich darum, die Ausgabeentwicklung zu deckeln.

Der Begriff Budget spricht aber nicht von Deckelung. Der Begriff Budget ist zunächst mal nur eine feste Finanzgröße, mit der man versuchen muss auszukommen. Aber die sowohl eine Überdeckung, also weniger Ausgaben, als auch einen Mehrbedarf möglich macht. Man muss sich nur auf die Kriterien verständigen. Was löst denn einen Mehrbedarf aus? Wir haben uns darauf verständigt, wenn die Datenlage auf sozialstrukturelle Veränderungen hinweist und wenn ein erhöhter Hilfebedarf sich abzeichnet, dass dies eine Erhöhung des Budget nach sich zieht. Und das ist ein entscheidender Unterschied zu der bisherigen Planung gewesen. Die bisherige Planung hat immer darauf aufgesetzt: wir haben so und soviel Fälle und wir rechnen mit einer Steigerung X. Nur aus der eigenen Datenlage, aus der eng begrenzten Sichtweise heraus wurde den Bedarf fürs nächste Jahr berechnet und dabei wurde außer Acht gelassen, dass es auch andere nämlich äußere Einflussfaktoren in der Entwicklung gibt.

In den Diskussionen zu dem Thema Budgetsteuerung ist dabei auch

immer wieder die Frage gestellt worden, ist ein Budget denn überhaupt steuerbar? Bezogen auf die Jugendhilfe kann ich ihnen sagen, wir sind zunächst in einen Modellversuch gegangen. Und ich bin zu der Auffassung gekommen, dass Jugendhilfe meines Erachtens ganz genauso wie andere Sozialleistungen steuerbar ist. Auf infrastrukturelle und gesellschaftliche Veränderungen haben wir nur einen marginalen Einfluss, aber wie Leistungen erbracht werden, darin liegt die Chance steuernd einzugreifen. Ein banales Beispiel ist, auch wenn es jetzt an der Stelle ein politisch besetztes Thema ist, das Verhältnis von Sozialhilfe und Hilfe zur Arbeit. An der Stelle haben Sie natürlich zunächst mal keinen Einfluss wie viel Sozialhilfeempfänger sie haben, aber wie lange jemand in der Sozialhilfe bleibt, das ist eine Steuerungsgröße. Und genau diese Elemente sind Grundlage dafür, wie wir in der Jugendhilfe damit agieren und nach drei Jahren zu dem Ergebnis gekommen sind, das Budget ist steuerbar, man muss dabei bestimmte Risikofaktoren mit aufnehmen; man muss vereinbaren, was passiert, wenn man weniger ausgibt mit dem Geld und was passiert wenn man mit diesem Geld nicht hinkommt. Welche Regularien greifen dann? Aber es ist ein Prozess, der für alle Beteiligten sehr fruchtbar war.

Ich muss vielleicht noch etwas ganz kurz zu der gemeinsamen Budgetverantwortung sagen. Wenn ich vorhin die partnerschaftliche Umgehensweise dabei unterstrichen habe, so war das noch zu wenig. Ich glaube, dies ist ein zentraler Bestandteil. Die Ausgangslage dabei war die Tatsache, dass jeder Teilnehmer, Leistungserbringer wie Leistungsträger, zunächst Recht hat mit seiner Sicht der Dinge. Das muss man erst mal so stehen lassen können. Der zweite Schritt ist die Darlegung des Leistungsträgers: mein Problem ist, ich habe nur begrenzte öffentliche Mittel zur Verfügung und muss damit die notwendigen Leistungen erbracht wissen. Also mein Problem ist auch das Problem der Leistungserbringer, aber das Problem der Leistungserbringer ist auch mein Problem. Mit anderen Worten, wenn jemand nicht offen aussprechen kann, dass er Schwierigkeiten hat in der Belegung bezogen auf seine Angebotsstruktur, wenn das was ist ignoriert wird, dann ist das einer Kooperation, einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit, im Hinblick auf eine gemeinsame Budgetverantwortung schlicht abträglich. Und das sind Elemente, die sie einfach trainieren müssen. Und dieses Training und dieses gemeinsame langsame Vorgehen hat in Ulm in der Jugendhilfe stattgefunden.

In der Sozialpsychiatrie ist es so, dass wir vor einem Jahr mit einem Fachtag zu den personenzentrierten Hilfen begonnen haben. Und das Ganze ist

jetzt mehr oder weniger zum Erliegen gekommen, weil in Baden-Württemberg die Behindertenhilfe kommunalisiert wurde. Das heißt, wir haben die Zuständigkeit auch für die stationären Hilfen auf kommunaler Ebene übernommen. Das ist ein riesiger Aufwand. Wir wollten zunächst abwarten bis dies bei uns angekommen ist, um dann in dem Bereich Sozialpsychiatrie weiter voranzuschreiten.

Herr Kunze:

Vielen Dank. Sie haben ja sehr deutlich gemacht, dass die Einführung von Budgetsteuerung nicht so einfach ist wie die Einführung eines neuen Aktenplans oder eines Kontenplanes, sondern ein systemisch zu steuernder komplexer Prozess auf vielen Ebenen.

Herr Rosemann ich würde Ihnen jetzt gerne das Wort geben als Geschäftsführer, um die Chancen und den Nutzen der Budgetsteuerung aus Ihrer Sicht herauszuarbeiten. Vielleicht auch mit Rückbezug auf die Jugendhilfe.

Herr Rosemann:

Also da bleibt mir die Sprache weg. So viel Vergleichbares haben wir nicht zu bieten. Mein Eintritt in das »maniforme Steuertainment« begann mit dem Ernst- und Wörtlich-Nehmen der Forderung von Klaus Dörner, mit den Schwächsten und Schwierigsten zu beginnen.

In unserem Bezirk in Berlin-Reinickendorf haben wir in den letzten 15 Jahren versucht, diesem Anspruch gerecht zu werden und sicherzustellen, dass unsere knappen Ressourcen primär den Menschen zu Gute kommen, die sie wirklich am dringendsten brauchen und nicht denen, die uns am besten ins Konzept passen. Und das hat uns dazu gezwungen, mit einer Art von Budgetsteuerung zu beginnen, wenngleich damals niemand auf die Idee gekommen wäre, das Budgetsteuerung zu nennen. Wir haben versucht, unsere Plätze so zu belegen, dass wir mit den knappen Ressourcen den Menschen gerecht werden, die sie am dringendsten brauchen.

Das war nicht ganz einfach, und es hat einige Jahre gedauert, bis wir das wirklich flächendeckend geschafft haben. Das hatte auch mit dem Ausbau des Hilfesystems zu tun. Aber mit jedem neuen Baustein, der entstand, ist auch immer zugleich der Anspruch gewachsen, mit den begrenzten Ressourcen so umzugehen, dass man sich gemeinsam überlegt, wer braucht die Hilfe am dringendsten. Und das wiederum hat uns gezwungen, uns in der Region zusammen zu setzen. Wenn Sie so wollen, sind das die 13 Jahre

alten Vorläufer dessen, was heute üblicherweise Hilfeplankonferenz heißt. Man musste sich ja Kriterien überlegen, anhand derer man sagt, jemand braucht den Platz dringender als ein anderer. Dazu musste man sich mit ihm beschäftigt haben. Und daraus sind unsere frühen Formen der Hilfeplanung entstanden. Insofern wurde bei uns mit einer frühen Form der Budgetsteuerung begonnen sozusagen mit der Belegungssteuerung. Das Budget war damals eben die Anzahl von Plätzen, die zur Verfügung standen.

Das haben wir auf Dauer unbefriedigend gefunden und wir haben uns sehr dafür eingesetzt, dass im Land Berlin ein Finanzierungssystem entwickelt wird, das den individuellen Ansprüchen der Menschen besser gerecht wird als die üblichen Vergütung nach Plätzen. Deshalb habe ich mich auch dafür engagiert, dass wir die Forderung ernst genommen haben, die Herr Mrozynski formuliert hat, für die Finanzierung nämlich die Hilfebedarfsgruppen und nicht die Leistungstypen zugrunde zu legen. Auch in Berlin gibt es noch Leistungstypen. Es geht aber darum, trotzdem die Hilfebedarfsgruppen ernst zu nehmen und eine Instrument zu entwickeln, das auch die Vergütung an den individuellen Hilfebedarf bindet. Das ist alles noch nicht perfekt, das sind kleine erste Schritte.

Aber mittlerweile ist es in Berlin bindende Rechtslage, dass wir nach Hilfebedarfsgruppen gestaffelte landesweit einheitliche Preise haben. Und das hat uns dann im nächsten Schritt dazu gebracht: Jetzt müssen wir natürlich auch die Frage der Kapazitäten neu bestimmen und insofern haben alle Träger in Berlin nicht mehr eine Platzvereinbarung, sondern sogenannte Trägerbudgets. Die Summe aller Vergütungen für alle Plätze bildet die Summe des Trägerbudgets. Aber wir haben keine Platzvereinbarung mehr. Das heißt, wir können mit dem gleichen Rechnungsvolumen entweder mehr Menschen mit geringeren Bedarfen oder weniger Menschen mit höheren Bedarfen betreuen. Und das wiederum führt uns dann zum letzten Schritt. In unseren Hilfeplankonferenzen müssen wir beides nun zusammenführen. Wir müssen zwingend unsere Budgetauslastung, die jetzt in Geld und nicht mehr in Plätzen ausgedrückt wird, mit der fachlichen Steuerung verbinden. Das ist der eine Strang, in dem wir sozusagen zur Budgetsteuerung gekommen sind. Indem wir seit gut anderthalb Jahren relativ differenziert üben, stellen wir fest, dass man mit den Budgets klar kommen kann.

Wir haben nicht die Öffnung, dass – wenn der Bedarf steigt – wir die Budgets dann erhöhen können, sondern alle Träger in Berlin haben sich nach ganz langen schwierigen Verhandlungen mit dem Land geeinigt, eine dreijährige Budgetdeckelung zu akzeptieren. Das heißt, auf drei Jahre hat

jeder Träger sein maximales Budget festgeschrieben. Umgekehrt ist damit für das Land im Grunde genommen so etwas wie ein für drei Jahre fixiertes Psychiatriebudget in der Eingliederungshilfe entstanden. Das hat beiden Seiten sehr viel Planungssicherheit gegeben und insofern kann ich das bestätigen was Frau Josupeit-Teschke gerade gesagt hat. Entscheidend für das Gelingen solcher Konzepte ist, dass man es auf beiden Seiten gemeinsam will und dass man vertrauensvoll miteinander umgehen kann in dem Sinne, dass man weiß, der andere will einen nicht über den Tisch ziehen. Es geht nur mit dem dicken Doppel-Pfeil in der Mitte der Abbildung von Herrn Kunze, die vorhin Frau Knufmann-Happe schon zitiert hat. Dieser Pfeil muss sehr stark werden.

Noch ein zweiter Aspekt ist mir wichtig, wenn man mit dieser Form von Budgetsteuerung umgehen will, sie ermöglicht uns andere kooperative Strukturen. Es hat bei uns die Entwicklung des gemeindepsychiatrischen Verbundes deutlich befördert, wenn man als Träger ganz anders auch mit den verschiedenen anderen Trägern umgehen muss. Wir legen unsere Budgetauslastung sehr viel offener. Wir haben es über die letzten zehn Jahre in unserem Bezirk einigermaßen geschafft, ziemlich offen miteinander umzugehen und darüber auch Ideen gemeinsam zu entwickeln. Wenn wir nun unsere Trägerbudgets auch noch alle zusammenlegen würden, könnten wir noch mal deutlich flexiblere Instrumente entwickeln. Und das brachte uns auf die Idee, einen Schritt weiter gehen zu wollen und das regionale Budget andenken zu wollen. Damit kämen wir dann in die Nähe der Jugendhilfe und der Sozialraumorientierung, wobei bei uns die Einzelleistungsfinanzierung immer noch erhalten bleiben soll, der individuelle Rechtsanspruch des Einzelnen. Das regionale Budget ist aber noch nicht Realität. Es ist noch Idee und Planung.

Herr Kunze:

Können Sie bitte noch auf den Nutzen für die Hilfeempfänger durch die Flexibilisierung der Finanzierung eingehen, welche kreativen individuellen Lösungen können Sie besser realisieren als bei der bisherigen Finanzierung?

Herr Rosemann:

Ganz banal: die Pflichtversorgung. Wir können mehr Menschen betreuen, als wir früher an Plätzen vereinbart hatten. Wir kommen weg von Wartelisten. Der Nutzen ist möglicherweise nicht immer ein Nutzen im Sinne von mehr Betreuung. Das kann auch heißen, dass wir bei einem Klienten die

Betreuung reduzieren müssen, weniger Zeit aufwenden müssen, weniger Geld dafür verwenden, um einem anderen Menschen, der ebenfalls dringende Betreuung braucht, gerecht werden zu können. Der Nutzen ist also nicht nur im Blick auf den Einzelnen erkennbar, sondern auch im Zusammenhang zwischen dem Einzelnen und allen Menschen mit entsprechendem Hilfebedarf in der Region. Ich weiß nicht mehr, welcher Imperativ das im Beitrag von Peukert und Laupichler vorhin war, der da hieß, dass kein Mensch auf Hilfen außerhalb der Region verwiesen werden soll. Insofern führt die Festlegung des Budgets zum Ausgleich verschiedener Nutzen für Menschen mit unterschiedlichem Bedarf – und da sind wir uns durchaus nicht alle einig, wenn ich das so formuliere. Aber aus meiner Sicht als Verantwortlicher für die Organisation entfaltet der Deckel, der über allem liegt, für Klienten den Nutzen, dass wir eher mal einen kleinen Tritt in den Hintern bekommen, auch mal jemand wieder los zu lassen und nicht unendlich lang zu betreuen. Das ist bei uns als Träger mit unserer leicht fürsorglichen Prägung sonst eine gewisse Gefahr, dass wir Menschen länger betreuen als unbedingt nötig, auch entsprechend dem finanziellen Anreiz, dass belegte Plätze bezahlt werden. Es ist gut, auch mal den Anstoß zu bekommen, sich wieder zurückzuziehen und zu sehen, jetzt braucht ein anderer unsere Hilfe dringender. Das fördert auch manchmal Mitarbeiter, etwas mehr Autonomie und Selbstständigkeit zu wagen und zuzulassen.

Herr Kunze:

Vielen Dank Herr Rosemann.

Herr Lang, Nutzen der Budgetsteuerung. Ich überlasse es Ihnen, ob Sie erst als Krankenkassen-Fachmann oder erst als Gesundheitspolitiker dazu sich äußern wollen.

Herr Lang:

Also ich will weder theoretische noch praktische Aspekte ansprechen, denn als jemand der in einer gesetzlichen Krankenversicherung Verantwortung trägt, bin ich auch gesundheitspolitisch tätig, ansonsten würde ich meine Aufgabe dort nicht ordentlich wahrnehmen.

Ich blicke erst mal ein bisschen neidvoll auf meine beiden Kollegen. Ich denke im Gesundheitswesen könnten wir einiges von der Jugendhilfe und der Sozialhilfe lernen, wenn wir unsere jahrelangen Erfahrungen, die wir mit Budgets haben, vielleicht doch etwas qualifizieren wollen. Wir haben ja Erfahrungen mit Budgets, nicht nur mit den sektoralen Budgets

im Gesundheitswesen. Der niedergelassene Bereich ist gedeckelt und hat ein Budget, der stationäre Bereich hat ein Budget. Aber die Budgets sind eigentlich weitgehend wie eine »black box«. Wir wissen nicht so sonderlich viel von dem was da innerhalb passiert. Das wundert auch nicht, wenn wir uns etwas mit der Tradition der Krankenversicherung auseinandersetzen. Die Krankenversicherung hat bei den Ersatzkassen eine weit über 200-jährigen Tradition, bei der AOK eine etwas über 100-jährigen Tradition, wir sind Zahlstellen gesundheitlicher Leistungen in dieser Tradition, aber wir waren nie Gestalter einer Versorgungsregion oder Versorgungslandschaft. Und weil dies so ist, haben wir uns auch um Versorgung und um Gestaltung derselben nicht oder nur sehr unzureichend gekümmert. Das muss man erst mal als Analyse fair und ehrlich sagen, alles andere hieße sich an der Thematik vorbeimogeln.

Spannend ist aber, warum es jetzt doch Bewegung gibt. Wenn Sie genauer hinsehen, gibt es ja einige manchmal schmerzhaft, aber daher doch sehr nachhaltige Drucksituationen, die von außen kommen. Also die Diskussion: »Wie viel Geld gebt ihr eigentlich im Gesundheitswesen wofür aus?« »Und wie steht es um die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung?« erzeugt schon etwas Druck. Und erst recht die Frage: „Wie verantwortlich geht ihr eigentlich mit den Beiträgen der Versicherten um?“ Denn das sind ja Gelder, die uns andere Menschen treuhänderisch zur Verfügung stellen, nämlich die Versicherten, die bei uns als Zwangsmitglieder bezahlen.

Das sind Schlaglichter, die vielleicht erhellen können, wo die Problematik der Kassen aber auch der Gesundheitspolitik liegt. Zunächst ist vielleicht ganz wichtig, auf die »black box« einzugehen, von der ich eben sprach. Die Kassen waren ja nie an der Spitze der Bewegung, was Psychiatrie-Reform angeht. Wir haben sie nicht maßgeblich behindert, aber wir haben sie auch sicherlich nicht maßgeblich befördert. Deshalb ist es auch nicht verwunderlich, dass die Kassen eigentlich überhaupt nicht wissen, wie viel Geld sie für Psychiatrie ausgeben. Erst eine Untersuchung, vom Bundesgesundheitsministerium finanziert, durchgeführt von der medizinischen Hochschule Hannover, hat erste Erkenntnisse geliefert. Die Erhebung wurde durchgeführt in einem Raum, der als exemplarisch gilt für die Bundesrepublik: der Raum Oberbayern mit München als Stadt. Dabei hat man herausgefunden, jetzt nur grob ein paar interessante Zahlen, dass man für ungefähr 100 000 Menschen 13 Millionen Euro ausgibt im Bereich der Psychiatrie, davon zwei Drittel durch die Krankenversicherung und ein Drittel durch die Sozialhilfe.

Herr Kunze:

Die Rehabilitation fehlt noch.

Herr Lang:

Richtig, die Rehabilitation ist nicht adäquat abgebildet. Die soll in einer späteren Untersuchung nachgeholt werden. Immerhin man weiß jetzt schon mehr. Man weiß vor allen Dingen, was passiert denn mit den zwei Dritteln, die die Krankenkassen ausgeben. Interessant ist, dass davon 58 % für stationäre Versorgung ausgegeben werden und 38 % für den Bereich der niedergelassenen Versorgung inklusive der psychotherapeutischen Versorgung, zwei Prozent für Krankengeld, zwei Prozent für die PIAs (Psychiatrische Institutsambulanz) und – worum viele Jahre hart gekämpft wurde – die Soziotherapie. Die ist so unbedeutend, dass sie gar nicht abbildbar ist. Nur um es deutlich zu machen, an welcher Stelle wir stehen. Wir sind dabei, auch im Saarland eine eigene Untersuchung mit unseren Bordmitteln durchzuführen.

Dann noch zwei andere Schlaglichter, die ich gerne mitgeben würde. Ein nicht unbedeutender Prozentsatz von psychisch kranke Menschen wird in der somatischen Medizin versorgt. 38 % unserer Ausgaben bei psychiatrischen Diagnosen, die wir ermittelt haben, betreffen die somatische Medizin, das heißt die Patienten liegen in Inneren Abteilungen oder wo auch immer, vielleicht auch in der Orthopädie oder weiß der Teufel wo, aber auf jeden Fall nicht in einer psychiatrischen Klinik. Und genauso ist es in Bayern wie Hannover-Untersuchung festgestellt hat: Die Hausärzte und die Internisten-Praxen verbrauchen einen größeren Anteil am Budget für psychisch Kranke als die Nervenärzte und die Psychiater. Das hat uns dann doch etwas erschrocken. Nicht weil die Ärzte möglicherweise generell inkompetent sind – es ist sicher richtig, dass der Hausarzt möglichst der erste Ansprechpartner sein soll – aber nicht, dass Patientinnen und Patienten dort, auch das haben wir herausgefunden, jahrelang (Entschuldigung wenn ich das ein wenig salopp sage) festgehalten werden, gebunkert werden. Beispielsweise wird jemand mit Schmerzen an der Leber behandelt und nach vier Jahren stellt der Arzt fest, »dass der Kerl säuft«. Entschuldigung, ich will dies ein bisschen drastisch ausdrücken, nicht damit Stimmung in den Saal kommt, sondern einfach um die Problematik deutlich zu machen, um die es eigentlich geht.

Wenn man dann herausfindet, da wird im Grunde Fehlbehandlung jahrelang praktiziert und festgeschrieben, dann fängt das Leiden ja nicht nur bei den Kassen an, sondern dann haben wir ja auch ein »fortgeschriebenes« Leiden bei den Menschen.

So, langer Rede kurzer Sinn, daraus müssen wir Konsequenzen ziehen. Denn es gibt kein flächendeckendes Programm der gesetzlichen Krankenversicherung, wie man mit dieser Problematik systematisch und besser umgeht. Es gibt jetzt ein wesentliches Hilfsmittel, was ich auch ganz bewusst rausstellen will zum Schluss meines ersten Beitrages.

Dieser Druck, von dem ich vorhin sprach, nach mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, effizienterer und effektiverer Umgang mit den Beitragsgeldern unserer Versicherten, hat ja dazu geführt, dass die Kassen auch sehr viel mehr nach Strukturreformen rufen. Die Politik auch. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2003, über das viel geklagt wurde, ist wesentlich besser als sein Ruf, weil es uns Instrumente in die Hand gegeben hat, womit wir Kassen erstmals auch auf Behandlungen Einfluss nehmen können. Da sage ich nur das Stichwort Disease-Management-Programme, auch DRGs, also die neue Finanzierung, die im Bereich Psychiatrie weniger eine Rolle spielt, aber ganz besonders und darauf will ich abheben, der Bereich der Integrierten Versorgung. Und das ist im Grunde das Schlüsselsystem.

Das Schlüsselprogramm ist die Integrierte Versorgung, damit können wir Grenzen überwinden. Wir können die Grenzen innerhalb des SGB V überwinden, und wir haben – wenn wir ein bisschen intelligent mit umgehen – auch die Möglichkeit, Grenzen zu anderen Versorgungssystemen beispielsweise zur Sozialhilfe zu überwinden oder sie wenigstens mit einzubeziehen. Es ist schwierig, aber es geht. Wir praktizieren es jetzt in einem integrierten Versorgungsvertrag im Saarland. Das Entscheidende ist nur und darauf weise ich jetzt alle hin, vor allen Dingen die Neugierigen, wenn man das wirklich gut machen will, dann braucht man Menschen, die das wirklich wollen. Die Zahl ist nicht allzu groß, aber praktisch wird die Zahl mit jedem Schritt der Konkretisierung kleiner, denn da muss man sich ja in die Karten schauen lassen. Damit fangen die Probleme schon an. Und sie weiten sich aus, denn die Hausärzte müssen mitmachen und die niedergelassenen Internisten und die Psychiater und die Psychotherapeuten – und da kommt vielleicht heraus, dass sie inzwischen mehr für die obere Mittelschicht und die Oberschicht zuständig sind und nicht mehr für die, für die sie vorrangig angetreten sind.

Die Transparenz ist das erste Problem, aber ohne die Transparenz können wir nicht Versorgung planen. Und da muss auch die Klinik sich in ihre Karten schauen lassen. Wenn man es wirklich gut machen will, ist das ein langwieriger Prozess, ein mühsamer Weg, aber ich sehe dazu im Augenblick keine Alternative, weil eine Finanzierung aus einem Guss z. B. in einem zentralistischen staatliche System schlechter ist.

Herr Kunze:

Wir haben in den letzten fünf Jahren Gesundheitspolitik und Sozialpolitik einige grundsätzliche Innovationen bekommen, die erst ganz langsam zu wirken beginnen, weil sie so grundsätzlich sind. Und ich bilde jetzt die Reihe von der Soziotherapie über die Integrierte Versorgung, Disease-Management-Programme bis zum Persönlichen Budget – und dem SGB IX. Alle diese Ansätze dienen dazu, die Jahrhunderte alte Fragmentierung nach Maßnahmentearten personenbezogen zu überwinden. Und Sie haben am Anfang sehr deutlich gemacht, was das an kognitiver Umstrukturierung, Schulung, Organisationsänderung und was noch alles bedeutet.

Herr Lang, Sie haben darauf hingewiesen, wie die Krankenkassen noch am Anfang stehen und wie sie quer dazu stehen. Und wir wissen aus unserem Kernbereich, wie viel Mühe es bereitet, überhaupt örtliche und überörtliche Ebene der Sozialhilfe, ambulante und stationäre Eingliederungshilfe zusammenzubringen.

Welche Perspektiven sehen Sie drei, über diese Grenzen hinaus zu gehen? Sie haben eben schon gesagt, Herr Lang, Integrierte Versorgung kann grundsätzlich auch Eingliederungshilfe mit einbeziehen, aber die Erfahrung zeigt ja, dass Integrierte Versorgung praktisch auf SGB V begrenzt bleibt und gegebenenfalls noch Reha mal mit einbezieht. Also welche Möglichkeiten sehen Sie, die verschiedenen Leistungsbereiche, die ja Personen mit komplexem Hilfebedarf alle berühren, näher zusammenzubringen?

Herr Rosemann:

Bei alle dem Optimismus, den Herr Lang gerade so ausgestrahlt hat, gebe ich zu, dass ich im ersten Moment trocken geschluckt habe bei dem, was da zu hören war. Alle Beteiligten in einer Region müssen etwas wollen, um es hinzubekommen. Das heißt, eine gemeinsame Haltung als Basis ist Voraussetzung, dazu hatten wir im Beitrag von Peukert und Laupichler auch einen Imperativ, wenn ich mich richtig erinnere, und die zu erreichen und zu erhalten ist schon mal die erste Mühe, die den Weg nicht so einfach macht. Und dann zu den Konzepten, die wir in der Eingliederungshilfe in Berlin diskutiert haben und in unserem Bezirk ganz gezielt umsetzen: das ist ja alles mit ziemlich viel Aufwand und Pflege verbunden.

Ich würde gerne das Medizinische Versorgungszentrum (MZV) ergänzen, das mir auch noch im Kopf herumgeistert. Ich spreche das an, weil so ein Träger wie der unsere sich darüber Gedanken macht: was macht er denn, wenn das Krankenhaus nicht will? Wenn einer der beteiligten Partner, die

man für eine Integrierte Versorgung braucht, nicht so aktiv mitzieht? Insofern muss man sich ständig umsehen, welche Möglichkeiten gibt es noch in der Region?

Wir kämpfen um die Soziotherapie und haben eine Zulassung erreicht. Wir kämpfen zur Zeit auch um die häusliche psychiatrische Krankenpflege (SGB V). Es wäre sehr schön, wir könnten mit den Kassen auch über Budget-Verknüpfung reden, um Ängste bei den Krankenkassen zu mindern und um dann über die wesentlichen Inhalte und die Strukturmerkmale für die Leistungserbringung der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege in Ruhe verhandeln zu können – da scheitern wir im Moment an unserem Gegenüber in Berlin.

Wenn man die häusliche psychiatrische Krankenpflege mitdenkt, vielleicht muss man auch die ambulante medizinische Rehabilitation noch mal ins Visier nehmen und das Medizinische Versorgungszentrum. Es ist eigentlich eine Fülle von neuen Instrumenten da, die man nutzen kann, um aus der oder über die Eingliederungshilfe hinaus Konzepte zu entwickeln.

Ich vermute, das ist das Menschliche in allen Regionen, dass die Kraft handelnder Personen begrenzt ist und sich deswegen solche Prozesse sehr lange hinziehen, aber ich teile die Auffassung, dass es eine Fülle von Instrumenten gibt, die man eigentlich aktiv nutzen könnte und nutzen muss. Und insofern steht bei uns im Konzept für das regionale Budget ganz am Ende noch ganz klein, warum wir darüber hinausgehen wollen: Das regionale Budget Eingliederungshilfe gibt uns nämlich die Grundlage, andere Leistungsträger später mit einzubeziehen. Also denken wir das in der Perspektive mit, aber ich glaube, wer das denkt, muss viel Zeit aufwenden und einen langen Atem haben.

Frau Josupeit-Teschke:

Auf die Frage, was denn zu tun ist, um andere mit ins Boot zu holen, ist meine Erfahrung, dass es einfach darum geht anzufangen. Es muss nämlich nicht so sein, dass ich gleich alle an einen Tisch bekomme. Meine Erfahrung ist: wenn ich darauf setze, mir vorher klarzumachen, wer müsste alles mit dazukommen, und wenn ich dann meine ganz Energie darauf verschwende, dass alle an einen Tisch kommen, dann bin ich kurz vor Eintritt ins Rentenalter bis ich das geschafft habe. Der Mitnahmeeffekt ist das Entscheidende. Selbst wenn es an der Stelle völlig unterschiedlich organisierte Systeme sind, bildet sich jedes System in der Region ab. Und das Entscheidende ist, dass die Entwicklungen, in denen sich das abbildet, erkennbar sind und auch

nicht kooperationsbereite Träger auf solche Entwicklungen angesprochen werden. Ausschlaggebend ist, wie ich Leute dazu motiviere, im Rahmen ihrer Zuständigkeiten und Aufgaben mit einzusteigen.

Als wir in der Jugendhilfe gestartet sind, war es weiß Gott nicht so, dass alle begeistert »Juchhe« geschrien und gesagt haben, darauf haben wir die ganze Zeit gewartet. Unser Start bewirkte, dass nach und nach immer mehr freie Träger auf uns zugekommen sind und gesagt haben, da passiert irgendwas, da sind wir abgekoppelt von diesem Prozess. Auch bei der Jugendhilfe ist es ja nicht nur ein reines Jugendhilfesystem, sondern da gibt es die Schnittschnellen zum medizinischen Bereich gerade bei den seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen. Es gibt die wichtige Schnittschnelle zum System Schule. Und klar ist, dass die Anfänge, die man dann mit motivierten Menschen anstößt und weiterträgt, dass die in dem anderen System spürbar werden und Reaktionen bewirken. In der Jugendhilfe ist das noch keine Systemveränderung und die Krankenkassen sind damit nicht reformiert, aber es ist schon etwas, wenn die psychiatrische Klinik für Kinder und Jugendlichen und niedergelassene Ärzte mit im Boot sind und die Schulen.

Ich möchte Sie ermutigen: Starten Sie, auch mit einer kleinen Gruppe, und versuchen sie den Stein ins Rollen zu bringen. Natürlich sind das Prozesse, die sehr lange dauern. Meine Vorgehensweise, wofür ich immer werbe: fangen sie mit dem ersten Schritt an und nicht mit dem weit entfernten Ziel, dass alle mit am Tisch sitzen müssten.

Herr Lang:

Ich unterschreibe das alles, was eben gesagt wurde.

Ich würde sehr gerne drei kleine Ergänzungen machen. Die erste zu dem Grundsatz, es ist wichtig, dass man anfängt. Mao ist lang vergessen, aber: »Der längste Weg beginnt mit dem ersten Schritt«, das hat schon er gesagt.

Was mir auffällt, wir haben nicht nur sektorale Budgets. Wir haben auch eine sektorale Gefangenschaft. Die Menschen denken auch in ihrem Sektor. Sie sind auch in ihren Sektoren zu Hause und das ist auch ihre Welt. Da gibt es links und rechts niemanden. Es gibt natürlich nichts Wichtigeres als die psychiatrische Klinik, wenn man da Chefarzt ist, klar. Dass es da noch eine anderen Welt drumherum gibt, lernt man ab und zu mal kennen, aber das hat mit der Wirklichkeit nichts zu tun, die ist in der Klinik. Ich will nicht karikieren, aber ich will darauf hinweisen, dass das ein wesentlicher Grund ist, warum wir Grenzen nicht überwinden.

Dass ich heute hier sitze, ist ja möglicherweise zufällig, aber ich glaube doch nicht ganz. Weil ich auch eine andere Vergangenheit habe. Als normaler Kassenmann oder normaler Politiker hätten Sie mich wahrscheinlich nicht eingeladen. Verstehe ich ja auch. Vielleicht wäre ich auch gar nicht kommen, das gebe ich auch zu. Ich habe erst mal Sozialarbeit studiert und zweitens habe ich 15 Jahre beim Diakonischen Werk soziale Planungen gemacht auch im psychiatrischen Bereich. Ich finde mich da zu Hause und kann eine Brücke schlagen für meine Kolleginnen und Kollegen, die eben diese Erfahrung nicht haben, sie mitnehmen und auch ihnen – und das ist für mich ein Kernproblem – möglichst Vertrauen geben.

Es gibt nichts Schlimmeres als das Misstrauen gerade im Gesundheitswesen. Wenn die Krankenkassen alle Einsparungen realisiert hätten, die ihnen von Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen versprochen wurden in den letzten Jahren, dann würden wir heute keine Beiträge kassieren, sondern auszahlen. Nur der Kern ist: jeder Kassenmensch denkt erst mal, wenn so einer kommt und was neues machen will, aha der will an unsere Kasse und mal abkassieren. Was ja auch möglicherweise bei der ein oder anderen Gruppe im Gesundheitswesen tatsächlich stimmt.

Bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Psychiatrie habe ich das bisher nicht wahrgenommen, die haben andere Sorgen als die Vermehrung. Worauf ich hinaus will ist Vertrauen und Misstrauen: Misstrauen abbauen, Vertrauen aufbauen. Das ist der Schlüssel zum Aufbau solcher Systeme und erst recht zum Aufbau Integrierter Versorgung. Und deshalb auch mein Appell an Sie: Überlegen Sie sich in den Kreisen, die Sie vor Ort gewinnen und aufbauen können, wie eine solche regionale Struktur aussehen kann. Und robben Sie sich von einem zum anderen, alle müssen nicht von vorneherein mitmachen. Wir haben inzwischen Integrierte Versorgung im Kreis Merzig über ihren Kollegen Wolfgang Werner, der war sozusagen der Vertrauensbildner, drei niedergelassene Ärzte machten anfangs mit, jetzt sind es dreiunddreißig. Deshalb braucht man vor Ort die Menschen, die anfangen und die vor allen Dingen aber auch sich bemühen über ihren eigenen Tellerrand hinauszuschauen. Es nützt nichts, wenn ich nur mein eigenes Problem definieren kann, ich muss auch ein bisschen wahrnehmen, was die Probleme beispielsweise der Kassen oder der Krankenhäuser sind, damit man wirklich integrieren kann. Integration heißt nicht, die eigenen Interessen durchsetzen, sondern alle Interessen unter einen Hut bringen. Das ist das Kunststück. Das müssen wir fertig bringen.

Entschuldigung, ich war ja auf Ihre Eingangsfrage nicht ganz eingegangen

und will noch zwei Sätze zur Soziotherapie sagen. Soziotherapie ist noch nicht in den Kassen richtig aufgenommen, weder im Bauch noch im Kopf. Und ich habe auch den Eindruck, ebenso noch nicht bei den Einrichtungsträgern: die haben noch keine klaren Vorstellungen, was man damit machen kann. Wir haben uns im Saarland etwas einfallen lassen mit bestimmten Trägern, wie die Anforderung in Bezug auf den Gemeindepsychiatrischen Verbund erfüllt werden kann. Die meisten Kassen können mit dem Thema bisher nichts anfangen. Aufklärung ist notwendig, da müssen auch die Sozialhilfeträger mithelfen. Und dann ist es notwendig, dass wir auch die niedergelassenen Ärzte einschließen. Es nützt ja nichts, wenn wir Verträge mit Soziotherapeuten machen, aber die niedergelassenen Ärzte gar nicht wissen, in welchen Fällen sie diese neue Leistung verordnen können. Sie haben eine eigenen Abrechnungsziffer, das ist das Allerwichtigste. Dafür haben sie sehr gekämpft und nachdem sie sie erreicht hatten, ruht das Ganze. Die Kassen sind froh, geben sie an der Stelle doch kein Geld aus, nur die Soziotherapie leidet, die Soziotherapeuten bekommen keine entsprechenden Fälle. Das ist noch ein sehr langer mühsamer Weg. Aber das geht nur, wenn Sie vor Ort den Dialog organisieren zwischen dem niedergelassenen Psychotherapeuten, dem niedergelassenen Psychiater oder psychotherapeutischen Arzt und den entsprechenden Einrichtungsträgern, damit Sie dann auch gemeinsam mit den Kassen reden und dann wirklich ein gemeinsames Konzept vorlegen.

Dann bin ich nicht so pessimistisch, dass könnte dann der Einstieg auch in eine vernünftige Integrierte Versorgung sein, bei der die Soziotherapie die Schlüsselrolle wahrnimmt, und wenn man da die psychiatrische Pflege mit einbezieht, wunderbar. Also ich denke, das könnte gut passen, das wäre ein weiterer Baustein.

Herr Kunze:

Da müsste man die interne Organisation beim Kostenträger so umgestalten, dass dann auch die Effekte, sowohl der ökonomische Effekt und der therapeutische Nutzen, für die Kassen erkennbar werden, wenn z. B. Soziotherapie in Verbindung mit anderen SGB V Leistungen dazu führt, dass Krankenhausbehandlung weniger erforderlich wird und es den Menschen trotzdem gut geht, dazu muss man die Zuständigkeiten und die Daten anders organisieren.

Herr Lang:

Da tut sich einiges bei den Kassen. Die Kassen sind im Augenblick gerade

unter dem Druck der Verhältnisse, aber auch weil sie sich selbst klarer werden wollen, wofür geben sie ihr Geld aus. Da hilft natürlich auch die moderne Datenverarbeitung, da entsteht mehr Transparenz. Aber mehr Transparenz, das ist ja nur die eine Seite. Das ist auch eine Bedrohung. Wenn ich weiß, wie viele Fälle Leistungserbringer weniger haben zukünftig nach 2009, wenn die DRG-Finanzierung wirklich endlich greift, dann kann ich natürlich auch Einfluss nehmen auf die Kliniken, und kann sagen: die Fälle, die sie weniger haben, die bezahlen wir auch im Folgejahr nicht mehr bei den neuen Budget- bzw. bei den DRG-Verhandlungen und dann hoffe ich nur, dass wir nicht mit wundersamen Fallvermehrungen konfrontiert werden, dass ist die Kehrseite der Medaille. Verstehen Sie, Abbau auf der eine Seite, aber die Kliniken wollen natürlich ihre Betten voll haben und ihr Personal auslasten. Vielleicht ist das regionale Budget oder so etwas Ähnliches die bessere Alternative.

Herr Rosemann:

Ich kann das völlig unterstützen, dass man mit den wenigen Interessierten beginnen muss und nicht warten sollte, bis alle zusammen sind. Das war auch unser Weg. Und in diesem Sinne habe ich vor drei Wochen abends mit den niedergelassenen Ärzten unseres Bezirkes zusammen gesessen. Wir haben uns gefreut, dass von 36 eingeladenen fünf gekommen sind und mit den fünf haben wir gut reden können. Das ist eine hohe Quote und von den fünf Ärzten hatte bisher eine Ärztin verstanden, was Soziotherapie ist. Jetzt wissen vier mehr, was Soziotherapie ist, und wir wissen, warum sie bisher nicht die Zulassung zur Verordnungserlaubnis beantragt haben. Das ist alles wichtig. Aufklärung ist unglaublich wichtig, da stimme ich Herrn Lang völlig zu.

Es bleibt ja eins übrig, das ist die Angst der Träger vor Veränderung und die Angst der Träger vor dem Kleiner-Werden: das Krankenhaus, das Betten abbauen muss, und die Träger, die möglicherweise weniger von den sicheren Eingliederungshilfeleistungen haben, dafür aber mehr von der weniger sicheren Soziotherapie oder nun unter ganz anderen Bedingungen häusliche psychiatrische Krankenpflege erbringen sollen. Das sind ja Veränderungsprozesse, die Trägern Angst machen. Und deswegen finde ich es wichtig, sich deutlich zu vergegenwärtigen, dass dagegen nur der konsequente Blick auf die Region und auf den Verbund hilft. Das ist sozusagen das Instrument. Der Gemeindepsychiatrische Verbund ist ja nicht ein Selbstzweck, sondern ist eigentlich das Mittel, mit dem man sich gemeinsam zusammensetzt und

die Steuerung vor Ort in die Richtung übernimmt, die alle, die daran beteiligt sind, im Moment gerade mitgehen können. Insofern überfordert man sich da gegenseitig nicht. Da ist man sozusagen immer an der Schwelle dessen, was man gerade noch ertragen kann. Wenn man das kombiniert mit der Pflichtversorgung, dann hat man das permanente Austarieren: was brauchen die Menschen, die da sind, wirklich, und was können wir an Veränderungsprozessen gerade noch ertragen? Und deswegen ist für mich die klare Konsequenz, dass man nur in Verbundsystemen solche Konzepte gut wird entwickeln können.

Herr Kunze:

Weil nur in einem solchen Verbund die Transparenz untereinander und der gemeinsame Nutzen wachsen kann und damit auch das Gefühl, dass der Nutzen des einen nicht der Schaden des anderen ist. Und auf dieser Grundlage kann man sich gemeinsam auf den Weg machen.

Herr Rosemann, ich möchte Ihr Votum zum Schlusswort hier erklären mit Rücksicht auf die Zeit und danke Ihnen dreien und dem Auditorium.

Einleitung zum Symposium »Personenbezogene Finanzierung«

Heinrich Kunze, Paul-Otto Schmidt-Michel

Je komplexer der Hilfebedarf von psychisch kranken Menschen, umso komplizierter die Finanzierung der Hilfe für sie. So wie Behandlung, Rehabilitation, Teilhabe und Pflege finanziert und organisiert werden, benötigen Personen mit komplexem Hilfebedarf gleichzeitig oder nacheinander unterschiedliche Hilfen unterschiedlicher Leistungsanbieter, bezahlt von unterschiedlichen Leistungsträgern. Die sogenannten Schnittstellenprobleme, die daraus für Patienten und Therapeuten entstehen, sind Ihnen vertraut, damit befassen wir uns in der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) ja seit den Empfehlungen der Expertenkommission 1988.

Aus der Entstehungsgeschichte unseres Versorgungssystems heraus waren komplexe Hilfen nur in Einrichtungen realisiert und ambulante Hilfen nur von einzelnen Berufsgruppen getragen, zum Beispiel Ärzte oder Pflegepersonal oder Ergotherapeutinnen. Die Differenzierung des psychiatrischen Hilfesystems nach der psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalt erfolgte als Differenzierung von Einrichtungen und Diensten (Psychiatrie-Enquête 1975) und dies Prinzip ist seitdem immer weiter vorangetrieben worden. Die Finanzierung für komplexe Hilfen bezog sich immer auf Einrichtungen und nicht auf Leistungen für Personen. Die Differenzierung von Einrichtungen und die Differenzierung von Kostenzuständigkeiten haben sich wechselseitig immer weiter stimuliert.

In den Empfehlungen der Expertenkommission 1988 wurde erstmals die funktionale Beschreibung von Hilfen den differenzierten Einrichtungsbausteinen als Konzept gegenüber gestellt und bei der Erarbeitung der Psych-PV 1989/90 erstmals konkret angewendet: Nicht mehr Einrichtungsmerkmale (das Bett, die geschlossene Station usw.), sondern typische Leistungskomplexe für Gruppen von Patienten mit vergleichbarem Hilfebedarf waren der Ansatz. Die damit eröffneten Möglichkeiten der Personenzentrierten Organisation der Behandlungsabläufe in Kliniken sind noch nicht ausgeschöpft (SCHMIDT-ZADEL & KUNZE 2002). An die Psych-PV knüpfte die APK-Kommission »Personalbemessung im komplementären Bereich« ab 1992 an und initiierte am Schluss das Folgeprojekt zur Finanzierung (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 1999). Seitdem hat die APK immer wieder thematisiert, wie man die Finanzierung von Hilfen für psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf von der Person her konzipieren kann,

damit Leistungserbringer es einfacher haben, die Hilfen personenbezogen zu organisieren.

In unserem Symposium sollen die folgenden Beispiele (»Work in Progress«) zeigen, dass konkrete Arbeit an dem Thema zu hoffnungsvollen Ergebnissen führt.

Literaturangaben

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.): Von Institutions- zu Personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung: Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung Personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Band 116/II – Schriftenreihe des BMG. Baden-Baden 1999

BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (Hg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn 1988

SCHMIDT-ZADEL R, KUNZE H, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Bonn 2002

Persönliches Budget in Gera

Christiane Neudert

Trägerübergreifendes persönliches Budget

Mit dem persönlichen Budget sollen behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen sowie Menschen, die der Pflege bedürfen, in die Lage versetzt werden, ihren Bedarf an Teilhabe- und/oder Pflegeleistungen in eigener Verantwortung und Gestaltung zu decken.

Damit wird von allen Beteiligten (Betroffener, Kostenträger und Leistungserbringer) weitgehend Neuland betreten. Die Stadt Gera, mit gesammelten Erfahrungen als Referenzregion im Bundesmodellprojekt »Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung«, hat sich erfolgreich als Bewerber für das Bundesmodellprojekt »Trägerübergreifendes persönliches Budget« durchgesetzt.

Vorgehen

Zur Fachtagung im Juni 2003 habe ich den in Gera mit Unterstützung des überörtlichen Sozialhilfeträgers eingeschlagenen Weg »persönliche Budgets« als Fachleistungsstunden über individuelle Hilfeplanung in Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes in der ambulanten psychiatrischen Versorgung vorgestellt.

Noch bevor die Entscheidung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung über die Beteiligung zum Modellprojekt gefallen war, konnte über ein Treffen der Kontakt zu den anderen regionalen Rehabilitationsträgern hergestellt werden.

Es zeigte sich, dass an der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zum »Persönlichen Budget« auf unterschiedlichen Ebenen gearbeitet wurde. Durch die Benennung von Ansprechpartnern, als Vertreter der Rehabilitationsträger, wurde die projektbegleitende Gruppe gebildet, die sich seitdem vierteljährig trifft.

Eine gebildete Initiativgruppe erarbeitete die Regeln der Zusammenarbeit. Schwerpunkt bildete die Diskussion über die budgetfähigen Leistungen und Verfahrensfragen. Unerwartet schwieriger gestaltete sich der Prozess der Gewinnung von potenziellen Budgetnehmern.

Die Information und Werbung von Budgetnehmern wurde im Wesentlichen dem Dezernat Soziales der Stadtverwaltung und dem örtlichen Sozialhilfeträger überlassen.

In zahlreichen Informationsveranstaltungen wurden Betroffene, Angehörige, Betreuer und Mitarbeiter von den Ämtern, Diensten und Einrichtungen über die Möglichkeiten und Chancen, aber auch über das formale Antragsverfahren zum »Persönlichen Budget« aufgeklärt.

Insbesondere wurden im Sozialamt alle neuen, aber auch laufenden Anträge auf Eingliederungshilfe geprüft, ob die Gewährung eines Persönlichen Budgets möglich und sinnvoll ist. Es folgten umfassende Gespräche mit Betreuern und Betroffenen, darunter als Schwerpunkt Eltern von behinderten Kindern und Jugendlichen.

Die Anträge bezogen sich auf Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und auf Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Der Bedarf bezog sich auf Hilfen in der Alltagsbewältigung, im Erhalt der Wohnfähigkeit für ein eigenständiges Wohnen, auf Hilfen in der Freizeitgestaltung, in der Hauswirtschaft, zur sprachlichen Verständigung und bei der Partnerschaftssuche.

Schwierigkeiten

Leider ist noch kein trägerübergreifendes persönliches Budget unter Beteiligung unterschiedlicher Rehabilitationsträger als Komplexleistung zustande gekommen.

In der Praxis erleben wir, dass Antragsteller von der Krankenkasse oder dem Rententräger bei Nachfragen an den Sozialhilfeträger (zurück)verwiesen werden.

Besondere Schwierigkeiten sind bei den Krankenkassen aufgetreten. Hier wird eine Aufgeschlossenheit gegenüber der neuen Leistungsform kaum wahrgenommen, teilweise erklärbar durch die traditionellen Strukturen und die eigenen Handlungsvorschriften.

Die neue Leistungsform kann sich aber nur dann erfolgreich entwickeln, wenn sie für alle Beteiligten überschaubar und handhabbar ist und auftretende Zweifelsfragen kompetent und zügig geklärt werden können.

An folgendem Beispiel wird sichtbar, wie schwierig es ist und welche Barrieren sowohl bei den Budgetnehmern, den Leistungserbringern als auch bei den Kostenträgern zu überwinden sind, um das Trägerübergreifende Persönliche Budget erfolgreich einzusetzen.

Ein körperbehindertes Kind besucht eine integrativen Kindertagesstätte. Die Eltern möchten aber ihrer Tochter die Entwicklung in einer »normalen« Kindertagesstätte ermöglichen. Zudem ist durch die Berufstätigkeit beider Elternteile eine Zeit zu überbrücken, weil nach Schließung des Kindergartens die Eltern noch nicht zu Hause sind.

Durch die Festsetzung einer Geldleistung über das persönliche Budget kann der zusätzliche Pflegeaufwand in der Kindertagesstätte, die Beförderung und Begleitung des Kindes zur Einrichtung und die Beaufsichtigung bis zum Eintreffen der Eltern abgesichert werden.

Ein Trägerübergreifendes Persönliches Budget mit der Pflegekasse als Komplexleistung kam aber nicht zustande, weil die Eltern das Pflegegeld nicht einsetzen wollten, die Pflegekraft bei dem Träger der Einrichtung die arbeitsrechtliche Anstellung nicht aufgeben wollte und die Eltern die Verantwortung als Arbeitgeber nicht übernehmen wollten.

Perspektive

Die Modellphase dauert bis Ende 2007, sodass die verbleibende Zeit hoffentlich ausreicht, um die Chancen, über »Trägerübergreifende Persönliche Budgets« tatsächlich auf individuelle Hilfebedarfe reagieren zu können, im Interesse der Betroffenen nutzen zu können.

Integrierte Versorgung in Mainz

Möglichkeiten einer wirtschaftlichen und fachlichen Vernetzung medizinischer und psychosozialer Hilfen im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Joachim Speicher

Einleitung

In Abgrenzung zu den im Rahmen des SGB XII (Sozialhilfe) finanzierten Leistungen der Teilhabe und Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischer Behinderung stehen in der gemeindepsychiatrischen Arbeit sichtbar getrennt die Leistungen, die von den Sozialversicherungen zu erbringen sind. Besonders heben sich Leistungen ab, die von der Krankenversicherung in Deutschland zu tragen sind. Insbesondere sind das jene, die durch die niedergelassenen Fachärzte, die psychiatrischen Kliniken, die Anbieter ambulant-psychiatrischer Krankenpflege und Ergotherapie sowie die (äußerst spärlich vorhandenen!) Anbieter der Soziotherapie zu erbringen sind.

Aber nicht nur die Sektoren der Kosten- und Leistungsträgerschaft sind getrennt. Die Scheren klappern auch in den Köpfen der Leistungserbringer.

In der Behandlung und Betreuung psychiatrischer Patienten sind Kooperationsprobleme zwischen Einrichtungen und Diensten alltäglich. Die Patienten erzählen beim Durchlauf einer Behandlung ihre Lebens- und Krankheitsgeschichte gleich mehrmals hintereinander. Nicht selten erfahren sie zudem gleich mehrere, sich zum Teil widersprechende therapeutische Verfahren.

Stabilisierende klinische wie außerklinische Kontexte muss der Patient immer dann verlassen, wenn sich Stabilität einstellt. Der individuelle Hilfebedarf des einzelnen Patienten steht nicht im Mittelpunkt.

Mit der Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (IBRP) können die Beteiligten zwischenzeitlich auf ein bundesweit anerkanntes Verfahren zurückgreifen, das den gesamten Hilfebedarf des Patienten in den Blick nimmt.

1. Können nur Kliniken Komplexleistungen erbringen?

Die Gleichzeitigkeit des umfassenden Hilfebedarfs eines Patienten in der Behandlung zu berücksichtigen, fällt einer psychiatrischen Klinik am leichtesten. Spätestens seit der in Deutschland eingeführten Personalverordnung Psychiatrie (PsychPV) wird den Kliniken ein entsprechend multiprofessioneller Personaleinsatz ausdrücklich ermöglicht.

Medizinische, pflegerische, psychologische, sozialarbeiterische, ergo- und arbeitstherapeutische, bewegungstherapeutische und andere Leistungen können in der Klinik zeitnah, integriert und aufeinander abgestimmt erbracht werden.

Nach der Krankenhausbehandlung beginnt für die meisten Patienten dann der wahre Irrgarten. Medizinische Behandlung, Selbstversorgung (Wohnen), Arbeiten und Tagesstruktur, aber auch Therapie und Betreuung durch eine Bezugsperson werden systematisch nach Einrichtungstyp und -angebot sowie nach Struktur und Kostenträgerschaft getrennt.

Die medizinische Behandlung ist in aller Regel nicht in die psychosoziale Betreuungsarbeit integriert, sondern wird in der Regel separat durch niedergelassene Ärzte und zumeist ohne verbindliche Kooperationsvereinbarungen erbracht.

Insoweit liegt die Idee nahe, die Möglichkeiten der multiprofessionellen Komplexleistung einer psychiatrischen Klinik durch eine Verlagerung nach außen in den ambulanten Sektor zu erreichen. So könnten Behandlungskontinuität und Multiprofessionalität organisiert und gesichert werden.

2. Neue Perspektive: Ambulante Integrierte Versorgung

Die bisherigen Erfahrungen im »Mainzer Netz für seelische Gesundheit e. V.« (eingetragener Verein und Zusammenschluss von 30 niedergelassenen Fachärzten, Psychotherapeuten, Hausärzten und der Psychiatrischen Tagesklinik des Paritätischen in Mainz) in der Zusammenarbeit verschiedener klinischer und außerklinischer Anbieter haben mehrere Ergebnisse gezeigt, die modellhaft die Entwicklung neuer integrativer Lösungen und Betrachtungsweisen aufzeigen.

Die Wohnung des Patienten – auch wenn diese zunächst das Heim oder eine Wohngemeinschaft im Betreuten Wohnen o. Ä. ist – ist dessen Lebensmittelpunkt und als solcher immer Dreh- und Angelpunkt aller Behandlung und Therapie.

Nicht der Hilfesuchende wird an die Einrichtung angepasst, sondern die Einrichtung hat ihre Leistungen an den Hilfesuchenden anzupassen.

Der individuelle konkrete Hilfebedarf ist für die erforderlichen Leistungen entscheidend, nicht die Konzeption der Einrichtung oder gar die persönliche Vorlieben der Mitarbeiter.

Institutionen, die sich an den vorgenannten Leitsätzen orientieren, können im Einzelfall häufig nicht alle Leistungen gleichzeitig erbringen und müssen mit anderen Einrichtungen zusammenarbeiten. Behandlungsziele beim Hilfesuchenden zeigt auf der Basis einer systematischen Abstimmung, Planung und Vernetzung der Hilfeleistungen (= Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung) bislang die größten Erfolge.

Die Umsetzung funktioniert nur, wenn sich der gesamte medizinische Versorgungssektor mit den niedergelassenen Ärzten und den Kliniken einschließlich Institutsambulanzen und Tageskliniken vertraglich in den Gemeindepsychiatrischen Verbund einbringt.

Diese Ideen sind nicht neu, aber bislang an der Inkompetenz oder der radikalen Abgrenzung der Beteiligten untereinander gescheitert. Bislang wurden aber auch die rechtlichen Möglichkeiten, die Prozesse Integrierter Versorgung zu fördern, nicht ausreichend beachtet und fachlich-öffentlich diskutiert.

Das Krankenversicherungsrecht mit den seit 2004 noch einmal präzisieren (und vereinfachten) Regelungen zur Integrierten Versorgung (§§ 140 a ff. Sozialgesetzbuch V) ermöglicht solche bereichsübergreifenden Kooperationen und bietet gar die Möglichkeit zur Entwicklung und Vereinbarung auch gemeinsamer finanzieller Strukturen.

Es besteht die ungeahnte Chance, auf der Grundlage der Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung endlich zusammenzubringen, was zusammengehört. Es ist nun generell möglich, dass Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, hauswirtschaftliches Personal und andere Fachgruppen aus verschiedenen Einrichtungen verbindlich und abgestimmt im ambulanten und teilstationären Sektor am konkreten Hilfebedarf orientiert multiprofessionell, zielgerichtet, aufsuchend und unter Wahrung einer hohen Behandlungskontinuität Hilfeleistungen erbringen.

Ein Projekt auf dieser gesetzlichen Grundlage läuft in Mainz seit dem Jahr 2003. Niedergelassene Fachärzte vernetzen sich wirtschaftlich und personell mit der Institutsambulanz der Psychiatrischen Tagesklinik des Paritätischen. Gleichermäßen können auf der Grundlage des § 95 SGB V Leistungserbringer der Gesetzlichen Krankenversicherung sogenannte »Medizinische Versor-

gungszentren« gründen, die eine völlig neue Richtung der übergreifenden Leistungserbringung ermöglichen.

Die Tagesklinik des Paritätischen und ein niedergelassener Facharzt haben in Mainz eine GmbH gegründet mit dem Ziel, ein medizinisches Versorgungszentrum mit aktiver und vernetzter Kooperation zu diversen psychosozialen Anbietern in Betrieb zu nehmen.

3. Ein Beispiel aus der Versorgung chronisch psychisch Kranker in Mainz

Die umfassende gemeindepsychiatrische Versorgung chronisch psychisch kranker Patienten ist besonders schwierig. Dies trifft vor allem zu, wenn die akute, aber auch chronische Symptomatik beispielsweise von chronisch schizophren Erkrankten zu gravierenden Schwierigkeiten im häuslichen Umfeld führt. Dann erfolgt in den meisten Fällen eine Einweisung in die Klinik oder – sobald der Medizinische Dienst der Krankenkassen die Behandlungsbedürftigkeit für nicht mehr gegeben hält – die Aufnahme in ein Wohn- oder gar Pflegeheim.

Was aber liegt noch zwischen Klinik und Heim einerseits und einem Leben im eigenen häuslichen Umfeld andererseits? Bislang wurde auf diese Frage mit dem Ausbau weiterer Institutionen geantwortet, wie z. B. mit der psychiatrischen Spezialisierung von Pflegestationen oder der Eröffnung von Tagesstätten und Wohnheimen oder die Erweiterung tagesklinischer Angebote usw. Häufig stellen auch diese Antworten wiederum nur eine Aufspaltung des individuellen Hilfebedarfs dar und lösen das Problem lediglich aus institutioneller Sicht.

Eine Lösung, die sich am individuellen Hilfebedarf orientiert, ist in Mainz im Jahr 2000 umgesetzt worden und hat seither erstaunliche Erfolge vorzuweisen:

Es handelt sich um unseren integrierten ambulanten Dienst, der auf der Grundlage einer am Hilfebedarf des einzelnen Patienten ausgerichteten Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung zuerst umfassend die notwendigen Hilfen beschreibt.

Verbindliche Kooperation

Dies geschieht zunächst über unsere Kooperation im Praxisnetz oder durch die vertraglich gesicherte Kooperation zwischen dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Kreisverwaltung Mainz-Bingen und unserer Institutsambulanz,

nach der die ärztlichen Mitarbeiter im Sozialpsychiatrischen Dienst in der Lage sind, bei Bedarf vor Ort im Namen und auf Rechnung unserer Institutsambulanz medizinisch-psychiatrisch notwendige ärztliche Behandlungen durchzuführen. Der niedergelassene Facharzt oder die Sozialpsychiaterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes kann unsere Institutsambulanz hinzuziehen und den ärztlichen oder auch pflegerischen Dienst zur aufsuchenden Akutbehandlung nutzen.

Eine behandelnde Mitarbeiterin der Institutsambulanz entwirft mit dem Patienten (oder ggf. den Angehörigen oder anderen Bezugs- und Vertrauenspersonen des Patienten) einen Bedarfs- und Hilfeplan. Sie organisiert weitere Hilfen aus unseren Bereichen der Pflege- und Sozialstation, Hauswirtschaftsabteilung und Betreutes Wohnen, wenn jeweils Hilfen zur Pflege, zur Selbstversorgung, zur Beratung, zur Erledigung administrativer Angelegenheiten u. Ä. zu erbringen sind. Auch stehen bei Bedarf aus der Tagesklinik weitere psychologische oder ergotherapeutische Hilfen bereit. Somit wird nicht der Patient jeweils an die eine oder andere Institution angepasst, sondern die Institutionen passen sich mit Teilleistungen an den individuellen Hilfebedarf an.

Passgenaue Hilfen

Das Besondere an einer derartigen Organisation von Hilfen ist zum einen die relative Passgenauigkeit der Leistungen. Es wird nur das erbracht, was erforderlich, notwendig und zielorientiert ist. Zum anderen können durch die Vernetzung von Praxisnetz, Institutsambulanz und Tagesklinik sämtliche ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen in den Behandlungsprozess integriert werden. Auf der Grundlage eines fundierten, und von allen Beteiligten getragenen Case-Managements werden Behandlungsmaßnahmen miteinander und untereinander abgestimmt, gemeinsam und einheitlich dokumentiert und in Fallkonferenzen reflektiert.

Im Falle der Behandlung chronisch psychisch kranker Patienten stellt ein solches Vorgehen eine tatsächliche Alternative zur Klinik- oder Heimeinweisung dar. Sie ermöglicht einen längeren Verbleib im häuslichen Umfeld und führt zu realen Entlastungen auch der mitbetreuenden Angehörigen. Wenn akute Krisen eine Klinikeinweisung doch erfordern, kann die integrierte ambulante Behandlung in den meisten Fällen die Verweildauer abkürzen. Erstrebenswert und möglich ist natürlich auch die Weiterbetreuung durch die koordinierende Bezugsperson auch beim stationären Aufenthalt.

Vergleichbare integrative Lösungen sind in jedem gemeindepsychiatrischen Praxisfeld durchführbar. Sie setzen vor allem bei der Versorgung jener Menschen erfolgreich an, die bislang als »unterversorgt«, »therapieresistent« o. Ä. galten. In Mainz gibt es ähnlich wie im gerontopsychiatrischen Bereich vernetzte und integrative Lösungen auch in der Wohnungslosenhilfe und in der Versorgung sogenannter schwerster Verläufe bei gerontopsychiatrischen Patienten.

Ambulante Komplexleistungen statt Heimversorgung in Erfurt

Dirk Bennewitz

Das Trägerwerk Soziale Dienste in Thüringen e. V. (TWSD Thüringen) ist als Landesverband ein anerkannter freier Träger der sozialen Arbeit, Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Thüringen e. V., und freier Träger der Jugendhilfe.

Das TWSD Thüringen refinanziert sich aus den öffentlichen Dienstleistungen nach dem SGB XII und dem Kinder- und Jugendhilfegesetz sowie Sponsoring und Mitgliedsbeiträgen.

Hauptanliegen des TWSD Thüringen ist es, in Thüringen vorzugsweise kleine Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, der gemeindenahen Psychiatrie- und Suchthilfe sowie Beschäftigungsprojekte für Benachteiligte und Behinderte mit einem ganzheitlichen Ansatz aufzubauen und zu betreiben. Dabei steht aktuell in Erfurt im Rahmen eines Modellprojektes die Deinstitutionalisierung und Umstrukturierung der Heimversorgung in Richtung ambulanter Komplexleistungen im Mittelpunkt der Aktivitäten des TWSD Thüringen.

Entwicklung der Angebote für psychisch kranke Menschen in Erfurt

Im Dezember 1995 gründete das TWSD Thüringen in Erfurt die erste ambulant betreuten Wohngemeinschaft für vier Frauen und Männer, diese wurde schrittweise auf derzeit 40 Plätze ausgebaut (27 Einzelwohnplätze und fünf WGs mit 13 Plätzen). 1997 wurde ein ambulanter Pflegedienst übernommen. Im Februar 1998 eröffnete ein Wohnheim mit 20 Plätzen. Drei Jahre später wurde das Café »wunder.BAR« als niedrigschwelliges Kontakt- und Begegnungsangebot mit Cafébetrieb in Betrieb genommen.

Seit September 2003 besteht das Angebot einer Tagesstätte (15 Plätze) mit dem Schwerpunkt berufliche Integration. Die eigenständige »Psychiatrische Familienpflege« wurde im April 2005 aufgebaut, im Juni des gleichen Jahres begann das »Ambulante Betreute Wohnen« in russischer Sprache. Zeitgleich wurde das Arbeitsförderungszentrum »Arbeit-Plus« im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative EQUAL II der Europäischen Kommission gegründet.

Zentrale Arbeitsschwerpunkte

Zentraler Arbeitsschwerpunkt des TWSO Thüringen in Erfurt ist derzeit die Umstrukturierung der Hilfen im Bereich Wohnen, Tagesstruktur, Beschäftigung, Freizeit und Aufbau eines »Psychosozialen Dienstleistungszentrums« Der notwendige Umbau der für das Dienstleistungszentrum vorgesehenen Immobilie wird im Rahmen eines Modellprojektes des Freistaates Thüringen zu 100 % gefördert. Die damit verbundenen Ziele sind:

- »ambulant vor stationär« durch Auflösung stationärer Strukturen
- Entkopplung von »Wohnen« und »Betreuen«
- Übergang von einrichtungsbezogener zu klientenbezogener Erbringung von Dienstleistungen
- Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs mithilfe des IBRP
- Entwicklung und Erprobung neuer, individualisierter und bedarfsgerechter Leistungen
- Umsetzung des trägerübergreifenden Budget nach § 17 SGB IX
- Übernahme der Pflichtversorgung für Personen aus den Stadtgebieten Altstadt und Erfurt-Süd

Die Zielgruppen der Angebote sind vielfältig:

- Psychisch kranke Erwachsene
- Erwachsene mit psychischer Erkrankung und Abhängigkeitserkrankung
- Psychisch kranke Mütter/Väter mit ihren Kindern
- Geschlechtsspezifisches Angebot für psychisch kranke Frauen
- Psychisch kranke MigrantInnen mit Russisch als Muttersprache (auch ohne Deutschkenntnisse)
- Alte psychisch kranke Menschen

Die Umsetzung des Projekts wurde in den folgenden sechs Phasen realisiert:

1. Planungsphase
2. Umstrukturierung der Betreuungsteams
3. Auszug der Bewohner in Wohnungen, Wohngemeinschaften oder Pflegefamilien
4. Umbau
5. Provisorischer Aufbau des Psychosozialen Dienstleistungszentrums in den Räumen der derzeitigen Tagesstätte

6. Eröffnung des Psychosozialen Dienstleistungszentrum im sanierten Gebäude

Derzeit sind alle Mitarbeiter des Trägerwerkes an der Umsetzung dieser Umstrukturierungen beteiligt. Die Teams bestehen aus:

- Dipl. SozialpädagogInnen
- Staatlich anerkannte ErzieherInnen
- Krankenschwestern und -pfleger
- ErgotherapeutInnen
- PhysiotherapeutInnen
- HeilpädagogInnen
- HandwerksmeisterInnen und HandwerkerInnen
- HauswirtschafterInnen

Die neue Struktur lässt sich in drei Säulen abbilden:

Säule 1: Team »Wohnen und Krisenintervention«

Säule 2: Team »Tagesstruktur, Beschäftigung und Freizeit«

Säule 3: Medizinisches Versorgungszentrum

Angebote Wohnen und Krisenintervention

Die Angebote im Bereich Wohnen umfassen die Betreuung in eigenem Wohnraum, die Betreuung in Wohngemeinschaften und die Betreuung in Pflegefamilie sowie die Betreuung in einer Krisenwohnung.

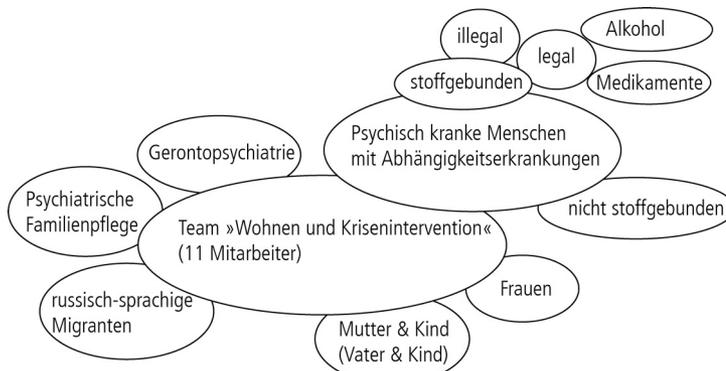


Abb. 1: Team »Wohnen und Krisenintervention

Angebote Tagesstruktur, Beschäftigung und Freizeit

Zu den tagesstrukturierenden Angebote gehören:

- Arbeitstraining (z. B. Hausmeister-, Garten- und Hauswirtschaftsdienste)
- Begegnungsstätte (»ausgelagertes Wohnzimmer«)
- Ergotherapie im Dienstleistungszentrum, in Einzelwohnungen bzw. Wohngemeinschaften
- Physiotherapie im Dienstleistungszentrum, in Einzelwohnungen bzw. Wohngemeinschaften
- ADL-Training im Dienstleistungszentrum, in Einzelwohnungen bzw. Wohngemeinschaften
- Medienwerkstatt
- Fotowerkstatt

Angebote Arbeit/Beschäftigung

Im Bereich Arbeit und Beschäftigung werden das Beschäftigungsprojekt Café »wunder.BAR«, das Arbeitsförderungszentrum »Arbeit plus« sowie Hausmeister- und Hauswirtschaftsdienste vorgehalten. Weiterhin ist eine virtuelle Werkstatt für behinderte Menschen in Planung.

Angebote Freizeit

Die Freizeitangebote umfassen eine Begegnungsstätte, eine Medienwerkstatt und eine Fotowerkstatt.

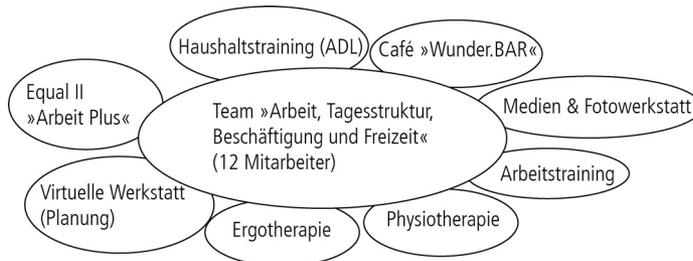


Abb. 2: Team »Arbeit, Tagesstruktur, Beschäftigung und Freizeit«

Medizinisches Versorgungszentrum (in Planung)

Für das Medizinische Versorgungszentrum sind folgende Angebote geplant:

- Praxis FA für Psychiatrie und Neurologie
- Hausarztpraxis
- Psychotherapie
- Soziotherapie
- Ergotherapie
- Physiotherapie
- Pflegedienst



Abb. 3: Medizinisches Versorgungszentrum

Vorteile

Die Vorteile der neuen Struktur liegen in den kostenträgerübergreifenden Kopplungsmöglichkeiten der ambulanten Eingliederungshilfe z. B. mit Leistungen nach SGB II, SGB V oder SGB XI, in der höchstmöglichen Flexibilität durch die Anmietung von Wohnungen für Betreuungen. Es gibt darüber hinaus keine Kapazitätsgrenzen wie Plätze oder Betten. Die Angebotsstruktur öffnet sich für neue, im Heim nicht oder nur schwer zu betreuende Menschen. Alle ambulanten Angebote unterliegen weder dem Heimgesetz noch der Heimmindestbauverordnung. Schließlich können die Mitarbeiter flexibel eingesetzt werden.

Personenbezogene Personalbemessung im LWV

Gerhard Kronenberger

Umsetzung personenbezogener Hilfen

Was haben wir getan und was tun wir zur Umsetzung personenzentrierter Hilfen? Und warum tun wir es?

Auf diese Fragen will ich in meinem Referat mit dem Schwerpunkt einer personenbezogenen Leistungsfinanzierung eingehen.

Die Behindertenhilfe steht nicht nur in Hessen vor dem Problem, kontinuierlich steigende Fallzahlen mit eher stagnierenden finanziellen Ressourcen bedarfsgerecht versorgen zu müssen und zu wollen. Zunehmend mehr Fachleute stimmen darin überein, dass dieses Problem nicht mit den herkömmlichen Handlungsweisen und Instrumentarien gelöst werden kann, sondern neue Wege entdeckt und beschritten werden müssen. Hierzu zählt auch eine veränderte Systematik der Vergütung von Leistungen für Menschen mit Behinderungen. Wünschenswert, ja ideal wäre dabei eine Lösung, die fachliche Ansprüche und Ziele mit den wirtschaftlichen Erfordernissen der Beteiligten produktiv verknüpft und deren Kräfte in eine gemeinsame Stoßrichtung bringt. Ich bin davon überzeugt, dass der personenzentrierte Ansatz wie er von der APK entwickelt wurde, dies zu leisten vermag.

Welche Ansatzpunkte wir in unserer Arbeit sehen und verfolgen, möchte ich im Folgenden darstellen.

(Das traditionelle Vergütungssystem in der Behindertenhilfe ist einrichtungs- und platzbezogen, personenzentrierte Hilfen lassen sich in diesen Strukturbedingungen nicht oder nur sehr schwer realisieren. Also muss es darum gehen, ein anderes Vergütungssystem zu entwickeln. Wie kann dieses aussehen und v. a. wie kann es in die bestehende Landschaft mit heterogenen Interessen, sehr verschiedenen Traditionen und nicht immer kompatiblen fachlichen Überzeugungen integriert werden?)

Fernziele

Umsetzung des Paradigmas »Personenzentrierte Hilfen« auf der Ebene ...

- ... des Einzelfalls durch Planung und Bemessung passgenauer, bedarfsdeckender individueller Hilfen (IBRP)

- ... der Leistungserbringung durch die Überwindung institutioneller Hemmnisse und die Flexibilisierung von Hilfen (Entkoppelung Wohnen und Betreuen)
- ... der Finanzierung durch die Bereitstellung einer Vergütungsstruktur, die es ermöglicht, Leistungen zur Deckung des individuellen Hilfebedarfs individuell differenziert finanzieren zu können (Aufgabe der platzbezogenen Finanzierung)

Für das Zielgruppenmanagement ›Menschen mit seelischer Behinderung und Menschen mit Anhängigkeitserkrankungen‹ soll das fachliche Handeln maßgeblich von den o. g. Zielen bestimmt werden – ich sage ›soll‹, weil uns dies aus den unterschiedlichsten Gründen nicht immer gelingt.

Die Umsetzung des Paradigmenwechsels ist für uns vor allem mit Projekten verbunden, die ich im Folgenden vorstellen möchte. Bei diesen Projekten handelt es sich um regional begrenzte Schritte hin zur Erreichung der zuvor benannten Fernziele.

(Passgenaue einzelfallbezogene Hilfen = integrierte, indiv. Hilfe- und Reha-Planung, HPK)

Personenzentrierte Leistungserbringung auf Grundlage der vorhandenen personellen Ressourcen die Anpassung der Angebotsstruktur an den Bedarf die Entkoppelung der Finanzierung von Plätzen

Personenzentrierte Leistungsvergütung: die Verbesserung der Vergleichbarkeit der angebotenen und erbrachten Leistungen und ihrer Preise die Reduktion des Kostenanstiegs)

Projekte zur Umsetzung personenbezogener Hilfen (1)

Modellprojekt »Leistungsbereich WOHNEN« (Wohnen im Verbund)

Beteiligte sind der LWV-Hessen, die Vogelsberger Lebensräume und die Behinderten-Werke Main-Kinzig, Vogelsbergkreis, Main-Kinzig-Kreis, die Laufzeit ist vom 01.01.03 bis zum 31.12.06.

Ziele: Personenzentrierte Hilfeerbringung durch Anwendung einer individuellen Hilfeplanung (IBRP) und Entkoppelung von Wohnen und Betreuen, Überprüfung der Hypothese, dass dadurch verbesserte Hilfeleistung im Einzelfall und höhere Wirtschaftlichkeit erreicht wird

Grundlagen: Versorgungsverpflichtung, Budgetfinanzierung, Projektvereinbarung zwischen den Beteiligten

Vor dem Hintergrund des personenzentrierten Ansatzes haben wir in

2001 im LWV ein Konzept entwickelt, das die Überschrift trägt ›Wohnen im Verbund‹ und das von Leitprinzipien bestimmt ist, die da lauten:

- Eingliederungshilfen am individuellen Bedarf entlang erheben, planen und organisieren
- Individuelle Hilfeplanung/Gesamtplan
- Koordination vor Ort/Vernetzung
- Gemeindenähe/Versorgungsverpflichtung
- Flexibilisierung
- Durchlässigkeit
- Entsäulung
- Ambulant vor stationär
- Hilfen aus einer Hand
- größere Wirtschaftlichkeit
- Unserer erstes Projekt war und ist ... siehe oben

Projekte zur Umsetzung personenbezogener Hilfen (2) **Zentrumsmodell Biebesheim**

Beteiligte sind der LWV Hessen, der SpV Groß Gerau, der Kreis Groß Gerau und das Hessische Sozialministerium, die Laufzeit ist vom 01.04.2004 bis zum 31.03.2007

Ziele: Alle Betreuungsleistungen werden im PSZ als personenzentrierte Komplexleistungen realisiert, Erweiterung des ambulanten Angebots zu Lasten der Wohnheimplätze, Erhöhung der Wirtschaftlichkeit

Grundlagen: IBRP, Versorgungsverpflichtung, Budgetfinanzierung, wissenschaftliche Begleitung/Evaluation

Ein weiterer Schritt durch die Einbeziehung von PSKB und Tagesstätte in das Spektrum budgetierter Leistungen.

Chance und Problem: Die Bereitstellung eines Kostenbudgets soll den Leistungserbringern die Möglichkeit eröffnen, losgelöst von betriebswirtschaftlichen Notwendigkeiten und Erwägungen gegenüber dem Kostenträger die Hilfearrangements für den einzelnen Klienten konsequent am individuellen Hilfebedarf auszurichten. Nach unseren bisherigen Eindrücken könnte dabei die Versuchung bestehen, dass verstärkt solche Hilfen zum Tragen kommen, die kostengünstig sind und damit betriebswirtschaftlich vorteilhaft – was an sich noch nicht schlecht wäre, aber auch zu Lasten der Qualität der Leistung gehen können. Das heißt fachliche Ansprüche und wirtschaftliche Interessen gehen auch bei einer Budgetfinanzierung nicht

von vorneherein und automatisch in die gleiche Richtung. Die Frage ist: wie und wodurch kann dies in befriedigender Weise sichergestellt werden? Darauf haben wir noch keine abschließende Antwort.

Projekte zur Umsetzung personenbezogener Hilfen (3)

Hessisches Implementationsprojekt ›Personenzentrierte Hilfen‹

Beteiligte: Zehn Gebietskörperschaften, Hess. Sozialministerium, AKTION PSYCHISCH KRANKE, LWV Hessen. Laufzeit: 01.01.2003–31.12.2004

Ziele: Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes in zehn Regionen durch Einführung und systematische Anwendung des IBRP und Installierung von Hilfeplankonferenzen.

Grundlagen: Kooperationsvereinbarungen in den Regionen zwischen allen Beteiligten, Pflichtversorgung, Beratung durch die APK, landesweite Steuerungsgruppe

Initiatoren: Psychiatriekoordinatoren

Hintergrund: Bundesprojekt der APK

Fortschritt: große Fläche, breitere Wirkung und Beachtung, HPK für die jeweilige Region und nicht nur für/mit einem einzelnen Leistungsanbieter.

Verlauf, Ergebnisse: HPK, Anwendung IBRP, Kooperationsstrukturen (GPV)

Grenzen: Qualitative HP, starre Angebotsstruktur und Finanzierung, Übergang zu Folgeprojekt/en

Projekte zur Umsetzung personenbezogener Hilfen (4)

Individuelle Hilfeplanung (IBRP) und Personalbemessung

Es handelt sich um die selben Beteiligten wie bei (3), die Laufzeit ist vom 01.01.2005 bis 30.06.2006.

Ziele: Quantifizierung des individuellen Hilfebedarfs (Ermittlung und Vereinbarung von Zeitwerten für die einzelnen Leistungen), verstärkte Berücksichtigung und Einbeziehung anderer Leistungsträger und nicht-psychiatrischer Hilfen

Grundlagen: Ergebnisse des Implementationsprojekts, Kooperationsvereinbarungen zwischen den Beteiligten, Begleitung durch die APK, landesweite Steuerungsgruppe

Projekte zur Umsetzung personenbezogener Hilfen (5)

›Personenzentrierte Leistungsfinanzierung‹

Die Beteiligten sind hierbei der LWV-Hessen, der Wetteraukreis, das Diakonische Werk Wetterau, die Stadt Wiesbaden, der Evangelische Verein für Innere Mission (EVIM), die Werkgemeinschaft Rehabilitation Wiesbaden e. V. sowie das Zentrum für Soziale Psychiatrie Rheinblick, die Laufzeit geht vom 01.01.2005 bis zum 31.12.2006.

Ziele: Aufbau und Erprobung eines personenzentrierten und leistungs-basierten Vergütungssystems, Herstellung einer trägerübergreifenden Vergleichbarkeit von Leistungen und Preisen, Qualifizierung von LWV-Mitarbeitern in der Umstellung der Finanzierungssystematik, Reduzierung des Kostenanstiegs

Ausgangslage: Auf die Idee zu diesem Projekt sind wir gekommen, weil wir erkannten und feststellten, dass die bestehenden Vergütungsstrukturen nicht nur den stationären und teilstationären Sektor bevorteilen und damit die Realisierung des Grundsatzes ›ambulant vor stationär‹ behindern, sondern auch weil sie einer personenzentrierten Leistungserbringung grundsätzlich im Wege stehen. Vereinfacht: für alle definierten und institutionalisierten Maßnahmen ist Geld da, für andere eben nicht.

Sowohl die Erfahrungen der soeben dargestellten Projekte als auch die Erkenntnisse aus einer theoretischen Befassung mit der Thematik zeigen, dass Personenzentrierung letztlich nur möglich ist, wenn auch die Finanzierungsstrukturen der Logik dieses Ansatzes folgen. Eine konsequent am individuellen Bedarf orientierte Hilfeplanung ist nur möglich, wenn auch die Leistungen bedürfnis- und bedarfsgerecht vergütet werden können. Deshalb muss das Ziel sein, die platz- und institutionengebundene Finanzierungsstruktur nach und nach zu überwinden. Das ist leicht gesagt. Aber wie kann es gehen? Der Weg von der Idee zu einem solchen Projekt zu seiner Verwirklichung ist oft ein steiniger: man muss die Entscheidungsträger überzeugen und Partner gewinnen. Mit folgenden Projektzielen ist uns dies gelungen:

- Personenzentrierte Leistungserbringung auf Grundlage der vorhandenen personellen Ressourcen
- die Anpassung der Angebotsstruktur an den Bedarf
- die Entkoppelung der Finanzierung von Plätzen
- Personenzentrierte Leistungsvergütung: die Verbesserung der Vergleichbarkeit der angebotenen und erbrachten Leistungen und ihrer Preise.

Grundlagen: Implementationsregionen: HPK, IBRP, Absprache und Konsens mit Vertragskommission, Projektvereinbarungen, externe Beratung, Beirat, Projektevaluation

Prämissen des Projekts ›Leistungsfinanzierung‹

Das Projekt geht von den Voraussetzungen aus, dass

- Größe und Umfang beherrschbar sein müssen (›Beherrschbar‹ meint hier Folgendes: Für die Beteiligten muss das Projekt mit Bordmitteln [Geld und Personal] gestaltbar sein können und die finanziellen Risiken müssen vertretbar sein – das gilt für Leistungsträger und Leistungserbringer)
- die Durchführung im Konsens und in Zusammenarbeit mit den betreffenden Gebietskörperschaften und der LIGA erfolgt
- die bestehenden rechtlichen Regelungen (§ 75 ff. SGB XII, Hess. Rahmenvertrag) beachtet werden
- die Kompatibilität zu andern Projekten des LWV Hessen gegeben ist
- der Haushaltsansatz des LWV nicht gesprengt wird
- die Umrechnung der Vergütung für die Einrichtungen zum Zeitpunkt der Umstellung neutral erfolgt

Wie sieht diese Finanzierungssystematik aus?

Gliederung der Vergütung in einen institutionsabhängigen Basisbetrag und einen einheitlichen, institutionsunabhängigen Maßnahmebetrag pro Zeiteinheit die Umrechnung der alten in die neuen Vergütungen erfolgt trägerbezogen und auf einen Stichtag bezogen budgetneutral.

Der Basisbetrag wird auf der Grundlage des bestehenden Angebots ermittelt. Der Maßnahmebetrag wird je Rechtsträger in einer Region angebotsübergreifend errechnet.

Abrechnungsmodus während der Erprobungsphase

Die Anzahl der abrechenbaren Basisbeträge ist an die vereinbarte Platzzahl gebunden. Der Gesamtumfang der direkt personenzentrierten Leistungen (Maßnahmebeträge) ist nicht durch die Platzzahl gedeckelt.

Was soll damit gewährleistet werden?

- Überschaubares Einnahme- bzw. Kostenrisiko für Leistungserbringer und Leistungsträger während der Erprobungsphase
- dem individuellen Hilfebedarf kann Rechnung getragen werden

- angebotsübergreifend gleiche Maßnahmebeträge pro Zeiteinheit (und Rechtsträger) fördern die personenzentrierte Leistungserbringung und damit die Anpassung der Angebotsstruktur an den Bedarf

Frage: wie verändert sich der Hilfeplanungsprozess unter den Bedingungen der neuen Finanzierungsstruktur?

Die Zusammenarbeit in der HPK ist von herausragender Bedeutung und muss weiter entwickelt werden:

- Gemeinsames Verantwortungsbewusstsein im Umgang mit den Ressourcen in der Region = ›Minutenbudget‹
- größere Bereitschaft zur Flexibilität bei Veränderungsmeldungen für einen Klienten, Anpassung der Planung/der Leistungen innerhalb des vereinbarten Zeitraums

Die Hypothesen sind dabei, dass die personenzentrierte Hilfebedarfsdeckung eine erhöhte Wirtschaftlichkeit ermöglicht, Kostenverantwortung und Fachlichkeit können konstruktiv verknüpft werden und die Hilfeplankonferenz ist in der Lage, verantwortungsvoll eine Steuerungsfunktion zu übernehmen

Frage: Welche Finanzierungsstrukturen bewirken welche Effekte bei den Beteiligten?

Auf dem Prüfstand steht die Annahme, dass durch die hier veränderten Finanzierungsstrukturen in Form der Vergütung von Leistung pro Zeit statt pro Platz in Verbindung mit der Egalisierung der Vergütung in Bezug auf Betreuungsleistungen, der Anreiz wegfällt, Menschen aus betriebswirtschaftlichen Gründen stationär betreuen zu müssen. Andersherum: Die Öffnung des Systems hin zu Basisbeträgen und angebotsübergreifenden Maßnahmebeträgen erweitert die Bereitschaft Menschen ambulant zu versorgen und den Umfang der Leistungen auf das Maß des Notwendigen zu begrenzen. (Oder?)

Die Menschen können ihren ›Minutenbetrag‹ ›mitnehmen‹ und der Leistungserbringer hat davon ebenfalls keinen Nachteil: ambulant vs. stationär sind neutralisiert.

Steuerung

Fachliche Ebene: Steuerung über den IBRP und die Hilfeplankonferenz, d. h. über den Einzelfall

Finanzielle Ebene: Stichtagsbezogen budgetneutrale Umrechnung, Limitierung der Basisbeträge, zeitnahes »Budget«-controlling durch den LWV, verantwortliches Handeln aller in der Hilfeplankonferenz

Eine Teilsteuierung über Plätze wird (vorübergehend, d. h. im Rahmen des Projekts) beibehalten

Frage: welches betriebswirtschaftliche Interesse kann ein Leistungserbringer haben an einer Steigerung der Effizienz seiner Leistungen?

Perspektiven (1)

Anfang 2007 wird das Projekt unter folgenden Gesichtspunkten ausgewertet: Haben sich Hilfeplanung und Leistungserbringung in Richtung Personenzentrierung entwickelt? Erfolgt die Quantifizierung des Hilfebedarfs in den Projektregionen nach sachgerechtem und einheitlichem Verfahren? Hat sich in den Regionen die Notwendigkeit zur Anpassung der Angebotsstruktur an den Bedarf ergeben? Ist die Umrechnung der alten in die neue Finanzierungssystematik einheitlich erfolgt, sodass ein trägerübergreifender Vergleich von Leistungen und Kosten möglich ist? Hat die neue Finanzierungssystematik die Wirtschaftlichkeit erhöht? Werden mit den gleichen finanziellen Mitteln z. B. mehr Menschen versorgt?

Perspektiven (2)

In Abhängigkeit vom Projektverlauf sind folgende Perspektiven denkbar:

- sukzessive Umstellung der Vergütungen hessenweit nach diesem System
- Vereinbarung eines einheitlichen Minutenbetrages in Regionen oder ganz Hessen
- Trägerbudgets
- Regionenbudgets

Psychiatrische Familienpflege in Württemberg

Paul-Otto Schmidt-Michel

1. Definition

Unter Psychiatrischer Familienpflege wird die Integration eines psychisch Kranken in eine nicht mit ihm direkt verwandte Familie (Gastfamilie) verstanden. Der Gastfamilie wird eine monatliche Bezahlung für den Aufwand an Betreuung bezahlt. Gastfamilie und Klient werden von interdisziplinären professionellen psychiatrischen Teams begleitet, die mit den regionalen psychiatrischen Einrichtungen zusammenarbeiten. Diese moderne Form der Psychiatrischen Familienpflege/des »Betreuten Lebens in Gastfamilien« existiert in Deutschland wieder seit 1984. Viele andere europäische Länder, insbesondere Frankreich und Belgien, besitzen dagegen eine ungebrochene Tradition der Psychiatrischen Familienpflege seit dem 19. Jahrhundert.

Historisch und in den ersten 20 Jahren des Wiederaufbaus der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland wurden mehrheitlich Gäste mit länger andauernden schizophrenen Störungen in Gastfamilien vermittelt. In den letzten Jahren verbreiterte sich die Indikationsstellung für diese Betreuungsform der Gastfamilienpflege auf geistig Behinderte, Suchtkranke, gerontopsychiatrisch Erkrankte und Jugendliche/junge Erwachsene mit multiplen psychischen Störungen. Erste Versuche mit einer »Akutpsychiatrischen Familienpflege« sind in den USA (SCHMIDT-MICHEL et al. 2004) und in Zürich begonnen worden.

2. Geschichte

Geel

Für die westeuropäischen und außereuropäischen Umsetzungsmodelle der Psychiatrischen Familienpflege existiert ein wesentliches historisches Vorbild aus dem Mittelalter – der flämische Ort Geel (früher Gheel), ca. 50 km südlich von Antwerpen. Dieser Pilger-Ort ist seit dem 13. Jahrhundert bekannt. Die unzähligen Pilger, die sich über die Jahrhunderte des Mittelalters und der Neuzeit mit ihren kranken Angehörigen nach Geel auf den Weg machten, erhofften sich durch die Durchführung eines neuntägigen exorzistischen Rituals in der »Ziickenkammer« der örtlichen Kirche die Heilung ihrer Leiden.

Viele der Beschreibungen der Kranken erinnern heute an psychiatrische und epileptologische Krankheitsbilder. Die Entstehung der Familienpflege in Geel ist historisch dadurch erklärbar, dass viele Kranke, deren Gebrechen durch die Bußhandlungen nicht spontan Besserung zeigten, bei den ortsansässigen Geeler Familien gegen Geld untergebracht wurden und ihnen in deren Haushalt, dem Sozialstatus der Familie in der Regel entsprechend, Wohnraum zur Verfügung gestellt wurde. Die Vermittlung in die Haushalte der Familien und die Organisation dieses Prototyps der Familienpflege besorgte im voraufklärerischen Geel das Chorherrenkollegium der Stadt. Erst ab ca. 1850 wurde diese Einrichtung in eine medizinisch-psychiatrische Versorgungseinrichtung überführt und es wurde eine psychiatrische Beobachtungsstation mit psychiatrisch geschulten Ärzten eingerichtet, von wo aus die psychisch Kranken in die Gastfamilien vermittelt wurden. Die Geschichte der Familienpflege in Geel ist in vielgestaltiger Art und Weise geschrieben worden (ROOSENS 1977, SCHMIDT-MICHEL 1984, MATHEUSSEN 1997, MÜLLER 2006 etc.). Die Einrichtungen der Familienpflege in Geel und Nachfolgeprojekte in Belgien (Lierneux) und Frankreich (u. a. Ainay-le-Château und Dun-sur-Auron) existieren bis zum heutigen Tag.

Asylfrage

Aus deutscher Sicht entwickelte sich ab 1850 eine neue Pilgerwelle nach Geel: Kaum ein deutscher Psychiater ließ es sich nehmen, diese möglicherweise alternative Betreuungsform zu besichtigen und die deutschen Psychiater spalteten sich an dieser Fragestellung. Die leidenschaftlich geführte Fachdebatte, deren Schärfe noch heute überrascht, zentrierte seinerzeit um die Frage der sogenannten Asylisierung. Es stand zur Entscheidung, ob »Irrenanstalten« bzw. Heil- und Pflegeanstalten weiter gegründet und aufgebaut werden sollten, oder ob psychisch Kranke auch grundsätzlich in Gastfamilien betreut werden könnten. Aufgrund ihrer Relevanz und Auswirkungen bis in die heutige Zeit wurde diese Frage intensiv medizinhistorisch untersucht (SCHMIDT 1982, PERNICE 1991, MEIER 2003, MÜLLER 2006). Obwohl euphorische Befürworter auf deutschen Psychiatrie-Kongressen für die Familienpflege sprachen (GRIESINGER 1868, NEUSCHLER 1867), wandte sich die Mehrheit der deutschen Psychiater gegen die Familienpflege. Mit dem Ende der 1860er-Jahre geriet die Familienpflege im deutschsprachigen Raum dann zunächst in Vergessenheit. Erst 1890 traten die Pioniere der deutschen Familienpflege in Erscheinung: Warendorff und Alt. Sie etablierten die

vornehmlich deutsche Variante der Psychiatrischen Familienpflege, den so genannten Adnex-Typ: Die Patienten wurden in Gastfamilien rund um die psychiatrische Anstalt gegeben und blieben weiter im Status eines Patienten der Klinik, von wo aus sie auch betreut wurden.

Familienpflege wurde nun zusätzlich zu den errichteten Anstalten, nicht alternativ, wie einige Jahrzehnte zuvor gefordert, etabliert und quantitativ nun durchaus im großen Stil. Die Zeit bis zum Beginn des ersten Weltkriegs kann somit hinsichtlich der historischen Vorläufer des heute angewandten Modells als goldene Zeit der deutschen Familienpflege bezeichnet werden. Psychiatrische Familienpflege wurde zu dieser Zeit in verschiedensten Formen nicht nur in fast allen europäischen Ländern, sondern auch in Nord- und Südamerika, in Russland, Japan, Australien, Südafrika und anderen Teilen der Welt eingeführt. So willkommen die Idee der Psychiatrischen Familienpflege in vielen Ländern war, da sie eine Lösung für die Überfüllung der Irrenanstalten darstellte, so problematisch blieb aus Sicht der Psychiater der Aspekt, Kompetenz und »Versorgungsmacht« abzugeben, zumal an medizinische Laien (MAIER 2003).

Die Psychiatrische Familienpflege ging in der Zeit zwischen 1914 und 1923 in Deutschland massiv zurück. Das Hungersterben in den Anstalten war einer der Hauptgründe hierfür (FAULSTICH 1998). Wohnungsnot und Nahrungsmittelknappheit mochten auch der Grund sein, dass Familien ihre Bewohner an die Klinik zurückgaben. Seit 1923 stieg das Interesse an der Familienpflege wieder an, 1932 wird von 5000 Familienpflegestellen berichtet.

1933

Ab 1933 reduzierte sich die Psychiatrische Familienpflege zunächst auf Grund der massiven Stigmatisierung psychisch Kranker (»Erblastträger«, »Ballastexistenzen«). Nach Erlass der Sterilisationsgesetze wurde ein Großteil der psychisch kranken Bewohner der Gastfamilien in die Anstalten zur Unfruchtbarmachung (Ausnahme Königsberg, wo die Familienpflege nicht an die Anstalten angebunden war) zurückgeholt, bis schließlich ein Großteil der psychisch Kranken ab 1939 systematisch ermordet wurde (ca. 150 000). Nach 1945 existierte die Psychiatrische Familienpflege nicht mehr. Die Reformbewegung der Sozialpsychiatrie nach der 68er-Bewegung und auch die Psychiatrie-Enquête von 1975 zogen die Psychiatrische Familienpflege als komplementäre Betreuungsform für psychisch Kranke nicht in Erwägung.

3. Aktuelle Praxis

Gründung 1984

Im Jahr 1984 haben unabhängig voneinander die Psychiatrische Landeslinik Bonn (Rheinland) und der Verein Arkade e. V. in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Psychiatrie Weissenau/Ravensburg (Württemberg) die Initiative ergriffen, die Tradition der Psychiatrischen Familienpflege neu aufleben zu lassen. Die Projekte wurden trotz sicher unterschiedlicher Ausgangslage erfolgreich aufgebaut und in den folgenden 20 Jahren in vielen anderen Bundesländern übernommen. Inzwischen existiert die Psychiatrische Familienpflege in Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Brandenburg, Thüringen, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Saarland. In den ersten zehn Jahren des Wiederaufbaus wurde die Psychiatrische Familienpflege fast ausschließlich im Rahmen von Enthospitalisierungsbemühungen von schizophren erkrankten Patientinnen und Patienten genutzt. Entgegen der Erwartung der Experten kamen Langzeitpatienten gut mit dieser Veränderung zurecht – im Rahmen ihrer jahrzehntelangen Hospitalisierung hatten sie gelernt, sich an häufig wechselnde personelle Situationen anzupassen. Für einen Teil der Langzeitpatienten war die Integration in eine Gastfamilie die einzige Möglichkeit, außerhalb eines Heimes zu leben, da sie nur dort eine Betreuung rund um die Uhr erhielten. An die Vermittlung jüngerer Patienten mit schizophrenen Störungen wagten sich die Organisatoren erst, nachdem die Integration von Langzeitpatienten in den meisten Fällen erfolgreich verlaufen war.

Insbesondere in den Projekten in Langenfeld und Ravensburg machte man die neue Erfahrung, dass die jüngeren Patienten sich häufig nicht an die Gegebenheiten der Gastfamilien anpassten, sondern sie herausforderten. Die Gastfamilien und Teams mussten sich mit Grenzüberschreitungen der Patienten auseinandersetzen und die Mitarbeiter mussten Gastfamilien finden, die in der Lage waren, solche Aushandlungsprozesse anzunehmen und rehabilitativ zu nutzen. Dies führte schließlich zur Etablierung noch differenzierterer Indikationen sowohl für gerontopsychiatrische Patienten als auch für Jugendliche (»Junge Menschen in Gastfamilien – JuMeGa«, Ravensburg), für die geeignete Gastfamilien gefunden werden konnten.

Bezahlung

Die Bezahlung der Gastfamilien und der professionellen Betreuer ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich. Die Grundstruktur des Bezahlungsmodus besteht aus einer Pauschale pro betreuter Gastfamilie und Klient für den professionellen Aufwand und einer zusammengesetzten Pauschale für die Gastfamilie, die sich aus einer Pflegepauschale im Rahmen der Eingliederungshilfe, der Hilfe zum Lebensunterhalt und, bei Vorhandensein einer Pflegestufe, Leistungen der Pflegekasse zusammensetzt. Die Leistungen werden bei vorhandenem Vermögen und Rentenleistungen entsprechend gemindert. In Baden-Württemberg z. B. umfassen diese Leistungen: Hilfe zum Lebensunterhalt 555,92 Euro, Pflegegeld 358,75 Euro und Leistungen der Pflegekasse je nach Pflegestufe. Die Personal- und Sachkosten im Rahmen der Betreuung betragen pro Gastfamilie und Klient 569,70 Euro/Monat. Für die Gerontopsychiatrische Familienpflege und für die jeweiligen Leistungen der Familienpflege für Jugendliche sind die Sätze höher (Betreuungsschlüssel im Erwachsenenbereich 1 : 10, in der Gerontopsychiatrischen Familienpflege 1 : 9 und für die Betreuung Jugendlicher in Gastfamilien 1 : 8).

4. Die Gastfamilie Rehabilitationspotenzial

Das Geheimnis der erfolgreich umgesetzten Familienpflege liegt in dem Geschick des professionellen Betreuungs-Teams, einem Bewohner die für ihn bestmögliche Gastfamilie zuzuordnen, d. h. das beste Passungsverhältnis (Matching) zu finden. Es überrascht immer wieder, wie viele Familien und Einzelpersonen bereit sind, sich auf die Begleitung psychisch Kranker einzulassen und ihren Alltag mit ihnen zu teilen. Grundsätzlich sind alle Arten von Gastfamilienzusammensetzungen möglich. Je unterschiedlicher Gastfamilienplätze sind, umso mehr Möglichkeiten der Zuordnung und damit der bestmöglichen Passung zwischen Gastfamilie und psychisch Kranken ergeben sich.

Das Ziel einer Familiengründung ist es, möglichst harmonisch miteinander leben zu können, Freizeit gemeinsam zu gestalten, die Notwendigkeiten des Alltags möglichst effektiv zu erledigen, für die jeweiligen individuellen Lebensgestaltungswünsche Akzeptanz zu finden und vom sozialen Umfeld anerkannt zu werden. Diese Ziele sind sehr unterschiedlich und begrenzt durch den vorgegebenen gesellschaftlichen Rahmen. Alle Familienmitglieder

nehmen an der Gestaltung dieser Ziele teil, jeder entsprechend an seinem Platz. Die Überschreitung von Regeln und Grenzen greift die Familienmitglieder in ihrem grundlegenden Selbstverständnis an. In der einer Regelverletzung folgenden Auseinandersetzung geht es um Beziehung und um Zugehörigkeit (ROTH 2005). Die Begründung für die Notwendigkeit der Regeln ist unmittelbar im Alltag erlebbar, und daher wirksamer als in einem institutionellen Rahmen, in dem Konflikte oft virtuellen Charakter haben und über den Umweg von Teamauseinandersetzungen, Teamsupervisionen und institutionellen formalen Regeln gelöst werden müssen.

Hier liegt der Kern des Rehabilitationspotenzials von Gastfamilien. Dieses Potenzial besteht nicht in der »Harmonie des Familienlebens«, wie Griesinger gedacht hatte, sondern in der Fähigkeit, Konflikte des alltäglichen Zusammenlebens sinnstiftend überwinden und lösen zu können. Hierbei hilfreich zu sein ist die Hauptaufgabe der professionellen Betreuung. Es ist entscheidend, dass die Logik des jeweiligen Familiensystems von den Professionellen anerkannt und akzeptiert wird. Die Wertestruktur einer Gastfamilie in Frage zu stellen bedeutet bereits das Ende einer Weiterentwicklung des Systems Gastfamilie und Bewohner. Das heißt nicht, dass nicht Vorschläge zur Erweiterung der Sicht der Gastfamilie bezüglich ihres Umgangs mit dem Bewohner gemacht werden können, es dürfen jedoch hieraus keine Vorschriften resultieren. So erleben die Gastfamilien, dass ihre Arbeit wertgeschätzt wird und dass diese Arbeit für die Entwicklung ihres Gastes die entscheidende Rolle spielt. Dies kann für Gastfamilien eine Bereicherung bedeuten und vielleicht ist diese Erfahrung der eigentliche Grund, weshalb so viele Familienpflegeverhältnisse sich so erfreulich entwickeln.

Eignung von Gastfamilien

Über die Eignung oder Nichteignung von Gastfamilien für die Psychiatrische Familienpflege ist viel diskutiert worden. Letztlich entscheidet hierüber die subjektive Meinung des professionellen Teams. Eigene familiäre Erfahrungen der Teammitglieder, ihre Vorstellung von Beziehungskultur und ihre eigene Schichtzugehörigkeit fließen in solche Entscheidungsprozesse unausweichlich mit ein und sind auch die Fallstricke, eventuell kreative Zuordnungen von Klienten und Gastfamilien nicht zuzulassen.

Formale Voraussetzungen, die die Gastfamilien mitbringen müssen, sind zunächst das »Gästezimmer« und dass die Familie finanziell nicht ausschließlich von dem Pflegeverhältnis abhängig wird.

Tagesstruktur für den Gast (Mithilfe im Haus oder Betrieb, Nutzung der Werkstatt für behinderte Menschen, Tagesstätte etc.) muss individuell nach den Wünschen des Gastes und den Möglichkeiten der Gastfamilie geklärt werden. Eine weitere formale Voraussetzung ist die Anerkennung der vertraglichen Vereinbarung (der Familienpflegevertrag beinhaltet die Möglichkeit der Auflösung des Gastverhältnisses durch das professionelle Team) sowie die Kooperationsbereitschaft mit dem Team. Ein emotional offenes und empathisches Klima in der Gastfamilie ist die beste Voraussetzung für ein Gelingen. Hinderlich sind zu hohe Erwartungen an das Veränderungspotenzial des Gastes und eine Idealisierung der Betreuungssituation (SCHÖNBERGER & STOLZ 2003). Auch ist hilfreich, wenn die Motivation, einen Gast bei sich aufzunehmen, gut nachvollziehbar ist und eine mögliche Rollenzuschreibung an den Gast offen zutage tritt.

Für ehemalige Patienten mit langanhaltenden schizophrenen Störungen (»Langzeitpatienten«) hat sich gezeigt, dass sie eine klar definierte Rollenzuweisung benötigen, für sie bewältigbare Alltagsverrichtungen vorfinden sollten, dass ihre Individualität akzeptiert wird und darüber hinaus ein Verbleib in der Gastfamilie zunächst nicht in Frage gestellt wird (KONRAD 2005). Bei gerontopsychiatrischen Patienten haben sich (aufseiten der Gastfamilien) traditionsverwurzelte Familien mit festen Ritualen (z. B. Bauernfamilien oder Kleinbetriebe mit definierten Arbeitsmöglichkeiten) und alleinlebende Frauen mit dem Wunsch, jemand zu versorgen, als hilfreich erwiesen.

Bei jungen Patienten mit schizophrenen Störungen und Jugendlichen mit vielseitigen schweren Grenzüberschreitungen (delinquente Jugendliche, drogengefährdete Jugendliche, Jugendliche mit schweren Verhaltensstörungen etc.) hat sich gezeigt, dass sie ein hohes Maß an kommunikativer Auseinandersetzung benötigen, dass ein ständig neues Aushandeln von Grenzen möglich sein muss und dass die Voraussetzungen geschaffen werden, mithilfe derer eine Ablösung aus der Gastfamilie gelingen kann. Aufseiten der Gastfamilie erfordert dies eine hohe Flexibilität und Konfliktbereitschaft.

5. Die Bewohner in Gastfamilien – Die Gäste

Erwachsene psychisch Kranke

In allen europäischen und amerikanischen Familienpflege-Einrichtungen waren die »historische Kernklientel« der Psychiatrischen Familienpflege Menschen mit schizophrenen Störungen. Der häufige Beginn der Erkrankung im frühen Erwachsenenalter, der phasenhafte Verlauf und die Tatsache, dass

20–30 % der Erkrankungsverläufe mit einer über viele Jahre andauernden lebenspraktischen Einschränkung – insbesondere auch mit Beziehungsstörungen – einhergehen, führte und führt in der Regel zur Notwendigkeit intensiver Betreuung.

Seit der Gründung der psychiatrischen Anstalten bis heute sind Menschen mit schizophrenen Störungen diejenigen, die in der Regel ca. die Hälfte der stationären Kapazität in Kliniken und Heimen für psychisch Kranke belegen; die Enthospitalisierungsbemühungen in den »Langzeitbereichen« der Kliniken seit den 70er-Jahren beschäftigten sich vornehmlich mit dieser Gruppe von psychisch Kranken. Für sie war die psychiatrische Familienpflege in einigen Regionen in Deutschland eine Alternative zu einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung in einer Heim-Einrichtung. Heute können intensiver betreutes Einzelwohnen und verschiedene Formen von ausgelagerten Wohnheimplätzen ähnlich intensive individuelle Betreuungsleistungen erbringen.

Bei diesen Gästen, die nach bis zu 30-jährigen Klinik-/Heimaufhalten Hospitalismussymptome mit sozial auffälligen Verhaltensweisen entwickelt hatten, konnte in vielen Fällen die Feststellung gemacht werden, dass diese Verhaltensweisen im Rahmen des Familienlebens zunehmend in den Hintergrund treten bzw. in den Ablauf des Familienlebens integriert werden können. Auch konnte die Erfahrung gemacht werden, dass Angebote tagesstrukturierender Beschäftigung durch die Gäste anders bewertet werden als in stationären Einrichtungen, auch wenn es sich oft um die gleiche Aufgabe handelt. Der Grund hierfür ist, dass die Tätigkeiten innerhalb der Familie einen Sinn gewinnen und dadurch eine Stärkung des Selbstwertsgefühls bewirken – es wird Gemeinschaft verwirklicht (MELICHAR et al. 2002).

Immer wieder wird diskutiert, dass gerade für Menschen mit schizophrenen Störungen das Vorhandensein von Kindern und Haustieren von Vorteil sei, da diese Menschen durch sie emotional leichter zu erreichen sind bzw. sie Probleme damit haben, Gefühle verbindlich auszudrücken und bei anderen richtig zu deuten. Insofern macht ein solchenmaßen gestaltetes Familien-Setting es den Gästen leichter, sich sozial kompetenter zu verhalten und eine solche Konstellation stellt daher für manche ein besseres Lernfeld dar als ein stationäres Setting unter Erwachsenen.

Die Praxis der Familienpflege, in den letzten 15 Jahren vermehrt jüngere und junge Menschen mit schizophrenen und anderen psychischen Störungen in Gastfamilien zu vermitteln (und die dabei zu berücksichtigenden besonderen Charakteristika der ausgewählten Gastfamilien) ist unter Punkt 4 beschrieben worden.

Die derzeitige numerische Entwicklung der Gastfamilienverhältnisse in Deutschland ist in Tabelle 1 aufgeführt.

	Erwachsene psychisch Kranke	Geistig Behinderte	Junge Erwachsene, Jugendliche (JuMeGa)
	1112	334	
davon in Baden-Württemberg	620	290	103 (2005)
			Arkade e. V./Ravensburg

Tab. 1: Zahl der Betreuungsverhältnisse – Psychiatrische Familienpflege in Deutschland (2005)

Geistig Behinderte

1992 beschloss der Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern erstmals Richtlinien für die Familienpflege geistig und körperlich Behinderter. 1997 wurden diese weitgehend den Richtlinien der Familienpflege für psychisch Kranke angepasst. Mit der Änderung des Ausführungsgesetzes zum BSHG in Baden-Württemberg zum 01.01.2000 wurde die Familienpflege eine gesetzliche Leistung bzw. Pflichtaufgabe des überörtlichen Sozialhilfeträgers. Vor diesem Hintergrund und der historisch langen Erfahrung mit der Psychiatrischen Familienpflege in Baden-Württemberg hat die Verbreitung dieses Betreuungsangebots dort auch für geistig Behinderte die weiteste Verbreitung gefunden.

Bedeutende Unterschiede in der Handhabung der Gastfamilienpflege für Menschen mit geistiger Behinderung und der Psychiatrischen Familienpflege gibt es nicht. Besonderheiten mögen bei geistig Behinderten darin liegen, dass mit einer gewissen Kontinuität der Verhaltensweise geistig Behinderter zu rechnen ist, während bei Gästen mit psychotischen Störungen phasenhaft mit veränderten Verhaltensweisen zu rechnen ist. Daraus resultiert auch die Notwendigkeit kontinuierlicher psychiatrischer bzw. ärztlicher Behandlung bei Gästen mit schizophrenen Störungen, während dies bei geistig Behinderten nur bei komorbiden Störungen notwendig erscheint.

Eine besondere Bedeutung kommt dem Thema Sexualität und Partnerschaft bei geistig Behinderten in Gastfamilien zu – zumindest stärker als bei Gästen mit schizophrenen Störungen, da die geistig Behinderten in der Regel aus Heimeinrichtungen kommen und dort häufig Partnerschaften pflegten. Das Betreuungsteam muss hier Beziehungsangelegenheiten, Besuchsabsprachen etc. mit den Gastfamilien regeln. Eine besondere Herausforderung für die Gastfamilie bei geistig Behinderten ist die Tatsache, dass viele nicht lesen,

schreiben und rechnen können. Dies erfordert kreative Alltagslösungen, um dieses Handicap handhabbar zu machen (z. B. örtliche Kennzeichnungen) (GUTERMANN et al. 2002).

Junge Menschen in Gastfamilien (JuMeGa) in Ravensburg/Württemberg

Die Gastfamilienbetreuung ist in dieser Region zur Anlaufsstelle für die Sorgenkinder der Jugendhilfe geworden. In siebeneinhalb Jahren wurden 179 junge Menschen in Gastfamilien vermittelt. Das Alter bei der Aufnahme in der Gastfamilie lag in der Regel zwischen elf und neunzehn Jahren. Alle hatten zuvor stationäre Aufenthalte in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung. Häufig war die Anmeldung bei JuMeGa die Alternative zu einer geschlossenen Heimunterbringung. Den jungen Menschen ist gemeinsam, dass sie große Defizite und Ängste im Sozialverhalten haben und daher in Gruppen scheitern. Im Vordergrund stehen die Störungen im emotionalen Bereich, in der Impulskontrolle und eine Suizid- und Suchtgefährdung. Die Vermittlung in eine Gastfamilie erfolgt in der Regel dann, wenn ein eindeutiges Beziehungsangebot als Mittel der Wahl erscheint. Im Zentrum der Kooperation des professionellen Teams stehen der jeweilige Jugendhilfeträger auf der einen Seite und die Herkunftsfamilie auf der anderen. Der Dialog zwischen aufnehmender Gastfamilie, Herkunftsfamilie und Jugendhilfeträger stellt für das Team eine besondere Herausforderung dar. So ist für die Gastkinder die wichtigste Erfahrung für die weitere Entwicklung, dass sie ihre beiden Familien einig erleben und sich bei den Gasteltern nicht für ihre Herkunftseltern rechtfertigen müssen. Die Herkunftsfamilie wird regelmäßig über die Entwicklung ihres Kindes informiert und ihre Funktion als erste Eltern bestätigt. Ein Kind an andere Eltern abzugeben ist insbesondere dann eine Kränkung, wenn die Kinder dort weniger Probleme machen – dies gilt es zu verarbeiten, positiv zu wenden.

Gerontopsychiatrische Gastfamilienpflege

Die Gastfamilienbetreuung für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen konstatiert ein ähnliches triadisches Konfliktpotenzial wie bei den jungen Menschen: Die Kinder tun sich schwer, Pflege und Betreuung ihrer Eltern der Gastfamilie zu überlassen, auch wenn sie selbst diese Leistung nicht erbringen können. Auch bei den über 65-Jährigen, die an einer Schizophrenie, Depression, Sucht oder Demenz erkrankt sind, stellt die Gastfamilienbetreuung

die Alternative zur Heimbetreuung dar. Bei schwierig zu betreuenden alten und psychisch kranken Gästen (z. B. phasenweise Desorientierung) ist eine 24-stündige Präsenz erforderlich. Daher ist es für diese Familien besonders wichtig, phasenweise Entlastung zu haben (z. B. Tagespflege), auch wenn die Erfahrung gemacht wird, dass in der Regel der Pflege- und Betreuungsaufwand nach der Rückkehr der Klientinnen erheblich höher ist.

6. Das professionelle Betreuungsteam

Ob Psychiatrische Gastfamilienpflege erfolgreich in einer Region etabliert werden kann, hängt entscheidend (neben einer qualifizierten Öffentlichkeitsarbeit und der Kooperationsbereitschaft der anderen psychiatrischen Einrichtungen) von dem Engagement und der Expertise des Betreuungsteams ab. Förderlich, hilfreich und notwendig sind folgende Kompetenzen der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (wie dies eigentlich für jedes multiprofessionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Team gilt):

- Kenntnis der kulturellen und spirituellen Gegebenheiten der Region/der Gastfamilie
- Regionale Sprachkompetenz
- Langjährige psychiatrisch-klinische Erfahrung zumindest bei einem Teil des Teams
- Familientherapeutische Erfahrung bzw. systemisches Verständnis von Familienkonstellationen
- Sozialrechtliche Kompetenz (laufende Anpassungsnotwendigkeit an sich verändernde Sozialgesetzgebung und Steuerrecht)

Die wichtigste Grundhaltung des Teams sollte sein, dass die Gastfamilie ein Dienstleistungspartner ist, dessen Angebote es nicht zu verändern gilt, sondern die ein Alltagsmilieu anbietet (verkauft), das im Sinne der Gäste zu nutzen ist. Dasselbe gilt für die psychisch kranken Gäste: Sie haben aufgrund ihrer Erkrankung verschiedene soziale Einschränkungen und brauchen Betreuung und Begleitung.

Ob sich in einem ausgewählten Gastfamilienmilieu eine Besserung/Veränderung ergibt, ist ergebnisoffen – eine therapeutische Erwartungshaltung der Beteiligten ist eher hinderlich. Dies »geschieht« oder eben nicht und wenn es geschieht, ist das eher nicht einem therapeutischen Kunstgriff einer der Beteiligten zu danken, sondern der Gesamtkonstellation »Gastfamilienbetreuung«. Die Idee einer guten (manchmal genialen) Zuordnung gelingt

einem Team immer eher, je erfahrener es ist und je mehr Wahlmöglichkeiten es hat (Zahl der möglichen Gastfamilien und Bewerber).

7. Chancen der Familienpflege

Die Zusammenführung von Gästen und Gastfamilie im Rahmen der Psychiatrischen Familienpflege hat zunächst einen offenen Ausgang, verläuft erfahrungsgemäß meist gut und führt zu ungeahnten menschlichen Bereicherungen (WIENBERG 2002). Gegenanzeigen und unerwünschte Wirkungen sind wie in jedem anderen therapeutischen Setting möglich (z. B. Gewaltbereitschaft, sexuelle Grenzüberschreitungen) und können nur durch überlegte Vorbereitung, gute professionelle Betreuung und Beachtung der vertraglichen Vereinbarungen minimiert werden. Neben den psychiatrischen Standardangeboten (Betreutes Wohnen, Wohnheim, etc.) bietet die Psychiatrische Familienpflege individuelle Nischen für die Betroffenen, die ihre Wahlmöglichkeiten erhöhen. Psychiatrische Familienpflege ist zudem im besten Sinne ein »wirtschaftliches« Therapeutikum, welches in der Regel mit niedrigeren finanziellen Aufwendungen abgegolten werden kann als andere »Rund-um-die-Uhr-Angebote«. Psychiatrische Familienpflege ist ein Betreuungssetting, welches bezahltes bürgerschaftliches Engagement und professionelle Hilfe in Einklang bringt.

Der oft nicht beachtete und in seiner Wirkung nicht messbare Wert der Psychiatrischen Familienpflege ist die Alltagsintegration oft schwer psychisch Kranker in ein kleinzelliges Lebensumfeld in einer Gemeinde, welche häufig Nachahmungseffekte durch andere Familien zeitigt. Bei gelingender Integration der Gäste in die Gemeinde ist dies – eingedenk der langen Ausgrenzungsgeschichte psychisch Kranker – ein unschätzbare Entstigmatisierungseffekt. Dieser Effekt ereignet sich bereits dadurch, dass eine Vielzahl von potenziellen Gastfamilien im Vorfeld interviewt, aufgesucht und über die Besonderheiten psychisch Kranker informiert wird – auch wenn eine Zuordnung dann doch nicht zustande kommt, da ein »Passungsverhältnis« nicht gefunden werden kann.

Literaturangaben

- CAMPS L: Gezinsverpleging te Geel 1850–1965. Institutionele, organisatorische en economische Aspecten. Departement Geschiedenis, Faculteit van Wijsbegeerte Letteren, Katholieke Universiteit, Leuven, 1972
- DRESLER KD: Familien-Bande. Die Ravensburger Renaissance der Familienpflege – eine Einführung. *Soziale Psychiatrie*. 2005, 29: 4–5
- DUVAL J: Charité social. Gheel ou une colonie d'aliénés vivant en famille et en liberté: étude sur le patronage familiale appliqué au traitement des maladies mentales; avec une carte de la commune de Gheel. Paris, 1867
- GOLDSTEIN JL, GODEMONT MML: The Legend and Lessons of Geel, Belgium: A 1500-Year-Old Legend, a 21st-Century Model. *Community Mental Health Journal*. 2003, 39: 441–458
- HELD T: Psychiatrische Familienpflege. Ergebnisse einer elfjährigen, prospektiven Langzeitstudie. Stuttgart, 1989
- KONRAD M: Die Familiengeschichte der Gastfamilie als milieutherapeutischer Faktor in der Psychiatrischen Familienpflege. Diss. biol. hum., Universität Ulm, Ulm, 1992
- KONRAD M, SCHMIDT-MICHEL PO (Hg): Die zweite Familie. Psychiatrische Familienpflege. Geschichte – Praxis – Forschung. Bonn, 1993
- KÖSSINGER I, SCHMIDT-MICHEL PO: (1993) Ergebnisse zur Familienpflege – ein Literaturüberblick. In: KONRAD M et al.: Die zweite Familie, 114–121. Bonn
- KRÜGER M et al.: Stabile und instabile Betreuungsepisoden in psychiatrischer Familienpflege. Charakteristika von Gastfamilien und Patienten. In: STEINER B et al.: Katamnese-Studien in der Psychiatrie, 57–76. Göttingen, 1992
- KRÜGER M, KONRAD M, SCHMIDT-MICHEL PO: Ist die Integration chronisch psychisch Kranker in Gastfamilien in der modernen Gesellschaft möglich? *Medizin – Mensch – Gesellschaft*. 1988, 13: 11–20
- MATTHEUSSEN HG: Familienpflege Ende des 20. Jahrhunderts. In: BECKER J: Familienpflege in Europa. Betriebsleitung der Rheinischen Kliniken Bedburg-Hau, 40–43. Rosendaler Werkstätten, Hasselt, 1997
- MEIER M: Zur Dichotomie von Alltags- und Fachwissen. Die Psychiatrische Familienpflege Zürich in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. *Traverse*. 2003, 28: 79–92
- MELCHIAI S, ORBKE-LÜTKEMEIER E, SCHMIDT K: Betreutes Wohnen in Gastfamilien – Qualität ist eine Frage der Perspektive?! In: ORBKE-LÜTKEMEIER E: Betreutes Wohnen in Gastfamilien/Familienpflege. Bielefeld, 2002
- MÜLLER T: »Und das vermag allein die Familienpflege, die deswegen überall eingeführt werden muss [...]«. Die Anstalt Uchtspringe unter dem Direktorat von Konrad Alt. In: NISSEN G, HOLDORFF B: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für die Geschichte der Nervenheilkunde, Bd. 10, 141–156. Würzburg, 2004
- MÜLLER T: Community Spaces and Psychiatric Family Care in Belgium, France and Germany. A Comparative Study. In: TOPP L et al.: Madness, Architecture and the Built Environment: Psychiatric Spaces in Historical Context. London, 2006a
- MÜLLER T: Das Vorbild Gheel und die psychiatrische Familienpflege im 19. Jahrhundert. *Sozialpsychiatrische Informationen*. 2004, 34: 7–11

- MÜLLER T: Familien- und Gemeindepsychiatrie. In: BUCHHOLZ MB, Gödde G: Das Unbewusste – aktuelle Diskurse und neue Praxisfelder, Bd. 3. Gießen, 2006 b
- MÜLLER T: Jaromir von Mundys (1822–1894) Beitrag zur Debatte um die psychiatrische Familienpflege – und die Folgen. In: NISSEN G, HOLDORFF B: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für die Geschichte der Nervenheilkunde, Bd. 9, 179–196. Würzburg, 2003
- MÜLLER T: Les débuts du placement familial des aliénés en France et la visite du Docteur Paetz. Parcours croisés dans la psychiatrie du XIXème siècle. *Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences*. 2005, 3: 98–108
- MÜLLER T: Reisende Psychiater. Zum Transfer medizinischen Wissens unter europäischen Ärzten im späten 19. Jahrhundert. In: BAUERKÄMPER A et al.: Die Welt erfahren. Reisen als Kulturkontakt, 265–292. Frankfurt am Main, 2004
- NEUSCHLER E: A visit to Geel. A letter to the editors of the *Journal of Mental Science*; translated with remarks by John Sibbald. *J. Ment. Sc.* 1867 13: 20–43
- ORBKE-LÜTKEMEIER E (Hg): *Betreutes Wohnen in Gastfamilien/Familienpflege*. Bielefeld, 2002
- PÖRKSEN N: Modell Familienpflege. Können Gastfamilien psychiatrische Professionalität ersetzen? *Soziale Psychiatrie*. 2005, 29: 10–13
- ROOSENS E: *Geel, een unicum in de psychiatrie*. Antwerpen, Amsterdam, 1977
- ROTH B: Abenteuer mit offenem Ausgang – Familienpflege für junge Menschen mit psychischen Störungen. *Kerbe*. 2004, 2: 24–26
- ROTH B: Die Familienpflege für Jugendliche – 4 Jahre alt, (k)ein Wunderkind? In: *Betreutes Wohnen in Gastfamilien/Familienpflege*, 93–101. Bethel Beiträge 59, Bielefeld, 2002
- ROTH B: Familienpflege für seelisch schwer belastete junge Menschen. *Sozialpsychiatrische Informationen*. 2004, 34: 18–22
- ROTH B: Familienpflege für seelisch schwer belastete junge Menschen – Ein Jugendhilfeangebot in Deutschland. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie*. 2005, 2: 23–27
- SANS P: *Accueil et placement familial. Historique, diversité, difficultés, législation*. Paris, 1988
- SCHMIDT PO: Asylierung oder familiäre Versorgung. Die Vorträge auf der Sektion Psychiatrie der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte bis 1885, *Abhandlungen zur Geschichte d. Medizin u. d. Naturwissenschaften*, Heft 44, Husum, 1982
- SCHMIDT-MICHEL PO et al.: Forschungsergebnisse zur Psychiatrischen Familienpflege. In: KONRAD M et al., *Die 2te Familie*, 122–129. Bonn, 1993
- SCHMIDT-MICHEL PO et al.: Rehabilitationsverläufe in der psychiatrischen Familienpflege. *Nervenarzt*. 1992, 63: 34–41
- SCHMIDT-MICHEL PO, KONRAD M: Forschungsansätze und Theoriebildung in der psychiatrischen Familienpflege. In: REIMER F, *Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie*, 95–102. Berlin, Heidelberg, 1994
- SCHMIDT-MICHEL PO, KONRAD M: Akut-psychiatrische Versorgung in Gastfamilien: Erfahrungen aus den USA und Überlegungen zu Realisierungsmöglichkeiten in Deutschland. *Sozialpsychiatrische Informationen*. 2004, 34: 35–39

- SCHMIDT-MICHEL PO: Die psychiatrische Familienpflege der Anstalt Tapiau/Ostpreußen (1907–1940). *Psychiatrische Praxis*. 1992, 2: 46–51
- SCHMIDT-MICHEL PO: Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland. In: KONRAD M et al.: *Die 2te Familie*, 41–76. Bonn, 1993
- SCHMIDT-MICHEL PO: Research on psychiatric family foster care. In: WETSCH-BENQUÉ M et al., *Les interactions en accueil familial*, 113–120. Erès, Toulouse, 1993
- SCHÖNBERGER C, STOLZ P: *Betreutes Leben in Familien – Psychiatrische Familienpflege*. Ein Handbuch für die Praxis. *Psychosoziale Arbeitshilfen* 22. Bonn, 2003
- SCHÖNBERGER C: Die diskrete Arbeit der Transformation. Familienbiografische und sozialhistorische Einflüsse bei Gastfamilien der Psychiatrischen Familienpflege in einer ländlichen Region Ostdeutschlands. Diss. phil., Freie Univ., Berlin, 2004
- SOMMER K, DONDALSKI C, SCHMIDT T: Begleitetes Wohnen in Gastfamilien als lebenswerte Alternative für Menschen mit einer Alkoholdemenz. *Sozialpsychiatrische Informationen*. 2004, 34: 23–26
- STOLZ P: Psychiatrische Familienpflege – nur ein kostengünstiger Versorgungsbaustein? In: Fontane-Klinik Motzen, *10 Jahre Psychiatriereform in den neuen Bundesländern*. Professionelle, Psychiatrieerfahrene und Angehörige ziehen Bilanz, 56–64. Motzen, 2001
- TRAMER M: Zur Analyse der psychotherapeutischen Bedeutung der Familienpflege, Anstalt Rosegg, Solothurn. *Psychiatr.-Neurol. Wochenschrift*. 1928, 30: 321–324
- WIENBERG G: Gemeinschaft verwirklichen – Familienpflege ist ein wichtiger Beitrag zur Realisierung unserer Visionen – ein Grußwort. In: ORBKE-LÜTKEMEIER E: *Betreutes Wohnen in Gastfamilien/Familienpflege*. Bielefeld, 2002

Quelle

SCHMIDT-MICHEL PO: Psychiatrische Familienpflege – Betreutes Leben in Gastfamilien, in: BECKER, T., BAÜML, J., PITSCHEL-WALZ, G., WEIG, W.: *Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Konzepte, Interventionen und Perspektiven*. Köln, 2007

Anmerkungen

Der Beitrag wurde in enger Zusammenarbeit mit Reinhold Eisenhut, Richard Gerster, Michael Konrad, Thomas Müller und Barbara Roth erstellt. 2005 beschloss der »Fachausschuss Familienpflege« der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) die Umbenennung des Leistungstyps »Familienpflege« in »Betreutes Wohnen in Familien/Psychiatrische Familienpflege bzw. Familienpflege für Menschen mit geistiger Behinderung« und die Abkürzung BWF zu verwenden. Der Verfasser steht dieser Titulierung kritisch gegenüber, da sowohl die historischen Wurzeln der »Psychiatrische Familienpflege« verlassen werden, als auch der Kernbegriff dieser Betreuungsform »Gastfamilie« (ursprünglich »Fremdfamilienpflege«) aufgegeben wird.

Einleitung zum Symposium »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Störungen«

Niels Pörksen

Psychische Erkrankungen führen besonders häufig zu anhaltender Erwerbslosigkeit; das zeigen alle aktuellen Statistiken. Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen sind überwiegend ohne Arbeit und Beschäftigung. Bei einem großen Teil der Langzeitarbeitslosen mit komplexen Hilfebedarf liegen psychische Erkrankungen oder Suchterkrankungen vor, auch dann, wenn diese Erkrankungen kaum bekannt sind oder behandelt werden.

Dabei gilt: Es gibt nichts integrativeres als die Arbeit. Nur Arbeit schafft es, dass Zugehörigkeit zur Gesellschaft – also Teilhabe im engeren Sinne – realisiert wird (BENNET 1994). Diese Tatsache ist in der Psychiatriereform der Bundesrepublik lange vernachlässigt worden. Bei einer Untersuchung zu sechs blinden Flecken der Psychiatriereform ging es aus der Sicht der Betroffenen viermal um das Thema Arbeit (SCHERNUS 2001). Für den Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker steht die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung mit 70 % an der Spitze aller Forderungen, noch vor der Forderung nach besserer Behandlung und Nachsorge.

Die Bedeutung von Arbeit schildert die ehemalige Psychiatriepatientin Sybille Prins in ihrem Buch »Jetzt endlich lebe ich richtig« (PRINS 2005) in folgender Geschichte:

»Es war einmal ein Mann, der starb und sich an einem wunderschönen Ort wiederfand, umgeben von allem nur denkbaren Komfort. Ein Mann in weißem Jackett kam zu ihm und sagte: »Sie können alles haben, was Sie möchten; jede Speise, jede Freude und jede Art von Unterhaltung.«

Der Mann war hochofrend und kostete tagelang von allen Köstlichkeiten und Erfahrungen, von denen er auf der Erde geträumt hatte.

Aber eines Tages langweilte ihn all das und er rief den Aufseher zu sich und sagte zu ihm:

»Mich langweilt all das, ich brauche etwas zu tun. Was für eine Arbeit können Sie mir geben?«

Der Aufseher schüttelte traurig den Kopf und erwiderte: »Es tut mir leid, Herr. Das ist das Einzige, was wir nicht für Sie tun können. Hier gibt es keine Arbeit für Sie.«

Da sagte der Mann: »Na, klasse. Da könnte ich ja genau so gut in der Hölle sein!«

Der Aufseher sagte sanft: »Ja, was glauben Sie denn, wo Sie hier sind?«

So weit die kleine Geschichte. Sybille Prins an anderer Stelle: »Arbeit muss vielleicht nicht unbedingt sein: Aber erzwungenes Nichtstun ist eine enorme Qual. Es gibt da so eine pervertierte Form von Freiheit, wo man sich nirgendwo mehr betätigen kann, nirgendwo erwartet und gebraucht wird, es keine Anknüpfungspunkte für sinnvolle Tätigkeit gibt und alle Türen ins Nichts führen.«

Besser kann man kaum ausdrücken, was es für Menschen heißt – ob psychisch krank oder gesund – nicht am Arbeitsleben teilzuhaben.

Letzten Endes gilt:

Wer arbeitet erhält einen Lohn (mit oder ohne Subvention), hat eine selbstverständliche Tagesstruktur, ein Leben neben dem privaten und damit auch Arbeitskontakte, die sich von privaten oft erheblich unterscheiden, erfreulich oder ärgerlich sind – aber eben normal. Wer arbeitet, der wird gebraucht, wird erwartet und gehört dazu.

Wer nicht arbeitet erhält auch Geld, möglicherweise nicht viel weniger. Aber sie – oder er – hat keine selbstverständliche Tagesstruktur, wird nicht erwartet, hat keinen Grund, morgens aufzustehen, keine Anerkennung, keine selbstverständlichen Sozialkontakte. Beides – Tagesstruktur und Kontakte – muss ggf. über Eingliederungshilfe organisiert und teuer bezahlt werden; Suchterkrankungen oder Schulden kommen hinzu. Am Ende wird volkswirtschaftlich oft mehr für den ausgegeben, der nicht arbeitet als für den, der arbeitet.

In den Implementationsregionen unseres Projektes »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen« machen wir täglich konkrete Erfahrungen, die diese Einschätzungen bestätigen. Gleiches gilt nicht nur für den Personenkreis der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, sondern ebenso für die langzeitarbeitslosen ALG II Empfänger, mit deren Situation wir in den regionalen Arbeitsgruppen regelmäßig zu tun haben.

Im gleichnamigen Symposium stellen wir drei Best-Practice-Beispiele vor, die neuartige und interessante Wege zur Beschäftigung aufzeigen.

Literaturangaben

BENNET D: Beitrag auf dem sozialpsychiatrischen Weltkongress. Hamburg, 1994

PRINS S: Jetzt endlich lebe ich richtig. Neumünster, 2005

SCHERNUS R: Moderne Zeiten. Mögliches und Unmögliches in der Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen, 2001, 2: 33

Die Virtuelle WfbM in Saarbrücken

Kerstin Axt

Idee und Entstehung

Die Virtuelle Werkstatt ist ein Modellprojekt für psychisch behinderte Menschen im Stadtverband Saarbrücken. Die Laufzeit des zurzeit bundesweit einmaligen Modellprojekts beträgt fünf Jahre, Träger ist die Saarland Heilstätten GmbH (SHG). Die SHG ist ein großer Krankenhausträger im Saarland mit psychiatrischen Kliniken, Tageskliniken und einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke. Starttermin war der 01.08.2004.

Die Virtuelle Werkstatt entstand auf Anregung der damaligen saarländischen Ministerin für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales, Frau Dr. Görner.

Sie wollte für den Stadtverband Saarbrücken eine Werkstatt aufbauen, die ausschließlich Beschäftigung auf ausgelagerten Arbeitsplätzen anbietet, keine eigenen Produktionsstätten vorhält – eben eine virtuelle Werkstatt.

Aufnahme der psychisch behinderten Mitarbeiter

Die Werkstatt beschäftigt Menschen mit einer primär seelischen Behinderung. Sie stehen wegen Art und Schwere der Behinderung dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht, noch nicht oder noch nicht wieder zur Verfügung. Für die Aufnahme in die Virtuelle Werkstatt muss ihre Leistungsfähigkeit jedoch einem Fünftel der Leistungsfähigkeit eines voll Erwerbstätigen entsprechen. Das heißt, sie müssen mindestens zwei Stunden pro Tag arbeiten können. Alle Mitarbeiter erfüllen die Voraussetzungen gemäß § 53 SGB XII und haben Anspruch auf Eingliederungshilfe. Sie beziehen Rente, Grundsicherung, Sozialgeld. Stehen die Mitarbeiter im Leistungsbezug der Agentur für Arbeit oder der ARGE, erfolgt keine Aufnahme, denn sie gelten dann als erwerbsfähig.

Über die Aufnahme der Interessenten entscheidet ein Fachausschuss. Dieser begleitet auch die Durchführung des Modellprojekts und berät die Virtuelle Werkstatt.

Beschäftigung der Mitarbeiter auf virtuellen Arbeitsplätzen

Ziel des Projektes ist die Integration der seelisch behinderten Menschen in den Arbeitsalltag und die Sicherung einer dauerhaften Beschäftigung. Die Werkstatt bietet allen Mitarbeitern eine unbefristete Beschäftigung, sie können somit allmählich in einen normalen Arbeitsalltag hineinwachsen und sich vielleicht sogar so weit stabilisieren, dass eine Umwandlung eines virtuellen Arbeitsplatzes in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis möglich ist.

Die Arbeitsplätze, an denen die Mitarbeiter tätig sind, befinden sich ausschließlich in »normalen« Betrieben und Behörden des Stadtverbands Saarbrücken. Die Akquise und die Auswahl der Arbeitsplätze erfolgt direkt nach der Aufnahme. Die Werkstatt berücksichtigt hierbei Qualifikation, Fähigkeiten, Interessen, Berufserfahrung. So wird ein recht passgenauer Einsatz der Mitarbeiter erreicht: Eine Bürokauffrau arbeitet zum Beispiel im Bürobereich, ein gelernter Zootierpfleger in einem Zoofachgeschäft, ein Handwerker als Hausmeisterhelfer usw.

Die Tabellen 1 und 2 zeigen eine Auswahl der Berufsabschlüsse unserer Mitarbeiter bzw. ihrer Einsatzorte im Rahmen der Beschäftigung in der Virtuellen Werkstatt.

Tab. 1: Berufsabschlüsse der Mitarbeiter der Virtuellen Werkstatt

Berufsfeld	Berufsabschlüsse der Mitarbeiter der Virtuellen Werkstatt	
1. Handwerklich-technische Berufe	*Energieanlagenelektroniker	*Metzger
	*Raumausstatterin	*Kommunikationselektroniker
	*Lacklaborant	*Schlosser
	*Landschaftsbauer	*Autoelektriker
	*Jungbergmann	*Dreherin
2. Dienstleistung und kaufmännische Berufe	*Polizist	*Verwaltungsfachangestellte
	*Bankkaufmann	*Bürokauffrau
	*Dipl.-Wirtschaftsingenieur	*Steuerfachgehilfin
	*Fremdsprachensekretärin	*EDV-Kaufmann
	*Industriekauffrau	
3. Gesundheitlich-soziale Berufe	*Hauswirtschafterin	*Zahnarzthelferin
	*Kinderpflegerin	*Apothekenhelferin
	*Krankenpflegehelfer	*Kosmetikerin

Tab. 2: Einsatzorte der Mitarbeiter der Virtuellen Werkstatt

Einsatzorte der Mitarbeiter der Virtuellen Werkstatt

*Museum	*Physiotherapie-Praxis	*Friedhof
*Reha-Klinik	*Reiterhof	*Gewerkschaft
*Tierpark	*Fortbildungszentrum	*Bibliothek
*Archiv	*Schülerhilfe	*Berufsfachschule
*Gymnasium	*Krankenhaus	*Druckerei
*Naturkostladen	*Ökumenische Sozialstation	*Amtsgericht
*Gemeinde	*Gärtnerei	*Ambulantes Dienstleistungszentrum
*Lackiererei	*Altenheim	*Pfarramt
*Bauamt	*Zootierhandlung	*Anwaltskanzlei
*Handelskette	*Autoteilehersteller	*Kurierdienst

Die Mitarbeiter arbeiten durchschnittlich drei bis vier Stunden täglich entsprechend ihren Fähigkeiten und ihrem Leistungsvermögen. Vollzeitarbeit ist nicht erforderlich. Die Arbeitgeber profitieren von der hohen Motivation der behinderten Mitarbeiter und davon, dass die Angestellten nach individueller Ausbildung und Fähigkeit auf den Arbeitsplätzen eingesetzt werden. Aufgrund der krankheitsbedingten Leistungseinschränkungen ersetzen die behinderten Menschen an den Einsatzorten keine regulären Arbeitskräfte, sind aber dem Beschäftigungsgeber durchaus eine Hilfe. Nach bisherigen Erfahrungen nehmen unsere Mitarbeiter ihr Beschäftigungsverhältnis sehr ernst, identifizieren sich schnell mit »ihrem Betrieb«, oft unterstützt durch eigene Dienstkleidung, eigene Zeiterfassung, Teilnahme an Betriebsausflügen usw. Sie sind täglich an ihrem Arbeitsplatz und müssen in der Lage sein, ihn selbstständig zu erreichen.

Nach einem Praktikum von mindestens vier Wochen wird gemeinsam über die Weiterbeschäftigung am ausgewählten Arbeitsplatz entschieden. Sind der Mitarbeiter und der Beschäftigungsgeber einverstanden, wird ein Vertrag zwischen allen Beteiligten geschlossen. Der Mitarbeiter befindet sich in einem arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis, der Virtuellen Werkstatt obliegt das Direktionsrecht. Die Mitarbeiter werden durch unsere Fachkräfte auf eine geeignete Beschäftigung vorbereitet und am Arbeitsplatz so intensiv wie notwendig betreut. Besonders in der Einarbeitungsphase ist eine enge Begleitung wichtig, sie kann je nach Bedarf täglich stattfinden. Ebenso leistet die Werkstatt die erforderlichen Hilfen zur Bewältigung psychischer Krisen, und natürlich berät und unterstützt sie den Beschäftigungsgeber.

Finanzierung

Die Mitarbeiter verdienen, je nach Arbeitsleistung, monatlich zwischen 100 und 250 Euro. Ist der Arbeitgeber mit der Leistung des Mitarbeiters zufrieden und wird eine wirtschaftlich verwertbare Arbeit erbracht, soll der Beschäftigungsgeber sich an der Vergütung beteiligen bzw. sie übernehmen. Nach ca. sechs Monaten tritt die Virtuelle Werkstatt diesbezüglich mit dem Beschäftigungsgeber in Verhandlung.

Die Finanzierung der Werkstatt erfolgt ausschließlich durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Die Werkstatt verfügt nicht über einen Eingangs- und Berufsbildungsbereich, somit beteiligen sich Agentur für Arbeit und Rentenversicherungsträger nicht an den Kosten. Für die Personal- und Sachkosten steht ein Tagessatz zur Verfügung.

Die Arbeitsentgelte werden zurzeit durch einen Zuschuss aus Mitteln der Ausgleichsabgabe finanziert.

Die Virtuelle Werkstatt gilt als sonstige Beschäftigungsstätte im Sinne des § 56 SGB XII.

Die Mitarbeiter sind, wie in einer anderen Werkstatt für behinderte Menschen auch, kranken-, renten- und pflegeversichert.

Erste Rückmeldungen und aktueller Stand

Die Rückmeldung der seelisch behinderten Menschen über das Projekt ist durchweg positiv. Sie sind sehr froh, in Beschäftigung zu sein, eine Tagesstruktur zu haben, gebraucht zu werden. Auch die Zusammenarbeit mit gesunden Kollegen sowie die Möglichkeit von Teilzeitbeschäftigung werden von den behinderten Menschen positiv bewertet.

Die meisten Mitarbeiter sind deutlich weniger krank als vorher und seltener in stationärer Behandlung.

Oliver W. beschreibt es so: »Bislang musste ich in die Tagesklinik, um mich zu stabilisieren, jetzt übernimmt mein Job diese Aufgabe.«

Anke K. berichtet über ihren virtuellen Arbeitsplatz: »Das passt optimal, hier stimmt alles, auch das Arbeitsklima. In eine Behindertenwerkstatt wäre ich nicht gegangen.«

Zurzeit beschäftigt die Werkstatt 47 psychisch behinderte Mitarbeiter.

Die bis Mai 2009 vorgesehenen 60 Plätze werden voraussichtlich bereits Anfang 2006 besetzt sein, denn die Nachfrage ist groß.

Räume und Personalisierung

Die Werkstatt besteht nur aus vier Räumen. Sie dienen der Verwaltung, Organisation, Beratung und Vorbereitung der Beschäftigung. Das Personal der Virtuellen Werkstatt setzt sich zurzeit aus drei Betreuern (Ausbildung als Arbeitstrainer bzw. Ergotherapeut), einer fachlichen Leitung und einer Verwaltungsangestellten halbtags zusammen.

Ausblick

Die Virtuelle Werkstatt ersetzt selbstverständlich keine anerkannte Werkstatt. Die »klassische Werkstatt« wird weiterhin erforderlich sein. Die Virtuelle Werkstatt ist jedoch für viele seelisch behinderte Menschen eine richtige und wichtige Alternative.

Bleibt zu hoffen, dass das Projekt nach Ablauf der Modellphase im Mai 2009 weiterbesteht und Nachahmer findet, dass Leistungsträger, Politik und Verwaltung nicht nur die damit verbundenen Kosten, sondern den großen Nutzen für die betroffenen Menschen sehen.

Rehabilitation am Arbeitsplatz: Füngeling Router in Erftstadt/Köln

Monika Labruier

Ziele des Projektes

Das Ziel des Füngeling Router Projekt ist, alternative Beschäftigungs- und Arbeitsangebote für behinderte Menschen zu schaffen, die aufgrund ihrer Lernbeeinträchtigung einen besonderen Unterstützungsrahmen benötigen und heute kaum bis keine Chance auf eine berufliche Integration haben. Der Fokus des Projektes liegt auf einfachen Helfertätigkeiten und Nischenarbeitsplätzen. Im Mai 2004 startete das Füngeling Router Projekt als eingetragener Verein. Der Verein ist alleiniger Gesellschafter der Füngeling Router gGmbH, die im August 2004 den ersten schwer behinderten Mitarbeiter einstellte und im Mai 2005 als Integrationsunternehmen anerkannt wurde.

Als Modellprojekt wird das Füngeling Router Projekt finanziell gefördert durch die Stiftung des Landes NRW für Soziales (Stiftung Wohlfahrtspflege), die Regionaldirektion Düsseldorf, das Integrationsamt Köln und die Kämpgen Stiftung.

Das Füngeling Router Projekt versteht sich als Koordinations- und Vernetzungsstelle. Gemeinsam mit Partnerunternehmen der regionalen Wirtschaft werden mittel- bis langfristige Arbeitseinsätze mit den beteiligten Wirtschaftsunternehmen entwickelt und aufgebaut. Die Füngeling Router gGmbH mit den Betriebsbereichen Unternehmensberatung, betriebliche Qualifizierung, Werkverträge und integrative Arbeitnehmerüberlassung bildet hierbei das Kernstück des Projektes. Flankiert und ergänzt werden die innerbetrieblichen Ansätze durch eine flankierende persönliche Schulung und Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch über den Arbeitsalltag hinaus.

In Zusammenarbeit mit der Füngeling Industriegruppe sollen im Laufe der Projektphase, die im April 2007 endet, bis zu 30 Arbeitsplätze für junge Menschen in den unterschiedlichen Betriebsbereichen des Unternehmens entstehen. Weitere 20–30 Arbeitsplätze sollen in regionalen Kooperationsunternehmen aufgebaut werden.

Die Unternehmensbereiche der Industriegruppe Füngeling sind vielfältig: Palettenbau, Garten- und Landschaftspflege, Forstwirtschaft, Baustoffe,

Waschstraße und Logistik. In allen Bereichen gibt es einfache Tätigkeiten, die gelernte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nur ungern und damit auch oft nachlässig durchführen. Die bisherigen, zum Teil langjährigen Erfahrungen zeigen, dass diese Arbeiten aber von angelernten Menschen mit Handicap auch auf Dauer verlässlich ausgeführt werden. Diese Erfahrungen einerseits und die Erkenntnis, dass junge Menschen mit Schwerbehinderung heute noch immer nach einer überbetrieblichen Berufsvorbereitung/Qualifizierung oft kaum Chancen auf eine berufliche Integration haben, waren die Auslöser für das Füngeling Router Projekt.

Neue Kooperationsunternehmen können heute am konkreten Beispiel der Füngeling Industrie Gruppe und einigen anderen Kooperationsunternehmen erkennen, welchen Nutzen sie als Unternehmen von der beruflichen Integration behinderter Menschen haben.

Erfahrungen

Die bisherigen Erfahrungen zeigen deutlich, dass auch Menschen mit starken Lernschwierigkeiten in der Lage sind, sich weiterzuentwickeln und zu lernen, wenn die aufnehmenden Unternehmen die nötige Unterstützung erfahren. Entscheidend für den Lernerfolg ist weiterhin die Lernmotivation und die adäquate Didaktik und Form der Präsentation der Lerninhalte. Nur unternehmensnahe Lernfelder können stark lernbeeinträchtigte Menschen darin unterstützen, ihren beruflichen Platz in der allgemeinen Arbeitswelt und somit innerhalb der Gesellschaft zu finden.

Integrative Beschäftigung könnte für viele Menschen zu einem alternativen Beschäftigungsangebot werden, wenn die

- Beratung und Unterstützung der Unternehmen langfristig und bedarfsgerecht erfolgt;
- kontinuierliche, individuelle Personalentwicklung die Einsatzmöglichkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erweitert;
- individuelle Verhaltensauffälligkeiten, die zur Reibung im Unternehmen oder gar zur Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses führen könnten, frühzeitig und konsequent angesprochen und bearbeitet werden;
- Qualifizierung für die betrieblichen Tätigkeiten im und bei Bedarf auch außerhalb des Unternehmens erfolgen kann;
- individuelle Lernmotivation ausreichend vorhanden ist;
- Bezahlung ausschließlich leistungsgerecht erfolgt;
- unbürokratische Finanzierung aller flankierenden Maßnahmen, die zum

Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses erforderlich sind, gesichert ist.
(Schulung, Assistenz, Einzelberatung, etc.)

Das Füngeling Router Konzept Modellprojekt für die berufliche und soziale Integration von jungen Menschen mit Behinderung

Das Füngeling Router Projekt entwickelt gemeinsam mit Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes integrative Beschäftigungsmöglichkeiten für junge Menschen mit Behinderung. Füngeling Router berät Unternehmen und behinderte Menschen. In Kooperation mit Partnern bei sozialen Unternehmen vernetzen wir Bestehendes in den Bereichen Bildung, Freizeit und Wohnen, entwickeln Modelle und setzen Impulse für bedarfsgerechte Angebote.

Die in Werkstätten für Menschen mit Behinderung Beschäftigten haben häufig einen sehr hohen und kostenintensiven Unterstützungsbedarf. Ihre Produktivität ist verhältnismäßig gering. Im Gegensatz hierzu werden Erwerbstätige im allgemeinen Arbeitsmarkt in der Regel nur beschäftigt, wenn ihre Produktivität sehr hoch ist und sie keinen bzw. kaum Unterstützungsbedarf haben. Bei schwer behinderten Erwerbstätigen, die im allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden, kann gegebenenfalls durch staatliche Förderungen eine individuell vorliegende, geringere Produktivität ausglich werden.

Füngeling Router entwickelt Beschäftigungsformen zwischen der herkömmlichen WfbM und dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Beschäftigungsmodule zielen auf die integrative Beschäftigung von behinderten Menschen im allgemeinen Arbeitsmarkt hin. In Abhängigkeit von Produktivität und individuellem Unterstützungsbedarf können die behinderten Menschen in den verschiedenen Beschäftigungsmodulen tätig sein. Neben der Unterrichtung über finanzielle Anreize zur Beschäftigung von behinderten Menschen, sieht Füngeling Router in der kontinuierlichen und bedarfsgerechten Begleitung und Unterstützung der Unternehmen seine vordringliche Aufgabe.

Wichtige Grundsätze für die Beschäftigung von behinderten Menschen mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf

- Die Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entspringt dem Wunsch des behinderten Menschen.
- Das Unternehmen hat einen objektiven Nutzen von der Beschäftigung. Behinderte Menschen sind meist hoch motiviert und außerordentlich zu-

verlässig. Die Transaktionskosten für das Unternehmen sind überschaubar. Die Kosten für das Unternehmen liegen maximal in Höhe dessen, was von dem behinderten Mensch erwirtschaftet werden kann.

- Die Beschäftigung wird flankiert von bedarfsgerechten Beratungsangeboten und Schulungsangeboten für das Unternehmen und den behinderten Menschen.
- Enge Kooperation mit den zuständigen PartnerInnen des IFD



Abb. 1: Die verschiedenen Beschäftigungsmodule im Einzelnen

Modul A: WfbM – Betreutes Arbeiten in Unternehmen

Behinderte Menschen, die nicht den engen Betreuungsrahmen der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) benötigen, können auch bei geringer Produktivität im Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes beschäftigt werden. Dies wird möglich, wenn sich die behinderten Menschen die Tätigkeit in einem Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes wünschen und gleichzeitig ein Unternehmen gefunden wird, für das dieses Beschäftigungsverhältnis nützlich ist. Die Beschäftigten sind zunächst weit davon entfernt, einen im jeweiligen Bereich geltenden Mindestlohn zu erwirtschaften.

In der Einarbeitungsphase ist die Unterstützung intensiver und erfolgt bei Bedarf durch Arbeitsassistenten. Begleitet werden diese Beschäftigungsverhältnisse von wöchentlichen, zweiwöchentlichen oder monatlichen Schulungen, deren Ziel es ist, die persönliche, fachliche und soziale Kompetenz des Beschäftigten zu verbessern. Darüber hinaus dienen diese Fortbildungen dem Aufbau und der Verbesserung von tragfähigen sozialen Beziehungsnetzen in den Bereichen Freizeit, Wohnen, Partnerschaft, usw.

Die Beschäftigten in diesem Modul behalten als ausgelagerte Werkstattplätze den sozialversicherungsrechtlichen Status des WfbM-Mitarbeiters. Sie erhalten wie in der WfbM einen Mindestlohn, der erhöht wird bis zur Höhe des Betrags, den das Partnerunternehmen für die geleistete Arbeit zahlt.

Das »betreute Arbeiten in Unternehmen« ist konzipiert als Dienstleistungsangebot für behinderte Menschen und Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes. Es soll den behinderten Menschen in Bezug auf seinen Beschäftigungsort größere Wahlmöglichkeiten einräumen. Als Dienstleistungsunternehmen übernimmt die Füngeling Router gGmbH die Durchführung dieses Angebotes der Kölner Werkstätten. Für die Kostenträger entfallen hohe Investitions- und Betriebskosten, da das »betreute Arbeiten in Unternehmen« über keine eigene Betriebsflächen verfügt. Die Betreuungs- und Anleitungskosten sind auf Dauer niedriger, da die Betriebe im Laufe der Zeit einen Teil dieser Aufgaben übernehmen können. Die Akquise von Produktionsaufträgen (wie in der herkömmliche WfbM) wird ersetzt durch die Akquise möglichst wohnortnaher Unternehmen, die bereit sind, einem behinderten Menschen gemäß seiner Fähigkeiten und Neigungen eine dauerhafte Beschäftigungsperspektive zu eröffnen. Die Netto-Lohnkosten werden im günstigen Fall komplett von den Unternehmen übernommen.

Da die in diesem Modul Beschäftigten auf Dauer voll erwerbsgemindert sind, d. h. auf Dauer nicht in der Lage sind, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mehr als drei Stunden erwerbstätig zu sein, bestreiten sie analog zu den Beschäftigten in der herkömmlichen WfbM meist ihren Lebensunterhalt aus ihrem Lohn und den Leistungen der Grundsicherung (SGB XII). Durch die enge Vernetzung des »betreutes Arbeiten in Unternehmen« mit den weiteren Modulen der Füngeling Router gGmbH kann sich der Übergang in die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung fließend gestalten.

Modul B: »Fit für Arbeit«

Das betriebliche Qualifizierungsprojekt »Fit für Arbeit« entwickelte sich in enger Zusammenarbeit mit der Arbeitsagentur Köln sowie dem BMGS-Förderprogramm, Jobs ohne Barrieren. Wie schon an anderer Stelle aufgeführt, ist die berufliche Integration von jungen Menschen mit Schwerbehinderung/Lernbeeinträchtigung gekennzeichnet durch starke Brüche in den verschiedenen Übergängen. Eine der größten Bruchstellen bildet der Übergang aus der überbetrieblichen Berufsvorbereitung/Qualifizierung ins konkrete Berufsleben. An dieser Stelle setzt die betriebliche Qualifizierung »Fit für Arbeit« an:

Während des einjährigen Modellprojektes (01.09.2005 bis 31.08.2006) lernen zehn junge Menschen mit Schwerbehinderung/Lernbeeinträchtigung in Partnerunternehmen der Wirtschaftsregionen Köln und dem Rhein-Erft-Kreis. Dieser Qualifizierung geht die Beratung des jeweiligen Partnerunternehmens voraus, das sich schon im Vorfeld festlegt, nach erfolgreichem Abschluss der Qualifizierung dem Teilnehmer eine Arbeitsmöglichkeit im Unternehmen zu geben. Die Einstellung kann über das Partnerunternehmen direkt oder über die Füngeling Router gGmbH erfolgen. Nach einer Arbeitserprobung (Praktikum) von bis zu vier Wochen übernimmt das Partnerunternehmen teilnehmerbezogene Kosten der Qualifizierungsmaßnahme »Fit für Arbeit« in Höhe von 500 Euro monatlich. Die Teilnehmer erhalten eine monatliche Vergütung von 350 Euro und werden über die Füngeling Router gGmbH (Maßnahmeträger) sozialversicherungspflichtig angemeldet. Die Qualifizierungs-, Betreuungs- und Beratungskosten werden über das BMGS-Förderprogramm, Jobs ohne Barrieren, getragen.

<p>Beschäftigung im Integrationsunternehmen</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Qualifizierung<ul style="list-style-type: none">➤ Praktikum/Arbeitserprobung➤ Betriebliche Qualifizierung (TM)➤ Betriebliche Berufsvorbereitung (BvB)➤ »Fit für Arbeit«➤ Arbeitsverhältnis<ul style="list-style-type: none">➤ Probearbeitsverhältnis➤ Einsatz im Rahmen von Werkverträgen➤ Arbeitnehmerüberlassung (AÜ) <p>in Kooperation mit dem Verbund der Kölner WfbM*</p> <ul style="list-style-type: none">➤ »Betreutes Arbeiten in Unternehmen«<ul style="list-style-type: none">➤ Qualifizierung und Beschäftigung (ausgelagerte WfbM-Plätze) Kooperation WfbM – Unternehmen <p>* Kölner Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM): Gemeinnützige Werkstätten Köln GmbH, Alexianer Service Betriebe, Caritas Werkstätten Köln, SBK-Werkstätten</p>	
--	---

Abb. 2: Beschäftigung

Modul C: Beschäftigung im Rahmen von Werkverträgen

Die Füngeling Router gGmbH schließt mit Kooperationsunternehmen langfristige Werkverträge ab. Unter betrieblicher Anleitung werden behinderte Menschen zur Erfüllung dieser Werkverträge eingesetzt. Der Lohn für diesen Personenkreis entspricht dem, was sie erwirtschaften können. Die Produktivität der Beschäftigten dieses Moduls ist so hoch, dass sie meist aus diesem Lohn ihren Lebensunterhalt bestreiten können. Behinderte Menschen, die

in diesem Modul eingesetzt werden, können ihre Leistungsfähigkeit noch steigern. Wenn diese optimal entwickelt ist und zugleich eine hohe Selbstständigkeit und »betriebstaugliche«, kommunikative Kompetenz entwickelt wurde, können diese im Rahmen der integrativen Arbeitnehmerüberlassung bei Partnerunternehmen weiter ausgebaut werden.

Modul D: Beschäftigung im Bereich der Arbeitnehmerüberlassung

Sehr selbstständige und leistungsfähige behinderte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden im Rahmen der Arbeitnehmerüberlassung der Füngeling Router gmbH bei Unternehmen eingesetzt. Ziel der integrativen Arbeitnehmerüberlassung bleibt die dauerhafte Beschäftigung unmittelbar im Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes. Die integrative Arbeitnehmerüberlassung erfolgt unbefristet, wobei die Übernahme durch die Partnerunternehmen gewünscht ist. Die Arbeitnehmerüberlassung ermöglicht den Unternehmen den Einsatz behinderter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne die direkte Übernahme der gesamten Arbeitgeberpflichten.

Auch im Falle der Übernahme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch das Partnerunternehmen bestehen die Beratungsangebote der Füngeling Router gmbH für die Unternehmen weiter. Diese werden im Rahmen von Beratungshonoraren verrechnet.

Praktika und Qualifizierungen

Die Füngeling Router gmbH bietet in ihren unterschiedlichen Modulen die Möglichkeit zur betrieblichen Arbeitserprobung, zu Praktika und zu betrieblichen Qualifizierungsmaßnahmen.

Beratungsspektrum

Das Füngeling Router Projekt berät und begleitet Unternehmen, die behinderte Menschen beruflich integrieren wollen. Es berät die Vorgesetzten und KollegInnen von behinderten Menschen. Es besteht eine enge Kooperation mit den Integrationsfachdiensten.

Darüber hinaus werden junge behinderte Menschen in ihren betrieblichen und persönlichen Belangen beraten und unterstützt. Bestehende Angebote in den Bereichen Freizeit, Wohnen und Bildung werden vernetzt und gegebenenfalls werden in Kooperation mit Partnern aus dem Sozialbereich



Abb. 3: Beratung

Impulse für ergänzende, bedarfsgerechte Angebote gegeben. Im Bereich der Freizeitangebote entsteht zurzeit in Kooperation mit der Caritas Köln, der Lebenshilfe Köln und der Mülheimer Selbsthilfe e. V. im rechtsrheinischen Köln ein erstes offenes Freizeitangebot für behinderte Menschen ab 16 Jahre.



Abb. 4: Aufbau

Schulungsspektrum

Um den betrieblichen und lebenspraktischen Anforderungen gerecht zu werden, müssen Menschen mit Lernschwierigkeiten darin unterstützt werden, sich unterschiedliche Lernfelder zu erschließen. Um in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes bestehen zu können, müssen sowohl fachliche Fähigkeiten wie auch Schlüsselqualifikationen erworben, trainiert und ge-

festigt werden. Ziel ist in hohem Maße die Schulung des Wahrnehmungsvermögens, der Anpassungsfähigkeit und der Flexibilität.

Die individuelle fachliche Anleitung und Schulung muss sich an den konkreten Erfordernissen des jeweiligen Arbeitsplatzes ausrichten. Im geeigneten Bereich platziert, sollte vor Ort sowie ergänzend in anderen Schul- und Lehrräumen für die jeweiligen Tätigkeiten qualifiziert werden. Dies setzt voraus, dass die Anlerntätigkeiten in ihre Teile zerlegt, die Lernanforderungen für kleine Arbeitsschritte festgelegt und die individuell erforderlichen Qualifizierungsprozesse eingeleitet werden. Bei Veränderungen des Arbeits- oder Einsatzfeldes müssen flexibel Anpassungsfortbildungen greifen können.

Die Hamburger Arbeitsassistentin hat mit ihrer Seminarreihe »kukuk – Kommunikation und Konfliktbewältigung und Kooperation« zentrale Themenbereiche des Arbeitslebens aufgegriffen und einen methodisch-didaktischen Weg beschrieben, wie Menschen mit Lernschwierigkeiten Schlüsselqualifikationen erwerben und trainieren können. Es sind übergeordnete Kompetenzen wie Teamfähigkeit, Flexibilität, Verantwortungsbewusstsein, Kooperations- und Konfliktfähigkeit, die darüber entscheiden, ob Menschen mit Lernschwierigkeiten eine dauerhafte Beschäftigung in Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes finden können.

Menschen mit Lernschwierigkeiten benötigen, um in Unternehmen bestehen zu können, dauerhaft adäquate Beratungs- und Lernangebote, die gleichzeitig die behinderungsbedingten Einschränkungen wie auch die betrieblichen Erfordernisse berücksichtigen.

A.I.N. - Arbeit im Netzwerk: Kooperationsarbeitsplätze in Hamburg

Michael Schweiger

Ausgangssituation

Vor dem Hintergrund der steigenden Anforderungen im Arbeitsleben bei gleichzeitig abnehmenden Arbeitsplatzangeboten erscheint die berufliche Integration von benachteiligten Personen einmal mehr als eine besondere Herausforderung für die handelnden Akteure: Leistungsträger, Professionelle und Profis in eigener Sache/Betroffene.

Die notwendige und ausdifferenzierte Leistungsstruktur im Rahmen der beruflichen Rehabilitation sieht sich im Spannungsfeld von Kostendruck, Wettbewerb und Arbeitsmarktorientierung unter einem ständigen Legitimationszwang, gleichzeitig verkürzt die aktuelle Sozialgesetzgebung die Halbwertzeiten von Ansprüchen und Leistungen z. T. erheblich. Dies zugrunde gelegt müssen zielgruppenspezifische arbeitsmarktliche Projekte schlank, temporär, zielorientiert auf die Arbeitsintegration und nicht zuletzt nachhaltig ausgerichtet sein. In der täglichen Praxis hat sich jedoch gezeigt, dass das vorhandene Spektrum an Eingliederungshilfen für in besonderer Weise betroffene Menschen mit einer psychischen Erkrankung nur bedingt adäquate Fördermöglichkeiten vorhält. Es mangelt an speziellen Angeboten für diejenigen Menschen, die zur beruflichen Teilhabe behinderungsbedingt einen besonders niedrighschwelligen Einstieg benötigen, sowohl im Hinblick auf die Arbeitszeit als auch in Bezug auf die mit der Tätigkeit verbundenen Anforderungen.

Personenzentriertes Handlungsverständnis

Wie ein solcher niedrighschwelliger Einstieg zeitlich und inhaltlich zu gestalten ist, lässt sich nicht allgemein, sondern nur unter Berücksichtigung des Einzelfalls festlegen. Denn aus den unterschiedlichen Bedürfnissen und Fähigkeiten der einzelnen Personen ergeben sich zum Teil sehr unterschiedliche Integrationsvoraussetzungen und -hemmnisse. Diesen gilt es bei der Gestaltung der beruflichen Integration Rechnung zu tragen. Je stärker die individuelle Ausgangssituation der TeilnehmerInnen im Rahmen der Eingliederung berücksichtigt wird, desto gezielter kann den Betroffenen der für

sie angemessene Weg zurück in Arbeit gewiesen und dadurch die Gefahr des Scheiterns reduziert werden.

An diesem Punkt setzt das Projekt Arbeit im Netzwerk an: Die Maßnahmenkonzeption basiert auf einem personenzentrierten Ansatz, d. h. im Mittelpunkt steht der einzelne Mensch. Ausgehend von seinem persönlichen Leistungsvermögen, seiner Erwerbsbiografie und seinem Fähigkeitsprofil wird für ihn der berufliche Wiedereinstieg über eine Arbeitsgelegenheit im Sinne des § 16 Absatz 3 SGB II geplant, vorbereitet und begleitet. Hieraus ergeben sich für die TeilnehmerInnen ganz individuelle, ihrem Niveau entsprechende Beschäftigungsperspektiven.

Nach der zugrunde liegenden Philosophie ist bei der Vermittlung in Arbeit nicht der Mensch das Mittel zum Zweck (um die Arbeitsgelegenheit zu besetzen), sondern die Arbeitsgelegenheit dient als Mittel zum Zweck (um der Person mit psychischer Beeinträchtigung eine berufliche Perspektive zu eröffnen).

An dieser Maxime orientieren sich die Arbeitsweise der ARINET GmbH sowie die Auswahl der Arbeitsgelegenheiten.

Inhalt der Maßnahme

Neben den o. g. in direktem Kontext zu den Arbeitsgelegenheiten im Sinne des § 16 Abs. 3 SGB II stehenden Beratungs-, Vermittlungs- und Betreuungsleistungen werden die TeilnehmerInnen vom Maßnahmenträger mit zusätzlichen Leistungen im Hinblick auf ihre berufliche Integration unterstützt:

- innerbetriebliche Belastungserprobungen
- individuelle Kurzzeitqualifizierungen
- Unterstützung bei der Erstellung von Bewerbungsunterlagen
- gezieltes Bewerbungstraining
- individuelle Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Arbeits- und/oder Ausbildungsplatz
- Beratung in Bezug auf Arbeitsaufnahme
- Job-Coaching nach der Arbeitsaufnahme
- Beratung bei der Beantragung von Maßnahmen und finanziellen Förderungen zur beruflichen Wiedereingliederung.

Bei den bereitgestellten Arbeitsgelegenheiten handelt es sich um Kooperationsarbeitsplätze, die von Partnern aus dem Netzwerk – vorwiegend von zielgruppennahen Unternehmen aus dem medizinischen und sozialen Bereich

sowie von Integrationsbetrieben und Werkstätten – vorgehalten werden. Es sind ausschließlich speziell zu diesem Zweck zusätzlich geschaffene Arbeitsplätze, deren inhaltliche und zeitliche Ausgestaltung im Einzelfall individuell abgestimmt wird.

Das Spektrum möglicher Einsatzbereiche der TeilnehmerInnen umfasst sowohl kaufmännische und gewerbliche als auch sozial ausgerichtete Tätigkeiten. Details hinsichtlich der von den verschiedenen Kooperationspartnern zur Verfügung gestellten Arbeitsgelegenheiten ergeben sich aus den jeweiligen Verpflichtungserklärungen.

Die praktische Arbeitserprobung der TeilnehmerInnen im Betrieb wird ergänzt durch eine Reihe flankierender Qualifizierungsmaßnahmen. Diese beinhalten grundsätzlich ein begleitendes Einzelcoaching durch einen Case-Manager sowie verschiedene Gruppenangebote:

- Erstellen von Bewerbungsunterlagen
- Selbstpräsentation (insbesondere in Vorstellungsgesprächen)
- Rhetorisches Training
- Telefon-Training
- EDV-Kurse (Internet-Recherche, Word, Excel, Outlook)
- Umgang mit Konfliktsituationen (insbesondere am Arbeitsplatz)
- Soziales Lernen: Gemeinsames Reflektieren von Arbeitserfahrungen/-zusammenhängen

Auf der Grundlage des in der ersten Phase für die TeilnehmerInnen ermittelten persönlichen Fähigkeitsprofils erfolgt eine entsprechende Auswahl und Gewichtung der durchzuführenden Qualifizierungsmaßnahmen durch den Case-Manager.

Ziel der Maßnahme

Ziel der beschriebenen Maßnahme ist es, Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen den Wiedereinstieg in Arbeit zu erleichtern. Mit der Wahrnehmung einer Arbeitsgelegenheit wird ihnen auf eine bisher nicht vorhandene Weise die Möglichkeit gegeben, ihrer behinderungsbedingten Einschränkungen zum Trotz eine berufliche Teilhabe zu realisieren.

Die Maßnahme bietet den TeilnehmerInnen einen geschützten Weg in Arbeit, mit dem Ziel, sich in einem strukturierten Arbeitsumfeld zu stabilisieren und dahingehend zu entwickeln, dass sie in der Lage sind, Anschlussperspektiven auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wahrnehmen zu können.

Da die Maßnahme die Möglichkeit bietet, den Einstieg in den Arbeitsmarkt ganz individuell und niedrigschwellig zu realisieren, erhalten hierdurch auch diejenigen Menschen eine berufliche Perspektive, die auf anderen Wegen bisher an den vorhandenen Anforderungen und Eintrittsbarrieren gescheitert sind. Mit ihrer Konzeption – personenzentrierter Ansatz in Verbindung mit niedrigschwelligem Einstieg – stellt die Maßnahme ein in dieser Form neues, zusätzliches Instrument der beruflichen Integration dar. Sie bildet somit eine sinnvolle Ergänzung des bestehenden Portfolios an Eingliederungshilfen für psychisch kranke Menschen. Das Netz für besonders benachteiligte Zielgruppen wird in diesem Sinne enger geknüpft.

Erfolg der Maßnahme

Der Erfolg der Maßnahme als Ganzes ergibt sich aus der Addition der jeweiligen Einzelerfolge der TeilnehmerInnen. Der individuelle Erfolg bestimmt sich durch den Grad des Fortschritts, den die/der Einzelne im Hinblick auf ihren/seinen Wiedereinstieg in den allgemeinen Arbeitsmarkt während der Förderdauer erzielt hat. Ein solcher Fortschritt kann sich z. B. in der Erreichung nachfolgender Teilziel manifestieren:

Verbesserung der individuellen Voraussetzungen für die Rückkehr in den Arbeitsmarkt mittels:

- Stabilisierung in einer Arbeitsgelegenheit im Rahmen der zum Zeitpunkt der Maßnahme gegebenen individuellen Möglichkeiten
- Stabilisierung in einer Arbeitsgelegenheit bei vollem zeitlichen Umfang (30 Std./Wo.)
- Übergang von der Maßnahme in ein reguläres sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis

Sofern keine Übernahme im Betrieb erfolgt, steht dem innerhalb der ARGE zuständigen Fall-Manager nach Abschluss der Maßnahme ein aussagefähiges Profil als Basis zur zielgerichteten weiteren Gestaltung der Arbeitsintegration zur Verfügung.

Der individuelle Teilnehmererfolg wird im Laufe der Maßnahme im Detail dokumentiert, sodass für jede/n TeilnehmerIn am Ende des Förderzeitraums ein ausführlicher abschließender Bericht vorliegt, inkl. eines individuellen Eingliederungsplans. In diesem Verständnis eignet sich die Integrationsmaßnahme auch zur grundsätzliche Diagnostik zur Feststellung der Arbeits-/Beschäftigungsfähigkeit an der Schwelle (3 Std./Tag).

Einführung in das Symposium »Ambulante Komplexleistung: Behandlung und Rehabilitation unter Einschluss von Soziotherapie, häusliche psychiatrische Krankenpflege und Ergotherapie«

Jörg Holke

Das Fehlen ambulanter Komplexleistungen ist das zentrale Hindernis für die Verwirklichung des fachlich und sozialrechtlich gebotenen Vorrangs ambulanter gegenüber stationärer und teilstationärer Behandlung und Rehabilitation. Zu diesem Ergebnis kam das BMG-geförderte Projekt »Personalbemessung im komplementären Bereich psychiatrischer Versorgung« (BMG 1999).

Entsprechend dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell wirkt sich psychische Erkrankung im biologischen Bereich, im subjektiven Erleben und im sozialen Verhalten aus. Zwischen diesen drei Ebenen bestehen Wechselwirkungen.

Psychiatrische Behandlung und Rehabilitation ist diesem Verständnis entsprechend ebenfalls mehrdimensional auszurichten, das heißt sie muss methodisch kombiniert und in vielen Fällen multiprofessionell erbracht werden.

Das genannte Krankheitsverständnis und die Ausrichtung an multiprofessioneller abgestimmter Behandlung liegen auch der Psych-PV zugrunde. In der amtlichen Begründung zu § 5 Psych-PV (KUNZE & KALTENBACH 2005) heißt es:

»Im Rahmen des ärztlich verordneten Behandlungsplanes benötigen alle Patienten in unterschiedlichem Umfang diagnostische und therapeutische Angebote, insbesondere ärztliche Diagnostik und Therapie, Krankenpflege, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie.«

Im Vergleich mit den in der Psych-PV benannten Behandlungsformen fiel auf, dass im ambulanten Bereich folgende Möglichkeiten weitgehend fehlten:

1. psychiatrische Krankenpflege,
2. Soziotherapie
3. Ergotherapie und
4. integrierte Behandlung- und Rehabilitationsplanung unter starker Einbeziehung des Patienten sowie Abstimmung zur Verbindung additiver Leistungen zu ambulanten Komplexleistungen.

Zudem wird im Anschluss an die Krankenhausbehandlung ein weitergehender Rehabilitationsbedarf überwiegend in den Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Eingliederungshilfe) gesehen. Entsprechend wurde bzw. wird in der Regel in solche Angebote (Tagesstätten, Betreutes Wohnen, Wohnheime) übergeleitet. In Einzelfällen wurde eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme oder einer stationären medizinischen Rehabilitation gekoppelt mit beruflicher Rehabilitation im Rahmen der Empfehlungsvereinbarung für die Rehabilitation Psychisch Kranker (RPK) vorgeschlagen.

Ambulante medizinischen Rehabilitation wurde in der Regel weder beantragt noch existierten entsprechende Angebote. Dass hier ein Bedarf besteht und Angebote in diese Richtung praktisch umsetzbar sind, zeigt der Beitrag von Irmgard Beyer in diesem Tagungsband.

Um das volle Spektrum der psychiatrischen Krankenhausbehandlung auch ambulant erbringen zu können und jede Chance zur Vermeidung von Krankenhausbehandlung zu nutzen, war es erforderlich, ambulante Behandlungsmöglichkeiten zu stärken.

Die ambulante psychiatrische Krankenpflege im Rahmen des gesetzlichen Anspruchs auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V war bereits modellhaft erprobt worden. Nach systematischer Auswertung (AKTION PSYCHISCH KRANKE 1999) mit dem Ergebnis einer positiven fachlichen Einschätzung aller Beteiligten setzte sich das Bundesministerium für Gesundheit dafür ein, dass ambulante psychiatrische Krankenpflege eine Regelleistung wird und forderte eine diesbezügliche Erweiterung der Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege ein. Diese Initiative führte im Jahr 2005 zu einer entsprechenden Fortschreibung der Richtlinien. Wie dem Beitrag von Wolfgang Faulbaum-Decke zu entnehmen ist, haben sich mit der Einführung der Richtlinien eine Vielzahl von Umsetzungsproblemen ergeben. Im gesamten Bundesgebiet kommt die Umsetzung nur sehr schleppend voran, von einer flächendeckenden Versorgung kann nicht die Rede sein.

Bezüglich der Soziotherapie war eine gesetzliche Regelung erforderlich. Diese erfolgte im Rahmen der Gesundheitsreform 2000. Die Auswertung vorheriger modellhaften Erprobung hatte zu einer äußerst positiven Einschätzung geführt. Die Erstellung von Richtlinien durch den Bundesausschuss und der Durchführungsempfehlungen der Krankenkassen verzögerte sich und waren in Teilen restriktiv formuliert. Nicht nur in der Folge war auch seitens der Ärzte und der Leistungserbringer ein zögerliches Umsetzungsverhalten festzustellen. Aufgrund der Umsetzungsprobleme sprachen sich sowohl der Bundestag als auch die Bundesgesundheitsministerin Schmidt

für eine Evaluierung aus und wurden vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen unterstützt. Die Ergebnisse der Evaluation und Empfehlungen zur weiteren Umsetzung sind dem Beitrag von Ulrich Krüger in diesem Band zu entnehmen.

Ein noch weitergehendes Schattendasein im Bereich der ambulanten Behandlung außerhalb der Institutsambulanzen fristet die ambulante Ergotherapie. Nur in wenigen Regionen wird die Ergotherapie in ambulanten Praxen gezielt und konzeptionell verankert für die Zielgruppe angeboten. Frau Angela Döring zeigt in ihrem Beitrag auf, was Ergotherapie in der Sozialpsychiatrie leisten kann und welche ambulanten Möglichkeiten schon existieren.

Literaturangaben

- AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.: Gutachten Ambulante Psychiatrische Behandlungspflege; Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 121. Baden-Baden 1999
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Band I: Bericht, Band II: Ambulante Komplexleistungen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 116. Baden-Baden 1999
- KUNZE H, KALTENBACH L (Hg.): Psychiatrie-Personalverordnung, 5. Auflage, Stuttgart-Berlin-Köln, 2005, 167

Ergebnisse der Evaluation Soziotherapie

Ulrich Krüger

Einführung

Mit der Einführung der Soziotherapie für chronisch psychisch kranke Menschen in § 37 a SGB V durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 ist vielfachen und langjährigen Forderungen aus der Fachwelt Rechnung getragen worden. Die Auswertung einer vorherigen modellhaften Erprobung hatte sowohl hinsichtlich der Behandlungsergebnisse sowie hinsichtlich der Einsparpotenziale zu einer äußerst positiven Einschätzung geführt (MELCHINGER 1998). Gleichzeitig wurden vor und nach Beschluss des Gesetzes Befürchtungen geäußert, dass Soziotherapie die gesetzten Ziele nicht erreichen und zu inakzeptablen Kostensteigerungen führen könnte. Die Erstellung und Verabschiedung der Richtlinien gemäß § 73 a SGB V und der Begutachtungsempfehlungen gemäß § 132 b SGB V erforderte mehr Zeit als erhofft. In der vom Bundestag am 04.07.2002 mit großer Mehrheit verabschiedeten Entschließung »25 Jahre Psychiatrie-Reform – Verstetigung und Entwicklung« heißt es:

»In den am 01.01.2002 in Kraft getretenen Richtlinien zur Soziotherapie ist der anspruchsberechtigte Personenkreis restriktiv definiert. Es ist fraglich, ob in der jetzigen Form die Soziotherapie den ursprünglichen Anspruch erfüllen kann, integrierter Bestandteil eines komplexen ambulanten Hilfeangebots zu sein und schwer kranke Patienten bei der Inanspruchnahme ihnen zustehender ambulanter Hilfen zu unterstützen. Soziotherapie darf keine weitere isolierte Einzelleistung darstellen. Der Deutsche Bundestag fordert eine Evaluierung der Umsetzung der Richtlinien von unabhängiger Seite, um eine erfahrungsorientierte Fortschreibung der Regelungen sicherzustellen.«

Die Forderung einer Evaluierung entsprach auch einem Vorschlag von Bundesgesundheitsministerin Schmidt und wurde vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen unterstützt.

Der Gesetzgeber beschreibt in § 37 a SGB V den Begriff ›Soziotherapie‹ wie folgt:

»Die Soziotherapie umfasst im Rahmen des Absatzes 2 die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme.«

In der amtlichen Begründung zu § 5 Psych-PV Begriff Soziotherapie heißt es dagegen erläuternd:

»Als Soziotherapie werden in diesem Zusammenhang alle handlungsorientierten Einflussnahmen auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld verstanden.« (KUNZE & KALTENBACH 2005)

Letztlich werden beide Leistungsaspekte im ambulanten Bereich ebenso dringend benötigt wie im Bereich der Krankenhausbehandlung: Planung (inklusive Hinführung) und Koordination einerseits sowie ›handlungsorientierte Einflussnahme‹ andererseits.

Bei Menschen mit chronisch-rezidivierenden psychischen Erkrankungen sind Veränderungen im Behandlungsbedarf die Regel. Sowohl hinsichtlich der Intensität als auch bezüglich der methodischen Priorisierung der pharmakologischen, psychotherapeutischen, pflegerischen, ergo-, bewegungs- und soziotherapeutische Behandlung sowie der medizinischen Rehabilitation und sonstiger Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sind keine diagnosebezogenen Standardlösungen möglich. Stattdessen muss einzelfallbezogen unter Berücksichtigung der jeweiligen Behandlungsbereitschaft des Patienten der effektivste Behandlungsweg herausgefunden und herbeigeführt werden. Diese Aufgabe ist bei der Erbringung von Komplexleistungsprogrammen nicht allein vom behandelnden Psychiater zu bewältigen.

Erfahrungen bei der Implementation von Soziotherapie

1. Bei der Einführung der Soziotherapie hat es erhebliche Verzögerungen gegeben. Der § 37 a SGB V trat am 1. Januar 2000 in Kraft. Die ›Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132 b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie‹ wurden am 29. November 2001 beschlossen. Die gesetzlich vorgegebenen ›Richtlinien zur Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung‹ wurden vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen am 23.08.2001 beschlossen und traten am 01.01.2002 in Kraft.
2. In der Folge wurden nur vereinzelt Anträge auf Anerkennung als Leistungserbringer für Soziotherapie gestellt. Die Bearbeitung der gestellten Anträge zog sich häufig über Monate hin.
3. Ein Haupthindernis bei der bedarfsgerechten Versorgung mit ambulanter Soziotherapie war das Fehlen zur soziotherapeutischen Leistungser-

bringung zugelassener Dienste und persönlich anerkannter Leistungserbringer. Dabei erwiesen sich die Anforderungen der »Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132 b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie« an die Berufserfahrung als besondere Hürde: Selbst langjährige Berufserfahrung in der Psychiatrie reichte nicht aus, sofern sie sich nicht auf den ambulanten und stationären Versorgungsbereich bezog. Die Anforderungen an den Nachweis spezifischer persönlicher Qualifikation und räumlicher Voraussetzungen schreckten darüber hinaus auch geeignete Leistungserbringer von der Einleitung eines Anerkennungsverfahrens ab. In zwei Rahmenverträgen auf Landesebene wurden die Anforderungen an die persönlich zur Leistungserbringung berechtigten Personen für eine Übergangszeit abgesenkt.

4. In den »Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen ...« wird der Abschluss eines Vertrages mit einem Leistungserbringer an die Voraussetzung geknüpft, dass spätestens ein Jahr nach Vertragsabschluss Soziotherapie hauptberuflich ausgeübt wird. Diese Vorgabe hat die Implementation wesentlich verzögert und behindert. Sie ist fachlich, organisatorisch und wirtschaftlich kontraproduktiv: Soziotherapie sollte für eine effiziente Leistungserbringung grundsätzlich nicht in der Organisationsform Einzelpraxis, sondern durch Dienste und Einrichtungen angeboten werden, die bereits als Leistungserbringer in den Gemeindepsychiatrischen Verbund integriert sind. Einzelpraxen sind zu instabil und notwendig diskontinuierlich im Angebot und zu wenig eingebunden in gemeindepsychiatrische Verbundstrukturen. Die Praxissituation beinhaltet darüber hinaus eine verstärkte Tendenz zur Leistungsausweitung.
5. In Rheinland-Pfalz ist zwischen der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege und den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene ein »Rahmenvertrag über die einheitliche Versorgung mit Leistungen der Soziotherapie gemäß § 37 a SGB V in Rheinland-Pfalz« geschlossen worden, der am 1.11.2002 in Kraft trat und in der Folge die Diskussion in anderen Ländern stark beeinflusst hat. In Rheinland-Pfalz verbreitete sich die ambulante Soziotherapie daraufhin zügig. Mit 79 zur soziotherapeutischen Behandlung anerkannten Diensten und Einrichtungen mit 375 persönlich zugelassenen Leistungserbringern verfügt das Land über das bevölkerungsbezogen dichteste Versorgungsnetz. Die Vernetzung der Leistungserbringer von Soziotherapie mit Gemeindepsychiatrischen

Verbänden wurde vollständig realisiert. Die individuelle Zielerreichung wird positiv bewertet. Im zweiten Jahr der soziotherapeutischen Leistungserbringung (2004) kam es bereits zu keinem wesentlichen Zuwachs mehr. Aktuell ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Seitens der Leistungserbringer wird ein hoher Aufwand bei der Antragstellung und der Berichterstattung beklagt.

6. Im Saarland wurde 2003 ein Rahmenvertrag nach dem Muster Rheinland-Pfalz geschlossen. Mit fünf zugelassenen Diensten kann schrittweise eine flächendeckende Versorgung mit ambulanter Soziotherapie erreicht werden.
7. In Baden-Württemberg sind durch Rahmenvertrag auf Landesebene Sozialpsychiatrische Dienste zur soziotherapeutischen Behandlung berechtigt worden. Dieselben Dienste wurden zuvor von den Krankenkassen anteilig finanziert. Diese pauschale Anteilsfinanzierung wurde vor Einführung der Soziotherapie gestrichen. Dies hat zwar die Einführung von Soziotherapie beschleunigt, da die Dienste frei gewordene Personalkapazitäten einsetzen konnten und wollten. Teilweise ist dadurch jedoch nur eine bisher einrichtungsbezogene Finanzierung durch eine einzelfall- und leistungsbezogene Finanzierung ersetzt worden. Es gibt 79 anerkannte Dienste mit ca. 300 persönlich zugelassenen Leistungserbringern. Soziotherapie wird in allen Kreisen angeboten, der Umfang differiert regional stark.
8. Die bisher geleistete soziotherapeutische Behandlung fand fast ausschließlich in Rheinland-Pfalz, Saarland und Baden-Württemberg statt. In allen anderen Ländern fehlen zum Ende des Jahres 2004 soziotherapeutische Leistungserbringer noch vollständig oder weitgehend.
9. Die Erwartungen hinsichtlich der Kostenfolgen der Einführung der ambulanten Soziotherapie sind bei weitem nicht eingetreten:
Im Gesetzgebungsverfahren zur »GKV-Gesundheitsreform 2000« wurde die sich aus der Einführung ambulanter Soziotherapie ergebende Mehrbelastung für die gesetzlichen Krankenkassen
 - für das Jahr 2000 auf ca. 125 Mio. DM und
 - für das Jahr 2001 auf max. 250 Mio. DM (rd. 128 Mio. Euro) geschätzt (Deutscher Bundestag)Tatsächlich betragen die Ausgaben im Jahr 2004 1,9 Mio. Euro und damit ca. 1,5 % der geschätzten maximalen Aufwendungen.
10. Die genannten Aufwendungen sind nicht mit Mehrkosten gleichzusetzen:

- In Baden-Württemberg und Bayern wurde vor der Berechtigung der Sozial-psychiatrischen Dienste zur Erbringung ambulanter Soziotherapie die pauschale anteilige Finanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste durch die Krankenkassen beendet. Noch ist nicht klar, ob in Baden-Württemberg die Aufwendungen der Krankenkassen für Soziotherapie die Höhe des fortgefallenen Zuschusses für die Sozialpsychiatrischen Dienste übersteigen. Nur in diesem Fall könnte von Mehraufwendungen gesprochen werden. In Berlin ist vor Einführung der Soziotherapie die Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten des Betreuten Wohnens eingestellt worden.
 - In fast allen Fällen war Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausbehandlung als Aufgabe der soziotherapeutischen Behandlung gestellt, allenfalls in vereinzelt Fällen Ersatz erforderlicher Krankenhausbehandlung, die sich nicht realisieren lässt. Die Einsparungen im Bereich der Krankenhausbehandlung müssten demnach gegen gerechnet werden. Eine Bilanzierung der Einsparungen durch den Abbau der Pauschalfinanzierung und der Aufwendungen für Soziotherapie ist mit den verfügbaren Daten nicht möglich.
11. In Bayern wurde ein Rahmenvertrag nach dem Muster Baden-Württembergs abgeschlossen. Auch hier wurden zuvor Pauschalzuwendungen der Krankenkassen an die Sozialpsychiatrischen Dienste gestrichen. Der Umfang der Leistungserbringung ist noch gering (erst seit kurzem zwölf Leistungserbringer im ganzen Land). Auch ohne konkrete Datenangaben kann daher vermutet werden, dass die Aufwendungen für Soziotherapie unter den früheren Aufwendungen für die Pauschalfinanzierung liegen.
 12. In folgenden Ländern gibt es gleich lautende Einzelverträge mit einzelnen Leistungserbringern (Anzahl in der Klammer): Berlin (13), Hessen (7), Bremen (5), Thüringen (3), Mecklenburg-Vorpommern (2), Hamburg (1). Von einem flächendeckenden Angebot kann angesichts der geringen Zahl berechtigter Leistungserbringer keine Rede sein. Die Anzahl der Behandlungen ist (noch) gering.
 13. Eine Bilanzierung der Kostenwirkungen von Soziotherapie unter Berücksichtigung der Einsparungen durch Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausbehandlung kann mit den verfügbaren Daten nicht vorgenommen werden. Offenbar versuchen die Krankenkassen, Kosten überwiegend durch maßnahmebezogenes Sparen zu steuern und verhalten sich gegenüber der neuen Leistung Soziotherapie oft restriktiv.

Eine übergreifende Sicht auf maßnahmeübergreifende Kostenwirkungen sowie empirische Grundlagen zu deren Bewertung fehlen.

14. Es sind weit überwiegend juristische Personen als Leistungserbringer zugelassen. Dabei handelt es sich in der Regel um Dienste und Einrichtungen, die auch andere sozialpsychiatrische Leistungen erbringen. Dies führte zu positiven Synergieeffekten.
15. Zahlreiche zur Verordnung von Soziotherapie ermächtigte Ärzte beklagten einen zu hohen administrativen Aufwand im Zusammenhang mit der Antragstellung und eine zu geringe Vergütung der Kooperation mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer. Die Initiative zur Verordnung von Soziotherapie ging zumeist von den soziotherapeutischen Leistungserbringern aus.
16. Aus Sicht der Leistungserbringer erschwerte der Aufwand im Zusammenhang mit der Antragstellung und Antragsprüfung den zügigen Zugang zu erforderlichen soziotherapeutischen Leistungen und die Erreichung des Ziels der Vermeidung von Krankenhausbehandlung.
17. Der bis zur Antragstellung verfügbare Zeitrahmen von fünf Stunden reichte für die Erstellung eines Antrags mit einem mit dem Versicherten und dem behandelnden Psychiater abgestimmten soziotherapeutischen Behandlungsplan bei komplexem Hilfebedarf und krankheitsbedingt eingeschränkter Behandlungsbereitschaft oft nicht aus.
18. Die Vergütungen für soziotherapeutische Leistungen liegen zwischen 28 Euro/Std. (Thüringen) und 44,90 Euro/Std. (Bremen). In Baden-Württemberg (39 Euro/Std.) werden zusätzliche Pauschalbeträge zum Maßnahmebeginn (80 Euro) und zur 60. und 90. Stunde (45 Euro) gezahlt. In Berlin sind Erfolgsprämien (4 Euro/Std.) vorgesehen, wenn das Ziel der Krankenhausvermeidung für einen vereinbarten Zeitraum erreicht wird. Hinzu kommen in vielen Fällen Vergütungen für Fahrtkosten.
19. Die Vergütungen werden von den Leistungserbringern als nicht kostendeckend bezeichnet, insbesondere in der Phase der Betreuungsplanung und der Antragstellung. Die Leistungserbringung sei bisher nur durch Quersubventionierung aus anderen Leistungsbereichen möglich gewesen.

Fünf Jahre nach Inkrafttreten des Anspruchs auf ambulante ST ist es der Selbstverwaltung in den meisten Ländern noch nicht gelungen, die LE auch nur annähernd angemessen und gleichmäßig sicherzustellen. Die auf der Bundesebene von den zuständigen Gremien zu erarbeitenden

Richtlinien wurden verzögert verabschiedet und sind inhaltlich sowie bezüglich der organisatorischen Vorgaben teilweise fehlsteuernd. Auf regionaler Ebene ist die Implementation nur dort – zumindest partiell – realisiert worden, wo die Verantwortlichen Akteure – GKV, Vertragsärzte, und Leistungserbringer – sich gemeinsam aktiv und kooperativ eingebracht haben.

Bewertung der Implementation und Empfehlungen

1. Die geringe Anzahl soziotherapeutischen Leistungserbringer und die Höhe der Aufwendungen für Soziotherapie zeigen, dass eine flächendeckende Versorgung bei weitem noch nicht erreicht ist. Der Ausbau des Angebots ist dringend geboten.
2. Die Leistungserbringung sollte stärker auf die stützende therapeutische Begleitung bei der Koordination eines leistungserbringerübergreifenden Behandlungs- und Rehabilitationsprogramms (Komplexleistungsprogramm) fokussiert werden.
3. Die Indikation zur Soziotherapie ist im Einzelfall immer dann gegeben, wenn die koordinierende therapeutische Begleitung bei einem Komplexleistungsprogramm zur Erreichung der Zielsetzung – Verkürzung oder Vermeidung von Krankenhausbehandlung – aufgrund der besonderen Problemlage notwendig ist.
4. Dazu müssen neben Diagnose und Symptomatik die Probleme und Fähigkeiten des Patienten in Relation zu seinen Lebensverhältnissen zusammenhängend betrachtet und bewertet werden. (Diagnoseziffern und Skalen sagen allein wenig aus.)
5. Die Aufstellung und Präzisierung eines integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans muss prozesshaft mit zunehmender Präzisierung von Problemlagen, Zielen und Hilfen erfolgen. Insbesondere bei sehr schweren Störungen kann die Erarbeitung von konkreten Zielen und Vorgehensweisen viel Zeit erfordern. Die »probatorische Phase« zu Beginn der Behandlung ist in solchen Fällen angemessen zu verlängern.
6. Die Antragstellung sollte unbürokratisch möglich sein und die Entscheidung unverzüglich getroffen werden. Die Bewilligung kann gestuft erfolgen mit jeweils angemessenen Leistungszahlen und Zeiträumen bis zum Folgeantrag.
7. Die Leistung sollte grundsätzlich nicht durch Einzelpraxen, sondern durch qualifizierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einer in der Region

auch andere sozialpsychiatrische Angebote vorhaltenden Einrichtung erbracht werden. Dabei soll die koordinierende Begleitung weitestgehend in personaler Kontinuität erfolgen. Die Einrichtung/der Dienst muss eine qualifizierte Leistungserbringung jederzeit sicherstellen können und verbindlich in den regionalen Gemeindepsychiatrischen Verbund integriert sein.

8. Institutsambulanzen an psychiatrischen Kliniken und Abteilungen sollten sowohl zur Verordnung als auch zur Erbringung von ambulanter Soziotherapie i. S. der Soziotherapie-Richtlinien berechtigt werden. Doppelfinanzierungen durch parallele Vergütung der ambulanten Soziotherapie und soziotherapeutischer Leistungen im Rahmen der über eine Quartalspauschale vergütete Gesamtleistung sind dabei auszuschließen.
9. Die verzögerte Implementation lag nicht an mangelnder Wirksamkeit von Soziotherapie. Diese wurde schon vor Jahren empirisch nachgewiesen und wird von den seitdem mit Soziotherapie selbst arbeitenden oder zusammenarbeitenden Fachleuten bestätigt. – Sie lag vor allem an den umsetzungsbehindernden Richtlinien des Bundesausschusses und Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und an der deutlichen Zurückhaltung der Krankenkassen vor Ort, Soziotherapie einzuführen (mit großen regionalen Unterschieden).
10. Im § 37 a SGB V sollte die Koordinationsaufgabe des Soziotherapeuten auf rehabilitative und nichtpsychiatrische Hilfen explizit erweitert werden.
11. Die Anforderungen an persönlich benannte Leistungserbringer für Soziotherapie sind teilweise zu hoch. Das Verfahren zur Anerkennung ist zu aufwendig. Die Anforderungen sollten angepasst, das Verfahren entbürokratisiert und beschleunigt werden.
12. Der Weg bis zum Zustandekommen erforderlicher Soziotherapie ist zu aufwendig und muss entbürokratisiert werden. Die Verordnung muss auch für Institutsambulanzen und für Ärzte von Sozialpsychiatrischen Diensten ermöglicht werden.
13. Die Indikationskriterien für Soziotherapie in den Richtlinien sind z. T. widersprüchlich, ausgrenzend und fehlleitend und sollten überarbeitet werden.
14. Die Steuerung sollte nicht vorwiegend über die Zugangskontrolle, sondern über die Ergebniskontrolle erfolgen.
15. Die Finanzierung der Leistungseinheiten muss die Qualifikationsanforderungen und die tariflichen Rahmenbedingungen ebenso berücksichtigen

wie Wegezeiten, Fahrtkosten, indirekt klientenbezogene Arbeitszeiten und die vorgeschriebene Fortbildung und Supervision (Unterfinanzierung und erforderliche Quersubventionierung aus anderen Leistungsbe-
reichen waren eines der entscheidenden Implementationshindernisse). Eine Entgeltvereinbarung auf Landesebene ist anzustreben.

16. Soziotherapie sollte zur Unterstützung des Klienten bei der Aufstellung und zur Begleitung der Umsetzung von Persönlichen Budgets einbezogen werden.
17. Die Weiterentwicklung der Umsetzung von Soziotherapie in den Ländern und Kommunen sollte vom BMGS durch jährliche Umfragen in den Ländern mit nachfolgender Bewertung und Zusammenstellung für den Gesetzgeber im Sinne der »Lernenden Gesetzgebung« gefördert werden. Der Gesetzgeber sollte prüfen, ob die Implementation durch ökonomische Anreize für Krankenkassen oder Krankenhäuser ressourcensparend gesteuert werden sollte. Der Bundesausschuss und die Krankenkassen sollten um eine Überarbeitung der Richtlinien gebeten werden.

Literaturangaben

DEUTSCHER BUNDESTAG: Bundestags-Drucksache 14/1245, 1999, S. 127

KUNZE H, KALTENBACH L (Hg.): Psychiatrie-Personalverordnung, 5. Auflage, Stuttgart-Berlin-Köln, 2005, 167

MELCHINGER H: Ambulante Soziotherapie. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 115. Baden-Baden, 1998

Anmerkung

Die Auflistungen sind entnommen aus:

AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.: Evaluation der Umsetzung des § 37 a SGB V (Soziotherapie). Unveröffentlichter Projektbericht. Bonn, 2005

Ergotherapie in der psychiatrischen Versorgung

Angela Döring

Ergotherapie ist neben anderen Therapieformen ein sozialtherapeutisches Behandlungsverfahren und integraler Bestandteil der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung.

Der Deutsche Verband der Ergotherapeuten (DVE) definiert Ergotherapie wie folgt:

»Ergotherapie begleitet, unterstützt und befähigt Menschen jeden Alters, die in ihren alltäglichen Fähigkeiten eingeschränkt oder von Einschränkungen bedroht sind, für sie bedeutungsvolle Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer Umwelt durchführen zu können. Ziel der Ergotherapie ist es, durch den Einsatz von Aktivitäten, Betätigung und Umweltanpassung dem Menschen eine größtmögliche Handlungsfähigkeit im Alltag, Lebensqualität und gesellschaftliche Partizipation zu ermöglichen.« (DVE 2005)

Das Ziel der Ergotherapie ist also die (Wieder-)Gewinnung, Förderung und Erhaltung von Handlungsfähigkeiten im Alltag, in der Selbstversorgung, im Beruf und in der Freizeitgestaltung.

In der Ergotherapie kommen

- handwerkliche/gestalterische Techniken
 - kognitive Trainingsverfahren
 - lebenspraktische Aufgaben
 - kommunikative und wahrnehmungsfördernde Maßnahmen
- zur Anwendung.

In einer ersten differenzierten ergotherapeutischen Befunderhebung (Erstgespräch, teilnehmende Beobachtung, spezielle Befundungsinstrumente) werden alle Hintergrundinformationen einbezogen. Danach werden gemeinsam mit dem Patienten für ihn relevante Ziele erarbeitet, ein Behandlungsplan erstellt und entsprechende Behandlungsmethoden, -medien und -mittel ausgewählt.

Während des therapeutischen Prozesses müssen Ziele, Behandlungsplan und Behandlungsmethoden ständig überprüft und den Fähigkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten angepasst werden.

Auf der Basis der ärztlichen Verordnung – sowohl im klinischen, als auch im ambulanten Bereich – strukturieren ErgotherapeutInnen eigenver-

antwortlich den Prozess der Behandlung. Sie geben gezielt Anleitung u. a. für den häuslichen und beruflichen Alltag und unterstützen die Schritte zur Selbstständigkeit.

Nach der ergotherapeutischen Befunderhebung durch verschiedene Diagnostikinstrumentarien (wie z. B. MOHO-Assessments, COPM, MELBA, Lübecker Fähigkeitsprofil, Ergo-ASS) wird gemeinsam mit dem Patienten eine Zielhierarchie festgelegt und z. B. als Erstes die Grundarbeitsfähigkeiten trainiert. Es sollte aber auch sehr bald, noch während des stationären Settings, das soziale Umfeld mit einbezogen werden und die »Nachbehandlung« angebahnt werden. Die Lebenszielplanung des Patienten muss in diesem Prozess Berücksichtigung finden. Der/die Ergotherapeut/in kann zum/r »Wegbegleiter/in« werden. Es muss besprochen und geplant werden, wo der Weg hinführen soll. Möglichkeiten der Rehabilitation, Ausbildung, Vorbereitungen zur beruflichen Wiedereingliederung, Alltagsbewältigung, Freizeit etc. müssen geklärt und erste Kontakte zu weiterbehandelnden KollegInnen hergestellt werden, damit der – noch nicht vollständig stabilisierte – Patient auch dort ankommen und seinen »Weg« ohne Unterbrechung fortsetzen kann.

Ergotherapie wird in allen Bereichen der psychiatrischen Versorgung angeboten. Bisher erfolgte die Behandlung überwiegend in stationären und teilstationären Institutionen. Seit den immer kürzer werdenden Liegezeiten/Verweildauern wird sie auch ambulant angeboten. Zu den kurzen Verweildauern ist die ambulante ergotherapeutische Behandlung eine gute Alternative. Die ambulante Versorgung erfolgt in Praxen, in Institutsambulanzen der Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und vergleichbaren Einrichtungen, die ergotherapeutische Leistungen als Dienstleistungen anbieten dürfen und deshalb direkt mit den Krankenkassen abrechnen.

Ergotherapie ist ein anerkanntes Heilmittel und die Regelungen für die Versorgungsbereiche der gesetzlichen Krankenkassen sind im Sozialgesetzbuch (SGB) V festgeschrieben. Der Deutsche Verband der Ergotherapeuten (DVE) hat einen Indikationskatalog Ergotherapie erstellt, in dem die Heilmittelrichtlinien nach § 92 und die Rahmenempfehlungen nach § 125 SGB V mit der Leistungsbeschreibung Ergotherapie beschrieben sind (DVE 2004).

Durch die Deckelung des Heilmittelbudgets wird die ambulante ergotherapeutische Behandlung jedoch mehr und mehr erschwert.

Andererseits hat das Bundesgesundheitsministerium zur Verwirklichung der Vernetzung der klinischen und ambulanten Behandlung die sog. Integrierte Versorgung implementiert. Hierdurch wird die Möglichkeit geschaffen, dem Patienten einen »Partner« zur Seite zu stellen, der die einzelnen

»Behandlungsstationen« des Patienten im Blick behält und koordiniert. Hier muss sich die Ergotherapie noch weiter etablieren, die einzelnen Angebote von Kliniken, Tageskliniken, Tagesstätten, RPKs, Berufliche Trainingszentren, Berufsbildungsbereiche, Integrationsfirmen und ergotherapeutischen Praxen müssen noch besser vernetzt werden.

So kann z. B. nach der Akutbehandlung im Krankenhaus, in der die Ressourcen bezüglich der Grundarbeitsfähigkeiten verbessert oder wieder hergestellt wurden, die Lebensplanung des Patienten z. B. in einer Tagesklinik, Institutsambulanz oder ergotherapeutischen Praxis konkretisiert werden. Neben der einer stärker psychotherapeutisch orientierten Aufarbeitung der Probleme über die ausdruckszentrierte Methode der Ergotherapie – immer bezogen auf das Alltagsgeschehen – kann eine Arbeitsdiagnostik abklären, was der Patient weiterhin für Hilfen und Unterstützung für seine Lebensplanung, einschließlich seinem Alltagsleben und seiner Freizeit braucht. Dann muss bzw. kann gemeinsam mit dem Patienten überlegt werden, wie er seine Ziele zu seiner Zufriedenheit verwirklichen kann.

Modernes ergotherapeutisches Handeln bedeutet, den psychisch kranken Menschen von der Klinik in seine Lebenswelt zu begleiten, ihn zu befähigen seine Handlungsfähigkeiten im Alltag, in der Selbstversorgung, im Beruf und in der Freizeitgestaltung wieder zu erreichen.

Literaturangaben

- DALHOFF A, DÖRING A, HIRSEKORN B, TIMMER A: Das ergotherapeutische Handlungsfeld in der Psychiatrie. Ein Praxisleitfaden zur Entwicklung von Qualitätsstandards. Idstein, 1999
- DEUTSCHER VERBAND DER ERGOTHERAPEUTEN (Hg.): Indikationskatalog Ergotherapie. Idstein, 2004
- DEUTSCHER VERBAND DER ERGOTHERAPEUTEN: Definition Ergotherapie. 2005. Download unter: www.ergotherapie-dve.de/informationen/ueber_die_ergotherapie/definition.
- DÖRING A, KÖHLER K, KOKOTT-KARRENBURG I: Ergotherapie in der Psychiatrie und Psychotherapie – ein Kompendium. Aha Initiative Edition Vita Activa, 2002
- HAERLIN C: Was kann die ambulante Ergotherapie als Vorbereitung zur beruflichen Integration leisten? Zeitschrift Arbeit und Rehabilitation 2005, 8
- KUBNY-LÜKE, B: Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie. Stuttgart New York, 2003
- SCHEEPERS C, STEDING-ALBRECHT U, JEHN P: Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. Stuttgart New York, 1999
- SCHEIBER I: Ergotherapie in der Psychiatrie. Köln, 1995

Häusliche psychiatrische Krankenpflege in Bremen

Wolfgang Faulbaum-Decke

Gesetzliche Grundlagen

Durch den Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom Februar 2005 sind zum 1. Juli 2005 die Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege § 37 SGB V um Behandlungspflegeleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen ergänzt worden. Eine seit Jahren, von Betroffenen, Fachleuten und Angehörigen, gestellte Forderung wurde dadurch erfüllt. Jede Krankenkasse ist nunmehr verpflichtet, ein entsprechendes Angebot für ihre Versicherten bereitzustellen.

Verordnung

Verordnet werden können die Leistungen der ambulanten psychiatrischen Pflege von Vertragsärzten der Fachgebiete Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin. Aber auch Hausärzte dürfen nach vorheriger Diagnosestellung eines Facharztes verordnen. Grundlage der Verordnung ist ein ärztlicher Behandlungsplan, welcher die Indikation, die jeweiligen Fähigkeitsstörungen, die Behandlungsziele, die Dauer der Behandlungspflege und die Häufigkeit der Pflegeeinsätze regelt. Hier hat der Bundesausschuss eine maximale Dauer von vier Monaten und eine Frequenz von 14 Behandlungseinheiten wöchentlich vorgegeben. Die Dauer einer Behandlungseinheit wurde nicht näher festgelegt. Dies ist genauso zu kritisieren, wie die Tatsache, dass entsprechende Behandlungstätigkeiten nicht näher konkretisiert wurden.

Für die ambulante psychiatrische Pflege wurden in Bremen neun differenzierte Leistungskomplexe festgelegt, die eine genaue Beschreibung darüber geben, welche Leistungen von psychiatrischen Pflegekräften erbracht werden.

Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege sind nur bei denen unter Punkt 27 a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen benannten Diagnosen und Fähigkeitsstörungen verordnungsfähig. Danach sind Leistungen verordnungsfähig bei einigen Formen der Demenz sowie bei Psychosen, affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen, sofern sie

organisch bedingt sind. Weiterhin muss festgestellt sein, dass Fähigkeitsstörungen vorliegen, die eine selbstständige Alltagsbewältigung nicht gestatten und durch eine Medikamentenvergabe alleine nicht ausreichend behoben werden können.

Als Fähigkeitsstörungen im Alltag werden beschrieben:

- Störungen des Antriebs oder der Ausdauer oder der Belastbarkeit in Verbindung mit der Unfähigkeit der Tagesstrukturierung oder der Einschränkung des planenden Denkens oder des Realitätsbezuges,
- Einbußen bei der Kontaktfähigkeit, den kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration, Merkfähigkeit, Lernleistung und problemlösendes Denken, dem Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik, dem Erkennen und Überwinden von Konfliktsituationen und Krisen.

Anforderungen an Leistungserbringer

Die Anforderungen an die Leistungserbringer sind hoch und sollen eine entsprechend qualifizierte Behandlungspflege sichern. Häusliche Krankenpflege für Menschen mit psychischen Erkrankungen sollte nur von Krankenpflegekräften mit psychiatrischer Zusatzausbildung und mehrjähriger Arbeitserfahrung im ambulanten und stationären Rahmen erbracht werden. Eine entsprechende strukturelle Qualität wird von den Leistungserbringern gefordert.

Genau wie in den Richtlinien zur Soziotherapie wurde ein Diagnosenkatalog festgelegt, der nur eine eingeschränkte Verordnung zulässt. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen oder Traumata werden nicht berücksichtigt und können somit die häusliche Krankenpflege für Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht in Anspruch nehmen.

Dies ist nicht nur für die Betroffenen ausgesprochen bedauerlich, sondern stellt auch für die Krankenkassen ein »Eigentor« dar. Dieser Personengruppe droht ohne umfassende ambulante Unterstützung Chronifizierung mit in der Folge häufigeren (teureren) stationären Aufnahmen. Besonders bei dieser Personengruppe ist es notwendig, sie durch eine fachkompetente, niedrigschwellige Behandlungspflege weiteren ambulanten therapeutischen Behandlungen zuzuführen, die ohne fachpflegerische Begleitung nicht erreicht werden könnten.

Bremer Erfahrungen

Die Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste GmbH (Gapsy) in Bremen hat seit 1999 zur Umsetzung der häusliche psychiatrischen Krankenpflege zunächst ein Modellprojekt gemeinsam mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Bremen/Bremerhaven geführt. Später schlossen sich die Handelskrankenkasse (hkk) Bremen und die Betriebskrankenkasse (BKK) Landesverband Bremen/Niedersachsen sowie die Innungskrankenkasse (IKK gesundplus) diesem Vertrag an. Mit anfänglicher Unterstützung der »Aktion Mensch« konnte nachgewiesen werden, dass eine häusliche psychiatrische Krankenpflege sowohl die Lebensqualität der Betroffenen deutlich erhöht als auch in akuten Krankheitsphasen stationäre Behandlung vermeiden helfen kann.

Die Akzeptanz bei den Betroffenen war von Beginn an hoch und ist bis heute ungebrochen. Angefangen im Juli 1999 mit der ersten Patientin, werden heute bis zu 180 Patientinnen und Patienten monatlich durch die Fachabteilung Ambulante Psychiatrische Pflege der Gapsy versorgt. Schwerpunktmäßig handelt es sich um Menschen mit affektiven Störungen, Schizophrenie, neurotische, Belastungs- und somatoformen Störungen sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Die größte Patientengruppe sind Menschen mit affektiven Störungen, es folgen Personen mit Schizophrenie und wahnhaften Störungen. Als dritte Gruppe sind schließlich Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zu benennen und letztlich neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. Bei allen diesen Gruppen gelingt es durch den Aufbau eines verlässlichen Netzwerkes zwischen niedergelassenen Nervenärzten und Gapsy, Klinikaufenthalte zu vermeiden.

Dieses Netzwerk muss über 24 Stunden an sieben Tagen der Woche zur Verfügung stehen und verlässlich jederzeit Hilfen anbieten. Durch einen eigenen Notdienst sowie einen eigenen ärztlichen Hintergrunddienst ist es möglich, auch außerhalb normaler Dienstzeiten unmittelbar auf Hilferufe der Patienten, aber auch der Angehörigen, zu reagieren.

Das ambulante Behandlungssystem muss, insbesondere bei Verordnung nach § 37 (1) also der Vermeidung von Klinikaufhalten, ein mit der Klinik vergleichbares ambulantes Sicherungssystem für die Patientinnen und Patienten vorhalten.

Mit der Erweiterung der Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege um Leistungen für psychisch erkrankte Menschen ergeben sich vielfältige Chancen für Betroffene und ihre Angehörigen.

Chancen

Die Chancen für zukünftige Leistungserbringer liegen in der Positionierung eines neuen Aufgabenfeldes, in dem mit Sicherheit eine große Gruppe von psychisch erkrankten Menschen zu versorgen ist. Dies beinhaltet die einmalige Möglichkeit, bestehende Versorgungsangebote sinnvoll zu erweitern und kostenträgerübergreifende Netzwerke zu errichten, die psychisch erkrankten Menschen erlauben, Krankheitsverläufe in ihrer eigenen Häuslichkeit zu überwinden. In diesem Zusammenhang sei auf einen Film verwiesen, der im Rahmen eines dreijährigen EU-Projektes entstanden ist und die Arbeit der ambulanten psychiatrischen Pflege in Bremen, Birmingham (UK) und Trieste (I) beschreibt. Der Titel des Filmes lautet »Mittendrin«, weitere Information finden sie unter www.cine.ci oder www.wap-leonardo.de.

Die Chancen für Krankenkassen liegen in dem Ausbau von ambulanten Versorgungsangeboten. Einschränkend ist die Bedingung zu formulieren, dass die Krankenkassen auch in der Lage sein müssen, tradierte psychiatrische Versorgungs- und Behandlungsmodelle, in deren Mittelpunkt psychiatrische Kliniken bzw. teil- und vollstationäre Versorgungen stehen, aufzulösen bzw. zu verändern. Diese tradierten Versorgungsmodelle stellen sich in den einzelnen Bundesländern sicherlich unterschiedlich dar, dennoch ist übergreifend ein Paradigmenwechsel anzusprechen, der sich letztlich auch in der wirtschaftlichen Effizienz für die Krankenkassen darstellen kann. Die Bereitschaft, bisherige Versorgungsmodelle in Frage zu stellen und qualifizierten ambulanten Leistungserbringern in der ambulanten psychiatrischen Pflege mehr Möglichkeiten an die Hand zu geben, wird zu Erfolgen führen. Voraussetzung ist, dass die Ergebnisqualität der Leistungserbringer auch nachweislich überprüfbar ist. Der Vollständigkeit halber zu erwähnen ist sowohl die Entlastung von Angehörigen durch psychiatrische Pflegekräfte als auch die Reduzierung von aus Überlastung entstehenden Folgekosten.

Die Chancen für psychisch erkrankte Menschen liegen in der Sicherstellung einer qualifizierten und zielgerichteten häuslichen Behandlung, die innerhalb eines Netzwerkes behandlungsnotwendiger Anbieter eingebunden sein sollte. Durch eine Behandlungskontinuität werden Erkrankungszeiten verringert und Genesungsprozesse beschleunigt. Durch den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit werden Krankheit auslösende Faktoren dort erkannt und behandelt, wo sie entstehen. Lösungswege können vor Ort gesucht werden und das soziale Umfeld wird in die Behandlung mit einbezogen. Regressive Tendenzen, wie sie in psychiatrischen Kliniken häufig entstehen,

werden vermieden und die PatientInnen werden aktiv und eigenverantwortlich in die Behandlung einbezogen. Behandlungsabbrüche oder nicht abgestimmte Behandlungsveränderungen, wie sie häufig nach Klinikaufenthalten entstehen, werden vermieden. Die PatientInnen bleiben unter der Obhut der ihnen vertrauten ÄrztInnen.

Die Chancen für Angehörige bestehen in der zeitnahen Entlastung ihrer häufig hohen und überfordernden Verantwortung. Langfristige Resultate dieser permanenten Überforderungssituationen sind wiederum psychische und physische Erkrankungen, die so reduziert bzw. vermieden werden können.

Ein für alle Beteiligte befriedigendes Behandlungsergebnis kann nur auf Grundlage eines transparenten Behandlungsplanes erfolgen, der kontinuierlich einer Evaluation unterzogen wird. Ein solch ärztlich/pflegerischer Behandlungsplan muss die Grundlage der Leistungen häuslicher Krankenpflege psychisch erkrankter Menschen sein. Hierbei muss der besondere Aufwand für Beziehungsgestaltung, internen und externen Informationsaustausch und Dokumentation bedacht werden.

Die Berücksichtigung aufwendiger Dienstleistungen muss einerseits Beachtung bei der entsprechenden Höhe der Vergütungen finden, sich andererseits aber auch im Behandlungsergebnis positiv abbilden.

Grundsätzlich empfehlenswert ist die Unterlegung von pauschalen Leistungskomplexen mit Zeitkontingenten, wobei die indirekten Patiententätigkeiten ausreichend berücksichtigt werden müssen. Dies sind insbesondere: regelmäßige Absprachen mit behandelnden Ärzten, Therapeuten oder weiteren beteiligten Diensten, Dokumentationen, Maßnahmen der Pflegediagnostik und die Gestaltung des Pflegeprozesses, direkte Fallbesprechungen und Supervisionen, Vor- und Nachbereitung der Kontakte, interne Informationsweitergabe sowie im ausreichenden Maße Leistungen der Krisenintervention.

Unbedingt zu beachten ist, dass indirekte Patiententätigkeiten nicht pauschaliert in die Vergütungssätze einberechnet werden, sondern als eigene abrechenbare Leistungskomplexe ausgewiesen werden. Der Aufwand indirekter Patiententätigkeit ist hoch und muss individuellen Vorgaben folgen können.

Hierbei ist sorgfältig zu berücksichtigen, dass die psychiatrische Krankenpflege kein statisches Versorgungsgebilde ist, sondern im besonderen Maße dem krankheitsbedingt veränderten Verhalten der Patientinnen und Patienten flexibel Rechnung zu tragen hat. In der Praxis heißt das, dass Patientinnen und Patienten rund um die Uhr psychiatrische Pflegeleistungen,

insbesondere Hilfen in krisenhaft empfundenen Situationen, abverlangen können und auch erhalten müssen. Eine starre Aufteilung in z. B. zwei Mal Leistungsmodul Krisenintervention ist somit nicht praktikabel, da sich Hilferufe naturgemäß nicht an vorgegebene Zeiten halten.

Sowohl alle direkten als auch indirekten Patiententätigkeiten der psychiatrischen Pflege tragen die Gesamtversorgungssituation. Nur durch flexibel zu gestaltende Pflegemodule können psychisch erkrankte Menschen entsprechend ihrem Hilfebedarf ambulant versorgt werden.

Wünschenswert ist zukünftig eine Finanzierung über Komplexleistungspauschalen, die alle notwendigen Aufwendungen der ambulanten Behandlung berücksichtigen und sowohl das Case-Management als auch das Kostenmanagement in der Verantwortung des Leistungserbringers belassen.

Ambulante medizinische Rehabilitation in Neuss

Irmgard Beyer

Das Diakonische Werk der evangelischen Kirchengemeinden in Neuss schloss 1999 einen Vertrag mit der AOK Rheinland Regionaldirektion Neuss über ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen für psychisch erkrankte Menschen. Dies war bundesweit die erste Maßnahme ihrer Art. Im November 1999 konnte die erste Rehabilitandin aufgenommen werden. Mit diesem neuen Konzept sollte eine Lücke in der ambulanten Versorgung in der Region geschlossen werden. Vor allem zum ersten Mal erkrankte junge Menschen sollten von dem Angebot profitieren und direkt nach dem Klinikaufenthalt rehabilitiert werden. Unterschiedliche Maßnahmen werden zu einer Komplexleistung gebündelt und an den individuellen Bedarf des Rehabilitanden angepasst. Dadurch, dass die Maßnahmen im direkten Lebensfeld ansetzen, wird deren Wirkung schon während der Zeit der Rehabilitation überprüfbar.

Allgemeine Ziele der ambulanten medizinischen Rehabilitation

Eine gezielte Psychoedukation trägt dazu bei, dass die Rehabilitanden zu Experten ihrer Erkrankung werden und somit eine wiederholte Behandlungsbedürftigkeit verringert wird. Durch das Eruiere der Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen wird deutlich, welche Fähigkeiten gefördert werden können und wo kompensatorische Fähigkeiten entwickelt werden müssen. Die Integration in das Lebensumfeld wird aufrechterhalten oder wieder hergestellt. Das Selbsthilfepotenzial wird durch das Einbeziehen der Lebenswirklichkeit aktiviert. Das Ziel, das fast alle Rehabilitanden miteinander teilen, ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Integration auf den Arbeitsmarkt.

Personenkreis

Zunächst wurde mit der AOK verhandelt, dass nur Menschen in die ambulante medizinische Rehabilitation aufgenommen werden sollten, die an einer Psychose aus dem schizophrener Formenkreis, einer affektiven Störung oder einer schizo-affektiven Störung leiden. Eine im Vordergrund stehende Suchtproblematik war ganz ausgeschlossen. Bedingt durch die im nächsten

Abschnitt angeführte Erweiterung der Kostenträgerschaft und die guten Erfahrungen in der Rehabilitation mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, Belastungsstörungen und schweren neurotischen Störungen, kann aktuell auch dieser Personenkreis aufgenommen werden.

Da sich schon zu Beginn herausstellte, dass eine kostendeckende Belegung alleine mit AOK-Versicherten nicht möglich sein wird, wurden Einzelanträge an die unterschiedlichen Krankenkassen gestellt, die zum großen Teil bis heute positive Einzelfallentscheidungen treffen. Im Jahr 2001 schloss sich die deutsche Rentenversicherung Rheinland der Vereinbarung mit der AOK, befristet auf zwei Jahre, an. Die deutsche Rentenversicherung Bund folgte dem Beispiel. 2003 verlängerte die deutsche Rentenversicherung die Zusammenarbeit um weitere zwei Jahre. Nach einer Auswertung der abgeschlossenen Rehabilitationen, wurde im Herbst 2005 die Vereinbarung unbefristet übernommen.

Aufnahmeverfahren

Der Interessent selbst oder eine Person seines Vertrauens meldet sich in der Reha-Ambulanz und erhält zeitnah einen Termin zu einem Informationsgespräch. Stellt sich heraus, dass die Maßnahme passend sein könnte, wird der Interessent zu einer Probeweche eingeladen. Hiefür ist keine Antragstellung notwendig. Die Probeweche dient dazu, dass der Interessent erleben kann, welche Rehabilitanden in welcher Atmosphäre rehabilitiert werden. Die Probeweche beinhaltet die Teilnahme an der Arbeitstherapie (zwei Std. pro Tag), ein Gespräch mit dem Facharzt der Reha-Ambulanz und die Teilnahme an der Wochenabschlussgruppe. Danach kann der Rehabilitand sich entscheiden, ob er einen Antrag stellen möchte oder nicht. Die Mitarbeiter der Reha-Ambulanz ermitteln dann den Kostenträger und sind bei der Antragstellung behilflich. Die Rehabilitation wird erst einmal für ein halbes Jahr beantragt und kann dann um höchstens noch einmal ein halbes Jahr verlängert werden. Nach der Erteilung der Kostenzusage kann die Aufnahme erfolgen, Wartezeiten gibt es im Regelfall nicht.

Die ersten vier Wochen

In den ersten vier Wochen werden alle wesentlichen Informationen zusammengetragen, die für die Behandlungsplanung notwendig sind. Der psychische Befund wird erhoben, eine Anamnese erstellt. Es werden unter-

schiedliche psychologische Testverfahren durchgeführt, die auch am Ende der Rehabilitation wieder eingesetzt werden, um eine Entwicklung deutlich zu machen. Ferner folgt ein Hausbesuch und die Kontaktaufnahme zu Angehörigen oder anderen wichtigen Personen aus dem Umfeld. Der Rehabilitand nimmt an der Arbeitstherapie (Industriemontage, Pappe/Papier, Schreinerei, Bürotraining) vom ersten Tag an teil. Das erste Auswertungsgespräch findet auch in der Anfangsphase statt. Auf Grundlage dieser Informationen können die individuellen Ziele erarbeitet werden, die dann in den Behandlungsplan einfließen.

Weiterer Ablauf

Jeder Rehabilitand bekommt einen festen Bezugstherapeuten zugeordnet und wird von ihm durch die Reha begleitet. Die Rehabilitationsplanung erfolgt im Reha-Team, d. h. alle Beteiligten bringen ihre Sichtweisen ein. In der Regel sind dies der Rehabilitand selbst, der Bezugstherapeut, der Facharzt und der Ergotherapeut. Der Rehabilitationsplan umfasst einen Zeitraum von drei Monaten und wird in monatlichen Abständen überprüft und gegebenenfalls modifiziert. Hier wird auch gemeinsam geplant, wann ein Wechsel in ein Betriebspraktikum stattfinden kann, ob Angehörigengespräche für den weiteren Verlauf hilfreich sind, ob es im lebenspraktischen Bereich Defizite gibt, die aufgearbeitet werden müssen, ob die medizinische Behandlung sichergestellt ist, ob an dem Freizeitverhalten etwas geändert werden sollte, ob spezielle Therapieverfahren eingeleitet werden müssen, in welcher Form eine Psychoedukation erfolgen kann.

Im letzten Drittel der Rehabilitation liegt der Schwerpunkt auf der Organisation weiterführender Maßnahmen.

Bausteine der Rehabilitation

Der individuelle Rehabilitationsplan setzt sich aus verschiedenen Bausteinen zusammen. Nicht jeder Rehabilitand muss an allen Angeboten teilnehmen, sondern sucht das Passende zur Erreichung seiner Ziele für sich heraus:

- Verhaltenstherapeutisches Training lebenspraktischer Fertigkeiten
- Einzelgespräche
- Gruppengespräche (Pegasusgruppen, Alltagsbewältigungsgruppen, Wochenabschlussgruppe)
- Angehörigengespräche

- Tagestrukturierende Therapie und Freizeitgestaltung (Entspannungsverfahren, Tanztherapie, Sport, Freizeitgruppe)
- Rehabilitationsmedizinische Behandlung
- Arbeitstherapie und Belastungserprobung durch Betriebspraktika
- Krisentelefon
- Krisenbett

Das Team der Reha-Ambulanz besteht aus einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (elf Stunden), einer Psychologin (achteinhalf Stunden), zwei Ergotherapeutinnen (je 30 Stunden), zwei Sozialarbeiterinnen (38,5 Stunden – Koordination, 19,25 Stunden).

Umsetzungsprobleme

Die Rehabilitanden werden immer jünger, d. h. es ist zu Beginn in erster Linie pädagogische Arbeit gefragt. Die Suchtproblematik nimmt zu und die Rehabilitanden sind immer weniger in der Lage, von Beginn an verbindliche Strukturen einzuhalten.

Die Fehlzeiten haben sich erhöht. Daraus ergibt sich auch eine wirtschaftliche Problematik. Die Rehabilitation wird von den Kostenträgern pro Behandlungstag bezahlt. Wenn folglich ein Rehabilitand nicht zu seinem Programm erscheint und es auch nicht möglich ist, ihm eine Leistung zu bringen, entsteht ein Verlust. Die Maßnahme war ursprünglich für zwölf Rehabilitanden konzipiert. Bedingt durch die vorherige Schilderung müssen jedoch 13–15 Personen aufgenommen werden. Es ist eine enorme Motivationsarbeit notwendig und immer häufiger müssen Spezialprogramme innerhalb der Rehabilitation eingerichtet werden. Das umfangreiche Berichtswesen (Zwischenbericht nach 17 Wochen, Entlassbericht, Behandlungspläne etc.) trägt dazu bei, dass die Mitarbeiter einen straffen Zeitplan erfüllen müssen, um den Rehabilitanden gerecht werden zu können.

Dennoch zeigen erfolgreich verlaufene Rehabilitationen, dass sich die Arbeit lohnt und das Konzept nachahmenswert ist. Notwendig für die Umsetzung ist neben Mut zum Beginn die Verhandlungsinitiative in Richtung der entsprechenden Kostenträger.

Einleitung zum Symposium »Regionalbudget, Sozialraumbudget«

Matthias Rosemann

In verschiedenen sozialen Arbeitsbereichen werden intensive fachpolitische Diskurse über kreative Wege zur Zusammenführung von fachlicher und finanzieller Steuerung geführt. Dabei wendet sich vielfach der Blick weg vom traditionellen Modell, finanzielle Mittel einer Organisation auf Antrag pauschal oder für eine Einzelleistung zur Verfügung zu stellen und dann einen Leistungsnachweis über die Verwendung der Mittel zu erwarten. In der Altenhilfe werden neue Wege unter dem Stichwort der »Wirkungsorientierung« gesucht; im Bereich der Hilfen zur Erziehung (Jugendhilfe) ist – ausgehend von der Sozialraumorientierung als fachlichem Konzept – das gängige Stichwort das »Sozialraumbudget« (zur Diskussion über aktuelle Verständnisse und Missverständnisse siehe: HINTE 2005).

In der psychiatrischen Versorgung ist die Idee vom »budget global« schon seit der Psychiatriereform im alten Westteil der Republik ein immer wiederkehrender Traum. Dahinter steht meist die Vorstellung, alle in die psychiatrische Behandlung, Pflege, Rehabilitation und Teilhabe fließenden Mittel zusammenfassen und sie dann, nur unter Betrachtung fachlicher Aspekte und ohne Beachtung von Abgrenzungs- und Zuständigkeitsfragen, möglichst individuell den Menschen zugute kommen zu lassen.

Dieser Traum bleibt auch für die absehbare Zukunft in weiter Ferne. Zwar hat der Gesetzgeber mit dem »trägerübergreifenden persönlichen Budget« ein Instrument geschaffen, wenigstens auf die Person leistungsträgerübergreifend bezogen denken, planen und leisten zu dürfen. Die zentralen Probleme der strukturellen Abgrenzung zwischen den verschiedenen Leistungsarten und -trägern sind damit aber bei weitem noch nicht überwunden.

Aber immerhin entstehen in verschiedenen Regionen in der Bundesrepublik (und übrigens auch bei unseren österreichischen Nachbarn) Ideen und Ansätze, wenigstens innerhalb der Zuständigkeit eines Sozialleistungsträgers die finanziellen Mittel regional zu bündeln und sie individuell zielgenauer und strukturell bedarfsgerechter einzusetzen. In aller Regel werden diese Ideen unter dem Überbegriff des »regionalen Budgets« diskutiert.

In Schleswig-Holstein ist ein erstes Projekt zur Einführung eines regionalen Krankenhausbudgets bereits in der Erprobung (ROICK et al. 2005) und ein weiteres unmittelbar vor dem Abschluss mit den Krankenkassen. In Frankfurt und Berlin-Reinickendorf werden Überlegungen zur Einführung

eines regionalen Budgets bezogen auf staatliche Aufwendungen diskutiert und/oder vorbereitet. In Rostock sind erste Ansätze schon in der Umsetzungsphase.

Diese und alle anderen, hier nicht dokumentierten Ideen müssen sich drei wesentlichen Fragen stellen:

Stellen sie sicher, dass die Hilfen für jeden einzelnen Bürger so passgenau wie möglich sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht geleistet werden können?

Gewährleisten sie, dass kein Bürger wegen Art oder Schwere seiner Erkrankung, wegen Umfang oder Dauer seines Hilfebedarfs oder wegen Besonderheiten in seiner Lebensgeschichte, z. B. wegen eines Delikts, unter den Rahmenbedingungen eines regionalen Budgets von Leistungen ausgeschlossen wird?

Kann ein finanzieller Rahmen definiert und dessen Einhaltung von beiden Seiten dann auch garantiert werden? Wie dynamisch darf/soll ein finanzieller Rahmen sein?

Diese und die Fragen, die Prof. Heinrich Kunze in seinem Einführungsbeitrag aufgeworfen hat, sind die wesentlichen Prüfsteine für die vorgelegten Konzepte. Daneben aber stehen viele weitere Herausforderungen beim Weiterdenken zum regionalen Budget. Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind in den Ländern und Regionen und von Leistungsträger zu Leistungsträger sehr verschieden. Die Zahl der beteiligten Akteure sowie deren Kooperationserfahrungen miteinander sind außerordentlich regionenspezifisch. Und die schon geschaffenen Voraussetzungen in den Finanzierungswegen variieren – zumindest im Bereich der staatlichen und sozialhilfefinanzierten Hilfen – von Bundesland zu Bundesland, möglicherweise auch von Sozialhilfeträger zu Sozialhilfeträger und von Kommune zu Kommune ganz erheblich. Besonders schwer wiegt die Unkenntnis über die Höhe der finanziellen Mittel, die letztlich von Sozialleistungsträgern für psychisch kranke Menschen in oder aus einer definierten Region aufgebracht werden. Regionale Budgets müssen sich auch mit der Frage auseinandersetzen, wie sie bei der Ermittlung der Budgethöhe und bei der Leistungsgewährung die Grenzen zu jeweils anderen Leistungsarten (z. B. Pflege im Sinne von SGB XI, Jugendhilfe oder Wohnungslosenhilfe) definieren. Und nicht zuletzt sind Fragen von Wettbewerbsrecht und Berufsfreiheit zu bedenken.

In dieser Situation ist es für die beteiligten Akteure, aber auch für eine breitere Fachöffentlichkeit von großem Interesse, die jeweiligen Konzepte vor den skizzierten Hintergründen, Aspekten und Fragen zu beleuchten, Vor- und Nachteile abzuwägen und zu ersten Probeschritten zu kommen.

Die gemeinsame Grundlage aller Konzepte scheint zu sein, aus dem Verhältnis von Leistungsträgern und Leistungserbringern eine Partnerschaft werden zu lassen, die auf beiden Seiten ein Bewusstsein über neue Wege des Zusammenführens von fachlicher und finanzieller Steuerung unter definierten Bedingungen schafft. Alle bisherigen Erfahrungen zeigen, dass das gemeinsame Denken über fachlich notwendige Hilfen und finanzielle Grenzen ungewohnt und wenig vertraut ist, sich aber in hervorragender Weise dazu eignet, die Ansprüche auf gute Praxis und Ökonomie im Sinne eines verständigen Haushaltens miteinander zu verbinden.

Regionales Psychriatriebudget - SGB V - in Geesthacht

Matthias Heißler

Die Psychiatrie-Reform und die 68er-Bewegung haben dazu beigetragen, dass Institutionen vom Sockel der Unberührbarkeit, Unantastbarkeit und Herrschaft gestoßen wurden und mittlerweile durchlässiger, knetbarer und damit menschenfreundlicher geworden sind. Starrheiten und Verhärtungen drohen heute von anderer Seite: Betriebswirtschaftliche Konzepte dominieren zunehmend den Alltag, sind unausweichlich, können aber auch bei zu enger Auslegung Schaden anrichten. Betriebswirtschaftliche Konzepte wollen mit möglichst wenig Geld viele Menschen behandeln. Das ist gut, weil ressourcenschonend.

Es wird jedoch auch Missbrauch betrieben:

1. Auch noch Gesunde werden zunehmend behandelt. Stichwort Gesundheitsfalle oder: Neopsychischkranke
2. Man verspricht umfassende Versorgung – Stichwort: Pflichtversorgung – behandelt aber nach einer Normalverteilung: Zwei Drittel oder auch mehr (bis 90 %) werden in Standardverfahren einbezogen – Stichwort Therapie von der Stange – die Restlichen ausgeschlossen oder verlegt. Hintergrund: Die Kosten für die Randbereiche sind im Vergleich zu der mittleren Population unverhältnismäßig hoch, sodass man versucht, diese Patienten außen vor zu lassen.
3. Für den ausgeschlossen Rest gründet man neue Institutionen. Die Institution B geht aber nach gleichem Muster vor – Behandlung nach Normalverteilung – sodass als Ergebnis Menschen, die krank sind, von einer Institution B behandelt werden, die Menschen, die krank sind und von der Institution A und B nicht behandelt werden können, an eine Institution C weitergibt, usw.
4. Ergebnis: Kostenexplosion im Gesundheitswesen und die Kranken werden dabei nicht gesünder.

Einen Ausweg stellen *Regionale Budgets* (einschließlich Psychosomatik) dar:

Eine Abteilung erklärt sich bereit, für die Summe aus stationären und teilstationären Geldleistungen einschließlich den Ausgaben für die Institutsambulanz alle psychisch kranken Menschen einer Region zu begleiten. Sie darf dafür konventionelle Formen der Therapie einsetzen, aber auch inno-

vative Therapieformen entwickeln, Hauptsache mit allen psychisch kranken Menschen der Region werden passende Antwort-Möglichkeiten als Lösungen entwickelt. Mit dem Regionalen Budget wird die Enge therapeutischer Konzepte gesprengt, die einigen Patienten zur sekundären Behinderung wird.

Dies soll am Beispiel des Kreises Herzogtum-Lauenburg erläutert werden.

Kreis Herzogtum-Lauenburg

Im Kreis wohnen 185 000 Menschen. Der Kreis wurde von der Psychiatrischen Abteilung am Johanniter Krankenhaus in Geesthacht in drei Sektoren aufgeteilt, denen drei Stationen (17, 17 und 16 Betten) zugeordnet sind mit insgesamt 50 Betten. Jeder der drei Sektoren verfügt über eine Tagesklinik (jeweils mit 15, 16 und 12 Plätzen) und eine Ambulanz. In der Ambulanz werden ca. 2600 Patienten jährlich behandelt (650 Patienten/ Quartal).

Um die psychiatrische Abteilung und die Tageskliniken ist ein flächen-deckendes Netz von Zuverdienstfirmen entstanden. Täglich gehen dort ca. 190 Psychiatrie-Erfahrene einer Tätigkeit nach. Diese Zuverdienstfirmen als Form von Arbeitstherapie werden von Ergotherapeuten zusammen mit den Psychiatrie-Erfahrenen geführt. Die Krankenkassen konnten überzeugt werden, dass Arbeitstherapie in dieser Form zur besseren Realitätsanpassung der Patienten führt, Symptome reduziert und dadurch Wiederaufnahmen vermeidet bzw. die stationäre Verweildauer verkürzt. Die psychiatrische Abteilung kommt deshalb zur Versorgung von 185 000 Bürgern mit sehr wenigen psychiatrischen Betten aus (Bettenmessziffer 0,27 Betten/1000Einwohner; der Durchschnitt bewegt sich zwischen 0,4 und 0,6). Oder anders formuliert: Statt vier bis fünf Stationen brauchen wir in Geesthacht nur drei Stationen. Aus diesem Grund werden für den Kreis Herzogtum-Lauenburg die Ausgaben für Ergotherapie in das Regionale Budget mit dazu gerechnet.

Das Regionale Budget setzt sich also aus den Kosten für den

Stationären Bereich	50 Betten	ca. 1150 Fälle
Teilstationären Bereich	42 Plätze	ca. 500 Fälle
– Tagesklinik Schwarzenbek	15	
– Tagesklinik Mölln	16	
– Tagesklinik Psychosomatik	12	
Institutsambulanz	2600 Scheine/J	2600 Scheine
Ergotherapie	ca. 680 000	
Bürger/Patienten (Kopfzahl)	1440	
zusammen.		

Hinter diesem Zahlenwerk stehen 1440 psychisch kranke Menschen (Kopfzahl), die im Kreis jährlich versorgt werden müssen. Lediglich unter 5 % der Patienten kommen nicht aus dem Kreis.

Die Abteilung verpflichtet sich, mit diesem Budget fünf Jahre lang auszukommen. Verändert sich die jährlich zu ermittelnde Kopfzahl um 6 % (Zu- oder Abnahme) wird nachverhandelt.

Um diese 1440 psychisch kranken Bürger adäquat zu versorgen, ist »das Krankenhaus in der Wahl der Behandlungsformen und des Behandlungsortes grundsätzlich frei ...« (§ 2).

Der Kreis Steinburg verfügt seit 2002 über ein Regionales Budget. Zum Vergleich sind die Zahlen aus Steinburg und dem Kreis Herzogtum-Lauenburg gegenübergestellt:

Im Kreis Steinburg müssen 1315 Menschen versorgt werden. Die Abteilung hat dort mittlerweile eine zusätzliche Tagesklinik in Glücksstadt zur besseren Versorgung aufgebaut und eine Station geschlossen.

Vergleich Steinburg und Kreis Herzogtum-Lauenburg

	Steinburg + Glückstadt (135 000 Einwohner)	Kreis Hgzt. Lauenburg (185 000 Einwohner)
Stationäre Betten	80	50
	20 (Glücksstadt)	
Psychosomatik (stationäre Betten)	20	
Stationäre Betten gesamt	120	50
Teilstat./TK	15	31
Psychosomat. TK	–	12
Teilstationäre Plätze gesamt	15	43
Psych. Institutsambulanz: Scheine/J	903	2600
Amb. Pflegedienst	vorhanden	Kooperationen
Ergotherapie		ausgebaut

Abb. 1: Vergleich Steinburg und Kreis Herzogtum-Lauenburg

Welche Gründe können psychiatrische Abteilungen veranlassen, ein Regionales Budget zu wollen?

In der Somatik sind seit Jahren DRGs eingeführt. Auch alle psychiatrischen Diagnosen sind mehr oder weniger verschlüsselt. Immer wieder wird deshalb diskutiert, DRGs auf die Psychiatrie zu übertragen. DRGs sind aber für psychisch kranke Patienten garantiert nicht das geeignete Finanzierungssystem (Entlassungsdruck führt zur Prolongation der Symptomatik und der stationären Verweildauer, Folgen von Frühentlassungen, etc.).

Parallel dazu zielen einige Klinikträger konsequent auf die Erweiterung stationärer Bettenkapazitäten zur Gewinnmaximierung. (Obwohl geeignete Alternativen seit Jahren entwickelt wurden und sich bewährt haben, s. u.) Es ist deshalb nicht auszuschließen, dass die Politik und die Krankenkassen die Notbremse ziehen und DRGs zur Senkung der Kosten in der Psychiatrie einführen.

Deshalb muss der Politik und den Krankenkassen eine Alternative in Form des Regionalen Budgets als Fallpauschale gewissermaßen für ein im Ganzen zu versorgendes Territorium angeboten werden.

Aber gibt es überhaupt Alternativen zu derzeitigen Behandlungsstrategien?

- Home-Treatment (Skandinavien, England, Italien, ...)
- Ambulanter Entzug (Schottland: Edingburgh; Forth Valley, ...) und Entwöhnung
- Akut-Tageskliniken mit Ambulanz und Krisenbetten (Bremen, München)
- Alte Menschen (Gerontopsychiatrische Zentren, z. B. in Gütersloh,)
- Hausgemeinschaften/Stadtteilentwicklung (Bielefeld, ...)
- Behandlung beim Hausarzt, niedergelassener Arzt
- Crisis-Families (USA: Denver; Madison; Weisenu, Zürich, ...)
- Assertive outreach Team (Extrem-Individualisten, Heavy-user, Propheten)
- Alternative Begleitung (Mosbach, Weglaufhaus, Weiße Feder, ...)
- Integrierte Versorgung nach § 140 ff (Dr. Walle in Hemmoor; Bremen)
- Zuverdienst/AT: Tätigkeit, Bedeutung für andere (Prosumer)
- Ergotherapie, Psychiatrische Pflege
- Krisendienste, Krisenwohnungen

Alternativen zu derzeitigen Behandlungsstrategien

In Skandinavien (Finnland, Schweden, Norwegen), England (z. B. North-Birmingham) und Italien (Triest, Arezzo, Meran) werden seit Jahren psychisch kranke Patienten statt auf einer Station zu Hause oder über gemeindepsychiatrische Zentren mit Erfolg begleitet. Abhängige im Entzug müssen ebenfalls nicht unbedingt stationär aufgenommen werden und können mit Gewinn in einem ambulanten oder teilstationären Zentrum behandelt wer-

den (z. B. in Forth Valley oder Edinburgh in Schottland, Tageskliniken für Suchtkranke). In München (Atriumhaus) und Bremen haben sich Akuttagesklinken mit angeschlossenen Krisenbetten etabliert, wie das schon Douglas Bennett in London vor Jahrzehnten als adäquate Form der Begleitung und Therapie empfohlen und vorgemacht hatte. Zwerling und Wilder halten in ihrer Evaluationsstudie von 1964 die Tagesklinik für potent genug, das Zentrum einer Versorgungsregion zu bilden. Gudemann und Mitarbeiter (1983, 1985) haben während vier Jahren am Massachusetts Mental Hospital Center bewiesen, dass tagesklinische Behandlung, kombiniert mit Inn und 24 Std. intensive care, stationäre Behandlungen weitgehend ersetzen kann (GUDEMANN 1983 und KRAMER 1962).

Nach einer Untersuchung in Gütersloh und Bielefeld haben auch gerontopsychiatrische Zentren das Potenzial gerontopsychiatrische Patienten über das gesamte Spektrum hinweg adäquat zu begleiten: Im GPZ fanden sich alte Menschen, deren Psychopathologie weit ausgeprägter und deren Fähigkeiten umfassender gestört waren als bei den Patienten auf Station (NETZ, WERNER 1997). In Zürich, der Weissenau und an einigen Städten der USA (Denver; Madison) dürfen Patienten wählen, ob sie in einer Familie (Crisis-Family) oder auf Station behandelt werden wollen. Das Outcome bleibt bei beiden Formen gleich. Patienten und Angehörige ziehen jedoch Krisenfamilien vor.

In Mosbach und Berlin sind ebenfalls Alternativen zur stationären Behandlung entstanden (Weglaufhäuser, Biotop Mosbach). In einigen Städten und Dörfern (Bielefeld, Freiburg, Berlin, Kreis Herzogtum-Lauenburg, Göttingen, Braunschweig, Gütersloh) wurden und werden als Alternative zur Heimunterbringung und zur Vermeidung stationärer Aufnahmen Haushaltsgemeinschaften aufgebaut. Dort wird eine 24-Stunden-Betreuung garantiert. Haushaltsgemeinschaften sind jedoch nur ein Mosaikstein von Stadtteilarbeit, die insgesamt ein vielschichtiges haltendes Netzwerk zwischen den Bürgern knüpft, damit sie auch im Alter, bei Erkrankung und Pflegebedürftigkeit selbstbestimmt in ihrer Wohnung oder zumindest im vertrauten Stadtteil wohnen bleiben können (BERTELSMANN STIFTUNG et al. 2006).

In Haushaltsgemeinschaften kann auch ein Krisenbett für psychisch kranke Bürger des Stadtteils stehen. Außerdem entstehen in und um Haushaltsgemeinschaften Arbeits- bzw. Tätigkeitsbereiche für psychisch kranke Menschen. Überhaupt trägt eine sinnvolle Tätigkeit zur psychischen Stabilisierung bei, vermeidet und verkürzt stationäre Aufenthalte und beugt Wiederaufnahmen vor. Diese »aktive Form der Krankenbehandlung« geht

auf Hermann Simon zurück und hat sich bei der Entwicklung und Etablierung der psychiatrischen Abteilung in Geesthacht bewährt: Dort wurde dezentral über den Kreis verstreut ein dichtes Netzwerk an Zuverdienstfirmen als Form der Arbeitstherapie aufgebaut, was maßgeblich dazu beigetragen hat, stationäre Aufnahmen zu vermeiden (mit 0,27 Betten/1000 Einwohner niedrigste Bettenmessziffer in Deutschland). Ergotherapie kann aber auch als aufsuchende mobile Ergotherapie praktiziert werden, um Patienten zu helfen, ihren Alltag zu bestehen. Damit ergänzt Ergotherapie ambulante häusliche Pflege (§ 37 SGB V). Im Kontext einer integrierten Versorgung (§ 140 ff. SGB V) gelingt es z. B. in Bremen und Niedersachsen, niedergelassenen Psychiatern (Dr. Walle in Hemmoor) in Kooperation mit ambulanten Pflegediensten Patienten auch in Krisen intensiv und sogar über 24 Stunden hinweg zu begleiten und stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Zu diesem Zweck wurden Krisenbetten, integriert in das Betreute Wohnen bzw. eine Tagesstätte, eingerichtet. Dass Krisendienste bei der Suche nach Alternativen zur stationären Aufnahme behilflich sein können, ist unbestritten. Exterm-Individualisten, Systemsprenger, Heavy-User oder »Propheten«, wie sie in Klagenfurt genannt werden, sind ohnehin besser über ein Assertive Outreach Team, Liberios (Geesthacht) oder ein Prophetenteam zu erreichen und zu begleiten als unter konventionellen stationären Rahmenbedingungen (Psychiatrie [fast] ohne Betten: Erfahrungen aus Birmingham, Michaela Amering). Das Assertive Community Team (ACT) gehört deshalb sowohl nach Cochrane Reviews als auch nach den Schizophrenieleitlinien zum unverzichtbaren Bestandteil gemeindepsychiatrischer Dienste.

»Für schwer erkrankte Menschen mit Schizophrenie hat sich diese aufsuchende gemeindenahere Behandlung ... (über ein AC-Team) ... als wirksame Versorgungsform in Bezug auf ein unabhängiges Leben in der Gemeinde, Förderung der Beschäftigungsmöglichkeiten, Aufrechterhaltung des Kontaktes zu psychiatrischen Diensten und zur Reduktion der Wiederaufnahmen und der Verweildauer im Krankenhaus erwiesen.« (DGPPN 2005)

Allein diese stichwortartige Aufzählung von Alternativen zur stationären Behandlung ist beeindruckend und man fragt sich, warum diese Formen nicht flächendeckend umgesetzt werden.

Umsetzungshindernisse

Zum einen liegt das an unserem gegliederten Gesundheitswesen, das eine Behandlung über Schnittstellen hinweg erheblich erschwert. Zum anderen muss man jedoch auch zugeben, dass die Psychiatriereform entgegen aller Beteuerungen und Versprechen insgesamt eher zu einer Verdopplung der Psychiatrie (SGB V und SGB XII) geführt hat, wie das Detlef Petry für die Niederlande nachgewiesen hat. Krankenkassen werden deshalb auf »Neuerungen« verständlicherweise reserviert oder mit Forderungen nach Kompensation reagieren. Diesen Weg werden die Krankenhäuser nachvollziehbar wiederum nicht mitgehen wollen.

Zwischen diesen Fronten stehen die psychiatrisch Tätigen: Dem Patienten und seinen Angehörigen ethisch verpflichtet, müssen sie diese oben skizzierten Formen der Behandlung umsetzen wollen, weil weniger einschneidend und förderlicher, können aber natürlich auch den Standpunkt der Krankenhäuser nachvollziehen und entsprechend handeln, ihrem Arbeitgeber gegenüber verpflichtet.

Nur in der Aufbauphase einer psychiatrischen Abteilung lassen sich mit passenden Konzepten und etwas Geschick Bettenüberkapazitäten vermeiden (z. B. Geesthacht).

In dieser Zwickmühle kann das Regionale Budget entscheidend zu einer *Versöhnung von Ökonomie und ethisch geforderten Maximen* bei der Behandlung von psychiatrisch Tätigen beitragen:

Das Krankenhaus bekommt über fünf Jahre hinweg ein stabiles Budget und erwirbt dadurch Planungssicherheit. Die Kontrollen durch den MDK fallen weg. Einzige Bedingungen der Krankenkassen: Alle psychisch kranken Bürger der Region müssen (+/- 6 %) behandelt werden. Im Kreis Steinburg sind das 1315 Menschen, im Kreis Herzogtum-Lauenburg 1440.

Ähnliches gilt für die Krankenkassen: Auch sie bekommen mit dem Regionalen Budget Planungssicherheit für fünf Jahre. Unvorhergesehene Kostensteigerungen sind mehr oder weniger ausgeschlossen.

Für die psychiatrisch Tätigen öffnen sich unter diesen Bedingungen neue Spielräume:

Geradezu erleichternd wirkt sich aus, dass Patienten nicht mehr länger als nötig stationär behandelt werden müssen, um die Auslastung zu gewährleisten. Beim Erstgespräch kann überlegt werden, ob der Patient überhaupt stationär behandelt werden muss oder ob über andere therapeutische Schritte dasselbe oder Besseres erreicht werden kann. Oder auch umgekehrt: Braucht

der Patient noch das Milieu der Station, kann er solange bleiben, bis sich der geeignete Entlassungszeitpunkt im Rahmen der Behandlung einstellt.

Endlich kann ohne Einschränkung überlegt werden, welche Wege aus einer Lebenskrise am passendsten sind ohne durch konventionelle Rahmenbedingungen eingeengt zu werden.

Dem psychisch kranke Mensch wird unter einem Regionalen Budget als Mensch und nicht mehr als Fall begegnet. Dies fördert den ehrlichen Umgang mit dem Patienten und seinen Angehörigen.

Nichtsdestotrotz ist das Regionale Budget nicht Selbstzweck, sondern Mittel zum Zweck:

Die finanziellen Mittel (Regionales Budget), das Krankenhaus und die kommunale Infrastruktur können jetzt zum Wohle des Patienten eingesetzt und verändert werden.

Das Krankenhaus, die Tagesklinik oder auch die Ambulanz werden zur psychotherapie institutionelle: Nicht mehr die Patienten müssen sich einem starren System anpassen, vielmehr können die vorhandenen Elemente den Bedürfnissen der Patienten angepasst werden und damit in ihrem Aufbau und ihrer Organisation effektiver wirken. Zum Beispiel hat Steinburg zur besseren Versorgung der Patienten eine zusätzliche Tagesklinik in Glückstadt bauen lassen und mit diesem Schritt eine Station geschlossen.

In Geesthacht planen wir die folgenden Schritte bzw. setzen diese schon um.

Hausbesuch nach Kenntnis

Sobald wir von einer Krise erfahren, wird, wenn möglich, ein Hausbesuch durchgeführt.

Dieser Hausbesuch kann entweder von den in den drei Sektoren liegenden Tageskliniken in Schwarzenbek, Mölln oder Geesthacht aus durchgeführt werden oder von den Sektorstationen.

Nachts und an Wochenenden kommt der Krisendienst, an dem die psychiatrische Abteilung beteiligt ist, vor Ort. Außerdem gibt es seit ca. zwei Jahren drei bis vier Ärzte, die überwiegend aufsuchend ambulant tätig sind und sich mit anderen psychiatrisch Tätigen (Krankenpflege, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen, »Libero« etc.) in der ambulanten Visite wöchentlich treffen, um sich abzusprechen und zu unterstützen.

Vor Ort kann dann mit dem Betroffenen und seiner Familie überlegt werden, welche weiteren Schritte passend sein könnten:

- Intensive Behandlung zu Hause
- Besuch der Tagesklinik (ganztags oder auch nur stundenweise)
- Teilnahme am überstationären Therapieprogramm der Station (Motivationsgruppe, Gesprächsgruppe, Atelier) kombiniert mit
- Einzelgesprächen und diagnostisch-therapeutischer Begleitung (auch um Untersuchungen durchzuführen: CT, EEG, EKG, etc.)
- Tägliche Kontakte in der Ambulanz, evtl. Krisenbett auf Station
- Zuverdienstfirma als Form der Arbeitstherapie und entsprechende Begleitung:
- Tagsüber zu Hause oder am Arbeitsplatz, nachts auf Station
- Behandlung in der Praxis des Hausarztes oder Facharztes
- usw.

Jedoch kann nicht jede Krise zu Hause adäquat begleitet werden. In manchen Situationen liegen die Beteiligten sich so im Clinch, dass »Abstand« bzw. »Distanz« nottut. Das muss jedoch nicht unbedingt eine Aufnahme auf die Station bedeuten. Zum Beispiel kann auch eine Tagesklinik zur Nachtklinik (Begleitung durch Pflegedienst oder Psychiatrie-Erfahrene) werden.

Andere Formen der 24 Stunden Begleitung bieten sich über Krisenbetten oder Krisenwohnungen im Kontext des Betreuten Wohnens oder auch in anderen Institutionen der Region (Tagesstätten, Tagespflege, Heime, etc.) an. Vor kurzem hatten wir eine Haushaltsgemeinschaft (Pflegewohngruppe) vor Ort genutzt.

Als Alternative kommt auch vorübergehendes »Asyl« bei Bekannten, Freunden oder Verwandten in Frage oder aber eine Krisenfamilie (einzelne Familien, landwirtschaftlicher Betrieb, etc. für alle Diagnosegruppen und jedes Alter) (s. o). Es gibt viele Alternativen zur stationären Behandlung, jedoch wird man auf eine Station als Ort von 24 Stunden Betreuung nicht verzichten können.

Nachstationäre Behandlung

Das oben skizzierte System lässt sich natürlich zu jedem Zeitpunkt einer Behandlung nutzen, auch und gerade während oder nach einem stationären Aufenthalt. Schon jetzt bestehen fließende Übergänge zwischen dem stationären, teilstationären und ambulanten Bereich.

Von der Station aus können die Zuverdienstfirmen aufgesucht werden, die Tagesklinik, Tagesstätte oder -pflege, die Haushaltsgemeinschaften, aber

auch im Sinne der Belastungserprobung der Arbeitsplatz (Hamburger Modell). Nach ein zwei Tagen kann der Patient auch auf Station teilstationär oder ambulant weiterbehandelt werden ohne seine Bezugsperson zu wechseln oder auch in eine Krisenfamilie überwechseln. Daneben stehen Trainingswohnungen im Kontext des Betreuten Wohnens zur Verfügung. In Herne werden soziomilieutherapeutische Maßnahmen in Form einer Pilgerreise eingesetzt. Gerade bei depressiven Patienten, aber auch bei Patienten mit chronischen Verläufen (Schizophrenie, Angst, etc.) können solche radikalen Milieuwechsel zur Stimmungsumkehr führen und sich nachhaltig rehabilitativ auswirken.

Durch solche und ähnliche Elemente in Kombination mit dem flächendeckenden Ausbau von Zuverdienstfirmen ist es in Geesthacht gelungen, die Verweildauer von 23 Tagen auf 14–16 Tage zu verkürzen ohne Mehraufnahmen. Alle Patienten der Region können dadurch stationär versorgt werden (Pflichtversorgung).

Gelingen die oben skizzierten Schritte, wird eine der drei Stationen am Johanniter Krankenhaus in eine Akuttagesklinik umgewandelt werden können, geöffnet an sieben Tagen. Die zwei darüber liegenden Stationen stehen 34–40 Patienten zur 24 Stunden Betreuung zur Verfügung (flexible Betten). Der Zeitpunkt für die Umwandlung einer Station in eine Akuttagesklinik ist so früh wie möglich zu wählen: Sobald Alternativen zur stationären Behandlung und ein dichtes ambulant-teilstationäres Netz sicher zur Verfügung stehen, muss die Umwandlung gewagt werden. Das dann vorhandene System wird sich auf die geänderten Umstände einstellen und weitere Alternativen aus dem oben erwähnten Schatz an Alternativen rekrutieren.

Mithin wandeln sich die klassischen Orte der Behandlung: Die Station steht zwar zur 24 Stunden Betreuung zur Verfügung, von der Station aus können aber auch alle anderen Möglichkeiten bis hin zum Besuch des Arbeitsplatzes genutzt werden. Die Tagesklinik ist als Treffpunkt und als Ort, um Abstand von zu Hause zu bekommen wichtig, eine ambulante Behandlung zu Hause kann aber von der Frequenz der Hausbesuchte, der Länge und Dichte der Kontakte durchaus höher sein (personenzentriert).

Ziel muss jedenfalls sein, nicht nur an den Symptomen zu kurieren, sondern Menschen so zu begleiten, dass nachhaltig eine Entwicklung eingeleitet wird, hin zu mehr Stabilität und Zufriedenheit. Dazu zählt nicht zuletzt, dass jeder Mensch notwendig sein will bzw. Bedeutung für andere haben will. Zuverdienstfirmen stellen zumindest ein Minimum an Teilhabe an Gesellschaft und Arbeit sicher. Diese Möglichkeiten müssen durch virtuelle

Arbeitsplätze, sei es über eine virtuelle Werkstatt für behinderte Menschen (Saarbrücken) oder ein entsprechendes Arbeitsprojekt ergänzt werden. Trotzdem kann nicht auf supported employment, Arbeitsassistenten und Integrationsfirmen verzichtet werden. In England, den USA, Bremen, Hamburg und München (Weiße Feder) werden Psychiatrie-Erfahrene routinemäßig mit Gewinn in gemeindepsychiatrischen Diensten oder auch Krisendiensten eingesetzt (Prosumer). Im Rahmen von Stadtteilarbeit und dem Aufbau von Haushaltsgemeinschaften für demente Menschen entstehen en passant eine Vielzahl von Möglichkeiten der Tätigkeit und damit Beantwortetes Wirken (Sensible begleiten Sensible). Nachweislich trägt das in besonderem Maße nachhaltig zur Stabilisierung und zur Teilhabe (Inclusion) bei. Auch solche Möglichkeiten lassen sich über ein Regionales Budget zur Vermeidung von Wiederaufnahmen nutzen.

Übrigens lässt sich über ein Regionales Budget auch die Versorgungsqualität psychosomatischer Patienten deutlich verbessern: Neben der Stärkung des Konsil- und Liaisondienstes im Allgemeinkrankenhaus können vor Ort teilstationäre und ambulante Behandlungseinheiten aufgebaut und ausbalanciert werden, während stationäre Formen auf ein Minimum beschränkt werden können.

Im bisherigen System wurden viele therapeutische und strukturelle Elemente additiv genutzt. Mithilfe eines Regionalem Budget als integrativem Rahmen können diese unterschiedlichen Dienste und Angebote sinnvoll verknüpft werden, sodass das bisher parallel operierende System zu einem lebendigen Organismus zusammengefügt werden kann, der mehr ist als die Summe seiner Teile. Die »psychotherapie institutionell« kann dann in eine »psychotherapie communal« übergehen, erst recht wenn es gelingt, ein Regionales Budget im SGB V Bereich mit einem Regionalen Budget im SGB XII Bereich zu verbinden.

Durch das Regionale Budget wird sich für die Vielzahl menschlichen Krisen mit der Zeit ein breiteres Spektrum an Antwortmöglichkeiten entwickeln, nicht mehr gefesselt an simple Rahmen medizinischer Versorgung, die der Ordnungsliebe von Organisationen und Behörden entsprechen, dem Menschen aber nicht gerecht werden. Und trotzdem haben alle Bürger die Sicherheit von Behandlung und Assistenten in schwierigen Lebenssituationen.

Regionale Budgets sind deshalb in Übereinstimmung mit dem Imperativ des Konstruktivisten Heinz von Förster: »Handle stets so, dass mehr Möglichkeiten entstehen.« Dieser Vorteil verbindet sich mit einem klugen betriebswirtschaftlichen Konzept: Aus der Krankheit des Einzelnen wird

im Zeitalter betriebswirtschaftlicher Dominanz kein Kapital geschlagen, während sich salutogenetische Entwicklungen, Verbesserung der kommunalen Resilienz und ein verbessertes Antwortspektrum mittel- bis langfristig auszahlen.

Das Regionale Budget bedarf allerdings ähnlich wie bei Löhnen eines Minimums an Umfang, um zumindest ein Minimum an erforderlicher Versorgung sicherstellen zu können.

Literaturangaben

- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE UND NERVENHEILKUNDE (DGPPN) (Hg): S3 – Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie, 2005: 130
- STIFTUNG WARENTEST, KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE, BERTELSMANN STIFTUNG (Hg): Leben und Wohnen im Alter. Berlin, 2006
- KRAMER B M: The Day Hospital As an Element In Comprehensive Psychiatry. In: Psychiatric Services Ment Hosp. 1963, 14:170–171
- GUDEMAN J E, SHORE M F, DICKEY B: Day hospitalization and an inn instead of inpatient care for psychiatric patients. In: New England Journal of Medicine. 1983 308/13: 749–753
- STEINKAMP G, WERNER B: Die Effekte eines gerontopsychiatrischen Zentrum. Opladen, 1997

Regionales Budget in Frankfurt

Wie Frankfurt die psychiatrische Versorgung fit für die Zukunft machen will

Hans-Joachim Kirschenbauer

Die konkreten Lebensbedingungen psychisch kranker Menschen sowie der Helfer im Versorgungssystem haben sich in den letzten Jahren deutlich verändert und werden sich angesichts des voraussichtlich bleibenden Kostendrucks im Gesundheitswesen höchstwahrscheinlich in den nächsten Jahren weiter verändern. Jammern und Klagen ist eine Möglichkeit des Umgangs mit dieser Situation, sie als Ausgangspunkt für Veränderungsprozesse zu nutzen, ist ein aktiver Weg, der auch Chancen für Städte und Gemeinden bietet.

Kommunale Verantwortung

In der Bundesrepublik gilt das Sozialstaatsprinzip. Es beschreibt die Verantwortung des Staates und aller seiner in der föderalen Struktur folgenden Behörden und Institutionen (Länder, Landkreise, Kommunen usw.) für die Daseinsvorsorge. Die staatliche Aufgabe zur Bereitstellung der für das menschliche Dasein notwendigen Güter und Leistungen obliegt im Wesentlichen den Kommunen. Dazu zählt nicht nur das Verkehrs- und Beförderungswesen, die Gas-, Wasser- und Elektrizitätsversorgung, sondern auch die Müllabfuhr, Abwasserbeseitigung, der Unterhalt von Bildungs- und Kultureinrichtungen, von Krankenhäusern und Gesundheitsdiensten. Die Verantwortung der Durchführung dieser staatlichen Aufgaben unterliegt dem Prinzip der Subsidiarität. Besondere Aufmerksamkeit und Verantwortung ist für die Menschen zu tragen, die Hilfe nicht selbstständig nachfragen können oder ein eingeschränktes Hilfesuchverhalten haben. Für psychisch kranke Menschen gilt dies insbesondere, da hier in vielen Fällen die Einsicht in die Krankheit fehlt und sich daraus ein eingeschränktes Hilfesuchverhalten ergibt.

Der Anspruch der Leistungsberechtigten richtet sich – egal, bei welcher Finanzierungsform – immer an den öffentlichen Träger. Dieser ist der Garant dafür, dass die richtige Hilfe in angemessener Form und notwendigem Umfang gewährt wird. Er ist die Instanz, die das Verfahren einleitet, begleitet und in geeigneter Form überwacht.

Die Wahrnehmung dieser Verantwortung beinhaltet neben der Controlling-Funktion auch die Möglichkeit der Planung und Steuerung und insbesondere der fachlichen Rückmeldung aus den »Sozialräumen« an die Verantwortlichen aus Verwaltung und Politik. Diese Möglichkeiten zu nutzen, ist ein Ziel, dass sich das Gesundheitsamt in Frankfurt gesetzt hat. Von den Plänen und Erfahrungen soll hier die Rede sein.

Ausgangslage in Frankfurt am Main

Die seit Anfang der 70er-Jahre gewachsenen gemeindepsychiatrischen Angebote wurden in das psychosoziale Hilfesystem integriert, ohne dass jedoch im engeren Sinn geplant und koordiniert vorgegangen wurde.

Für die ca. 650 000 Einwohner in Frankfurt existieren:

- Vier Psychosoziale Hilfsvereine für je ca. 150 000 Einwohner:
- Eine Begegnungsstätte pro Verein;
- Fünf Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen
- Ein Verein für c. 65 000 Migranten (ca. 10 % der Einwohner):
- 542 Plätze im Betreuten Wohnen (= 0,83 pro 1000);
- 174 Plätze in Tagesstätten (= 0,27 pro 1000);
- 548 Plätze in WfbM (= 0,84 pro 1000):
- 432 Wohnheimplätze (= 0,67 pro 1000)

Für die stationäre Versorgung bestand zwar seit Mitte der 80er ein Beschluss zur Sektorisierung, es gab aber keine verbindliche Zuordnung der Trägervereine mit ihren außerklinischen Angeboten zu den einzelnen Sektoren. Die Zusammenarbeit der einzelnen Einrichtungen basierte auf mündlichen Absprachen ohne vertragliche Regelung, ohne Verbindlichkeit, Sicherheit oder Transparenz. Ebenso bestand keine Struktur für die Zusammenarbeit mit stationären Einrichtungen bzw. mit der Kommune und dem Landeswohlfahrtsverband als Träger der überörtlichen Sozialhilfe. Verhandlungen über Plätze und Kapazitäten sowie Finanzierung von »Spezialeinrichtungen« und »Spezialkonzepten« waren der geschickten Verhandlung und der Hartnäckigkeit oder auch dem persönlichen Engagement einzelner Mitarbeiter der Wohlfahrtsverbände überlassen. Einzelne Einrichtungen begannen ein Eigenleben mit eigenen Regeln, Formularen, Konzepten und Aufnahmebedingungen zu führen. Eine institutionelle »Binnenoptimierung« war die logische Konsequenz. Die angebotsorientierte, institutsbezogene Versorgung war der Alltag.

Aus den sich eigendynamisch und institutionsbezogen entwickelnden und spezialisierenden Organisationsstrukturen und dem damit verbundenen Mangel an einer bedarfsgerechten Gesamtplanung entstand die Forderung nach effektiveren und effizienteren Lösungs- und Versorgungsstrukturen, wo nicht der Patient zu den vorhandenen Institution passen muss, sondern die Institution lernt, sich auf die Probleme jedes einzelnen Patienten einzustellen.

Ziele

Mit der Einführung eines neuen gemeindepsychiatrischen Steuerungs- und Finanzierungsmodells soll auf örtlicher Ebene eine ordnende, planende und steuernde Funktion wahrgenommen werden. Ziel ist die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität für Menschen mit seelischen Behinderungen in der Stadt Frankfurt. Dort sind alle notwendigen Hilfen vor Ort und wohnortnah zu organisieren. Die Hilfeleistungen sollen sich an den Ressourcen und den funktionellen Einschränkungen des Individuums orientieren. Die Leistungserbringer erhalten sowohl Vorgaben als auch finanzielle Anreize, um sich an den individuellen Bedürfnissen und subjektiven Erwartungen des betroffenen Menschen zu orientieren. Dabei ist zu vermeiden, dass weder aus Gewohnheit noch aus gegebenen oder zwingenden Strukturvorgaben Abhängigkeiten der Betroffenen entstehen oder weiterführende Hilfeleistungen nicht gewährt werden. Im Ergebnis sollen nicht nur die Auftraggeber und Kostenträger zufrieden sein, sondern zuallererst die Nutzer, aber natürlich auch die Mitarbeiter und die Öffentlichkeit.

Im Einzelnen lassen sich folgende Teilziele formulieren:

Im Hinblick auf die Nutzer:

- Hilfen kurzfristig anbieten;
- Hilfen individuell, bedarfsgerecht und gemeindenah erbringen;
- einfacher und niedrighschwelliger Zugang zum Hilfesystem (betr. Akzeptanz, Erreichbarkeit, Öffnungszeiten, Räumlichkeiten);
- Zwangsmaßnahmen vermeiden;
- Selbstbestimmung und Selbstverantwortung stärken;
- Teilhabe an Gesellschaft und Arbeit ermöglichen;
- Wahlrecht stärken durch Einbeziehung des persönlichen Budgets;
- unabhängige Beschwerdestellen einrichten.

Im Hinblick auf die Versorgungsstrukturen:

- Krisensituationen (z. B. Wartezeiten) reduzieren;

- das soziale Netz stärken;
- vorhandene nichtpsychiatrische Hilfen einbinden;
- Betreuungskontinuität herstellen;
- Personal qualifizieren und qualifiziert einsetzen;
- Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Leistungen sicherstellen;
- ein Qualitätssicherungssystem entwickeln und anwenden
- ein gemeindepsychiatrisches Verbundsystem unter Einbeziehung aller an der Versorgung Beteiligten einführen.

Viele nutzerbezogenen Ziele lassen sich durch die Einführung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) verwirklichen, der mittlerweile in den meisten Bundesländern und auch in Hessen eingeführt worden ist. Alle Überlegungen zur Vereinfachung der Verwaltungsarbeit, der Planungssicherheit für Leistungsträger und Leistungsanbieter, der Entwicklung von Kreativität bei der Umsetzung von Hilfen, mussten aber auf den kommunalen Steuerungsebene ansetzen und führten letztlich zu der Entscheidung, ein einwohnerbezogenes Budget einzuführen.

Das einwohnerbezogene Regionalbudget

Beim einwohnerbezogenen Regionalbudget steht primär fallabhängiges und sekundär fallübergreifendes, nicht aber fallunabhängiges Handeln im Vordergrund. Hier besteht der gravierende Unterschied zum Sozialraumbudget, das auch fallunabhängiges Handeln mit beinhaltet. Fallunabhängiges Handeln, d. h. z. B. Antistigma- und Stadtteilarbeit bleibt Aufgabe aller in der kommunalen Verantwortung stehenden Organisationen und Institutionen.

In der derzeitigen Planung werden die Leistungen der außerklinischen stationären Einrichtungen wie des Betreuten Wohnens, der Tagesstätten und der ambulanten Hilfen darunter subsumiert und budgetiert. Leistungen der Werkstätten für behinderte Menschen oder der Suchtkrankenhilfe werden im ersten Schritt zurückgestellt. Dies hat keine ideologischen oder inhaltlichen Gründe, sondern lediglich pragmatische, d. h. der Bereich, über den wir sprechen, betrifft derzeit vor allem die sozialhilfefinanzierten Leistungen des SGB XII. Perspektivisch sind jedoch auch Leistungen anderer Sozialgesetzbücher einzubeziehen, die Zusammenführung der Bereiche Psychiatrie, Wohnsitzlosen- und Suchthilfe ist geplant.

Die bisher erbrachten Gesamtleistungen (Geldmittel) vom überörtlichen und örtlichen Sozialhilfeträger werden gebündelt und durch die Einwohner-

zahl der Stadt Frankfurt am Main geteilt. Jeder Sektor erhält diese Summe mal der Einwohnerzahl laut Einwohnermeldeamt für diesen Raum, dies ergibt das einwohnerbezogene Regionalbudget. Das Frankfurter Gesamtbudget wird durch Addition der zu einem definierten Stichtag ermittelten Gesamtsummen errechnet. Um den Planungshorizont zu erweitern, wird das Budget für drei Jahre festgelegt, Gewinne wie Verluste können von Jahr zu Jahr transferiert werden, Nachverhandlungen sind möglich.

Frankfurt hat vier Sektoren, die sich an administrativen Grenzen (Rathäuser, Polizeirevieren, Ortsbezirke) orientieren. Dies liegt an der Tatsache, dass Hessen kein PsychKG hat und deshalb die Zuständigkeit noch über das Hessische Freiheitsentziehungsgesetz geregelt ist. Für die Umsetzung sind die Polizei und die Ordnungsämter verantwortlich. Zu jedem dieser Sektoren gehört eine pflichtversorgende psychiatrische Klinik mit Institutsambulanz und Tagesklinik. Weiterhin gehört ein Sektorbüro des Sozialpsychiatrischen Dienstes und ein Trägerverein bzw. ein Trägerkonsortium zu einem Sektor.

Die Größe der Sektoren schwankt um die 150 000 Einwohner. Diese Zahl gilt es nach Möglichkeit nicht wesentlich zu unter- bzw. zu überschreiten. Bei kleineren Einheiten könnte es deutliche Verschiebungen hinsichtlich der sozialen Infrastruktur geben, bei einer Größe von 150 000 Einwohner ist die Mischung aus sozialen Brennpunkte und bevorzugten Wohngebieten in etwa ausgewogen, bei deutlich größeren Sektoreinheiten geht die Übersichtlichkeit und Steuerbarkeit verloren.

Die Versorgung im außerklinischen Bereich ist seit 2003 durch einen gemeindepsychiatrischen Rahmenvertrag geregelt, in dem die Trägervereine ebenso wie die Kliniken eine Versorgungsverpflichtung eingegangen sind. Als Voraussetzung zur Aufnahme in diese Rahmenvereinbarung wurde das Bestehen eines Psychosozialen Zentrums, bestehend aus Psychosozialer Kontakt- und Beratungsstelle, Begegnungsstätte, Tagesstätte und Betreutem Wohnen zur Bedingung gemacht. Die Sektorvereinbarung ist eine einseitige Verpflichtung der Träger, sie gilt nicht für die Betroffenen. Diese sollen sich nach Möglichkeit an die Sektorvereinbarung halten, sie können jedoch von ihrem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen.

Voraussetzungen zur Einführung

Sektorisierung des klinischen und außerklinischen Bereichs, die im Idealfall mit der Gründung Gemeindepsychiatrischer Verbände mit vertraglich definierter Pflichtversorgung zusammenfallen, ist die Schaffung einer kompetenten kommunalen Steuerungs- und Planungsstelle unabdingbar. In Frankfurt liegt sie beim Stadtgesundheitsamt. Dieses verhandelt mit den örtlichen Trägervereinen wie mit der überörtlichen Sozialhilfe und stößt verbindliche Vereinbarungen untereinander an. Es drängt auch auf die Festlegung einheitlicher Kennzahlen und Wirkparameter zur Überprüfung der Versorgungsqualität, die nicht nur den Vergleich von Leistungsanbietern erleichtert, sondern auch die Evaluation und das Controlling der Gesamthilfepläne nach einem definierten Zeitraum ermöglicht. Hier ist es hilfreich, dass inzwischen alle mit dem Instrument des IBRP arbeiten, also auf gleiche Kriterien und Aufwandsmessungen (Hilfeleistungsstunden) zurückgreifen. In Frankfurt haben wir uns darüber hinaus entschlossen, eine externe Evaluation in Auftrag zu geben und die Universität Frankfurt gebeten, den gesamten Prozess der Einführung eines einwohnerbezogenen Regionalraumbudgets wissenschaftlich zu begleiten.

Rechtliche Situation

Die Verhandlungen mit den Trägervereinen und dem überörtlichen Sozialhilfeträger wurden von aktuellen Urteilen beeinflusst. So hat das Verwaltungsgericht Hamburg mit Beschluss vom 05.08.2004 dem Hamburger Bezirk Bergedorf untersagt, das Konzept »Sozialraumbudget« umzusetzen (AZ: 13E2873/04). Das Verwaltungsgericht sah das Recht des freien Trägers (Kläger) auf freie Berufsausübung nach Artikel 12 GG eingeschränkt und damit seine Marktchancen reduziert. In der Begründung rückte das Gericht insbesondere die fehlende gesetzliche Ermächtigungsgrundlage für eine Vorauswahl von Trägern in den Mittelpunkt. Das Oberverwaltungsgericht Hamburg hat in seinem Beschluss vom 11.11.2004 die Beschwerde der zuständigen Behörde für Soziales und Familie zurückgewiesen und den Beschluss des Verwaltungsgerichtes Hamburg bestätigt (AZ: 13E2873/04).

Zwischenzeitlich liegen auch aus Münster und Berlin ähnliche Gerichtsurteile vor. Deshalb hat sich die Stadt Frankfurt am Main im Einvernehmen mit dem Landeswohlfahrtsverband Hessen, der als überörtlicher Sozialhilfeträger für die Eingliederungshilfe seelisch behinderter Menschen zuständig

ist, 2005 dafür entschieden in einem gemeinsamen »Vorprojekt« alle relevanten Rechtsfragen zu klären:

Ist das vorliegende Konzept mit den Grundsätzen der Rechtsprechung vereinbar, die im Rahmen der Gerichtsentscheidungen zu den sogenannten »Sozialraumbudget-Konzepten« in Hamburg, Münster und Berlin ergangen sind?

Greift das vorliegende Konzept in die Berufsausübungs- und Wettbewerbsfreiheit (Artikel 12 GG) eines Anbieters (Leistungserbringers) in unzulässiger Weise ein?

Ist das vorliegende Konzept mit dem Prinzip der §§ 75 ff. SGB XII (Angebots- und Trägervielfalt) vereinbar?

Wird das Recht anderer Leistungserbringer auf ermessensfehlerfreie Entscheidung über den Abschluss einer Vereinbarung nach den §§ 75 ff. SGB XII verletzt?

Werden individuelle Rechtsansprüche der Leistungsnehmer, etwa das Wunsch- und Wahlrecht, durch das vorliegende Konzept verletzt?

Ist das vorliegende Konzept mit allen gesetzlichen Grundlagen zur Umsetzung des Anspruchs auf Persönliches Budget (§ 57 SGB XII i. V. mit § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX und § 159 SGB IX) vereinbar?

Sind die in dem Konzept vorgesehenen Finanzierungs- und Steuerungsmethoden mit den gesetzlichen Vorgaben vereinbar?

Ziel des Vorprojektes ist es, eventuelle rechtliche Hindernisse oder Bedenken zu identifizieren, Lösungsmöglichkeiten zu finden und das Konzept des regionalraumbezogenen Budgets entsprechend anzupassen.

Budget nicht Selbstzweck

Dabei sollte immer daran gedacht werden, dass das regionalraumbezogene Budget lediglich ein Finanzierungsinstrument ist und nicht Ausgangspunkt oder Selbstzweck der Überlegungen. Ziel ist die Verbesserung der Versorgungsqualität für psychisch kranke Menschen in Frankfurt: wohnortnah, individuell, bedarfsgerecht, aber auch effizient, da sowohl die finanziellen als auch die fachlichen Mittel begrenzt sind und die Hilfe für den einen nicht zu Lasten der Hilfe für einen anderen gehen darf. Deshalb wird auf die detaillierte Projektplanung sorgfältige Evaluation großen Wert gelegt.

Alle Beteiligte an dem Vorprojekt sind sich einig, dass Sorgfalt und Qualität vor Schnelligkeit gehen muss. Es ist nicht sinnvoll, möglichst rasch etwas auf die Beine zu stellen und dann später vor den handwerklichen Fehlern zu stehen oder vielleicht sogar daran zu scheitern. Alle Projekt-Beteiligten sind

optimistisch, einen gemeinsamen Weg gefunden zu haben, um das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem in Frankfurt am Main fit für die Zukunft zu machen. Dabei ist sehr deutlich geworden, dass Partialinteressen, egal von welcher Seite, zwar berücksichtigt werden sollten, diese jedoch immer dem gemeinsamen Ziel unterzuordnen sind. Wenn dies nicht gelingt, wird ein solches Projekt im Zweifel schon in der Planungsphase scheitern. Die Notwendigkeit einer vertrauensvollen Zusammenarbeit ist scheinbar eine banale Aussage, aber für ein solches Projekt in dieser Dimension nicht oft genug zu betonen.

Literaturangaben

- BRIEGER P, KIRSCHENBAUER H-J: Kann Planung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland wissenschaftlich fundiert sein? *Psychiat Prax*, 2004, 31: 383–386
- HINTE W: »Sozialraumorientierung« – den eigenen Tunnelblick mit der Weite des Raumes verwechseln? Eine Replik, Download aus dem Internet: www.uni-essen.de/issab/publikat/kontrakt.htm
- HINTE W: Kontraktmanagement und Sozialraumbezug – Zur Finanzierung von vernetzten Diensten, Download aus dem Internet: www.uni-essen.de/issab/publikat/kontrakt.htm
- KIRSCHENBAUER H-J, SCHRANK W: »Erst die Pflicht, dann die Kür« – Vereinbarungen zur außerstationären gemeindepsychiatrischen Pflichtversorgung in Frankfurt am Main. *Psychiat Prax*, 2003, 30: 342–344
- Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGSt): Kontraktmanagement zwischen öffentlichen und freien Trägern am Beispiel der ambulanten Hilfen zur Erziehung in der Jugendhilfe, Köln 12/1998
- MÜNDER J: Sozialraumorientierung – mehr als eine Modebewegung. SOS Dialog. Berlin 2001
- OVG Hamburg, Beschluss vom 10.11.2004, AZ: 13E2873/04
- SCHRÖDER J: Sozialraumorientierung und neue Finanzierungsformen, 2. Expertenklatur, Dokumentation der Ergebnisse. Bonn, 2001
- THIERSCH H: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Weinheim/München 1992
- VG Hamburg, Beschluss vom 05.08.2004, AZ: 13E2873/04

Projekt Regionales Budget in Berlin-Reinickendorf

Matthias Rosemann

Das Projekt zum regionalen Budget in Reinickendorf ist eine konsequente Weiterführung des Projekts zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes, das gemeinsam mit der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. in den Jahren 2001 bis 2003 in einem Bezirk von Berlin (ca. 250 000 EW) umgesetzt wurde.

Das Konzept

Das Konzept, das im Jahr 2003 in einer Arbeitsgruppe des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) entwickelt und dem Bezirksamt über den Psychiatriebeirat vorgelegt wurde, sieht folgende Ziele, Bedingungen und Bestandteile vor.

Ziele der regionalen Budgetierung

1. *Kostenrahmen der öffentlichen Hand definieren und garantieren*

Ein regionales Budget legt die Gesamtsumme der möglichen Ausgaben für definierte Aufgaben fest und erfordert damit Mechanismen der Steuerung, um mit dem Ausgabenrahmen die Aufgaben wirkungsvoll zu erfüllen. Für den Budgetgeber ist damit die Aufgabenerfüllung im definierten Rahmen sichergestellt, unerwartete Ausgaben, insbesondere Einzelfallausgaben sind ausgeschlossen.

2. *Mittel flexibler einsetzen (Wirkungsorientierung)*

Die Zusammenführung verschiedener Bestandteile der bezirklichen Ausgaben zu einem Budget ermöglicht ein höheres Maß an Flexibilität zwischen den Bestandteilen. So können Mittel, die bisher als vertraglich zwischen dem Land und den Trägern vereinbarte Leistungen vorgehalten werden, auch für pauschalgeförderte Projekte eingesetzt werden und umgekehrt. Der Budgetrahmen allein entfaltet in Verbindung mit der Aufgabenstellung erheblichen Druck, die Aufgaben zu bewältigen und damit kreative Lösungen für auftretende Probleme in Einzelfall und in der Struktur zu bewältigen. Daraus folgt, dass die finanziellen Mittel

- individuell und zielgenau auf für den einzelnen hilfesuchenden Menschen,

- unter Berücksichtigung der vorhandenen regionaler Bedingungen strukturell bedarfsgerecht eingesetzt werden sollen und damit
- eine geringere Abhängigkeit von institutionellen Bedingungen der Einrichtungen und Träger entsteht.

Das Budget wird ermöglichen, hilfebedürftige Menschen zu erreichen, die wir bisher nicht erreichen konnten, da die Mittel in geringerer Abhängigkeit von vorhandenen Einrichtungen und Maßnahmen eingesetzt werden und in kreative Lösungen zugunsten bisher nicht ausreichend berücksichtigter Zielgruppen umgeleitet werden können.

3. *Voraussetzung schaffen für die Einbeziehung anderer Leistungsträger*

Das regionale Budget auf die staatlichen Ausgaben (Sozialhilfe, Zuwendungen und Personaleinsatz des öffentlichen Dienstes) zu beschränken, nimmt nur einen Teil der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen in den Blick. Ein großer Teil von Hilfen im Sinne von Behandlung, Rehabilitation und Pflege für psychisch kranke Menschen werden von den vorrangig verpflichteten Leistungsträgern erbracht. Es ist den Strukturen des gegliederten Systems der sozialen Sicherung in der Bundesrepublik geschuldet, diese Leistungsträger nicht von Beginn an in das Budget einzubeziehen. Sollten sich die Ziele des regionalen Budgets erreichen lassen, werden damit aber zugleich die Voraussetzungen dafür geschaffen, schrittweise auch andere Bestandteile von Hilfen und Leistungen mit in das Budget zu integrieren.

Bedingungen

Die Vereinbarung eines regionalen Budget ist nur vertretbar, wenn einige zentrale Bedingungen erfüllt sind.

Mittel müssen tatsächlich flexibel einsetzbar sein

Das regionalen Budget kann nur funktionieren, wenn die finanziellen Mittel zwischen den einzelnen Bestandteilen des Budgets transferierbar sind. Wenn Minderausgaben innerhalb eines Teils des Budgets zur Kürzung des Gesamtbudgets führen, verliert das Budget seine steuernde Funktion. Daher muss mit Beginn des Budget sichergestellt sein, dass alle Bestandteile des Budgets zueinander transferierbar sind.

Träger und Einrichtungen müssen dazu freiwillig bereit sein

Flexibilität innerhalb eines Budgets lässt sich nur herstellen, wenn die beteiligten Einrichtungen und Dienste sowie ihre Träger bereit sind, von bestehenden Vereinbarungen zugunsten individueller oder bedarfsgerechter Umsteuerung der Mittel abzuweichen. Diese Bereitschaft muss im Rahmen einer Übereinkunft über die Art der Entscheidungsbildung erzielt werden. Dabei wird auch darauf zu achten sein, dass keine Einrichtung oder kein Träger gegen seinen Willen überfordert wird.

Pflichtversorgung muss garantiert werden

Das regionale Budget darf nur entstehen, wenn die beteiligten Einrichtungen und Dienste gemeinsam neben der Einhaltung weiterer wesentlicher Qualitätsstandards auch die Übernahme der Versorgungsverpflichtung für die psychisch kranken Bürger einer Region garantieren. Anderenfalls stünde zu befürchten, dass an die Stelle einer qualifizierten Steuerung der Mittel und Ressourcen die Ausgrenzung von Menschen in andere Hilfesysteme (Wohnungslosenhilfe, Pflege, Behindertenhilfe) träte.

Unter der Ausweitung des Angebotes dürfen chronisch Kranke nicht leiden

Sofern das Ziel, weiteren, bisher unzureichend versorgten Menschen individuell passgenaue Angebote zu machen, erreicht wird, ist zugleich darauf zu achten, dass die Menschen, für die die Reinickendorfer Struktur in den zurückliegenden Jahren entwickelt wurden und die im Zuge des Abbaus von Krankenhausbetten einen Lebensraum im Bezirk gewinnen konnten, nicht aus dem Blickfeld geraten. Das Anliegen, unter- oder fehlversorgte Zielgruppen angemessen zu unterstützen, darf den Vorrang der besonders hilfebedürftigen chronisch kranken Menschen nicht unterlaufen.

Was gehört zum Budget?

Maßnahmen für Menschen mit seelischen Behinderung gemäß § 39, 40 (1.8) BSHG

Das regionale Budget soll alle Leistungen umfassen, die als Eingliederungshilfe nach den §§ 39, 40 BSHG psychisch kranken Menschen gewährt werden. Dies bezieht sich ohne wesentliche Hindernisse auf Maßnahmen in Einrichtungen und Dienste, die schon heute der regionalen Steuerung unterliegen

und in flexiblen Finanzierungsformen für den Bezirk entwickelt wurden. Neben den Leistungen, die im Rahmen des Berliner Rahmenvertrags mit Trägern vereinbart wurden (ambulant betreutes Wohnen, Tagesstätten, Übergangsheim, Wohnheim) gehören dazu auch Teile der Einzelfallhilfe und möglicherweise die psychosoziale Betreuung Substituierter. Einen wesentlichen Problembereich stellen Maßnahmen der Eingliederungshilfe in Werkstätten für behinderte Menschen dar, die keiner regionalen Steuerung unterliegen und deren Beantragung mittels eines sachfremden Hilfeplanverfahrens erfolgt.

Nicht zum Budget gehören alle Hilfen zum Lebensunterhalt mit dem Wissen um die mangelnde Trennschärfe in den stationären Einrichtungen Übergangsheim und Wohnheim, da in der Heimfinanzierung auch die Leistungen des Lebensunterhalts enthalten sind.

Eine wesentliche Herausforderung wird die Berücksichtigung der Menschen sein, die außerhalb des Bezirks oder außerhalb Berlins Leistungen erhalten.

Zuwendungen des Bezirksamts Reinickendorf

Ein weiterer Bestandteil des Budgets sind die Mittel, die das Bezirksamt Reinickendorf den Trägern im Bezirk zur Erfüllung von offenen, nicht einzelfalleistungsvergüteten Angeboten zuwendet. Dazu gehören die Beratungsstellen und Zuverdienstfirmen.

Personalkosten Sozialpsychiatrischer Dienst anteilig für psychisch kranke Bürger

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist ein wesentlicher Leistungserbringer im Bezirk mit vielfältigen Aufgaben. Er wird vorrangig vorgehalten, um psychisch kranken Bürgern des Bezirks angemessene Beratungs-, Vermittlungs- und Betreuungsangebote zu geben. Neben diese Angebote treten die gutachterlichen Aufgaben sowie die steuernde Funktion im Bezirk.

Psychiatriekoordinator

Hinsichtlich des Psychiatriekoordinators ist die doppelte Funktion zu bedenken: »Zum einen ist die koordinierende, moderierende und strukturierende Funktion für das Zusammenwirken der beteiligten Einrichtungen und Dienste unabdingbar und ein wesentlicher Garant für das Zustandekommen

von Kooperation und Vernetzung im Bezirk. Davon zu unterscheiden ist die beratende Stabsstellenfunktion gegenüber dem Bezirksamt.«

Soweit der Auszug aus dem Konzept aus dem Jahr 2003.

Die Realität

Ein Beschluss des Bezirksamts Reinickendorf von Berlin führte Ende 2004 zur Bildung einer Projektgruppe, deren externe Begleitung durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz des Landes Berlin gefördert wird. Ziel der Projektgruppe ist die Vorbereitung einer möglichen Beschlussfassung über die Einführung des regionalen Budgets; die Entscheidung, das regionale psychiatrische Budget tatsächlich umzusetzen, ist mit der Einsetzung der Projektgruppe noch nicht getroffen. Hierzu bedarf es noch einer gesonderten Beschlussfassung des Bezirksamts und im Gemeindepsychiatrischen Verbund, der sich – auch zu diesem Zweck – noch eine rechtsfähige Form geben muss.

Die Voraussetzungen in Berlin sind relativ günstig: Berlin kennt nicht die Trennung von örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger, das psychiatrische und psychosoziale Hilfesystem ist in allen wesentlichen Bestandteilen (Ausnahme: Pflege im Sinne von SGB XI) regional organisiert und für den Bereich der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Menschen sind 2004 einvernehmlich weitreichende Veränderungen in der Struktur der Vergütungen eingeführt worden.

Zu den über Vergütungen finanzierten Einrichtungen gehören das ambulant betreute Wohnen, die Tagesstätten, die Heime und die Übergangsheime. Allerdings sind in Berlin seit Mitte der Neunzigerjahre im Rahmen der Enthospitalisierung statt Heimeinrichtungen intensiv betreute ambulante Wohnformen entwickelt worden; die Zahl der Heim- und Übergangsheimplätze liegt gemessen an der Gesamtzahl der vereinbarten »Plätze« unter 10 %. Stattdessen sind im ambulant betreuten Wohnen viele kleine Projekte u. U. auch mit Nachtbereitschaftskräften entstanden. Ein im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz und der Liga der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege von einem unabhängigen Institut im Jahr 2003 durchgeführter Stadtstaatenvergleich ergab für die psychiatrische Versorgung eher etwas geringere Aufwendungen des Sozialhilfeträgers in Berlin bei gleichzeitig deutlich niedrigerer Bettenzahl in psychiatrischen Abteilungen und Fachkrankenhäusern.

Neues Vergütungssystem

Die bisherige Vergütung nach Plätzen je Einrichtung oder ambulantomem Dienst ist 2004 einem landesweit einheitlich geltenden hilfebedarfsgruppenbezogenen Preis gewichen, der sich am voraussichtlich durchschnittlich notwendigen Zeitaufwand je Klient orientiert. Bisher hatte jeder Träger für jede Einrichtung einen Preis mit dem Sozialhilfeträger verhandelt, der wesentlich vom Stellenschlüssel abhing. Nun gelten für drei Jahre (2004–2006) für jeden sog. Leistungstyp (ambulant betreute Wohnformen, Tagesstätten, Übergangsheime, Heime) landesweit einheitliche Preise für die Maßnahme-pauschale. Diese Vergütungen staffeln sich nach zwölf Hilfebedarfsgruppen, die aus dem durchschnittlich prospektiv notwendigen Hilfebedarf des Klienten hergeleitet werden. Die Vergütung erfolgt in Tagessätzen und auf Basis der Hilfeplanung.

Als Hilfeplanungsinstrument dient der Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplan, der dem IBRP der AKTION PSYCHISCH KRANKE verwandt ist. Aus der Hilfeplanung werden sowohl die qualitativ notwendigen Hilfeleistungen deutlich, wie auch der voraussichtliche quantitative Umfang. Die Bildung der Zeitstufen erfolgt, anders als z. B. in Rostock, in Abständen von jeweils 90 min/Woche. Ein großer Unterschied zu dem auch auf dieser Tagung vorgestellten Vergütungssystem in Rostock liegt in der Unterscheidung der Vergütung nach Leistungstypen. Die Ermittlung des Hilfebedarfs ist für alle Leistungstypen gleich; dennoch unterscheiden sich die Preise, bspw. zwischen dem ambulant betreutem Wohnen und den Übergangsheimen und Heimen. Der Unterschied ist im Wesentlichen mit dem größeren Teil der Vorhalteleistungen der stationären Einrichtungen, vor allem aber auch mit der unterschiedlichen Personalstruktur in den verschiedenen Leistungstypen begründet. Die Vergütungsstruktur für die Tagesstätten weist noch einige Besonderheiten auf, die dem Umstand der individuellen Hilfeplanung und der tageweisen Inanspruchnahme des Angebots Rechnung tragen.

Die neue Vergütung erlaubt auch in Zukunft, in ambulanten Betreuungssettings Nachtbereitschaftskräfte (nicht Nachtwachen!) mittels eines Zuschlags zur Vergütung zu finanzieren, wenn wenigstens sieben bis acht Menschen in enger räumlicher Nähe zueinander (z. B. in verschiedenen Appartements innerhalb eines Hauses) wohnen.

Trägerbudgets

An die Stelle der bislang vereinbarten Plätze je Einrichtung oder Dienst ist für jeden Anbieter ein trägerbezogenes Budget getreten, das besser als maximale Summe von Rechnungsbeträgen für alle Einrichtungen eines Trägers beschrieben wird, die der Träger für die Einzelleistungen dem jeweils zuständigen Sozialamt in Rechnung stellen kann. Die Trägerbudgets wurden für den Zeitraum von drei Jahren vereinbart und erlauben in Kombination mit den hilfebedarfsgruppenbezogenen Preisen ein sehr hohes Maß an Flexibilität der Hilfestaltung im Rahmen des Budgets. So können z. B. im Rahmen einer Vereinbarung, die vorher die Vorhaltung von 20 Plätzen Betreutes Einzelwohnen vorsah, mehr Menschen betreut werden, wenn die Hilfebedarfsgruppen entsprechend niedriger sind, als der Durchschnitt der früheren Vergütung. Umgekehrt können auch weniger Menschen betreut werden, wenn deren Zeitbedarf deutlich höher ist. Damit werden die Träger, und darüber wiederum die bezirklichen Steuerungsgremien, in die Lage versetzt, sowohl den individuellen Ansprüchen der einzelnen Bürger gerecht zu werden als auch die Anforderungen aller Bürger in der Region, also auch derjenigen, die noch keine Leistung erhalten, sie aber benötigen, im Blick zu behalten und flexibel auf die Anforderungen in der Region zu reagieren.

Die Zusammenfassung der maximalen Rechnungssumme aller Einrichtungen eines Trägers eröffnet auch die Möglichkeit, im Rahmen einer Einrichtung oder eines Dienstes mehr Leistungen zu erbringen, wenn in einer anderen Einrichtung oder einem anderen Dienst desselben Trägers entsprechend weniger Leistungen erbracht werden.

Grenzen

Mit diesem Vergütungssystem ist die Möglichkeit zu großer Flexibilität innerhalb einer Trägerorganisation entstanden. Erhalten geblieben ist aber die Bezogenheit auf einen Träger und auf die über Einzelleistungen vergüteten Hilfen. Neben diesen Hilfen sind aber auch andere Bausteine des Hilfesystems von großer Bedeutung, die nicht über individuelle Einzelleistungsansprüche von Menschen finanziert werden, sondern über pauschale jährliche »Zuwendungen« oder über die direkte Finanzierung des Staates.

Zu den zuwendungsfinanzierten Angeboten gehören in Berlin die Kontakt- und Beratungsstellen, die Zuverdienstfirmen, der Berliner Krisendienst

sowie, zu einem größeren Teil, die Beratungsstellen für abhängigkeits-erkrankte Menschen. Diese Angebote, die in jedem Bezirk in ausreichender Zahl (abhängig von der Zahl der Einwohner im Bezirk) zur Verfügung stehen sollen, werden vom Land über die Bezirke in Form eines pauschalen Zuschusses ohne Einzelleistungsabrechnung finanziert.

Die direkteste Finanzierung erfolgt über die Anstellung bei staatlichen Behörden: die Sozialpsychiatrischen Dienste, in manchen Bezirken auch kommunale Beratungsstellen für Abhängigkeitskranke, erbringen unmittelbar Leistungen für psychisch erkrankte Bürger. Die Sozialpsychiatrischen Dienste haben zugleich die Funktion eines medizinischen Fachdienstes für die Sozialämter und beteiligen sich damit direkt und indirekt an den Steuerungsprozessen in den Bezirken. Auch die Psychiatriekoordinatoren/innen sind Mitarbeiter des öffentlichen Dienstes.

Das Projekt

Das Projekt »Regionales Psychiatriebudget in Reinickendorf« zielt zunächst – aus Gründen der Begrenzung auf das Machbare – nur auf die Zusammenfassung der staatlich finanzierten Leistungen innerhalb eines Bezirks. Denn bei aller Flexibilität innerhalb der über Einzelleistungen finanzierten Angebote durch das neue Vergütungssystem ist es noch nicht möglich, nicht in Anspruch genommene Teile der Trägerbudgets in zuwendungsfinanzierte Angebote oder in Stellen im öffentlichen Dienst umzuwidmen – und umgekehrt. Auch die Zusammenführung von Bestandteilen der Trägerbudgets ist nur unter besonderem Aufwand, z. B. den Neuabschluss von Verträgen mit dem Land Berlin und die Bildung von Trägergemeinschaften möglich.

Mit dem Projekt soll dieser Transfer unter kontrollierten und gemeinsam gesteuerten Bedingungen möglich sein. Dazu ist es erforderlich, das Leistungsvolumen für alle Teilbereiche zu definieren und in einem Geldbetrag auszudrücken. Dann muss dieser Geldbetrag im bezirklichen Haushalt für einen garantierten Zeitraum zur Verfügung stehen und schließlich müssen die schon vorhandenen Steuerungsstrukturen so entwickelt werden, dass sie die fachlichen und finanziellen Entscheidungen zusammenführen. Dabei ist bisher daran gedacht, dass die Bescheiderteilung für die Einzelfallentscheidungen auf der Rechtsgrundlage des SGB XII und für die pauschalen Zuwendungen weiterhin durch die zuständigen Ämter des Bezirks erfolgen, sich die Budgetsteuerung also auf die eigentlichen Steuerungs- und Entscheidungsprozesse erstrecken soll. Das Festhalten an den Einzelfallentscheidungen in

Rahmen des SGB XII ist möglicherweise ein Unterschied zu dem ebenfalls in diesem Band vorgestellten Projekt in Frankfurt a. M.

Administrativ setzt dies ein transparentes Budgetverwaltungssystem voraus, das die notwendigen Informationen für jede Einzelfallentscheidung zur Verfügung stellt.

Mit den schon entwickelten Steuerungsstrukturen im Bezirk und den von den Träger zur Verfügung gestellten Informationen über die Auslastungen ihrer Trägerbudgets sind für diese Steuerungsprozesse schon die wesentlichen Grundlagen erarbeitet, die nun noch weiterentwickelt werden müssen. Dennoch ist der Schritt zu einem regionalen Budget ein weiterer und nicht einfacher Schritt. Denn er erfordert von den Trägern, dass sie ihre Entscheidungen in die regionalen Steuerungsstrukturen einbinden und zukünftig stets als Gemeinschaft von Trägern denken, planen und handeln. Auch dem Bezirksamt wird abverlangt, die Verantwortung für Einzelfallentscheidungen weitgehend auf die Ebene des Gemeindepsychiatrischen Verbunds zu verlagern.

Andererseits gewinnen die Träger als Gemeinschaft ein höheres Maß an Planungssicherheit verbunden mit der Möglichkeit, neue Projekte, ungewöhnliche Maßnahmen und individuell notwendige Hilfen auch kurzfristig zu realisieren, wenn die dafür notwendigen finanziellen Mittel an anderer Stelle eingespart werden. Die gleiche Sicherheit gewinnt auch der Staat: Er wird nicht durch neue Angebote und Vereinbarungen über neue »Plätze« in die Situation von unplanmäßigen höheren Ausgaben gebracht. Weitergehend: Das Ausgabenniveau bleibt konstant, auch wenn die Zahl der hilfesuchenden Bürger steigt. Eine – hoffentlich – geradezu klassische Win-Win-Situation.

Wirklich nutzbringend wird das Projekt aber nur dann sein, wenn die psychisch erkrankten Bürger an Sicherheit gewinnen: dass alle die Hilfe, rasch und unbürokratisch, erhalten, die sie in ihrer aktuellen Situation gerade benötigen.

Psychiatriebudget in der Hansestadt Rostock

Ingmar Steinhart, Torsten Benz

Zum Verständnis

Die Entwicklung in der mit ca. 200 000 Einwohnern größten Gebietskörperschaft des Landes Mecklenburg-Vorpommern, der Hansestadt Rostock, ist nur als langjähriger, aber nicht zufälliger Entwicklungsprozess zu verstehen. Die »Einsicht«, dass die Übernahme von Verantwortung und Steuerung (fachlich und finanziell) auf kommunaler Ebene, also dort wo die Bürgerinnen und Bürger Unterstützung und passgenaue Hilfen benötigen, ein vielversprechender Ausweg ist, Fachlichkeit und Kostendämpfung gemeinsam positiv voranzubringen, ist in der Hansestadt über viele Jahre gewachsen und nicht »vom Himmel gefallen« oder verordnet worden.

In der Folge der ersten Bundesmodellprojekte aus der Wendezeit wurde mit Unterstützung durch zwei landeseigene Modellprojekte (Sozialpsychiatrie, Kommunale Psychiatrie) im Zeitraum von 1998 bis 2005 hart daran gearbeitet, die Psychiatrie-Reform in der Hansestadt voranzubringen. Im Vordergrund stand die Ausrichtung der Angebote und Dienste an den Hilfebedarfen der Bürgerinnen und Bürger der Stadt, d. h. die Angebote wurden primär ambulant und im Gemeinwesen (lebensfeldorientiert) aufgebaut. Dieser konsequente Weg führte schließlich dazu, dass die Beteiligten (Anbieter und Kostenträger) für das Jahr 2005 vereinbarten, sich auf das gemeinsame Wagnis der Umstellung einer noch institutionsorientierten Finanzierung (insbesondere im Bereich des überörtlichen Kostenträgers) auf eine personenbezogene Finanzierung der Hilfen einzulassen und diese einzubetten in und abzusichern über ein regionales Budget.

Im Folgenden werden einige Schritte dieses gemeinsamen Wachsens auf kommunaler und auf Anbieterseite beschrieben und Ergebnisse aus dem ersten Jahr vorgestellt.

Ein regionales Budget sollte sich stets an den regionalen Gegebenheiten orientieren – unter der Leitidee einer Vollversorgung (d. h. ohne »Abschieben« schwieriger Personen in andere Regionen) und einer umfassenden Befriedigung der Ansprüche der Bürgerinnen und Bürger auf Leistungen aus dem SGB XII (Eingliederungshilfe). Wir können hier nur den Rostocker Weg beschreiben, der andernorts sicher anders gegangen werden muss.

Es soll hier nicht unerwähnt bleiben, dass die Entwicklung in der Hansestadt nur so weit voranschreiten konnte, weil einer der Anbieter in der Hansestadt Rostock als »Motor der Bewegung« fungierte und weil von einer personenbezogenen Finanzierung aus einem Regionalbudget überzeugte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Sozialamt und von den Anbietern trotz manchmal heftigsten Gegenwindes und enormer zusätzlicher Arbeitsbelastung diesen Weg konsequent weiterverfolgt haben. Gestützt wurde diese Entwicklung ebenfalls durch die uneingeschränkte Unterstützung der Geschäftsführungen beider Anbieter sowie die politische Rückendeckung aus der Hansestadt Rostock, insbesondere dem Sozialamt, und dem Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern.

Vorarbeiten

Stationären Platzaufbau verhindern/»Konversion« bestehender Heimplätze

In den vergangenen Jahren hat sich insbesondere zwischen dem Sozialamt der Hansestadt und der Leistungserbringerseite eine partnerschaftliche und ergebnisorientierte Zusammenarbeit entwickelt. Ausfluss dieser gegenseitigen Achtung war auch, dass in den vergangenen Jahren 16 zusätzliche psychiatrische Heimplätze zwar geplant, aber auf Basis alternativer Konzepte im ambulanten Bereich gar nicht erst realisiert wurden. Relativ frühzeitig erkannte man also eine Fehlentwicklung, die nicht nur für die alten, sondern mittlerweile für viele neue Bundesländer kennzeichnend ist: Auf steigenden Bedarf wird mit neuen Institutionen, meistens Heimen reagiert, die dann zukünftig – unabhängig vom regionalen Bedarf – wieder belegt werden müssen. In der Hansestadt Rostock wurden stattdessen vorab Investitionen, Folgekosten und Betriebskosten in nicht unerheblichem Umfang eingespart und die notwendigen Angebote für die Klienten »ambulant« organisiert und finanziert.

Nach über anderthalbjähriger Verhandlungszeit wurde zu Beginn 2005 ein Psychosoziales Wohnheim in eine Wohnanlage umgewandelt. In ehemaligen Wohnheimplätzen wohnen jetzt Menschen mit Mietvertrag und ambulanten Unterstützungsverträgen mit individuell zugeschnittenen Hilfen.

Integrierte Hilfeplanung

Ein weiterer Baustein in der Entwicklung der Hansestadt war, dass man relativ früh vereinbarte, bei allen Akteuren Überzeugungsarbeit für den Paradigmenwechsel von institutionen- zu personen- und lebensfeldorientierten Hilfestrukturen leisten.

Die Hansestadt Rostock nahm mit dem Landkreis Güstrow als eine der ersten Gebietskörperschaften an dem Modellprojekt Sozialpsychiatrie (1998–2001) zur Erprobung des IBRP (Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan) teil. Sowohl für die Mitarbeiterinnen der Hansestadt als auch für die Mitarbeiterinnen der Leistungserbringer (Psychiatrische Universitätsklinik Rostock, Anbieter von tagesklinischer Behandlung, Soziotherapie und von Leistungen der Eingliederungshilfe) wurden kostenlos IBRP-Schulungen angeboten. Im Rahmen eines vom Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern entwickelten Schulungskonzeptes wurden nicht nur die technische Anwendung der entsprechenden Bögen trainiert, sondern vor allem Neugier und Verständnis für den personenzentrierten und lebensfeldorientierten Ansatz sowie für gemeindepsychiatrische Angebotsformen geweckt. Nach den Schulungen wurde der IBRP als Hilfeplaninstrument verbindlich eingeführt, die Hilfeplanung inklusive der Leistungsgewährung fand nicht mehr in abgeschlossenen Amtsstuben des Sozialamtes oder bei den Leistungserbringern statt, sondern nur noch unter Beteiligung der Hilfeempfänger in der Rostocker Hilfeplankonferenz (HPK). Die HPK wurde durch eine von Anbietern und Kostenträgern gemeinsam verabschiedete Satzung in transparente und verbindliche Strukturen übergeführt.

Besonderes Merkmal dieser Hilfeplankonferenz ist, dass Entscheidungen über einen Hilfeplan unter Beteiligung des Hilfeempfängers zunächst nur im Konsens geführt werden können. Unbenommen davon ist die »Letzt-Entscheidung« des Kostenträgers – allerdings erst nach erneuter Befassung mit dem »Veto« der Leistungserbringer-Seite. Dieses den Leistungserbringern eingeräumte »Veto-Recht« zeigt u. a. die Achtung gegenüber den Kompetenzen beider »Seiten«.

Die ersten Analysen in der Hansestadt Rostock zeigen, dass im Zuge der Einführung von Personen bezogen arbeitenden Hilfeplankonferenzen die Wiedereingliederungsraten im Sinne einer positiven Loslösung von der Eingliederungshilfe sprunghaft gestiegen sind. Aus unserer Sicht bedeutet dies, dass bei einer differenzierten personenbezogenen Betrachtungsweise des Hilfebedarfes und der darauf abgestimmten Hilfen nicht nur die Pass-

genauigkeit dieser Hilfen verbessert wird, sondern auch das Augenmerk darauf gelenkt wird, ob manche Hilfen überhaupt noch notwendig sind. Nach übereinstimmender Bewertung der Kostenträger und der Anbieter ist niemand aus Kostengründen aus dem System »ausgesteuert« worden, vielmehr wird die gestiegene Zahl der Wiedereingliederungen allseits positiv bewertet. Somit tragen die Hilfeplankonferenzen unter der Voraussetzung, dass sie in einem rollierenden Verfahren eingesetzt sind (d. h. in individuell vereinbarten Zeitabständen werden die individuellen Hilfeziele und die zur Zielerreichung notwendigen Maßnahmen kontinuierlich überprüft) nicht nur dazu bei, dass Menschen in das Hilfesystem kommen, sondern auch dass sie aus dem Hilfesystem positiv entlassen werden.

Personenbezogene Finanzierung/Regionales Psychiatrie-Budget

In der Hansestadt Rostock existiert seit 01.01.2005 ein regionales Psychiatrie-Budget für den Bereich des SGB XII inklusive der Pflichtleistungen der Hansestadt (wie z. B. die Begegnungsstätte), aus dem heraus über die Hilfeplankonferenz nicht mehr institutionsbezogene, sondern individuelle Leistungen finanziert werden. Diese neue Finanzierungsform mit ihren »prospektiven personenbezogenen Maßnahmebudgets« ermöglicht eine tatsächlich individuelle Leistungserbringung auf Basis von Komplexleistungen unabhängig von »Institutionen« oder »Immobilien«, ein vereinfachtes Abrechnungsverfahren und ein primäres Controlling der Zielerreichung, aber auch des Maßnahmeverlaufes. Es fließen über 91 Prozent des Psychiatrie-Budgets der Hansestadt Rostock direkt in Personen bezogene Leistungen. Neun Prozent des Budgets beinhalten je zur Hälfte die Finanzierung personenunabhängiger Vorhaltekosten wie eine Begegnungsstätte, einen Krisendienst, Nachtwachen für die Intensivbetreuungseinheit (geschlossener Heimbereich) und das psychosoziale Wohnheim, Vorhaltung von (Not-)Betten für Menschen mit hohem Störungspotenzial und die Investitionsbeträge aus den bisherigen Entgelten.

Die Berechnungsgrundlage für das Gesamtbudget war im Konsens aller Beteiligten die Summe aller örtlichen und überörtlichen Aufwendungen aus dem SGB XII unter der Maßgabe, dass zum Zeitpunkt der Budgetbildung mit diesen Aufwendungen eine Bedarfsdeckung im Bereich der Psychiatrie erreicht ist. Als Referenzwert wurde der September 2004 gewählt, um die Eckdaten für das Budget 2005 zu ermitteln (z. B. Belegung, Entgelthöhen, Minuten-Budget). Es bestand auch Konsens, dass bei steigendem Bedarf

über die Notwendigkeit von Budgetsteigerungen gesprochen werden kann, wenn sich nach Ablauf des ersten Erprobungsjahres herausstellen sollte, dass alle Möglichkeiten zur Bedarfsdeckung innerhalb des Budgets nachweisbar ausgeschöpft wurden. Insgesamt wurde aber die Unkündbarkeit des Budgets für 2005 vereinbart, sofern die effektiven prospektiven Leistungen (Gesamtminutenwerte) einen Korridor von +/- 2 % nicht überschreiten.

Zur Sicherstellung einer möglichen »Rückführung« in die alte Finanzierungssystematik wurde mit hohem zusätzlichem Aufwand die bisherige Systematik der »Tagesentgelte« parallel fortgeführt und dokumentiert.

Erleichtert wurden die Diskussionen um die Einführung des Budgets dadurch, das in der Hansestadt Rostock seit vielen Jahren nur zwei Anbieter im Bereich der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen tätig sind.

Aufgrund von Ängsten der Leistungsanbieter um die Stabilität ihrer Finanzierung und aufgrund der unterschiedlichen Kosten- und Angebotsstrukturen, d. h. insbesondere der Gewichtung von ambulant und stationär, wurde das Gesamtbudget für 2005 in zwei Anbieterbudgets (budgetneutral pro Anbieter zu 2004) heruntergebrochen. Diese vertragliche Zusicherung eines festen Budgetanteils sowie für die beiden ersten Jahre einer monatlichen Ratenzahlung des jeweiligen Budgetanteiles sollte beiden Anbietern maximale Sicherheiten für die Startphase geben, ihnen die Ängste vor einer prospektiv einzelfallbezogenen Vergütung nehmen und ihnen eine Anpassung ihrer internen Strukturen an die (ambulante) personenbezogene Leistungserbringung und deren personenbezogene Finanzierung ermöglichen.

Allerdings besteht weiterhin das gemeinsame Ziel, mittelfristig nur noch das regionale Gesamtbudget und daraus über einheitlich festgelegte Preise finanzierte personenbezogene Leistungen als Maßstab der Finanzierung zu sehen – eine Zeitschiene für die Ablösung der Anbieterbudgets ist noch nicht vereinbart.

Trotz unterschiedlicher Ausgangslagen wurde für beide Anbieter bereits für 2005 Folgendes vereinbart:

- eine einheitliche Vertragsgestaltung (Leistungs-, Prüfungsvereinbarung)
- eine Harmonisierung der Preise mit einheitlichem Minutenwert für beide Anbieter (Vergütungsvereinbarung)
- eine einheitliche Preisgestaltung mit zwölf »Einheitspreisen« für die entsprechenden Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfes (siehe unten)

Hilfeplanung und Maßnahmeplanung

Setzt man ein personenbezogenes Finanzierungssystem um, so fallen die klassischen Steuerungsfaktoren wie z. B. Belegung einer Einrichtung weg. Es geht vielmehr um die Schätzung des prospektiv zu erwartenden Aufwandes, der zur Erreichung eines Hilfezieles erforderlich ist und die Überprüfung der Zielerreichung (Ergebnisqualität). Der Steuerungsprozess der individuellen Hilfeplanung erfordert somit höhere Aufmerksamkeit und insgesamt an dieser Stelle einen größeren Aufwand (qualitativ und quantitativ).

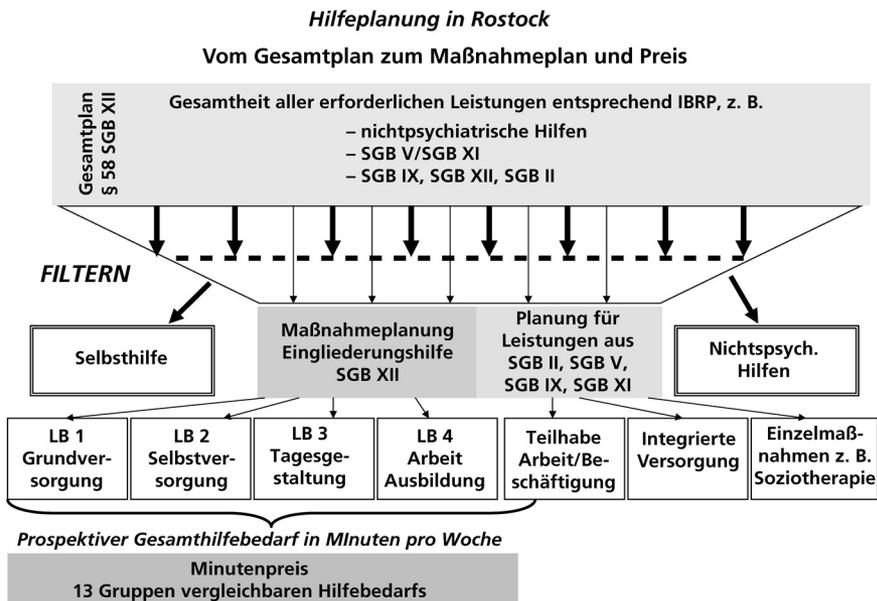


Abb. 1: Hilfeplanung in Rostock

In Abbildung 1 ist die umfassende Systematik der Hilfeplanung in der Hansestadt Rostock dargestellt. Nach Prüfung nichtpsychiatrischer Hilfen und nach Prüfung der vorrangigen Leistungsträger wird aus den individuellen Hilfezielen des IBRP die standardisierte Maßnahmenplanung abgeleitet, die für die einzelnen Funktionsbereiche (Grundversorgung, Selbstversorgung, Tagesgestaltung, Arbeit, Ausbildung) nicht nur qualitativ die Maßnahmen,

sondern quantitativ den prospektiv geschätzten wöchentlichen durchschnittlichen Aufwand in Minuten beschreibt.

Aus den differenziert einzeln erhobenen Minutenwerten pro Leistungsbereich wird ein prospektiv geschätzter Gesamtminutenwert pro Woche aufsummiert.

Das heißt pro Hilfeempfänger existiert einerseits eine mit hohem Aufwand betriebene, sehr individuelle und äußerst differenzierte Hilfeplanung auf Basis des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes (IBRP) und eine ebenso differenzierte Maßnahmeplanung für Leistungen aus dem SGB XII, andererseits als Basis der Finanzierung der Leistungen ein einziger Gesamtsummenwert des prospektiv geschätzten Aufwandes pro Woche zur Erreichung der Hilfeziele.

Dieser individuell ermittelte Gesamtminutenwert wird einer Hilfe-Empfänger-Gruppe (HEG) vergleichbaren Hilfebedarfes zugeordnet. In einem vorhergehenden Modellprojekt in den Projektregionen Landkreis Güstrow und Hansestadt Rostock wurden zwölf HEG plus eine zusätzliche nach oben offene Gruppe für Einzelfälle mit extrem hohen Hilfebedarf ermittelt. Diese Einteilung mit den aus Abbildung 2 ablesbaren Spannbreiten der einzelnen Gruppen konnte in der Voruntersuchung das gesamte Spektrum relativ gut abbilden.

Hilfeempfängergruppen nach dem Gesamtleistungsmodell

Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfs [§ 76 (2) SGB XII)
ausgehend von der geplanten Gesamtleistung (Σ von LB 1 – 4)
13 Hilfebedarfsgruppen: 12 + 1 individuell zu bemessende Zusatzgruppe

Hilfebedarfsgruppe	Spannweite = 60 Min				Spannweite = 120 Min				Spannweite = 180 Min				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Minuten pro Woche	1	241	301	361	421	481	601	721	841	961	1141	1321	1501
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gruppenmitte	240	300	360	420	480	600	720	840	960	1140	1320	1500	XX
	120	270	330	390	450	540	660	780	900	1050	1230	1410	X

• Diese Gruppenbildung wurde in einem Pilotprojekt in der Hansestadt Rostock und im Landkreis Güstrow ermittelt (N = 253)

(Modellprojekt Sozialpsychiatrie in Kooperation mit FEB Hamburg)

• Die Preisermittlung erfolgte im Rahmen der Budgetneutralen Umstellung 2005

Abb. 2: Hilfeempfängergruppen nach dem Gesamtleistungsmodell

Die Preisbildung erfolgte in einem komplizierten »Budgetneutralen Umstellungsprozess«, der die zum Umstellungszeitpunkt vorhandenen finanziellen Ressourcen mit den zum gleichen Zeitpunkt geschätzten prospektiven wöchentlichen Gesamtminutenwerten in Beziehung setzt. Wir publizieren die Werte an dieser Stelle nicht, da sie lediglich die Spezifika der in 2004 vorhandenen Rostocker Situation abbilden.

Das erste Jahr

Aus den bisherigen Erfahrungen des ersten Jahres (2005) mit der personenbezogenen Finanzierung aus einem Regionalbudget in der Hansestadt Rostock haben wir einige erste Eindrücke zusammengefasst.

»Weiche« Ergebnisse:

Strukturfragen erhalten neue Qualität

Im Zusammenhang mit der Budgetbildung für eine »kommunale Pflichtversorgung« konnte ein Konsens darüber hergestellt werden, dass gut 90 Prozent der Finanzmittel an individuelle Maßnahmen gebunden werden, ausgehend vom Hilfebedarf des Einzelfalles, definiert über den IBRP und die Hilfeplankonferenz. Es bestand ebenso Konsens, dass als Bestandteil des Budgets für die Pflichtversorgung bestimmte Strukturmerkmale in der Rostocker Unterstützungslandschaft unabhängig vom Einzelfall vorgehalten werden müssen: u. a. eine Begegnungsstätte, ein Krisendienst zunächst nur für die Nutzerinnen und Nutzer des Hilfesystems, niedrigschwellige (Not-)Betten für Menschen mit hohem Störungspotenzial (»offene Systemsprengerunterkunft«), Nachtwachen. Zukünftig wird jährlich überprüft werden, welche Angebote als Infrastruktur im »Lebensfeld Rostock« vorgehalten werden müssen und welche Budgetanteile in die einzelfallbezogenen Maßnahmen fließen. Diskussionen um Pflicht- oder freiwillige Leistungen gehören so der Vergangenheit an.

Psychiatrische Hilfen als Gemeinschaftsaufgabe

Für Anbieter, die durch das institutionelle Finanzierungssystem aus dem SGB XII geprägt sind, sind regionale Budgets gewöhnungsbedürftig. Psychiatrische Hilfen in einer Region werden nunmehr zu einer Gemeinschaftsaufgabe in einem fest gefügten Rahmen – alle Partner der Region, Anbieter

wie Kostenträger, sitzen gemeinsam am Tisch. Der »Zwang« zur gegenseitigen Abstimmung, Information und gemeinsamen kreativen Lösungssuche steigt.

Transparenz schafft Ernsthaftigkeit

Nicht nur die gesamte Finanzierung wird für alle Partner offen und transparent, sondern auch das »Wie« der Hilfeerbringung, also die Qualität. Mit dem gemeinsamen Budget kommt eine andere Qualität von Ernsthaftigkeit in die Diskussionen über die Ausgestaltung der Angebote.

Prospektive Finanzierung der Zielerreichung muss erlernt werden

Für alle Beteiligten – Kostenträger und Anbieter – ist die Ausrichtung der Finanzierung auf die Pflichtversorgung und die Hilfeziele trotz aller Vorarbeiten ungewohntes Neuland. Denn es werden ab 2005 prospektive Maßnahmen zur Erreichung von Hilfezielen finanziert und z. B. nicht mehr das Verbringen von Tagen in einer Tagesstätte oder das Abzeichnen von Fachleistungsstunden in einem ambulanten Dienst. Das Erfolgskriterium ist das Erreichen der individuellen Behandlungsziele (Ergebnisqualität), die Belegung von Institutionen und Einrichtungen dient nicht mehr als relevantes Merkmal für Abrechnung oder vorhandene Bedarfe. Damit verändern sich auch die Leistungsdokumentation und das Abrechnungsverfahren – zunächst ein Schock für alle Beteiligten verbunden mit der Suche nach neuen Wegen.

Der Budgetdeckel als Hilfestellung bei der Finanzierungsumstellung

Die Erfahrung aus den ersten Monaten mit der veränderten Finanzierung, die auf prospektiv ermittelten Minutenwerten pro Woche (Aufwand zur Zielerreichung) beruht, zeigt deutlich, dass die Gefahr eines »Wünsch-dir-Was« bei der Hilfeplanung dann relativ groß ist, wenn die Hilfeplanung nicht sehr eng fachlich durch hierfür geschulte leitende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter begleitet wird. Sofern die individuell »notwendigen Hilfen« nicht mehr durch einen Tagessatz definiert und begrenzt werden, entstehen auf Mitarbeitererebene durchweg Wünsche nach höheren Betreuungsleistungen. Es besteht also bei der Umstellung auf eine personenbezogenen Finanzierung die Gefahr, dass nicht mehr »individuell« geschaut wird, welchen Hilfebedarf der Einzelne hat (der eine weniger als in der früheren Tagessatz-Finanzierung der ande-

re mehr), sondern dass durchgehend ein erhöhter Aufwand definiert bzw. gewünscht wird. So lagen bereits in den ersten Monaten die Minutenwerte bezogen auf einzelne Anbieter bis zu 12 % und insgesamt bis zu 10 % über dem vereinbarten Minutenbudget, was indirekt auch einer entsprechenden Kostensteigerung entsprochen hätte. Durch die Transparenz dieser Daten im Gesamthilfesystem konnte dieser Entwicklung der Hilfeplanungsprozesse durch eine engere fachliche Begleitung der mittleren Leitungsebene gegengesteuert werden, sodass im Jahresgesamtwert das vereinbarte Minutenbudget nur geringfügig überschritten wurde, was dem vereinbarten Spielraum von +/- 2 % als Kappungsgrenze (d. h. ohne Veränderung des Finanzvolumens) entsprach. Hätte man die Hilfeplanung dem »freien Spiel der Kräfte« überlassen, wäre das Budget mehr als gesprengt worden.

Pflichtversorgung aus Budget stärkt Diskussion zum Einzelfall

Die vereinbarte Pflichtversorgung im Rahmen eines definierten Budgets bezogen auf ein Kalenderjahr verändert die »Wartelistenmentalität« hin zu einer individuell abgewogenen Hilfeleistung auch für sehr schwierige Hilfeempfänger. Der gemeinsame Blick im Einzelfall fördert kreative Lösungen und erleichtert auch die Entlassung aus dem psychiatrischen Hilfesystem, die einem allein verantwortlichen Träger nicht nur aus Finanzgründen manchmal schwer fällt. Ebenfalls werden »Selektionstendenzen« innerhalb des Systems, d. h. z. B. das Hin- und Herschieben zwischen den Anbietern bzw. deren Angeboten, zurückgedrängt. Die Diskussion um die Pflichtversorgung im Rahmen begrenzter Ressourcen weitet den Blick auch auf diejenigen Bürgerinnen und Bürger, die noch nicht im System sind, aber Hilfe brauchen.

Ungewöhnliches wird möglich

Die Suche nach »Effizienzrenditen« im System wird belohnt und attraktiv, da das Geld in der psychiatrischen Versorgung bleibt. Ungewöhnliche, manchmal auch preiswerte Problemlösungen werden honoriert. Dabei verändern sich Standards und die Vorstellungen von Qualitätssicherung, denn Maßstab ist weniger die Leistungserbringung ausgedrückt z. B. in Stellenschlüssel oder Berufsgruppenprofil. Zielerreichung und Kundenzufriedenheit rücken verstärkt in den Vordergrund

Wertediskussion ist Voraussetzung für optimale Budgetnutzung

Die neue Finanzierungsform aus einem regionalen Psychiatrie-Budget eröffnet dem Anbieter, der diese Gestaltungsfreiheiten nutzen will, ein kreatives Entwicklungspotenzial. Die institutionellen Fesseln können zugunsten individueller Hilfen überwunden werden. Die Angebote flexibilisieren und individualisieren sich, sie berücksichtigen stärker das Lebensfeld und kommen so den Wünschen der Nutzerinnen und Nutzer entgegen.

Es wird auch deutlich, dass unter einer personenbezogenen Finanzierungsstruktur dann weiterhin institutionell gearbeitet wird, wenn beim Anbieter die Werte sozialpsychiatrischer Arbeit anders bzw. auf die bisherige Finanzierungsstruktur ausgerichtet sind. Eine Veränderung dieser Arbeitsweise wird man perspektivisch durch Entscheidungen der Hilfeplankonferenz, transparente Diskussionen in der Begleitgruppe, das freie Wahlrecht der Nutzerinnen und Nutzer und eine offene Wertediskussion zwischen den Akteuren vor Ort herbeiführen können – erzwingen lässt sie sich schwer, es sei denn der Kostenträger »lockt« zusätzlich mit finanziellen Anreizen, d. h. Budgetsteigerungen (z. B. Inflationsrate) werden mit Qualitätsoptimierungen gekoppelt.

Neue Diskussion über Strukturqualität

Anbieter und Kostenträger verhandeln gemeinsam über notwendige Angebotsstrukturen und deren Finanzierung aus einem festen Budget. Dies lenkt das Augenmerk stärker auf die Frage: Welche Angebote in welcher Struktur sind in dieser Region wirklich notwendig?

Ambulantes Denken erleichtert den Umgang mit Budgets

Anbietern, die bereits seit Jahren von der ambulanten Seite denken und arbeiten, fällt es leichter, personenbezogen zu handeln und sich entsprechend finanzieren zu lassen als Anbieter, die bisher auf teil- und vollstationäre Institutionen fixiert waren.

Regionales Budget und personenbezogen finanzierte Angebote verändern mittelfristig die Angebote – oder: wie viel Heim brauchen wir?

Die Art der neuen Finanzierung erschwert den Erhalt eines stationären Blickwinkels. Nach dem ersten Jahr der personenbezogenen Finanzierung stellt sich bei einem weiteren Wohnheim für den Betreiber die Frage, ob diese so finanzierte Wohnform für die Nutzerinnen und Nutzer sinnvoll ist. Mittlerweile ist zwischen Kostenträger und Wohnheimträger fest vereinbart, dass dieses Wohnheim ab 2007 in ambulante Strukturen umgewandelt wird. So wird es im Bereich der Psychiatrie für die ganze Stadt Rostock mit rund 200 000 Einwohnern aus dem Budget der Eingliederungshilfe ab 2007 nur noch eine Intensivbetreuungseinheit (meist als geschlossen geführt) mit acht Plätzen in traditioneller Wohnheimform sowie weitere 24 Plätze als Psychiatrisches Pflegewohnheim geben. Letzteres könnte aus Betreiber-sicht ebenfalls »ambulantisiert« werden, die in Mecklenburg-Vorpommern verwendeten Bundeszuschüsse für diesen Einrichtungstyp und die dann fälligen Rückzahlungen der Investitionsmittel haben bisher jeden Versuch einer Umwandlung verhindert.

Budget stärkt Vollversorgung

Da kreative und ungewöhnliche Lösungen im Einzelfall denkbar und finanzierbar werden, konnten 2005 bisher für alle Fälle innerhalb der Stadt Rostock Lösungen im Sinne einer umfassenden Vollversorgung gefunden werden.

»Harte« Ergebnisse Konsens über Fortsetzung des Projektes

Das wichtigste Ergebnis ist, dass alle Beteiligten (Kostenträger: hier Hansestadt Rostock/Kommunaler Sozialverband Mecklenburg-Vorpommern und beide Anbieter) trotz zahlreicher Umsetzungsprobleme in der Praxis nicht zum alten Finanzierungssystem zurück, sondern das neue personenbezogene Finanzierungssystem fortschreiben wollen. Intensive Gespräche über die Beseitigung der Umsetzungsprobleme insbesondere mit dem Kommunalen Sozialverband hinsichtlich der Einbettung des Projektes in die Systematik der §§ 75 bis 78 des SGB XII begleiten den weiteren Fortgang des Projektes in 2006.

Fallzahlsteigerung

Die Bezugsgröße für die Budgetfestlegung und den gesamten Umstellungsprozess war der September 2004. Zu diesem Zeitpunkt waren 358 Nutzerinnen im Gesamtsystem und bilden die Referenzgröße. Im Dezember 2005 wurden 392 Nutzerinnen und Nutzer mit dem gleichen Budget versorgt, im Jahresdurchschnitt waren es 382,75 Personen. Dies bedeutet eine Fallzahlsteigerung bezogen auf die beiden Stichtage von 9,5 % und bezogen auf den Jahresdurchschnitt von 6,9 %, siehe Abbildung 3.

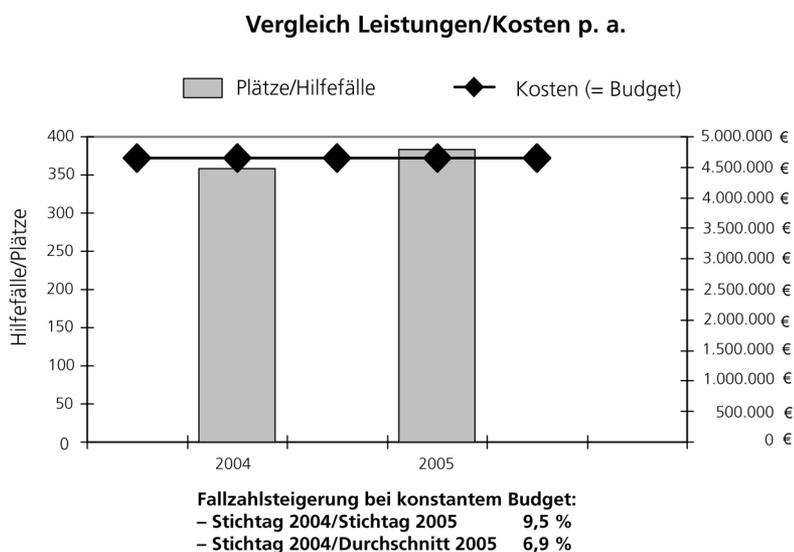


Abb. 3: Vergleich Leistung/Kosten p. a.

Minutenwerte/Leistung

Die vereinbarten Minutenwerte stiegen im Jahresdurchschnitt nur um ca. 2 %, was im vereinbarten Spielraum des Budgets lag, allerdings zeigten sich zwischen den Anbietern unterschiedliche Steuerungsqualitäten.

Durchschnittliche Fallkosten

Die durchschnittlichen Fallkosten lagen im September 2004 bei 35,61 Euro und konnten in 2005 auf 33,28 Euro, also um 6,5 %, gesenkt werden, siehe hierzu Abbildung 4.

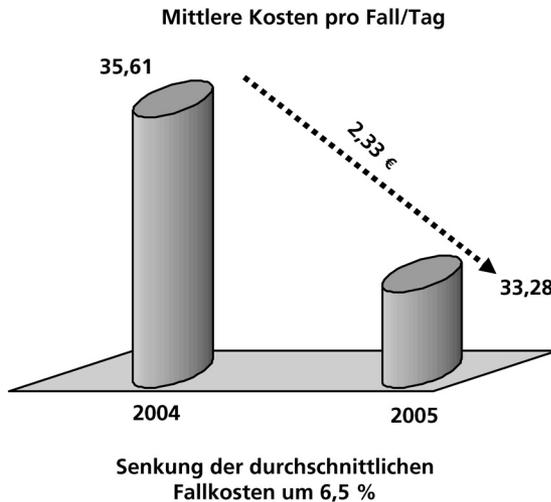


Abb. 4: Mittlere Kosten pro Fall/Tag

Eingliederungsindex

Es existieren generell keine Daten, die die Qualität erbrachter Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe beschreiben könnten. Als ein »hartes Datum« neben den reinen Kosten bzw. Fallzahlen verwenden wir den »Eingliederungsindex«, d. h. wie viele Fälle sind in einem Jahr erfolgreich im Sinne eines Lebens ohne Zahlungen der Eingliederungshilfe aus dem System »entlassen« worden.

Im Jahr 2005 hat sich das psychiatrische Hilfesystem der Hansestadt Rostock um insgesamt 496 Klienten (einschließlich Wiederaufnahmen ins System) gekümmert. Von diesen Fällen wurden insgesamt 112 aus dem System »entlassen«. Davon sind sechs verstorben, 50 haben das System mit einem Abbruch der Unterstützung oder einer Heimaufnahme an anderer Stelle, also mit einem eher negativ zu bewertendem Ergebnis, verlassen.

Für die restlichen 56 Fälle muss aus Sicht des Eingliederungshilfesystems die Beendigung positiv bewertet werden. Dies entspricht einem Eingliederungsindex von 11,3 %, siehe Abbildung 5.

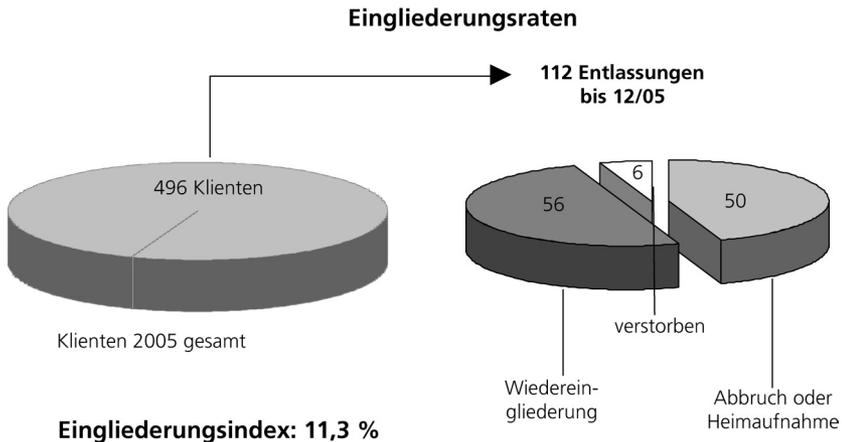


Abb. 5: Eingliederungsraten

»Effizienzrenditen«

Ausgehend von der Annahme eines »verhinderten Systemausbaus« durch das regionale Budget, könnte man die »Effizienzrendite« wie folgt für das erste Jahr berechnen: Vergleicht man die durchschnittlichen Platzzahlen von 2005 mit dem Stand vom September 2004 so kommt man zur durchschnittlichen Fallzahlsteigerung von 24,75 Fällen, die man mit den alten Durchschnittskosten(2004) von 35,61 Euro pro Tag multipliziert. Wenn das System linear weiter ausgebaut worden wäre, hätte dies somit Kosten von 322 000 Euro verursacht. Geht man noch zusätzlich von einer um 50 % verbesserten Eingliederungsrate aus, so könnten weitere 364 000 Euro eingespart werden, nicht einbezogen die Verlagerung von Leistungen zu vorrangigen Leistungsträgern. Mutige Analysten könnten so eine »Effizienz-Rendite« von bis zu 15 % bezogen auf das Jahresbudget ausrechnen. Einschränkend ist anzumerken, dass solche »Effizienzrenditen« primär in den ersten Jahren der Umstellung einer Finanzierung und der Anreizsysteme zu erwarten sind und keinesfalls jährlich fortgeschrieben werden können.

Zwischenbilanz und Ausblick

Insgesamt kann aus dem ersten Jahr der Schluss gezogen werden, dass die Umstellung hin zu personenbezogener Finanzierung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe im Rahmen eines regionalen Budgets auf Basis einer hoch qualifizierten individuellen Hilfeplanung mit Hilfeplankonferenz von allen Beteiligten eine »besondere« Kraftanstrengung verlangt. Sie trägt zur Individualisierung und Flexibilisierung der Angebote bei, aber auch – und das ist fachlich das Wichtigste – zur Erreichung von individuellen Hilfezielen. Die »Eingliederungsraten«, das heißt die positive Loslösung von der Unterstützung durch Eingliederungshilfe liegen bei 11 %. Dass diese Umstellung bei aller Vorsicht in der Interpretation der zurzeit bekannten Ergebnisse auch die durchschnittlichen Fallkosten deutlich reduziert und dass bezogen auf das Jahresbudget »Effizienzrenditen« im Finanzierungssystem von bis zu 15 % in den ersten Jahren erreicht werden können, freut besonders die Kämmerei und die Verantwortlichen im Sozialamt. Diese Ergebnisse motivierten die Kommune, diese Umstellung konsequent weiter voranzutreiben.

Besonders positiv ist auch die fortschreitende »Qualifizierung« des Hilfeplanverfahrens und der Hilfeplankonferenz hervorzuheben, in der mittlerweile verstärkt auch andere Kostenträger als ausschließlich die Sozialhilfe gesucht werden. Die Zahl von »Vermittlungen« in Soziotherapie ist steigend und ab 2006 wird die ARGE Rostock festes Mitglied der Hilfeplankonferenz im Rahmen einer Erweiterung der Geschäftsordnung.

Es soll aber nicht verschweigen werden, dass die positiven Ergebnisse des Rostocker Entwicklungsprozesses Ausdruck von jahrelangen intensiven Verhandlungen, von Entwicklungs- und Lobbyarbeit vor Ort sind und dass sie auf der Freiwilligkeit der Zustimmung aller Beteiligten, insbesondere der Rostocker Anbieter und ihrem Engagement beruhen.

Das zugrunde liegende Finanzierungsmodell wurde gemeinsam und im Konsens zwischen den vor Ort Beteiligten ausgehandelt. Für mögliche Konfliktfälle besteht zwar ein hoher Einigungsdruck, insbesondere wegen der Transparenz sowohl in der Bestimmung der Hilfebedarfe als auch der daraus abgeleiteten Maßnahmen und Kosten mit Folgen für das Gesamtbudget, aber es existiert noch kein Regelwerk zum Konfliktmanagement. Bestehende Institutionen wie die Schiedsstelle sind z. B. zur Frage der Schiedsstellenfähigkeit von regionalen Budgetverhandlungen noch nicht befragt worden.

Derzeit ist davon auszugehen, dass aufgrund der positiven Erfahrungen aller Beteiligten in der Hansestadt Rostock landesweit weitere Gebietskör-

perschaften ihre Finanzierung umstellen werden. Aus zwei weiteren Hansestädten und drei Landkreisen liegen hierfür konkrete Absichtserklärungen und entsprechende Zielvereinbarungen mit dem neuen Modellprojekt (s. u.) vor. Das Land Mecklenburg-Vorpommern wird zur Stärkung des Umsetzungsprozesses und zur Etablierung neuer Steuerungsmodelle in der Eingliederungshilfe ab 2006 das Modellprojekt »KODE = KOSTenDämpfung in der Eingliederungshilfe« in Trägerschaft des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern finanzieren, das sich im Wesentlichen um die Optimierung der Steuerungsprozesse auf den verschiedenen Ebenen (Individuum, Anbieter, Region, Land) kümmern wird mit dem Ziel, Qualität psychiatrischer Arbeit und Kostendämpfung nicht als Widerspruch, sondern gemeinsam zu betrachten und aus diesem Spannungsbogen neue Chancen für die Sozialpsychiatrie zu entwickeln.

Einführung in das Symposium »Innovative Leistungserbringung: Ambulante statt stationäre Hilfen«

Rainer Hölzke

Das von Gabriele Schleuning und Rainer Hölzke durchgeführte Symposium hat es sich zur Aufgabe gemacht, innovative Leistungserbringungen im Bereich der vorrangigen Leistungsträger (SGB V und SGB VI) als auch im Bereich der nachrangigen Leistungsträger (SGB XII) anhand von konkreten Beispielen vorzustellen.

Dabei handelt es sich auf der Ebene des bestehenden Leistungsrechts um mögliche Umsetzungen von wichtigen Aspekten des Personenzentrierten Ansatzes.

Im Folgenden sind Beispiele aus dem Bereich der Behandlung, der (medizinischen und beruflichen) Rehabilitation sowie der Teilhabe an der Gesellschaft dokumentiert.

Gabriele Krack macht in ihrem Beitrag deutlich, welche Möglichkeiten bestehen, ambulante psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld zu erbringen. Die wichtigsten Ziele sind dabei die Erhaltung der Selbstständigkeit im häuslichen Umfeld, die Vermeidung der Belastung von Krankenhausaufenthalten und das Erlernen eines adäquaten Umgangs mit der Erkrankung. Abgerundet wird ihr Beitrag mit einem anschaulichen Fallbeispiel.

Wolfgang Weig zeichnet in seinem Beitrag die Entstehung und Fortentwicklung der RPK-Empfehlungsvereinbarung (RPK = Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke) nach. Der Abschluss dieser Vereinbarung 1986 eröffnete damals die längst überfällige und notwendige Möglichkeit, dass sich vorrangige Leistungsträger an der Rehabilitation psychisch kranker Menschen beteiligen und diese Aufgabe nicht ausschließlich den Trägern der Sozialhilfe überlassen. Er weist darauf hin, dass der mittlerweile 20 Jahre alte Inhalt der Vereinbarung überarbeitet und personenzentrierter gestaltet worden ist. Des Weiteren soll verstärkt die Möglichkeit ambulanter Rehabilitation eröffnet werden. Voraussichtlich soll diese neue Vereinbarung zum 01.07.2006 in Kraft treten.

Dem Beitrag von Wolfgang Weig ist kritisch hinzuzufügen, dass insgesamt eine nach wie vor äußerst geringe Zahl von psychisch kranken Menschen die Möglichkeit erhalten, durch vorrangige Leistungsträger rehabilitiert zu werden. Nach wie vor kann nicht darüber hinweggesehen werden, dass deutlich über 95 % der außerklinischen Maßnahmen in Deutschland sozialhilfefinanziert sind.

Nach zwei Beispielen aus dem Bereich vorrangiger Leistungsträger schildert Rainer Hölzke anhand des Wohnhauses Jüthornstraße in Hamburg die vorgenommene Auflösung eines Heimes für Menschen mit seelischer Behinderung. An dessen Stelle wurden für die bisherigen HeimbewohnerInnen Wohnmöglichkeiten in Wohnungen zu ortsüblichen Mietbedingungen geschaffen. Zusätzlich wurden ambulante Unterstützungsmöglichkeiten bereitgestellt.

Auch bei diesem Projekt standen Aspekte des Personenzentrierten Ansatzes Pate, insbesondere die Trennung von Wohnen und Hilfe.

Hometreatment und Netzmanagement im Rahmen der Integrierten Versorgung in München

Gabriele Krack

In der psychiatrischen Ambulanz des Atriumhauses in München arbeitet ein multiprofessionelles Team, bestehend aus Ärzten, Psychologen, Sozialpädagogen und Fachkrankenschwestern. Das Atriumhaus ist ein gemeindeintegriertes Krisenzentrum mit einer Krisenstation, Tagesklinik, Nachtambulanz sowie einer Ambulanz für psychisch kranke Menschen.

Die Form der Unterstützung durch eine Sozialpsychiatrische Behandlung zu Hause ist angezeigt bei

- Fehlender Krankheitseinsicht
- Nicht »wartezimmerfähigen« Patienten
- Krankheitsbedingter Gefährdung eines weiteren Verbleibens zu Hause
- Fehlender Mobilität
- Fehlen von Begleit- oder Bezugspersonen
- Angst vor psychiatrischer Behandlung und Krankenhausaufenthalten

Die wichtigsten Ziele sind, die Selbstständigkeit im häuslichen Umfeld zu erhalten, die Belastung der Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und einen adäquaten Umgang mit der Erkrankung zu erlernen.

Beschreibung meiner Tätigkeit

Unser Team

Ich arbeite als Fachkrankenschwester in der psychiatrischen Krisenambulanz des Atriumhauses und bin damit ein Teil unseres multiprofessionellen Teams, bestehend aus Ärzten, Psychologen, Sozialpädagogen und Fachkrankenschwestern. Seit sieben Jahren bin ich im Bereich der »Sozialpsychiatrischen Behandlung zu Hause« beschäftigt. An zwei Tagen pro Woche bin ich außerhalb der Ambulanz in unserem Versorgungssektor München-Süd unterwegs.

Meine Patienten

Zurzeit betreue ich 15–20 Patientinnen und Patienten mit einem Durchschnittsalter von ca. 50 Jahren. Davon sind zwei Drittel Frauen und ein

Drittel Männer. Es sind meist Patienten, die an einer wahnhaften oder affektiven Störung leiden. Etwa die Hälfte meiner Patienten sind fast durchgängig psychotisch.

Die Häufigkeit der Kontakte

Die Häufigkeit der Hausbesuche hängt vom aktuellen Gesundheitszustand der einzelnen Patienten ab. In Krisenzeiten oder unmittelbar nach einem Klinikaufenthalt ist die Versorgung zu Hause intensiv. Oft sind Telefonkontakte zwischen den Hausbesuchen erforderlich, sozusagen als Überbrückung bis zum nächsten Termin. Wenn sich der Patient zu Hause wieder zurechtfindet, und es ihm besser geht, werden die Abstände der Hausbesuche länger.

Die Zuweisung der Patienten

Meine künftigen Patienten bekomme ich über unsere Ambulanz und Tagesklinik, über das Bezirkskrankenhaus-Haar und in einigen Fällen auch über die nahe gelegene Universitätsklinik zugewiesen. Wir, ein Arzt und ich aus unserer Ambulanz, sind auch im Obdachlosen-Bereich aufsuchend tätig.

Der Behandlungsplan

Zu Beginn der Behandlung ist es sinnvoll, zusammen mit dem Patienten eine Behandlungsplanung zu erarbeiten. Diese ist notwendig, um den Hilfebedarf und das Ziel der Unterstützung zunächst einmal herauszufinden, um dann dem Patienten die Hilfe zukommen zu lassen, die er zulassen kann bzw. für seine Bedürfnisse passend sind.

Am Anfang meiner Tätigkeit dachte ich, viel Hilfe bringt viel. Ich habe ziemlich bald mitbekommen, dass es auf ganz andere Dinge ankommt.

Es ist wichtig, dem Patienten dort zu begegnen, wo er gerade ist, um dann mit ihm zu schauen, was er annehmen kann und was er sich wünscht. Vielen ist es am wichtigsten, in ihren vier Wänden bleiben zu können. Wenn aber mehr Unterstützung nötig ist, habe ich die Möglichkeit, über unser multiprofessionelles Team jederzeit einen unserer Sozialpädagogen, Psychologen und natürlich auch unsere Ärzte zu Rate zu ziehen oder um Hilfe zu bitten.

Die Indikationen für eine Sozialpsychiatrische Behandlung zu Hause

- **Fehlende Krankheitseinsicht**
Warum jemand krankheitsuneinsichtig ist, dies zu erläutern, würde den mir vorgegebenen zeitlichen Rahmen sprengen. Jedoch misstrauisches, zurückgezogenes, ablehnendes Verhalten gegenüber Behandlern, aus welchen Gründen auch immer, ist für uns ein offensichtliches Zeichen für fehlende Krankheitseinsicht. Es braucht meist viel Geduld und Zeit, das Vertrauen zum Patienten zu gewinnen. Das geht meist nur in sehr kleinen Schritten. Manchmal bin ich schon froh, wenn der Patient nur die Tür öffnet.
- **Nicht »wartezimmerfähige« Patienten**
Als wir unsere letzte Besprechung für die heutige Veranstaltung hatten, wurde uns klar, dass ich eine ganz eigene Sicht für den Begriff nicht »wartezimmerfähig« im Kopf hatte, nämlich die, dass es meinen Patienten ganz einfach nicht möglich ist, lange Wartezeiten in Kauf nehmen zu können, ihre Angst und ihr Misstrauen vor dem Arzt so zu überwinden, dass sie alleine, ohne »Begleitschutz« hingehen können. Ich habe jetzt erfahren, dass es meist um etwas ganz anderes geht: Manche Patienten sind aufgrund ihres Verhaltens und ihres teilweise ungepflegten Zustands in manchen Praxen nicht erwünscht, und werden deshalb als nicht »wartezimmerfähig« angesehen.
- **Krankheitsbedingte Gefährdung eines weiteren Verbleibens zu Hause**
Überforderung im Umgang mit Medikamenten kann dauerhaft das Verbleiben zu Hause gefährden, aber auch drohende Verwahrlosung. Manchmal ist es eine Gratwanderung, inwieweit Verwahrlosung noch tolerierbar ist und ab wann eine Gefährdung beginnt. Das Gleiche gilt auch bei Orientierungsstörungen.
- **Fehlende Mobilität**
Zwei meiner Patienten sind schwer gehbehindert.
- **Fehlen von Begleitpersonen und Bezugspersonen**
- **Angst vor psychiatrischer Behandlung und Krankenhausaufenthalten**
Gerade unsere Patienten sind oft von früheren stationären Behandlungen traumatisiert. Einerseits ist die Angst vor erneuter Krankenhausbehandlung sehr groß, auf der anderen Seite ist es auch schwierig, jemanden wie mich – aus einer medizinischen Einrichtung kommend – in seine Wohnung zu lassen. Es ist dann für den Betroffenen ganz schwer, sich auf eine Versorgung zu Hause einzulassen.

Die Ziele der Sozialpsychiatrischen Behandlung zu Hause

Es gibt viele Ziele, die durch eine sozialpsychiatrische Behandlung zu Hause erreicht werden können. Es erscheinen die folgenden drei Punkte am wichtigsten:

- die Selbstständigkeit im häuslichen Umfeld zu erhalten
- Belastungen durch einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden
- adäquaten Umgang mit der Erkrankung zu lernen und damit zusammen mit dem Patienten zum Experten seiner Erkrankung zu werden. Mit ihm zusammen Wege und Möglichkeiten auszuprobieren, mit der Erkrankung besser umgehen zu können.

Ein Fallbeispiel

In meinem Fallbeispiel werden einige Punkte der gerade vorgestellten sozialpsychiatrischen Behandlung zu Hause wiederzufinden sein.

Meine Patientin wurde 2001 mit der Diagnose paranoid-halluzinatorische Psychose aus unserem Bezirkskrankenhaus nach Hause entlassen. Die damals 48-jährige Patientin hatte einen schweren Suizidversuch hinter sich.

Ihr misstrauisches, zurückgezogenes und auch ablehnendes Verhalten gegenüber Behandlern machte es erforderlich, die Patientin im häuslichen Bereich zu versorgen. Es war voraussehbar, dass sie sich keine Hilfe holen würde. Damit wäre eine schnelle Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes und daraus resultierend die nächste stationäre Behandlung zu erwarten gewesen. Der Verbleib im häuslichen Umfeld wäre somit gefährdet gewesen.

Es wurde schnell klar, dass sie in mehreren Bereichen Hilfe brauchte:

- Sie neigte zu körperlicher Nachlässigkeit.
- Ihr Schlaf war gestört.
- Sie bewegte sich kaum und lag meist im Bett.
- Sie pflegte keinerlei Kontakte nach draußen.
- Sie verließ nie das Haus.
- Sie konnte sich nichts einkaufen und nichts kochen.
- Sie trank zu wenig.
- Sie zeigte keinerlei Krankheitseinsicht.
- Sie fühlte sich unsicher und verhielt sich auch dementsprechend.

Sie war der Überzeugung, an ihrem Zustand selbst schuld zu sein. Daher konnte die Patientin zunächst keine Hilfe in Anspruch nehmen. Trotzdem ist es mit viel Geduld gelungen, einen Behandlungsplan zu erarbeiten, wobei wir nur in ganz kleinen Schritten vorgehen konnten. Gerade bei dieser Patientin war es zunächst von großer Bedeutung, nichts zu tun, was ihr erneut Angst machen könnte. Es gab z. B. damals noch einen niedergelassenen Nervenarzt. Sie konnte die Arztpraxis aber nicht aufsuchen, da ihre ängstliche Unruhe, ihr Misstrauen und die Angst vor Krankenhausbehandlung, die sie mit dem Arzt in Verbindung brachte, zu groß war. Mit dem Einhalten notwendiger Termine beispielweise Blutkontrollen, EKG-Untersuchung, sonstige Routineuntersuchungen, war die Patientin sichtlich überfordert.

Die ersten drei Monate sah ich die Patientin zweimal wöchentlich zu Hause für jeweils 45 Minuten bis zu einer Stunde. Jedes Gespräch wurde von ihr mehrmals unterbrochen mit dem ständig ängstlichen Nachfragen: »Sie kommen jetzt aber nicht zu mir, um mich ins Krankenhaus zu bringen, oder?« Es galt zunächst zu zeigen, dass ich nur kam, um bei ihr zu sein, nebenbei die Medikamente herzurichten, nach dem Rechten zu sehen; ganz nebenbei versuchte kleine Vereinbarungen zu treffen, z. B. bis zum nächsten Besuch zu duschen, die Wäsche zu wechseln. Ganz allmählich wurde die Patientin sicherer, konnte mir und auch zunehmend unserer Einrichtung ihr Vertrauen schenken.

In unserer Institutsambulanz konnte ein Arzt die nervenärztliche Versorgung übernehmen, der mich in regelmäßigen Abständen zu den Hausbesuchen begleitete. Die Patientin gewann mit der Zeit soweit Vertrauen in sich und in ihre Umgebung wieder, dass sie sogar einige Zeit alleine in unsere Ambulanz kommen konnte. Ein tagesstrukturierendes Angebot wollte die Patientin weiterhin nicht annehmen.

Im Jahr 2005 kam es zu einer erneuten psychotischen Episode. Das Vertrauen der Patientin war inzwischen aber so stabil, dass sie uns sagen konnte, dass sie wieder befehlsgewandte Stimmen hört. Gleichzeitig stand aber auch die Angst vor stationärer Behandlung wieder im Zentrum ihres Alltags. Sie konnte erneut das Haus nicht verlassen, verzog sich ins Bett, vernachlässigte sich komplett und war wie beim ersten Mal ängstlich angespannt.

Die Behandlung zu Hause wurde sofort wieder intensiviert: Mit zwei Hausbesuchen pro Woche jeweils mindestens eine Stunde sowie vielen Telefonaten zur Überbrückung und zum Kontakthalten. Sehr ausführliche Rücksprachen mit dem behandelnden Arzt der Ambulanz waren jetzt in der Krisenzeit für ca. sechs Wochen wichtiger Bestandteil der Behandlung.

Es war in Anbetracht der von 2001 bekannten Suizidalität eine ständige Risikoabwägung, wie lange wir diese Gratwanderung mittragen könnten. Die regelmäßigen Telefonkontakte mit der Patientin gaben uns beiden, der Patientin und mir, immer wieder Sicherheit, dass wir es schaffen könnten, ohne stationäre Behandlung auszukommen.

Nach etwa sechs Wochen intensiver Behandlung zu Hause traute sich die Patientin wieder das erste Mal, in Begleitung ihrer Tochter, den behandelnden Arzt in unserer Ambulanz aufzusuchen.

So ist es uns gelungen, eine akute psychotische Krise ohne stationäre Behandlung durchzustehen, ohne erneute Traumatisierung.

Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker - fortgeschriebene RPK-Empfehlungsvereinbarung

Wolfgang Weig

Einführung

Psychische Störungen und Erkrankungen verlaufen häufig chronisch, Beeinträchtigungen von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe im Sinne der »Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit« (ICF) sind in vielen Fällen damit verbunden. Nach Abschluss einer Akutbehandlung kommt daher oft eine gezielte Rehabilitationsmaßnahme in Betracht, um Funktionsstörungen zu überwinden, den Radius der Aktivitäten zu erweitern und die Teilhabe in relevanten Bereichen zu erhalten, wiederherzustellen oder wesentlich zu bessern. Das deutsche Sozialrecht unterscheidet dabei medizinische Maßnahmen der Rehabilitation, bei denen Krankheitsbewältigung, Verbesserung der Lebensqualität, günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes und Verminderung oder Vermeidung des künftigen, insbesondere stationären Behandlungsbedarfs im Vordergrund stehen, von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen mit dem Ziel der Wiedereingliederung, möglichst im allgemeinen Erwerbsleben. Die Kostenzuständigkeit liegt für die medizinische Rehabilitation bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung, für berufliche Rehabilitationsmaßnahmen bei der Rentenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit (FRIEBOES et al. 2005).

Einführung von Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen

Ausgehend von dem Rehabilitationsmodell bei somatischen Erkrankungen und von dem Mythos der Unheilbarkeit ernsthafter psychischer Störungen war das Rehabilitationsangebot für psychisch kranke Menschen in der Vergangenheit dürftig und die Rehabilitationsquote marginal. Das hat sich im Zuge der Psychiatriereform durch die Einführung der Empfehlungsvereinbarung über Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) von 1986 geändert. RPK erlaubt eine auf die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen zugeschnittene, nahtlose medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahme bei gleichzeitiger

psychosozialer Begleitung miteinander verzahnter Angebote und sichert deren Finanzierung durch die zuständigen Kosten- und Leistungsträger (WEIG 2005).

Elemente des Rehabilitationsangebotes

Wesentliche Elemente des Rehabilitationsangebotes in der RPK sind störungsspezifische, psychotherapeutische, psychoedukative und sozialtherapeutische Behandlungsverfahren unter Berücksichtigung einer rehabilitationsgemäßen Medikation bei engmaschiger persönlicher Begleitung im Sinne eines Case Managements. Arbeitsdiagnostik, gezieltes Training relevanter Fertigkeiten und Belastungserprobung treten hinzu, die dann in der beruflichen Rehabilitation in eine möglichst frühzeitige, begleitete Platzierung an einen Arbeitsplatz münden sollen. Voraussetzungen für die Einleitung einer RPK-Maßnahme sind das Vorliegen einer entsprechenden Indikation (psychische Störung nach ICD 10, die Beeinträchtigungen im Sinne von ICF hervorruft oder hervorzurufen droht), Rehabilitationseignung, hinreichende Motivation und ausreichend günstige Erfolgsprognose. Die Grundlagen einer psychiatrischen Rehabilitation sind inzwischen gefestigt und hinreichend beschrieben (RÖSSLER 2004).

Verbreitung

RPK-Einrichtungen konnten an vielen Stellen der Bundesrepublik Deutschland aufgebaut werden und haben sich bewährt (BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION 2000). Die Versorgung des Bundesgebietes mit spezifischen Rehabilitationsangeboten für psychisch kranke Menschen ist jedoch derzeit sehr ungleichmäßig. Weite Teile, insbesondere in den neuen Ländern, bleiben noch unversorgt (WEIG & SCHELL 2005).

Vor- und Nachteile von RPK

Das RPK-Modell hat gegenüber dem klassischen medizinischen Rehabilitationsansatz, der an der »Badekur« orientiert war, stark institutionszentriert und gemeindefern verlief und auf einer »Rehabilitationskette« mit mehr oder weniger unverbunden aufeinanderfolgenden Elementen beruhte, bereits wesentliche Fortschritte gebracht. Dennoch gab es bei der RPK-Empfehlungsvereinbarung 1986 auch gewichtige Nachteile: Es wurde eine Min-

destgröße der Einrichtung von 50 Plätzen vorgegeben. Die Rehabilitationsleistungen konnten nur stationär erbracht werden. Die ursprünglich zu Erprobungszwecken eingeführte Vereinbarung, in jedem Land der (damaligen) Bundesrepublik zunächst eine RPK-Einrichtung zu fördern, führte in manchen Teilen des Bundesgebietes zu einer zentralistischen Entwicklung mit fehlender Wohnortnähe und fehlendem Regionalbezug des Angebotes. Darüber hinaus wurde die Empfehlungsvereinbarung, wie erwähnt, auch nur schleppend umgesetzt.

Dank der Aufgeschlossenheit der örtlichen Kosten- und Leistungsträger, insbesondere der LVA Hannover, und durch das Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Träger der RPK-Einrichtungen in Niedersachsen konnte dort bald eine über den Bundesdurchschnitt hinausgehende Entwicklung gefördert werden: Die niedersächsischen RPK-Einrichtungen führten teils ausschließlich (Wunstorf, Hannover), teils in Ergänzung des stationären Rehabilitationsangebotes (z. B. Osnabrück, Königslutter) auch die Möglichkeit der teilstationären (nach heutiger Sprachregelung »ambulanten«) Leistungserbringung ein, wurden dadurch flexibler und machten gute Erfahrungen damit. Es gelang eine flächendeckende Ausweitung des Modells, sodass in überschaubaren und erreichbaren Regionen RPK-Einrichtungen bestehen, die in die jeweilige Region stark vernetzt und kooperativ eingebunden sind. So entstand das Umsetzungsmodell der »kooperativen RPK«, die sich im Wesentlichen auf das Assessment, die therapeutische Begleitung, das Case Management, die Akquisition und Organisation von weiteren Leistungen und im Falle der stationären Leistungserbringung die Bereitstellung des Wohnangebotes im Sinne betreuter Wohngemeinschaften beschränkt, während die übrigen Rehabilitationsangebote sehr flexibel und personenbezogen in der Region »eingekauft« werden.

Perspektive

Unter Berücksichtigung der inzwischen gewonnenen Erfahrungen und der gewandelten Rahmenbedingungen wurde bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in Frankfurt am Main der Entwurf einer neuen Empfehlungsvereinbarung RPK 2005 fertiggestellt. Dieser Entwurf hält an den bewährten Grundsätzen der RPK fest, er schreibt jedoch den Grundsatz »ambulant vor stationär« fest, sieht keine Mindestplatzzahl mehr vor. Er bekennt sich zum regionalen und sozialpsychiatrischen Bezug des RPK-Angebotes und führt Grundsätze der Strukturprozesse und Ergebnisqualität

einschließlich deren Dokumentation und transparenter Darstellungen ein. Die Empfehlungsvereinbarung in der neuen Form wurde von den relevanten Partnern mit Ausnahme der Bundesagentur für Arbeit bereits gebilligt. Sobald die Zustimmung auch dieses Partners vorliegt, kann sie in Kraft treten und wird dann der Erneuerung und Verbreitung des RPK-Angebotes neue Impulse geben können.

Die dadurch entstehende RPK neuen Typs wird

- vorwiegend ambulant arbeiten, stationäre Rehabilitationsangebote werden nur noch solchen Rehabilitationsteilnehmern vorbehalten bleiben, die aufgrund ungünstiger Wohnlage den Ort der Rehabilitation sonst nicht erreichen können, und insbesondere solchen, die zum selbstständigen Wohnen noch nicht ausreichend in der Lage sind für eine Übergangszeit im Sinne eines niedrighschwelligem Angebotes
- kooperativ vernetzt in das regionale sozialpsychiatrische Behandlungsangebot aufgestellt sein
- flexibel personenzentriert Rehabilitationsangebote nach den individuellen Bedürfnissen entwickeln und nicht institutionszentriert nach einem vorgegebenen Schema
- sich auf den Weg machen zu einer »virtuellen Einrichtung«, die als Idee, als Konzept als qualifiziertes und spezifisch erfahrenes multiprofessionelles Team mit verlässlicher Leitung und Trägerschaft existiert, jedoch nicht als in Beton gegossene Institution.

Erste Erfahrungen mit Entwicklungen in diese Richtung sind vielversprechend.

Literaturangaben

- BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION: Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter – RPK – Bestandsaufnahme. BAR Frankfurt am Main, 2000
- FRIEBOES R-M, ZAUDIG M, NOSPER M: Rehabilitation bei psychischen Störungen. München Jena, 2005
- RÖSSLER W (Hg.): Psychiatrische Rehabilitation. Berlin Heidelberg, 2004
- WEIG W: Psychiatrische Rehabilitation in: MÖLLER H-J, LAUX G, KAPFFHAMMER H-P (Hg.): Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin Heidelberg, 2005

Wohnen und ambulante Komplexleistung - was aus einem Heim in Hamburg wurde

Rainer Hölzke

Entstehung und Ziele

Das Gebäude des bestehenden Heimes Jüthornstraße entsprach keinem angemessenen Wohnstandard mehr und vom Träger der Hamburgischen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (HGSP) war darüber zu entscheiden, ob ein neues Heim gebaut oder ein inhaltlich und strukturell anderer Weg gegangen werden sollte. Daher beschäftigte man sich mit fachlichen Alternativen zu stationären Angeboten.

Unter anderem auf Grund der ausführlichen Rezeption wesentlicher Aspekte des Personenzentrierten Ansatzes entschieden sich der Träger der Einrichtung und das Team des Wohnhauses Jüthornstraße, das Heim aufzulösen und eine ambulante Alternative aufzubauen. Die dabei zu verwirklichenden Ziele entstanden aus einer Reflexion der gut 20-jährigen Tätigkeit im Heim und der Kritik an gravierenden Strukturproblemen von Heimunterbringung (HÖLZKE 2003).

Folgende Ziele wurden verfolgt:

- Die Form des Wohnens und die Form der Hilfe soll voneinander entkoppelt werden.
- Die Hilfeleistungen sollen so deutlich wie möglich lebensfeldbezogen sein.
- Nicht-stationären Hilfeformen soll ein Vorrang eingeräumt werden.
- Bei Veränderungen von Art und Umfang der Hilfeleistung soll sich die »Hilfeseite« verändern und nicht die betroffene Person. Diese soll in solchen Situationen nicht zwangsläufig und ausschließlich diejenige sein, die Hilfspersonen, Orte und Wohnorte zu wechseln hat.
- Die notwendigen personenbezogenen Hilfen müssen sichergestellt werden.

Folgende Erfahrungen von MitarbeiterInnen und BewohnerInnen waren wegweisend:

- Es kann nicht weiter hingenommen werden, dass gerade psychisch kranke Menschen ihren Wohnort wechseln müssen, sobald sich ihr Hilfebedarf ändert.

- Die MitarbeiterInnen wurden sehr häufig gefragt: »Kann ich hierbleiben? Werde ich entlassen, wenn ich an bestimmten Angeboten der Einrichtung nicht mehr teilnehmen will? Werde ich entlassen, wenn ich länger im Krankenhaus sein muss?«
- Bei vielen Klienten ist im Zusammenhang mit den spätestens jährlich zu stellenden Anträgen auf Weiterbewilligung der Leistung beim überörtlichen Sozialhilfeträger das Vorhandensein von Angst festzustellen. Eine Angst, die sich einerseits auf den befürchteten Verlust der vorhandenen Wohnmöglichkeit und andererseits auf den befürchteten Verlust von Unterstützung bezog.
- Weiterhin gibt es in einem Heim viele Einschränkungen und es werden Ansprüche verletzt, die mit Wohnen verbunden sind, wie Autonomie, Privatheit und Sicherheit.
- BewohnerInnen eines Heimes sind ausschließlich Dauergäste.
- Das Heim hat für sie die Rolle eines Ersatzes von Lebenswelt.

Daher wurde beschlossen, das Heim aufzulösen. Zudem wurde beschlossen, den bisherigen HeimbewohnerInnen Wohnraum zu allgemein üblichen Bedingungen zur Verfügung zu stellen und weiterhin bedarfsgerechte Unterstützung zu gewährleisten.

Durchführung des Vorhabens

Vor dem Hintergrund der oben geschilderten Entscheidung wurden vom Heimträger (HGSP) folgende Schritte unternommen:

- Die HGSP gründete 2003 ausschließlich für den Zweck der Erstellung und Vermietung von Wohnraum für psychisch kranke Menschen die gemeinnützige Hamburger Wohnungs- und Vermietungsgesellschaft (gHWV) als 100-prozentige Tochter.
- Es wurde festgelegt, dass die zukünftigen MieterInnen in Hamburg übliche Mietverträge erhalten.
- Um dem Hilfebedarf der bisherigen HeimbewohnerInnen (und zukünftigen MieterInnen) weiterhin zu entsprechen, errichtete die gHWV im Erdgeschoss des Mietshauses Räume für ein Tageszentrum und Diensträume für ein Angebot des ambulant Betreuten Wohnens und vermietete diese an eine Betreibergesellschaft der HGSP. Das ambulante Dienstleistungszentrum wurde baulich und strukturell vollständig vom Mietshausteil getrennt.

- Die Mietverträge der gHWV wurden nicht an Betreuungsverträge des ambulanten Angebotes der Betreibergesellschaft gekoppelt. MieterInnen können also in der angemieteten Wohnung verbleiben, auch wenn sie zukünftig keine Hilfen mehr benötigen bzw. Hilfeleistungen von einem anderen Anbieter erhalten möchten.

Die gHWV erwarb ein Grundstück in der Region, in der sich auch das Heim befand, und baute dort ein Mietshaus mit 24 Wohnungen für Einzelpersonen sowie Diensträume für ein ambulantes Angebot.

Das Haus wurde im August 2005 fertiggestellt. Ende August zogen sämtliche BewohnerInnen des Heims in vorher von ihnen angemietete Wohnungen.

Ökonomischer Blickwinkel

Der Kauf des Grundstückes und die Erstellung des Gebäudes kosteten knapp 2,9 Millionen Euro. Diese wurden finanziert durch:

- Eigenmittel des Trägervers,ens,
- Darlehen und Zuschüsse der Hamburger Wohnungsbaukreditanstalt,
- Zuschüsse der Aktion Mensch,
- Darlehen einer Hamburgischen Stiftung,
- Bankdarlehen.

Die Wohnungen verfügen über ein gut 20 qm großes Wohn- und Schlafzimmer, ein Bad sowie einen Flur mit Kochzeile. Dazu kommt weiterhin ein Kellerraum. Die Wohnfläche beträgt insgesamt ca. 30 qm. Die Warmmiete beträgt knapp 300 Euro im Monat.

Das Bauvorhaben musste so kalkuliert werden, dass die Grenze von 318 Euro für den Mietzuschuss auf der Basis von SGB II/XII nicht überschritten wurde. Es war also zu gewährleisten, dass HeimbewohnerInnen bei der Auflösung der Einrichtung nicht aus finanziellen bzw. sozialrechtlichen Gründen von der Anmietung einer Wohnung ausgeschlossen wurden. Von daher mussten verschiedene Entwürfe der Architekten, die unterschiedliche Baustandards, Materialien und Ausstattungsversionen enthielten, durchgerechnet werden, bis

- einerseits ein akzeptabler Standard gehalten werden konnte,
- die Auflagen der Wohnungsbaukreditanstalt eingehalten werden konnten,

- andererseits die Grenze von 318 Euro deutlich unterschritten werden konnte, um für die nächsten Jahre entsprechenden Bewegungsspielraum bei evtl. Mietanpassungen zu haben.

Nach mehreren Planungsschritten gelang es, die verschiedenen Vorhaben zur Deckung zu bringen. Dadurch war es möglich – und dies war Voraussetzung – dass niemand der bisherigen HeimbewohnerInnen aus finanziellen bzw. sozialrechtlichen Gründen von der Anmietung einer Wohnung ausgeschlossen wurde. Letztendlich gelang das Kunststück

- die Anforderungen der Wohnungsbaukreditanstalt umzusetzen,
- einen sehr akzeptablen Wohnstandard anbieten zu können,
- unterhalb von 318 Euro Monatsmiete zu bleiben,
- ein kostendeckendes, sich selbst tragendes Finanzkonzept zu erstellen.

Hierzu bedurfte es etlicher Abstimmungen und Planungsschritte. Die wirtschaftliche Kalkulation hat sich als solide herausgestellt.

Die Frage, was mit dem Gebäude geschehen sollte, in dem sich bislang das Heim befand, war insofern einfach zu lösen, als dieses Gebäude dem Träger gehörte. Es wurde umgebaut, um es für einen anderen ambulanten Betriebsteil des Trägers zu nutzen.

Einbeziehung der HeimbewohnerInnen

Aufgrund des notwendigerweise mehrere Jahre umfassenden Vorlaufes wurden die ehemaligen BewohnerInnen des Heimes in unterschiedlichen Etappen informiert und in das Vorhaben einbezogen.

Zwei Diplomandinnen der Fachhochschule für Sozialpädagogik in Kiel führten 2003 im Rahmen ihrer Diplomarbeiten Einzelinterviews mit den HeimbewohnerInnen durch. An dieser Befragung nahmen 80 % der in Frage kommenden Personen teil. Ihre durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Heim betrug 8,7 Jahre, ihr Durchschnittsalter 46 Jahre.

Wesentliche Ergebnisse der Befragung waren:

- Im Zusammenhang mit dem Neubau wurde von vielen ein erheblich besserer Wohnkomfort erwartet.
- Viele begrüßten das größere Ausmaß an Selbstbestimmung und Selbstverantwortung. Die damit verbundene Hoffnung war identisch mit ebenfalls befragten KlientInnen, die vor etlicher Zeit einzeln aus dem Heim ausgezogen waren.

- Viele erhofften sich weniger Belästigungen (insbesondere aufgrund von Lärm) durch andere.
- Etliche erwarteten ein größeres Ausmaß an Privatsphäre mit u. a. der Möglichkeit »unstigmatisiert« Angehörige und Freunde einladen zu können.
- Einzelne äußerten Ängste vor den geplanten Veränderungen und insbesondere eine Person sprach sich deutlich dafür aus, weiterhin in einem Heim leben zu wollen.

Fazit zur Auflösung des Heims

In der oben beschriebenen Art und Weise konnte ein Heim für Menschen mit seelischen Behinderungen aufgelöst werden. Für die betroffenen Personen konnten erheblich bessere Wohn- und Lebensbedingungen sowie bedarfsgerechtere ambulante Unterstützungsmöglichkeiten geschaffen werden.

Sämtliche (20) HeimbewohnerInnen zogen tatsächlich um und wurden zu MieterInnen mit einem ortsüblichen Mietvertrag. Damit konnte die wesentliche Grundhaltung des Wohnhauses Jüthornstraße, nicht auszugrenzen und abzuschieben, sondern aufgrund des gemeindepsychiatrischen Ansatzes ein schon immer sehr individuell bezogenes Hilfsangebot vorzuhalten, als wichtigster Maßstab zur Beurteilung des Vorhabens beibehalten und umgesetzt werden.

Da zwischen dem Symposium im September 2005 und der Erstellung der Druckfassung des dort gehaltenen Beitrages (Februar 2006) etwas Zeit vergangen ist, kann das Fazit noch um folgende Aspekte ergänzt werden:

Momentan wird eine zweite Befragung der jetzigen MieterInnen durch wiederum Diplomandinnen des Fachbereichs Sozialpädagogik durchgeführt. Die Ergebnisse sollen mit der Erstbefragung verglichen werden.

Vor der Auflösung des Heims wurden die bisherigen HeimitarbeiterInnen in Einzelinterviews zu der Veränderung befragt. Auch diese Befragung soll demnächst wiederholt werden.

Eine Mieterin erhält keine ambulante Eingliederungshilfe mehr und wohnt weiterhin in ihrer Wohnung.

Unter anderem im Landesverband Angehörige Psychisch Kranker in Hamburg ist das Vorhaben auf großes Interesse gestoßen, und es gibt erste Überlegungen zu einer Zusammenarbeit zwischen dem Landesverband und der gHWV zur Realisierung entsprechender weiterer Projekte.

Eine »100-Tage-Bilanz« der MitarbeiterInnen im Hinblick auf die ehemaligen HeimbewohnerInnen und jetzigen KlientInnen eines ambulanten Angebotes ergab u. a.:

Für eine überwiegende Anzahl von jetzigen MieterInnen haben sich positive Effekte ergeben wie: es wird größere Selbstständigkeit beschrieben und wahrgenommen; ein Gefühl von größerer Sicherheit ist entstanden; es wird sich mehr um die Sauberkeit der Wohnung gekümmert; auf vollständige Bekleidung wird stärkerer Wert gelegt.

Für eine geringe Anzahl von jetzigen MieterInnen wird von eher problematischen Aspekten berichtet: vor dem Hintergrund der eigenen Geschichte wirkt die Normalität bzw. »Zielerreichung« des Lebens in einer eigenen Wohnung bedrohlich und desillusionierend. Die größere eigene Verantwortung bzw. das Spüren stärkerer Auswirkungen eigenen Handelns auf zum Beispiel finanzieller Ebene (im Heim hatte es keine Auswirkung, das Licht ständig brennen oder die Heizung bei geöffnetem Fenster auf Hochtouren laufen zu lassen) macht Angst (vor Verarmung) und wird wahnhaft verarbeitet.

Abgesehen von üblichen Umstellungs- und Anlaufschwierigkeiten haben sich keine Anhaltspunkte für Fehlplanungen ergeben oder durch die Ambulantisierung hervorgerufene Krisen ereignet.

Fazit zur Ambulantisierung

Bei der Aufgabe der stationären und Schaffung einer ambulanten Hilfeleistung gab es eine gute und reibungslose Zusammenarbeit mit den verschiedenen Abteilungen des Trägers der überörtlichen Sozialhilfe in Hamburg.

Seit Sommer 2004 gibt es in Hamburg sowohl im stationären als auch im ambulanten (Betreutes Wohnen) Bereich von Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischen Behinderungen Hilfebedarfsgruppen. Diese haben für beide Bereiche die selben Zeitkorridore und eine ähnliche Qualifikationsmixhinterlegung. Von daher gibt es keinen Unterschied in der personellen und sächlichen Ausstattung der beiden Hilfeformen. Dies wiederum hat die beschriebene Ambulantisierung erheblich erleichtert, da es dadurch nicht strukturbedingt (keine Komplexleistung und schlechte personelle Ausstattung im ambulanten Bereich in vielen Regionen der BRD) zu Einschränkungen der weiteren Hilfestellung kommen muss.

Die für die stationäre Hilfe bewilligten Hilfebedarfsgruppen der bisherigen HeimbewohnerInnen wurden im ambulanten Bereich beibehalten und nicht »umzugsbedingt« verringert.

Literaturangabe

HÖLZKE R: Wirkungen und Nebenwirkungen von Heimen – zur Entkoppelung von Wohnen und Hilfe. In: STEINMANN L , HEIMLER J, CLAAßEN J, CORDSHAGEN H (Hg): Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime. Bonn, 2003: 132 ff.

Einleitung zum Symposium »Arbeit und Beschäftigung: Assessment, Hilfeplanung, Begutachtung oder das Bermudadreieck der Rehabilitation«

Peter Kruckenberg

Wer einmal an der Auswahl und der Entscheidung über die Einstellung neuer MitarbeiterInnen mitgewirkt hat, weiß, wie schwierig es ist, im Voraus zu beurteilen, ob der/die »Neue« die notwendigen Leistungen bringen kann und wird, wie er sich in die Zusammenarbeit im Team einbringen wird, welche Auswirkungen seine Mitarbeit auf das Betriebsklima haben wird, ob seine Ausfallzeiten hoch sein werden – kurz: ob die Einstellung ein Erfolg wird, für beide Seiten. Viele Betriebe haben das Verfahren der Mitarbeiterauswahl ständig weiterentwickelt, über Arbeitsanamnese und Bewerbungsgespräch hinaus z. B. mit wettbewerbsartig organisierten Assessment-Tagen. Weil die so erarbeiteten Beurteilungen sich im Nachhinein dennoch nicht selten als Fehleinschätzungen ausweisen, versuchen Betriebe nach Möglichkeit einstellungsvorlaufende Praktika zu verlangen, nicht zuletzt um die betriebliche Unruhe verursachenden und viel Zeit und Effizienz kostenden Entlassungen in der Probezeit zu reduzieren.

Da bei Menschen mit psychischen Störungen die berufliche Leistungsfähigkeit prospektiv noch schwieriger einzuschätzen ist, als bei einem Bewerber ohne dieses Stigma, ist die Zurückhaltung von Arbeitgebern gegenüber der Einstellung von Menschen mit aktuellen oder früheren psychischen Störungen erklärlich. Potenzielle Arbeitgeber – auch solche, die keine besonderen Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen haben, wollen wissen, welche Leistungsfähigkeit, welche geldwerten Vorteile und welche Schwierigkeiten sie zu erwarten haben und wie Probleme vermieden werden oder von verlässlich begleitenden Diensten aufgefangen werden können.

Auf der anderen Seite benötigen Menschen nach psychischen Erkrankungen insbesondere bei fortdauernden Beeinträchtigungen kompetente Unterstützung bei der Abklärung der Möglichkeiten zu ihrer beruflichen Eingliederung und ggf. zu unterstützenden rehabilitativen Maßnahmen im Rahmen eines integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsprogramms. Die Aufgabe eines sorgfältigen »Assessments«, d. h. von Abklärung und Orientierung, ist so bedeutend, weil Leerlauf und Perspektivlosigkeit bzgl. der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung ebenso wie wiederholtes Scheitern von Arbeitsversuchen einen wesentlich Einfluss auf einen ungünstigen Krankheitsverlauf hat.

In dem Symposium habe ich selbst (Kruckenberg) zunächst die gegenwärtige Situation des zergliederten Systems der Rehabilitation mit dem Bild des Bermuda-Dreiecks beschrieben: Wohin der Klient sich auch wendet, an die psychiatrischen Dienste, an die Rehabilitationseinrichtungen oder an die Leistungsträger selbst, ein sorgfältiges Assessment ist die Ausnahme – der Weg letztlich in die Untätigkeit für Menschen mit wesentlichen Beeinträchtigungen die Regel. Rahmenkonzept und Organisation eines prozessorientierten Assessments in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund werden stichwortartig als »Wegweiser« dargestellt.

Henning Vossberg berichtet über langjährige Erfahrungen einer ambulanten Arbeitstherapie am Psychiatrischen Krankenhaus, die sich vorrangig um die Förderung und Eingliederung von Menschen mit schweren seelischen Störungen bemüht. Er verweist auf den anfangs oft notwendigen institutionellen Schutzraum für diese Zielgruppe. An einem Klientenbeispiel wird die besondere Bedeutung einer kontinuierlichen persönlichen therapeutischen Begleitung durch verschiedene Förderungs- und Erprobungsphasen mit den dabei auftretenden komplizierten Kommunikationsprozessen mit Leistungsträgern, Rehabilitationsträgern und Arbeitgebern beschrieben und analysiert und die Notwendigkeit verbindlich abgestimmter Verfahren verdeutlicht.

Gudrun Dobslaw stellt genau dies für den Raum Bielefeld dar. In dem dort fortgeschrittenen Implementationsprojekt der AKTION PSYCHISCH KRANKE ist es gelungen, verbindliche Strukturen sowohl auf der Arbeitsebene (Anwendung des IBRP und Durchführung der Funktionalen Hilfeplan-Konferenz) wie auf der Verbund- und Steuerungsebene zu schaffen – unter Einbeziehung aller wesentlichen Beteiligten. Diese haben sich etwa bei der Umsetzung der Hartz IV Regelungen bereits bewährt.

Das SGB II war auch der entscheidende Anstoß für den zuständigen Sozialdezernenten Armin Schönfelder, in der Optionskommune Ostvorpommern das aufzubauen, was viele den Kommunen nicht zugetraut haben: ein qualifiziertes System der beruflichen Förderung und Eingliederung von Menschen mit seelischer Behinderung »aus einer Hand«. Beispielgebend sind vor allem die konsequenten Qualifizierungsmaßnahmen für die Berater der Kommune und die verbindliche Regelung der Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Diensten.

Einen neuen Ansatz zur Weiterentwicklung von Assessmentstrukturen stellt Petra Gromann vor, den Zusammenhang zwischen dem ICF und der Hilfeplanung auf der Grundlage des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP). Sie zeigt damit, dass der Grundansatz einer zielorientier-

ten funktionalen Beschreibung der Situation des Klienten in Zusammenhang mit den fördernden und belastenden Faktoren in seinem Umfeld in beiden Systemen sehr ähnlich verstanden wird und dass die Kategorien des IBRP durch Kategorien des ICF darstellbar sind. Dies eröffnet Chancen für eine einvernehmliche auf die Umsetzung des Sozialrechts bezogene übersichtliche Dokumentation der Hilfeplanung, die ein wichtiger Schritt zur Überwindung des »Gutachterunwesens« werden kann.

In der Diskussion im Plenum wurde das Spannungsfeld deutlich: einerseits werden Perspektiven und erste Erfahrungen auf dem Weg zu einem personenzentrierten integrierten Hilfesystem unter Einbeziehung der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung sichtbar, andererseits ist angesichts der traditionellen Zersplitterung auf der Seite der Leistungsträger wie auf der der Leistungserbringer und angesichts der Probleme auf dem Arbeitsmarkt der Weg zu einem regelmäßigen in eine konkrete Platzierung einmündenden oder schon dort stattfindenden Assessment in den meisten Regionen noch weit.

Organisation von Hilfeplanung in der Optionskommune Ostvorpommern

Armin Schönfelder

Einführung

Wenn Gegenstand eines Impulsvortrages im Symposium 6, das sich mit dem Bermuda-Dreieck der Rehabilitation beschäftigt, die Hilfeplanung in einer Optionskommune nach dem SGB II ist, noch dazu in einem der ärmsten Landkreise des ärmsten Bundeslandes Deutschlands, dann sieht man sich zunächst der Frage ausgesetzt, was bewegt den Landkreis Ostvorpommern, sich im Rahmen eines Bundesprojektes um die Eingliederung psychisch Kranker in Arbeit zu kümmern, wenn man nicht einmal die Gesunden in Lohn und Brot bringt.

Am geschicktesten nähert man sich dem Thema auf mehreren Pfaden:

- dem allzu oft steinigem Pfad des gesetzlichen Regelungsdickichts (was ist die Option?) und
- dem nicht minder unwegsamem Pfad der Eingliederung eines Hilfebedürftigen in Arbeit und Beschäftigung.

Erlauben Sie mir zu Beginn eine kurze aber intensive allgemein-rechtliche Ertüchtigung, nämlich die Darstellung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, in denen sich Hilfeplanung nach der Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zu begeben hat, sofern der psychisch Kranke – ich formuliere vorsichtig – von der Erwerbsfähigkeit noch nicht ganz aus den Augen verloren wurde. Sodann wollen wir uns der sogenannten Option zuwenden, jener Kröte, die die Bundesregierung bei der Verabschiedung des vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt schlucken musste. Den Abschluss des Impulsvortrages bildet die Organisation der Hilfeplanung in Ostvorpommern.

Gesetzliche Rahmenbedingungen Hartz IV und die Option

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen, in denen Arbeitslosigkeit bisher wohl eher verwaltet denn bekämpft wurde, haben sich durch die vier Gesetze für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt erheblich verändert.

Widmeten sich die ersten drei Gesetze vom 23.12.2002 noch dem Umbau der einstigen Bundesanstalt für Arbeit, der Einführung neuer arbeitsmarktpolitischer Instrumente oder der Neuausrichtung der Weiterbildungsförderung, so hat das letzte dieser Regelungswerke, auch »Hartz IV« genannt, in einer ungeheuren Kraftanstrengung zwei soziale Sicherungssysteme zusammengelegt und die Sozialhilfe grundlegend reformiert.

Während sich in den postsozialistischen Wärmestuben die Unzufriedenen gegenseitig mit Parolen wie »Hartz IV ist Armut per Gesetz« einheizen, vollzieht sich in der Zusammenführung zweier nebeneinander bestehender staatlicher Fürsorgesysteme der längst notwendige Paradigmenwechsel zu einem einheitlichen Leistungsrecht für erwerbsfähige Langzeitarbeitslose, der sogenannten Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II.

Jenseits der Glaubensfrage, ob Hartz IV Arbeitslosigkeit reduzieren kann – die ersten Erfahrungen lassen gewichtige Zweifel zu – erscheinen jedoch zumindest zwei von vier Elementen der Grundsicherung für Arbeitssuchende tatsächlich Erfolg versprechend:

Durch verbesserte Personalschlüssel kann der Hilfebedürftige intensiver betreut, zielgerichteter beraten und sodann passgenauer in Arbeit vermittelt werden (Grundsatz des Förderns). Das neue Sozialrecht stärkt die Eigenverantwortung Erwerbsloser und nimmt diese stärker ins Obligo (Grundsatz des Forderns).

Zugleich verpflichtet das Gesetz nach dem Grundsatz »do ut des« Hilfebedürftige und Träger der Grundsicherung zum Abschluss einer Eingliederungsvereinbarung. Daneben sichern Arbeitslosengeld II sowie die Übernahme der Unterkunfts- und Heizungskosten die Existenz des Hilfebedürftigen finanziell ab.

Die Sozialhilfe nach dem SGB XII besteht seit dem 01.01.2005 als arbeitsfähige Unterstützungsleistung für nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige fort. Man hat sie um den Bereich »Hilfe zur Arbeit« erleichtert und zugleich mit der Grundsicherung im Alter bei Erwerbsminderung »beschwert«. An der Schnittstelle von SGB II und SGB XII steht die Erwerbsfähigkeit nach § 8 SGB II, das Zuständigkeitskriterium für den Bezug von Leistungen nach dem SGB II schlechthin. Wenn man die Definition der Erwerbsfähigkeit vor Augen hat, ist auch nachvollziehbar, warum das Begriffspaar psychisch Kranke und Erwerbsfähigkeit nicht auf den ersten Blick zueinander finden mag.

Nach dem Willen des Gesetzes sind die Agenturen für Arbeit gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB II für all jene Leistungen zuständig, die nicht in die Verantwortung der Kommunen fallen.

Was auf den ersten Eindruck der kommunalen Gebietskörperschaft im Verhältnis zur Arbeitsverwaltung eine Art Regelzuständigkeit zuspricht, erweist sich bei genauerer Würdigung als Bescheidung der kreisfreien Städte und Landkreise auf die Übernahme der Kosten der Unterkunft und die Erbringung psychosozialer Betreuungsleistungen sowie die Gewährung von Sucht- und Schuldnerberatung, Arbeitsmarktorientierte Beratung und Vermittlung obliegen jedoch ganz überwiegend den Agenturen für Arbeit. Dem Ungleichgewicht der Aufgabenverteilung soll die Wahrnehmung der Optionslösung durch die Kommunen begegnen. Nach § 6 a SGB II sollen anstelle der Agenturen für Arbeit kommunale Träger zur Weiterentwicklung der Grundsicherung für Arbeitsuchende zugelassen werden.

Die Erprobung ist auf alternative Modelle der Eingliederung von Arbeitsuchenden ausgerichtet. Die zugelassenen Träger treten in die Rechte und Pflichten der Agenturen für Arbeit ein, die Aufwendungen werden grundsätzlich vom Bund übernommen.

Tatsächlich gewährt die Option Kommunen die Möglichkeit, Leistungen aus einer Hand anzubieten. Kreise und kreisfreie Städte sind sowohl Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende als auch Träger der Sozialhilfe.

Lösungen für Langzeitarbeitslose können vor Ort flexibel gestaltet werden. Die über Jahre erworbenen Kompetenzen im Umgang mit sozial Benachteiligten und Kranken bleiben erhalten, ohne dass streng dirigistische Vorgaben einer zentral geleiteten Mammutbehörde kommunale Kreativität und Eigenverantwortlichkeit einschränken.

Die Sozialagentur Ostvorpommern als Optionsbetrieb

Erfreulicherweise ist es gelungen, im Landkreis Ostvorpommern innerhalb von drei Monaten einen Optionsbetrieb aufzubauen, der nicht nur 195 Mitarbeiter an fünf Standorten beschäftigt, sondern der auch Teilnehmer am Bundesprojekt »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für Psychisch Kranke« geworden ist, gemeinsam mit der Fachhochschule Neubrandenburg ein von der deutschen Forschungsgemeinschaft gefördertes Projekt zur Armutsentwicklung im ländlichen Raum durchführt und als fünftester Landkreis mit seinem Konzept zur Eingliederung älterer Arbeitnehmer in dem Wettbewerb des Bundesministers für Wirtschaft und Arbeit unter über 280 Teilnehmern mit 5 Millionen Euro zusätzlichen Eingliederungsmitteln ausgezeichnet wurde.

Fit für Beratung und Vermittlung »normaler« Erwerbsloser sind die Mit-

arbeiter der Sozialagentur allemal, aber wie steht es mit der Hilfeplanung für psychisch Kranke?

Bevor der Fallmanager auf den psychisch Kranken oder auch umgekehrt der psychisch Kranke auf den Fallmanager losgelassen werden kann, bedarf es einer umfassenden Schulung in Sachen Hilfeplanung und IBRP sowie einer fortwährenden Begleitung des Verfahrens durch sinnvolle Steuerungsinstrumente wie Coaching, Controlling etc.

Wir wollen nicht, dass durch Unkenntnis frühzeitig etwas kaputt gemacht wird, was dann im eigentlichen Hilfeplanverfahren nicht mehr korrigiert werden kann.

Frau Rau vom sozialpsychiatrischen Wohnverbund in Seewald-Göttingen hatte bereits 2003 ein sinnvolles Schulungskonzept skizziert, das als Richtschnur dienen könnte. Dabei soll zunächst das Verständnis der Mitarbeiter für das Instrument personenzentrierte Hilfeplanung geweckt werden. Grundlagen und Entstehung des IBRP sind genauso Bestandteil wie Struktur des Verfahrens und Anwendung der Bögen. Weniger Vertiefung bedarf der Grundsatz »Verhandeln statt Behandeln« bei der Vermittlung an den Hilfebedürftigen.

Hierauf sind die Fallmanager der Sozialagentur bereits hinreichend geeicht. Dagegen dürfte die Integration in den Berufsalltag Zeit in Anspruch nehmen, nämlich die Vermittlung der konkreten Auswirkung auf das Besprechungswesen, die Akzeptanz koordinierender Bezugspersonen im Fallmanager/Hilfeplangespräch, die möglicherweise größeren zeitlichen Ressourcen, die bereitgestellt werden müssen etc. Hierbei sollen die entsprechenden Fallmanager für ihre Kollegen später auch als Multiplikatoren dienen. Wir setzen im Übrigen drei Tage für die Schulung IBRP/HPK an.

Nachdem wir uns den organisatorischen Fragen innerhalb des Optionsbetriebes gewidmet haben, wollen wir uns dem eigentlichen Hilfeplanverfahren zuwenden.

Das Hilfeplanverfahren

Durch die Verbindung von Leistungen des SGB II und des SGB XII unterwirft sich der Hilfebedürftige zwangsweise einigen Formalien und Regularien, die das Hilfeplanverfahren in Gang setzen. Es bedarf eines Antrags des Hilfebedürftigen zur Gewährung von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Ohne einen solchen Antrag kommt auch nicht der Fallmanager der Sozialagentur ins Spiel.

Der Hilfebedürftige meldet seinen Bedarf – entweder über den sozialpsychiatrischen Dienst, über seinen Betreuer, zumeist jedoch über den Leistungserbringer – an. In einem ersten Schritt ist sodann die Zuständigkeit zu prüfen. Ist der Hilfebedürftige noch oder schon wieder erwerbsfähig?

In Ostvorpommern wird nach dem Grundsatz »in dubio pro reo« verfahren: Im Zweifel plädieren wir für die Erwerbsfähigkeit, um den Betroffenen an dem umfassenden Instrumentarium aktivierender Eingliederungshilfen in den 1. und 2. Arbeitsmarkt teilhaben zu lassen.

Sollten zum Zweck der Eingliederung in Arbeit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach den §§ 33 ff. SGB IX benötigt werden (Stichwort berufliche Rehabilitation), ist im Hinblick auf den Nachrangigkeitsgrundsatz der Grundsicherung für Arbeitsuchende und der Sozialhilfe der entsprechende Rentenversicherungsträger zur Leistung verpflichtet, sofern die Voraussetzungen hierfür vorliegen. Das soll jedoch nicht weiter vertieft werden.

Im Zweifel wird es also einer arbeitsmedizinischen Begutachtung bedürfen, um auch Unstimmigkeiten zwischen Optionsbetrieb und Sozialverwaltung im Landkreis auflösen zu können. Von besonderem Vorteil ist hierbei jedoch, dass der Landkreis sowohl Träger der Leistungen des SGB XII (also für die Nichterwerbsfähigen) als auch des SGB II (für die Erwerbsfähigen) ist. Deshalb können Verschiebepbahnhöfe zwischen den unterschiedlichen Leistungssystemen nachhaltig verhindert werden. Der Landkreis Ostvorpommern gewährt tatsächlich Leistungen aus einer Hand.

Zur Diagnostik der Leistungsfähigkeit des Hilfebedürftigen bedient sich der Landkreis entweder eines eigens angestellten Arbeitsmediziners oder des Berufsförderungswerkes in Stralsund. Das BFW vermag zusätzlich verschiedene Module der Erwerbsfähigkeitsuntersuchung, v. a. aber eine psychologische Eignungsdiagnostik, bereitzustellen.

Sodann wird durch eine koordinierende Bezugsperson, in der Regel die zuständige Mitarbeiterin des Kreissozialamtes, die Hilfeplankonferenz einberufen. Arbeitsgrundlage ist hierbei der IBRP in seiner verbindlichen Fassung. Ergänzt wurde der IBRP im Landkreis Ostvorpommern durch den von der AKTION PSYCHISCH KRANKE maßgeblich mit entwickelten zusätzlichen Bogen Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung.

Ergänzend zu den »üblichen Verdächtigen« der Hilfeplankonferenz, nämlich dem gesetzlichen Betreuer oder einer anderen Bezugsperson, dem Amtsarzt und dem sozialpsychiatrischen Dienst sowie einem Vertreter bereits betroffener oder in Frage kommender Leistungserbringer, werden auch zusätzlich die Fallmanager des Optionsbetriebes frühzeitig mit ins Boot geholt.

Sie verleihen der Hilfeplankonferenz ein besonderes, auf die Anwendung arbeitsmarktpolitischer Förderungsinstrumente ausgerichtetes Gepräge und stellen ihren speziellen Sachverstand demnach bereits frühzeitig zur Verfügung.

An dieser Stelle soll nochmals auf die Einbindung der Leistungserbringer eingegangen werden. Ihre Mitwirkung beschränkt sich nicht nur auf die Teilnahme an der Hilfeplankonferenz, sondern sie sind bereits im Zusammenhang mit der Umsetzung der Grundsicherung für Arbeitsuchende zu Jahresbeginn aufgefordert worden, ihre bisher bestehenden Projekte stärker auf die Eingliederung von Arbeit »umzuschreiben«.

Dadurch soll sichergestellt werden, dass bestehende Eingliederungsstrategien sich nicht nur auf tagesstrukturierende Hilfen beschränken, sondern eine zusätzliche Ausrichtung erfahren. Durch Leistungsverträge werden die freien Träger frühzeitig an den Landkreis gebunden, für beide Seiten herrscht somit von Anfang an Rechtssicherheit und -klarheit.

Darüber hinaus ist den Leistungserbringern seitens der Sozialagentur auch angeboten worden, arbeitsmarktspezifische Schulungen abzuhalten. So konnte sich dort bereits in kürzester Zeit ein erstaunliches Know-how entwickeln, welches sich beispielsweise schon in einem beachtlichen Projekt, dem sog. »I-Werk« niedergeschlagen hat.

Dieses Projekt verbindet zwei unterschiedliche Module miteinander, ein sog. Trainings- und ein sog. Eingliederungsmodul.

Begleitet von speziellen Förderungs- und Bildungsangeboten, wie arbeitsweltbezogener Beratung, psychosozialen Hilfen oder fachlicher Begleitung am Arbeitsplatz, durchlaufen die Hilfebedürftigen eine erste Phase der Arbeitserprobung, die sich über mindestens sechs Monate erstreckt.

Ziel des Trainingsmoduls ist neben der Vorbereitung auf eine selbstständige und sozial kompetente Lebensbewältigung v. a. das Einstimmen auf ein aktives Arbeitsleben.

Dies geschieht in dem sich anschließenden Eingliederungsmodul durch die Bereitstellung und Akquise von Beschäftigungsplätzen auf dem ersten Arbeitsmarkt. Die erworbenen Kompetenzen aus dem Trainingsmodul werden ausgebaut, der Hilfebedürftige soll befähigt werden, ein reguläres Arbeitsverhältnis auf dem Arbeitsmarkt anzutreten und sich auch zu erhalten.

Ergebnis und Perspektiven

Im Ergebnis können wir festhalten, dass im ersten Jahr von Hartz IV die Vorteile der Option für psychisch Kranke eindeutig überwiegen.

Zwar gibt es trotz der Bewilligung von Leistungen aus einer Hand immer noch Abstimmungsschwierigkeiten im »Feintuning«. Auch ist die Motivation von Arbeitgebern, besondere Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch Kranke zur Verfügung zu stellen, immer noch gering.

Jedoch ist es uns gelungen, eine hohe Sensibilisierung für die Probleme psychisch Kranker zu erreichen. Es gibt vielversprechende neue Konzepte freier Träger mit der Ausrichtung auf Arbeit, die Eingliederungsinstrumente des SGB III können Dank der Experimentierklausel des SGB II vielfältig erweitert werden. Dadurch ist passgenau Hilfe vor Ort möglich, weitaus flexibler als in den Kommunen der Arbeitsgemeinschaften mit der Bundesagentur für Arbeit. Bisher eher verkrustete Strukturen sind leichter aufzubrechen, der Kreativität des Fallmanagers sind keine – formulieren wir es zurückhaltender: kaum – Grenzen gesetzt.

In der Hilfeplanung können bereits frühzeitig die Kompetenzen aller am Arbeitsleben beteiligten Akteure zusammengeführt werden, zum Nutzen des Hilfebedürftigen.

Schon bestehende Netzwerke erhalten neue Fahrt, die Einbindung des Beirates der Sozialagentur in verschiedenen Gremien schafft neue Impulse bei der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung.

Perspektivisch gilt es, bestehende Eingliederungsstrategien und Förderungsansätze zu optimieren, gesetzesübergreifende Hilfen noch stärker zu verzahnen und das persönliche Budget in den Kanon arbeitsmarktpolitischer Instrumente zu integrieren.

Zukünftig wird es darauf ankommen, die Kooperation auf lokaler Ebene, aber auch zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern, insbesondere mit den Rentenversorgungs- und Krankenversicherungsträgern, zu verstärken – zum Wohle der hilfebedürftigen psychisch Erkrankten.

Zusammenarbeit mit den ARGE-Fallmanagern in Bielefeld

Gudrun Dobslaw

Zusammenfassend kann vorab gesagt werden, dass es gelungen ist, das Hilfesystem in Bielefeld so weit neu zu strukturieren, dass die Voraussetzungen für die Umsetzung passgenauer Hilfen geschaffen wurden. Eine unbedingte Basis dafür ist die enge Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen Hilfeplaner/innen und Fallmanager/innen nach SGB II und SGB XII, mit entsprechenden Kooperationsstrukturen zwischen den Systemen. Im Folgenden soll kurz dargestellt werden, wie die Umsetzung in Bielefeld erfolgt ist.

Umsetzung

Bielefeld beteiligt sich als eine Modellregion an dem Bundesmodellprojekt »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke« (TAB). Im Oktober 2004 konnte die Arbeit aufgenommen werden. Die Laufzeit des Bundesmodellprojekts in der Trägerschaft des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) war zunächst bis auf Dezember 2005 befristet. Da sich die Umsetzung der Ziele jedoch als sehr viel zeitintensiver erwies als ursprünglich geplant, wurde die Projektlaufzeit für die Versorgungsregion Bielefeld auch nach Ablauf des Bundesmodellprojekts bis zum 31.12.2006 verlängert. Die Bearbeitung der Projektvereinbarung, die von Akteuren der Versorgungsregion Bielefeld und der AKTION PSYCHISCH KRANKE im Oktober 2004 unterzeichnet wurde, erfolgt in Projektstruktur.

Nachfolgend werden die Projektziele, die Projektbeteiligten und eine grobe Übersicht über die erfolgten Arbeitsschritte vorgestellt. Abschließend wird der aktuelle Stand der Projektumsetzung, verbunden mit der Perspektive für 2006, erläutert.

Ausgangssituation und Projektziele

Folgende Steuerungsgremien sind in Bielefeld für die unterschiedlichen Anliegen von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung/Erkrankung zuständig:

- Die Regionale Personalentwicklungsgesellschaft mbH (REGE) für die Erfassung des Bedarfs und die Vermittlung von Arbeitsplätzen für Sozialhilfeempfängerinnen und Sozialhilfeempfänger;

- Die Clearing-Stelle des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, zuständig für die Eingliederungshilfe (stationäres und ambulantes Wohnen) mit dem überörtlichen Sozialhilfeträger (Hilfeplaner/Hilfeplanerin) zur Moderation und Entscheidung;
- Der Fachausschuss Arbeit für die Werkstatt für Menschen mit Behinderungen, Kostenträger sind die Agentur für Arbeit und der Landschaftsverband Westfalen-Lippe;
- Die Hilfeplankonferenz des Gemeindepsychiatrischen Verbundes.

Bevor das Projekt gestartet wurde, erfolgte die Koordination und Steuerung von Hilfen für Menschen mit psychischer Erkrankung in Abhängigkeit von den zuständigen Sozialleistungssystemen relativ unabhängig voneinander. Absprachen bezogen auf trägerübergreifende Hilfen fanden bislang nicht systematisch statt.

Das Oberziel, das von der Versorgungsregion Bielefeld übereinstimmend mit den Kosten- und Leistungsträgern im Rahmen des Projektes verfolgt werden sollte, zielte auf eine Anpassung des Hilfesystems, sodass Hilfen im Sinne des personenzentrierten Ansatzes passgenau umgesetzt werden können.

Mit der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. wurde im Oktober 2004 eine entsprechende Projektvereinbarung getroffen, an der sich alle in der Region zuständigen Akteure beteiligten. Die Ziele und Aufgaben umfassen folgende Elemente des Hilfesystems:

- um Hilfen koordinieren und aufeinander abstimmen zu können, braucht es ein Steuerungssystem, in das Leistungsträger und Anbieter gleichermaßen eingebunden sind. Diese Aufgabe soll eine Funktionale Hilfeplankonferenz für die Versorgungsregion Bielefeld übernehmen. Mithilfe dieses Gremiums kann die Koordination und Steuerung der verschiedenen bedarfsgerechten Hilfearten zu einem einheitlichen personenzentrierten Gesamtplan sichergestellt werden;
- psychiatrische Hilfen, inkl. Arbeit und Beschäftigung, werden in der Region Bielefeld bislang überwiegend institutionsbezogen angeboten. Da sich die Erarbeitung und Erprobung von passgenauen Eingliederungsstrategien am individuellen Hilfebedarf orientiert, bedarf es eines Verfahrens, das diesem Anspruch auch gerecht wird. Deshalb sollen alle Anbieter in Bielefeld zu einer einheitlichen und koordinierten individuellen Hilfeplanung verpflichtet werden, die sich am individuellen Hilfebedarf orientiert;

- um die Kontinuität und Koordination der Hilfen sicherzustellen, braucht es eine klare Fallverantwortung. Handlungsleitend muss auch hier die konsequente Orientierung am individuellen Hilfebedarf sein, der fortgeschrieben und überprüft wird. Dazu gehört besonders die Gestaltung von Übergängen zwischen den einzelnen Funktionen der beruflichen Rehabilitation. Diese Fallverantwortung wird von geschulten Hilfeplanerinnen und Hilfeplanern übernommen, die in der Funktion der koordinierenden Bezugsperson Hilfen bei Bedarf koordinieren;
- und schließlich bedarf es der Verbindlichkeit im Versorgungsauftrag. Für jeden Hilfeempfänger sollte ein bedarfsgerechtes Angebot gemacht werden können, das alle notwendigen Hilfen umfasst, insbesondere auch Arbeit und Beschäftigung. Dafür braucht es die notwendigen Strukturen und Übernahme von Verantwortung durch die beteiligten Leistungsanbieter und Leistungsträger. Dafür soll eine Plattform Sozialpsychiatrie Bielefeld eingerichtet werden, in der sowohl alle zuständigen Leistungsträger wie auch alle Anbieter und Interessenvertretungen vertreten sind.

Arbeitsschritte zur Bearbeitung der Projektziele

1. Festlegung der Projektbeteiligten

Für die Umsetzung der Projektziele wurde im Sommer 2004 eine Projektbegleitende Gruppe eingerichtet, die der Zielsetzung entsprechend möglichst alle Akteure der Versorgungsregion Bielefeld repräsentieren sollte.

Folgende Institutionen arbeiten in dem Projekt mit:

- Verein Psychiatrieerfahrene Bielefeld e. V.
- Gemeindepsychiatrischer Verbund Bielefeld für stationäres und ambulantes Wohnen
- Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie
- Stiftungsbereich proWerk
- Integrationsfachdienst
- Regionale Personalentwicklungsgesellschaft (REGE)
- Arbeitsplus Bielefeld (ARGE)
- Stadt Bielefeld
- AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. für die Projektkoordination

Die Projektkoordination vor Ort wird von Frau Dr. Gudrun Dobslaw wahrgenommen.

Eine der wesentlichen Aufgaben zum Projektstart bestand darin, einen gemeinsamen Wissensstand über Ziele, Aufgaben und Abläufe der beteiligten Akteure zu erstellen. Auf dieser Grundlage konnte eine Abstimmung darüber erfolgen, wie eine koordinierte Hilfeplanung künftig sichergestellt werden kann. In der Übersicht im Anhang sind diese Abläufe der verschiedenen Sozialleistungssysteme dargestellt.

Hilfeplanung bezieht sich hier auf Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf, die in der Stadt Bielefeld Unterstützung in Anspruch nehmen oder Hilfe wünschen, soweit sie Hilfen zur Teilhabe an der Gesellschaft und/oder im Bereich Arbeit oder Beschäftigung benötigen. Das Ausmaß ihrer aktuellen oder erreichbaren Erwerbsfähigkeit oder ihres aktuellen Beschäftigungsstatus spielt dabei keine Rolle. Hilfebedürftige mit Suchterkrankung sind dabei eingeschlossen.

Ein komplexer Hilfebedarf bezieht sich dabei auf Menschen,

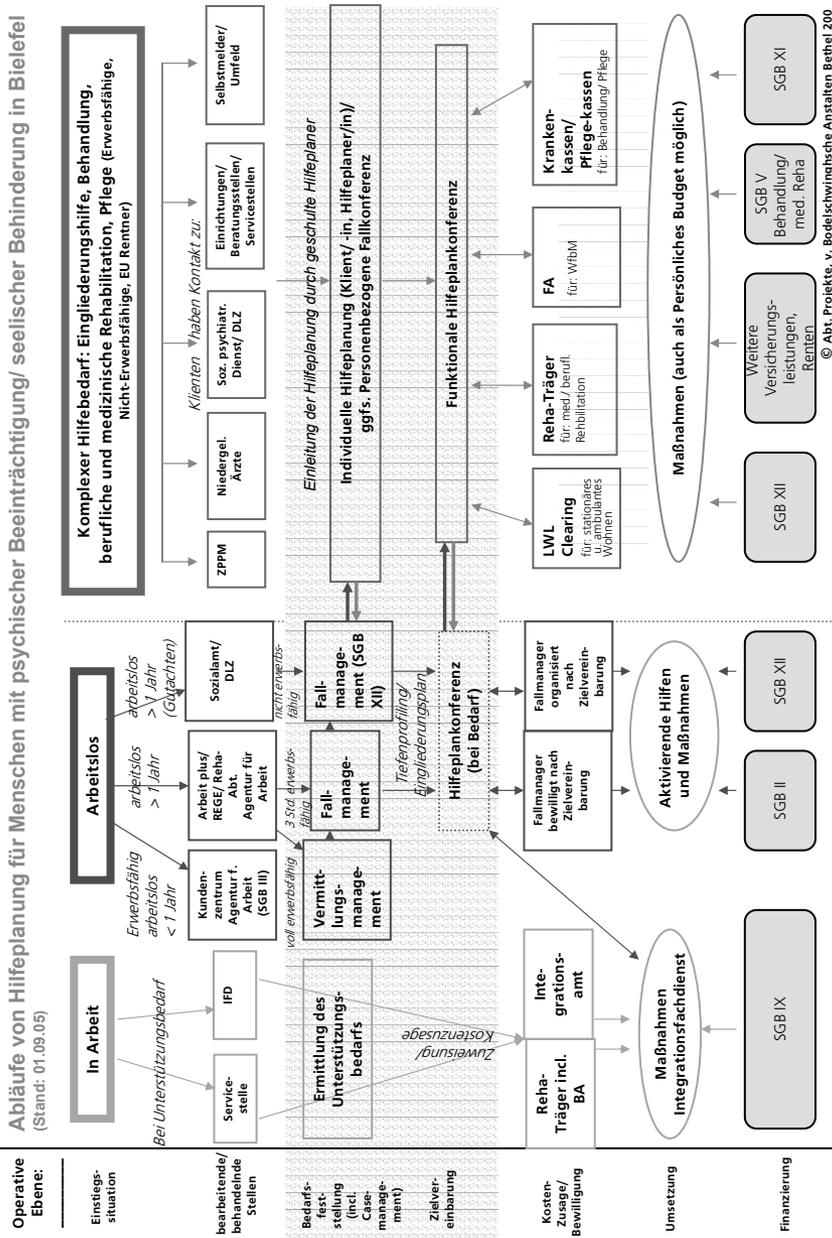
- die chronisch psychisch krank sind, und
- deren Unterstützungsbedarf Hilfen erforderlich macht, die mehr als eine Kostenträgerschaft umfassen oder – soweit absehbar – komplett über Sozialhilfe bzw. den Landschaftsverband Westfalen Lippe (LWL) finanziert werden.

Das in der Abbildung 1 dargestellte quer liegende, grau hinterlegte Feld markiert den Bereich der Hilfeplanung, in dem Abstimmungsprozesse notwendig werden können, die von den Hilfeplanerinnen und Hilfeplanern verantwortlich gestaltet werden.

Rechter Bereich (Komplexer Hilfebedarf): gekennzeichnet sind die Prozesse für Menschen mit komplexem Hilfebedarf. Über die Klinik, Beratungsstellen oder andere aufgeführte Institutionen kommen psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen mit komplexem Hilfebedarf (siehe unten) ins System. Ihr Bedarf an Hilfen wird mithilfe einer einheitlichen und aufeinander abgestimmten Hilfeplanung, dem IBRP-Bielefeld (siehe unten) erfasst. Es sollen alle Formen von Hilfen, von privaten Hilfen aus dem Umfeld bis zu beruflich-rehabilitativen Hilfen erarbeitet werden. Zuständig dafür sind geschulte Hilfeplanerinnen und Hilfeplaner, die in ihrem Zuständigkeitsbereich die Verantwortung für den Gesamtprozess übernehmen und die Vernetzung mit anderen Hilfesystemen sicherstellen. Im Hilfeplanungsprozess soll auch ein Vorschlag für eine koordinierende Bezugsperson erarbeitet werden, die die hilfesuchenden Menschen zukünftig verantwortlich begleitet.

Die Hilfeplanung wird in der Funktionalen Hilfeplankonferenz vorgestellt

Abläufe von Hilfeplanung für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung/ seelischer Behinderung in Bielefeld
(Stand: 01.09.05)



und die Empfehlungen aus dem Prozess der Hilfeplanung geprüft, bestätigt und an die zuständigen Leistungsträger weitergeleitet.

Linker Bereich (Integrationsfachdienst): gekennzeichnet sind die Prozesse der Unterstützung beim Erhalt eines Arbeitsplatzes, wenn Einschränkungen oder gar der Verlust von Arbeit aufgrund der Erkrankung drohen, oder eine spezielle Begleitung bei der Wahrnehmung einer Arbeit oder Beschäftigung notwendig wird. Diese Aufgabe wird vom Integrationsfachdienst wahrgenommen, beauftragt wird er vom Integrationsamt und den Sozialversicherungsträgern. Kooperationsbedarf ergibt sich auch hier zu den beiden anderen Strängen von Hilfeplanung bzw. Maßnahmeplanung und wird über die zuständigen Fallmanager oder koordinierenden Bezugspersonen sichergestellt.

Mittlerer Bereich (bei Arbeitslosigkeit): betrifft Abläufe, die sich auf Leistungen nach SGB II oder SGB III beziehen und der Zuständigkeit der Agentur für Arbeit, der Regionalen Personalentwicklungsgesellschaft gGmbH (REGE) oder Arbeit plus/Bielefeld unterliegen. Dies betrifft Menschen, die entweder Arbeitslosengeld I oder II beantragt haben, und eventuell auch entsprechende Maßnahmen in Anspruch nehmen. Die hier zum Einsatz kommenden Hilfeplanverfahren bzw. Bedarfsfeststellungsverfahren werden standardisiert eingesetzt, die zuständigen Fallmanagerinnen und Fallmanager entscheiden in Absprache mit den Antragstellern über die einzuleitenden Maßnahmen.

Schnittstellen zu anderen Hilfesystemen werden über die zuständigen Fallmanager bzw. Hilfeplaner oder koordinierende Bezugspersonen sichergestellt (siehe unten).

2. Einrichtung einer Hilfeplankonferenz

Die Einrichtung einer Funktionalen Hilfeplankonferenz für Menschen mit psychischer Erkrankung oder Behinderung soll die Koordination und Steuerung der verschiedenen bedarfsgerechten Hilfearten zu einem einheitlichen personenzentrierten Gesamtplan sicherstellen. Dieser Gesamtplan umfasst alle notwendigen Hilfen.

Die Aufgaben der Funktionalen Hilfeplankonferenz im Einzelnen bestehen auf der Ebene des Einzelfalls:

- in der Überprüfung der Plausibilität der Hilfepläne,
- in einer Empfehlung des Maßnahmeplans als Grundlage für die Entscheidung der Kostenübernahme für die Leistungsträger,

- in der Bestimmung der koordinierenden Bezugsperson
- in der Abstimmung der beteiligten Kostenträger,
- in der Diskussion und Abstimmung bei problematischen Fragen des Hilfeplans, ggf. mit einem Ersuchen um eine Stellungnahme.

Der Funktionalen Hilfeplankonferenz kommen aber darüber hinaus auch Aufgaben zur Gestaltung der Leistungen im Verbund zu. Dazu gehören im Einzelnen:

- die Förderung der institutionsübergreifenden Zusammenarbeit der Träger,
- die Dokumentation der bearbeiteten Hilfepläne und ihrer Empfehlungen als Basis für die Analyse der vorhandenen und benötigten Ressourcen,
- Vorschläge zur Weiterentwicklung des Versorgungssystems.

Die Besetzung der Funktionalen Hilfeplankonferenz erfolgte entsprechend dieser wahrzunehmenden Aufgaben, das heißt, außer den Vertreterinnen und Vertretern von Leistungsträgern (Stadt Bielefeld, Landschaftsverband Westfalen-Lippe) nehmen Anbietervertreter von Arbeit Plus Bielefeld, Stiftungsbereich proWerk, Gemeindepsychiatrischer Verbund, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie und des Vereins Psychiatrieerfahrene e. V. teil. Den Vorsitz nimmt die Stadt Bielefeld wahr und teilt sich die geschäftsführenden Aufgaben mit dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Das Clearingverfahren des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe wurde in die Funktionale Hilfeplankonferenz integriert.

Bei einem Fallaufkommen von etwa 900 Anträgen pro Jahr (Erst- und Folgeanträge) ergibt sich eine hohe Sitzungsfrequenz.

Seit Juli 2005 tagt die Funktionale Hilfeplankonferenz regelmäßig in etwa vierzehntägigem Abstand mit ganztägigen Sitzungen. Die oben genannten Akteure nehmen regelmäßig an allen Sitzungen teil.

3. Individuelle Hilfeplanung

Für alle Anbieter der Versorgungsregion Bielefeld wurde ein einheitliches Hilfeplanverfahren eingeführt, in dem die Hilfeplanung dokumentiert werden kann. Dazu wurde der IBRP (Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan) als Grundlage genommen und mit Ergänzungen durch den Landschaftsverband Westfalen-Lippe zu einem IBRP-Bielefeld zusammengefasst.

Alle Hilfeplanerinnen und Hilfeplaner der Versorgungsregion Bielefeld wurden in der Anwendung dieses Verfahrens geschult. Auch Akteure, die institutionsinterne Verfahren anwenden, z. B. der Integrationsfachdienst oder Arbeit plus Bielefeld, nahmen an diesen Schulungen teil und können bei Bedarf dieses Verfahren anwenden bzw. interpretieren. Zudem steht für alle Hilfeplanerinnen und Hilfeplaner ein Leitfaden für Hilfeplanung zur Verfügung, in dem die Grundlagen und auch Abläufe der Hilfeplanung detailliert beschrieben sind. Dieser Leitfaden und auch alle anderen Materialien stehen im Internet als Download zur Verfügung.

In der Funktionalen Hilfeplankonferenz können die zuständigen Hilfeplanerinnen und Hilfeplaner beauftragt werden, die betreffenden Klientinnen und Klienten als koordinierende Bezugspersonen weiter zu unterstützen.

4. Qualitätssicherung der Hilfeplaner

Einmal im Monat findet für alle Hilfeplanerinnen und Hilfeplaner ein Qualitätszirkel statt, der gemeinsam von der Stadt Bielefeld, dem GPV und der Projektleitung organisiert wird und in dem die Möglichkeit besteht,

- sich kollegial zu praktischen Fragen der Hilfeplanung zu beraten,
- Rückmeldungen zum Verfahren und zur Qualität der Hilfepläne vonseiten der Stadt Bielefeld zu bekommen,
- Informationen zu aktuellen Fragen der Sozialgesetzgebung zu erhalten und
- die Vernetzung von Hilfen weiter zu professionalisieren.

5. Plattform Sozialpsychiatrie als Steuerungsinstanz

Um die Verbindlichkeit und den Versorgungsauftrag herzustellen und die Durchführung des TAB Projektes in der Region Bielefeld zu steuern, wurde im Oktober 2004 die Plattform Sozialpsychiatrie eingerichtet. Folgende Leistungsträger, Anbieter, Interessenvertreter bzw. Institutionen sind dort vertreten:

- Vertretung niedergelassener Nervenärzte (KV)
- Gemeindepsychiatrischer Verbund (ambulante Hilfen)
- SB Integrationshilfen (Eingliederungshilfe stationär)
- LWL
- Agentur für Arbeit (Reha-Abt.)
- Arbeitplus Bielefeld (ARGE)

- REGE
- Stadt Bielefeld
- AGBI (Bielefelder Beschäftigungsinitiativen)
- Angehörigenvertretung
- Verein Psychiatrieerfahrene e. V.
- Industrie und Handelskammer OWL
- Integrationsamt
- Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie (Behandlung, medizinische Rehabilitation)
- Versicherungsträger (LVA)
- Krankenkassen (BKK Diakonie)
- SB proWerk
- Psychiatriebeirat Stadt Bielefeld
- AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

Die Aufgabe der Plattform Sozialpsychiatrie besteht in der Steuerung der Leistungen und des Ressourceneinsatzes, d. h. zunehmend aufeinander bezogene Informations-, Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse mit dem Ziel der Schwerpunktverlagerung von Hilfeleistungen in spezialisierten Einrichtungen zu Hilfen im allgemeinen Arbeitsleben. Im Ergebnis sollen beispielhafte Lösungen gefunden werden für Fragen der personenzentrierten Hilfeplanung, der Verbundentwicklung und -gestaltung, der Qualitätssicherung, der optimierten Nutzung vorhandener Ressourcen und der Steuerung einschließlich der Sicherstellung bedarfsgerechter Hilfen in der Region.

Ausblick

Bislang lassen sich nur erste Eindrücke zu dem neu organisierten Hilfesystem in Bielefeld wiedergeben, eine systematische Evaluation muss erst noch erfolgen. Im Rahmen der Projektarbeit hat es sich als besonders hilfreich erwiesen, die bestehenden Strukturen des Hilfesystems in Bielefeld zu analysieren und sich Zielsetzungen, Abläufe und Maßnahmen der Systeme gegenseitig zu vermitteln. Das stellte für viele der Beteiligten einen enormen Lerneffekt dar, weil die wechselseitigen Kenntnisse über Arbeitsabläufe und eingesetzte Instrumente zum Teil ausgesprochen gering waren. Auf dieser Basis konnte gut weiter geplant werden.

Die neu eingerichtete Funktionale Hilfekonferenz stellt mit der Ergänzung durch eine Vereinheitlichung der Hilfeplanung und dem regelmäßigen

Austausch und der Weiterqualifizierung der Hilfeplaner/innen eine ausgesprochen gute Basis für eine Vernetzung und Kooperation auch über die Sozialleistungssysteme hinweg dar. Insbesondere der Qualitätszirkel, an dem sowohl psychiatrische Hilfeplaner/innen wie auch Fallmanager/innen nach SGB II und SGB XII teilnehmen, bietet eine gute Möglichkeit, Kooperationen weiter auszubauen.

Das Projekt wird noch bis Ende 2006 weitergeführt. In diesem zweiten Abschnitt wird die Angebotssteuerung, insbesondere für den Bereich Arbeit und Beschäftigung im Vordergrund stehen, um ein umfassendes Angebot an notwendigen Hilfen sicherzustellen.

Abschließend sei noch gesagt, dass ein solches Vorhaben, wie in Bielefeld realisiert, mit der Motivation und der Einsatzbereitschaft der entsprechenden Akteure steht und fällt. Gerade für eine Region, mit einem derart hohen Fallaufkommen, bedeutet eine Veränderung des Systems einen ungewöhnlich hohen Kraftaufwand für alle Beteiligten. Die Veränderungen müssen in die Linie transportiert und dort auch mitgetragen werden. Das ist in Bielefeld außerordentlich gut gelungen und wird auch weitergeführt. Dafür sei allen Beteiligten an dieser Stelle herzlich gedankt.

Assessment für die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung in Bremen Assessment personenzentriert - wie kann das gehen? Und danach?

Henning Vossberg

Die aus den Untersuchungen der APK abgeleiteten Vorstellungen über passende Wege zur Teilhabe an Arbeit für psychisch kranke und behinderte Menschen mit komplexem Hilfebedarf lassen sich – wie auf die beiden Brennpunkte einer Ellipse bezogen – als »personenzentriert« und als »arbeitsplatzzentriert« beschreiben. Wir haben dazu in Bremen das Modell einer verschiedenen Träger und Anbieter umfassenden integrierten medizinischen Rehabilitation entworfen, die, ausgehend von einer maximal vierzehntägigen Assessment-Phase, möglichst kurze Wege in möglichst weitgehend auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt angesiedelte Beschäftigungsverhältnisse anstrebt. In drei Abschnitten soll das Thema behandelt werden:

Zunächst wird stichwortartig auf die Frage eingegangen: Welche Voraussetzungen bietet die Arbeitstherapie im Klinikum Bremen Ost für die Implementation eines personenzentrierten Hilfeplanverfahrens?

Danach wird in einem zweiten Teil versucht, diese Möglichkeiten anhand eines Fallbeispiels zu konkretisieren. Mit einer exemplarischen Methode, die ausgehend vom Einzelfall weitergehende generelle Fragestellungen eröffnet, werden im dritten Teil die Realisierungsmöglichkeiten einer personen- und arbeitsplatzzentrierten Förderung diskutiert.

Welche Voraussetzungen bietet die Arbeitstherapie im Klinikum Bremen Ost für die Implementation eines personenzentrierten Hilfeplanverfahrens?

Seit über 15 Jahren bemüht sich die Arbeitstherapie im Klinikum Bremen Ost, die Brückenfunktion zwischen Klinikbehandlung und Arbeitswelt zu übernehmen. Nach einem ersten Modellversuch schloss das Krankenhaus mit den Bremer Krankenversicherungen eine Sondervereinbarung und öffnete die – ambulante – Klinische Arbeitstherapie für Patienten, die aus dem stationären Rahmen bereits entlassen wurden. In einem Projekt mit dem Bremer Unternehmen »Eduscho« wurden innerhalb eines Dreivierteljahres sieben Patienten in sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze überführt. Gewissermaßen als »Nebenprodukt« dieses Projekts entstand mithilfe der damaligen Hauptfürsorgestelle ein berufs begleitender psychosozialer Fachdienst. Ein

drittes Projekt »PAS« integrierte mit Unterstützung aus dem EU-Sozialfonds in den folgenden Jahren eine namhafte Zahl psychisch beeinträchtigter Menschen in Klein- und Mittelbetriebe des Allgemeinen Arbeitsmarktes. Es ging in die Trägerschaft des Berufsförderungswerks Friedehorst über und expandierte mit zahlreichen Satelliten in Niedersachsen. In der Nachfolge von PAS entstand auch eine Tagesklinik mit arbeitstherapeutischem Schwerpunkt, die mit einem intensiven Diagnostik- und Therapieprogramm Patienten auf den direkten Übergang in Arbeit oder in weiterführende berufliche Rehabilitationsprogramme vorbereitet. Es bestehen also bereits wichtige Bausteine und breite Praxiserfahrungen als Basis für den Aufbau einer integrierten Rehabilitation. Das Konzept der Arbeitstherapie strebt an, die Patientinnen und Patienten soweit zu unterstützen, dass sie eine ihren Wünschen und Fähigkeiten angemessene Arbeit oder eine entsprechende weiterführende Förderung zur Teilhabe an Arbeit erreichen können.

Arbeitstherapie findet als ergänzendes Angebot zur vollstationären und teilstationären Behandlung sowie in ambulanter Form statt. Es enthält folgende Elemente:

- Abklärung der Wünsche und Ziele der Hilfesuchenden, sowie erste Einschätzung seines Hilfe- und Förderbedarfs. Darstellung der Angebote im Klinikum Bremen Ost und ggf. möglicher Alternativen, die beispielsweise im Rahmen der Förderung der Teilhabe zur Arbeit angeboten werden. Entweder Einstiegsplanung für die Arbeitstherapie oder Kontaktvermittlung zu Alternativen in einem Erstgespräch.
- Arbeitstherapeutische Diagnostik mit dem Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten (IDA), Erstellung von Merkmalprofilen zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MEL-BA), im Rahmen der tagesklinischen Behandlung auch eine differenzierte psychiatrische Diagnostik und Behandlung sowie psychologische Testungen.
- Training grundlegender Arbeitsfähigkeiten in berufsfeldbezogenen Arbeitsgruppen und mittels spezieller Gruppen (z. B. Cogpack, Zera, Pegasus).
- Gezielte Übungen zur Verbesserung vorhandener Fähigkeiten und Minimierung der Defizite.
- Abklärung von Perspektiven mit Information über Unterstützungs- und Fördermöglichkeiten im Bereich »Teilhabe an Arbeit«.
- Organisation von zielgerichteten Besichtigungen, Hospitationen und Praktika. Unterstützung in den notwendigen Antragsverfahren durch

Kontaktvermittlung, ggf. gemeinsame Beratungsgespräche, schriftliche und mündliche ergotherapeutische Berichte.

- Abstimmung der Planungen mit den gleichzeitig behandelnden und betreuenden Personen, den Kosten- und Maßnahmeträgern weiterführender Angebote.

Grob skizziert lassen sich die Funktionen der Arbeitstherapie folgendermaßen darstellen:

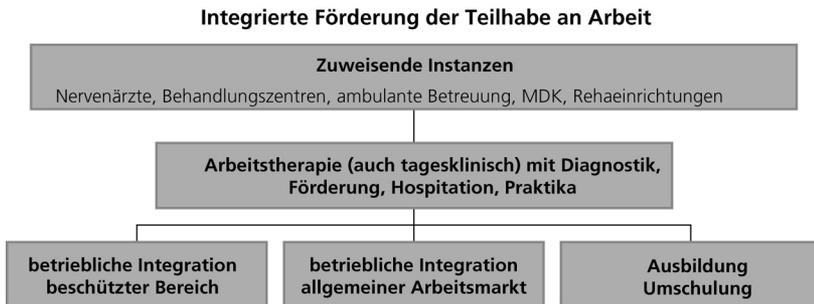


Abb. 1: Integrierte Förderung der Teilhabe an Arbeit

Fallbeispiel Herr T. : Die langen Wege von Assessment, Rehabilitation und Plazierung

Herr T. kam Ende November letzten Jahres zu uns in die ambulante »Klinische Arbeitstherapie«, zuvor war er in einer Tagesklinik im niedersächsischen Umland Bremens behandelt worden. Diese empfiehlt unsere Arbeitstherapie öfter an Patienten, die sich beruflich weiterentwickeln wollen. Im Erstgespräch sagte Herr T., er wolle kurzfristig »was zu tun haben« und längerfristig wieder in seinem gelernten Beruf als Tischler außerhalb des elterlichen Betriebs eine Arbeit finden. Herr T. war 25 Jahre alt und hatte schon 1998 wegen einer Psychose die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie in unserem Krankenhaus besucht. Nach seiner Ausbildung zum Tischler in einem Berufsbildungswerk in Schleswig-Holstein (Abschlussnoten durchschnittlich mit 3 bewertet) hatte er zunächst drei Monate in einer Tischlerei gearbeitet und nach der dortigen Kündigung etwa drei Monate im elterlichen Betrieb. Vor dem letzten etwa zwölfwöchigen Krankenhausaufenthalt (z. T. tagesklinisch) hatte er seine Medikamente abgesetzt und war akut psychotisch geworden.

Aktuell fühlte er sich nur gering belastbar, vertrug das jetzt verordnete atypische Neuroleptikum allerdings besser als frühere Medikamente und gab keine körperlichen Beschwerden an.

Als seine arbeitsbezogenen Fähigkeiten bezeichnete er – unterstützt von seiner Therapeutin –, zuverlässig und pünktlich zu sein und auch relativ konzentriert bei der Arbeit; als Schwierigkeiten, nicht zu wissen, ob er den künftigen beruflichen Anforderungen gewachsen sein werde, Sorge zu haben, ob er sich auf einen neuen Betrieb einstellen könne. Bevorzugte Freizeitbeschäftigungen waren Fahrradfahren und Lesen.

Da es eine arbeitstherapeutische Tischlerei nur im forensischen Bereich der Ergotherapie gibt, entschied sich Herr T. für eine Werkgruppe, die u. a. Holzspielzeug für den Weihnachtsbasar herstellt. Äußerte aber auch Interesse an einer Tätigkeit in der Fahrradwerkstatt oder in der Gärtnerei, die beide regelmäßigen Kundenverkehr haben.

In der ersten Phase war er täglich vormittags zweieinhalb bis drei Stunden tätig und nahm auch am Mittagessen teil, sodass er einschließlich der langen An- und Abfahrtswege den ganzen Vormittag beschäftigt war. Die Krankenkasse bewilligte zunächst nur drei Wochen Arbeitstherapie mit der Auflage, Herr T. solle einen Rehabilitationsantrag beim Rentenversicherer stellen. Wir unterstützten ihn dabei.

Nach unseren ersten Erfahrungen in der Gruppenarbeit, der ergotherapeutischen Diagnostik und der Erstellung eines Melba-Fähigkeitsprofils (generell durchschnittliche Werte – außer in den sozialen Kompetenzen – dort leicht unterdurchschnittlich), Gesprächen mit dem behandelnden Nervenarzt und mit dem Patienten, sowie einer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus dem elterlichen Betrieb kamen wir zusammengefasst zu der Empfehlung, Herrn T. zunächst noch weiter arbeitstherapeutisch zu behandeln, da wir nicht glaubten, die für einen erfolgreichen Antrag beim Rentenversicherer notwendige sichere Prognose einer Vermittelbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abgeben zu können.

Die Krankenkasse stimmte einer dreimonatigen Verlängerung der Arbeitstherapie zu. Herr T. wechselte in die Gärtnerei und steigerte seine Arbeitszeit auf fünf Stunden. Hier arbeitete er sich unter Anleitung schnell ein, bewältigte die für ihn ungewohnten Arbeitsaufgaben ohne größere Schwierigkeiten und gehörte bald zu den leistungsfähigsten Patienten der arbeitstherapeutischen Gärtnerei. Er zeigte sich aber weiterhin nicht sehr gesprächig. Zur großen Überraschung der Arbeitstherapeutinnen bemühte er sich eines Tages aber eigeninitiativ um Aufgaben im Blumenverkauf. Nicht

nur im Kundengespräch, sondern auch beim Binden von Blumensträußen zeigte er Geschmack und Geschick.

Durch diese und andere positive Erfahrungen in seinem Selbstvertrauen gestärkt und zunehmend offener in sozialen Beziehungen äußerte er den Wunsch, noch einen anderen Beruf zu erlernen und interessierte sich besonders für die Krankenpflege. Nach einem von uns vermittelten Gespräch mit dem Leiter der Krankenpflegeschule und einer einwöchigen Hospitation auf einer chirurgischen Station stieg Herr Ts. Motivation, eine Umschulung anzustreben. Obwohl wir ihm sagten, dass es für einen mit einer ernsthaften psychischen Krankheit vorbelasteten Menschen problematisch sei, in einem Beruf zu arbeiten, der u. a. schnelles und zuverlässiges Handeln, Sicherheit in der Kommunikation und eine hohe physische und psychische Belastungsfähigkeit erfordere, und dass sein Berufswunsch von den Rehabilitationsberatern der Arbeitsagentur wahrscheinlich nicht unterstützt werde, und er selbst auch nicht verbal begründen konnte, warum er sich für die Krankenpflege besonders geeignet hielt, wollte Herr T. sich trotzdem selbstständig um einen Ausbildungsplatz bemühen. Da der Bewilligungszeitraum der Arbeitstherapie abgelaufen war, entließen wir Herrn T. nicht ohne das Angebot, ihn weiter zu unterstützen, falls seine Bemühungen erfolglos bleiben sollten. Die Entlassung wurde durch Telefongespräche mit den Eltern und dem behandelnden Nervenarzt begleitet.

Während seiner Bewerbungsphase war Herr T. zunächst wieder zeitweise im elterlichen Betrieb beschäftigt. Dieses wurde aber nach einigen Monaten nicht fortgesetzt, wobei sowohl ökonomische als auch familiäre Aspekte eine Rolle spielten. Da Herr T. zudem auf seine Bewerbungen an Krankenpflegeschulen nur Absagen erhalten hatte, wandte er sich mit seinen Eltern sowohl an die Arbeitsagentur als auch an die Arbeitstherapie mit der Bitte um Unterstützung. Die Rehabilitationsberatung der Arbeitsagentur meinte, Herr T. solle sich weiter krankschreiben lassen und regte die Beschäftigung in der Gärtnerei einer Werkstatt für behinderte Menschen an. Da wir wussten, dass diese Werkstatt unter hohem ökonomischen Druck stand und sehr auf die Beschäftigung Leistungsfähiger angewiesen war, befürchteten wir, dass Herr T. damit in eine Dauerkarriere in der WfbM geraten könne. Wir hatten weiter Herrn Ts. Wunsch nach einer beruflichen Veränderung im Auge und schlugen deshalb als mittelfristige Perspektive eine Berufsfindung im Berufsförderungswerk Friedehorst vor und eine Überbrückung der zweimonatigen Wartezeit mithilfe der Arbeitstherapie. Schließlich kam es zu einem Einigungsgespräch mit dem ärztlichen Dienst der Arbeitsagentur.

Fazit

Obwohl er noch regelmäßig Medikamente nimmt, ist Herr T. nach den gezeigten Leistungen in der Arbeitstherapie und im elterlichen Betrieb nicht mehr als krank und damit arbeitsunfähig zu betrachten. Herr T. erscheint auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelbar zu sein. Es besteht kein Grund der Aufnahme in eine WfbM. Wir konnten keine medizinische Indikation für eine Umschulungsperspektive des Herrn T. hinreichend begründen. Befürwortet werden deshalb vom Ärztlichen Dienst der Arbeitsagentur und von der Arbeitstherapie Maßnahmen, die Herrn T. bei der Integration in seinen Beruf als Tischler unterstützen. Wir erläuterten Herrn T. in einem kurzen Gespräch dieses Ergebnis und er erklärte sich mit dieser Perspektive einverstanden. Im momentan üblichen Rahmen hätte eine fünf- bis achtmonatige Wartezeit überbrückt werden müssen, da das sonst auf die Integration spezialisierte Projekt »PAS« lange Wartezeiten hat. In dieser Situation kam uns das EU-Equal geförderte APK-Projekt entgegen. Eine neue Mitarbeiterin wurde gerade vom Klinikum Bremen Ost eingestellt. Sie bemühte sich um einen betrieblichen Praktikumsplatz und hatte schnell Erfolg. Es wurde ein Kleinbetrieb gefunden. Schon nach ca. einem Monat zeigte sich der Betriebsleiter gewillt, Herrn T. für längere Zeit zu beschäftigen. Die neue Mitarbeiterin bemüht sich zurzeit um Fördermittel und begleitet Herrn T. weiter im Betrieb. Dies soll zunächst konstant gehalten werden. Für eine spätere begleitende Betreuung sind bereits vorbereitende Gespräche mit einer Mitarbeiterin des zuständigen Integrationsamts geführt worden.

Diskussion des Fallbeispiels

Der beschriebene Verlauf zeigt eine Hilfeplanung im Wechselspiel zwischen arbeitsdiagnostischen Verfahren, einer Förderung im Schonraum unterschiedlicher arbeitstherapeutischer Gruppen und der Auseinandersetzung mit den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarkts sowie den Maßstäben der über weitergehende Unterstützungen der Teilhabe an Arbeit entscheidenden Agentur für Arbeit. Hierbei wird Herr T., indem er allmählich steigende Anforderungen bewältigt, zunehmend selbstbewusster und entwickelt weitergehende Interessen und eigene Perspektiven.

Um der Frage nach dem Assessment mehr Raum zu eröffnen, gebe ich im Folgenden den Bericht zum Fähigkeitsprofil nach Melba ausführlich wieder, das in den ersten drei Wochen der Arbeitstherapie erstellt wurde.

Item	PROFILWERT				
	1	2	3	4	5
KOGNITIVE MERKMALE					
1 Antrieb		X			
2 Arbeitsplanung		X			
3 Auffassung		X			
4 Aufmerksamkeit		X			
5 Ausdauer		X			
6 Durchsetzung		X			
7 Feinmotorik		X			
8 Führungsfähigkeit		X			
9 Kontaktfähigkeit		X			
10 Konzentration		X			
11 Kritikfähigkeit		X			
12 Kritische Kontrolle		X			
13 Kritzierbarkeit		X			
14 Lernen/Merken		X			
15 Lesen		X			
16 Mifertolanz		X			
17 Ordnungsbereitschaft		X			
18 Problemlösen		X			
19 Pünktlichkeit		X			
20 Reaktionsgeschwindigkeit		X			
21 Rechnen		X			
22 Schreiben		X			
23 Selbständigkeit		X			
24 Sorgfalt		X			
25 Sprechen		X			
26 Teamarbeit		X			
27 Umstellung		X			
28 Verantwortung		X			
29 Vorstellung		X			
SOZIALE MERKMALE					
6 Durchsetzung		X			
8 Führungsfähigkeit		X			
9 Kontaktfähigkeit		X			
11 Kritikfähigkeit		X			
13 Kritzierbarkeit		X			
26 Teamarbeit		X			
PSYCHOMOTORISCHE MERKMALE					
7 Feinmotorik		X			
20 Reaktionsgeschwindigkeit		X			
KULTURTECHNISCHE KOMMUNIKATION					
15 Lesen		X			
21 Rechnen		X			
22 Schreiben		X			
25 Sprechen		X			

Abb. 2: Melba

Ergebnis Fähigkeitsprofil (Melba) von Herrn T.

Zur Bestimmung des Fähigkeitsprofils wurde ein Explorationsgespräch geführt. Zusätzlich gab es eine Rückmeldung, über die Arbeitsfähigkeiten von Herrn T., aus der Werkgruppe und das Verfahren IDA (Instrument zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten) wurde hinzugezogen.

Kognitive Merkmale

Herr T. kann verschiedene, zur Arbeitsaufgabe gehörende Elemente so koordinieren, dass sie zu einem effektiven Ergebnis führen. Relevante Tätigkeitselemente kann er in ausreichendem Umfang und mit ausreichender Geschwindigkeit erkennen und verstehen. Signale aus einem mittleren Aufmerksamkeitsfeld kann er wahrnehmen und entsprechend darauf reagieren. Herr T. kann sich willkürlich einer Arbeitsaufgabe zuwenden. Er kann eine Vielzahl einfacher Informationen kurzfristig auffassen und mittelfristig speichern. Eine neuartige Fragestellung oder Situation kann er in ihrer Bedeutung erkennen und innerhalb einer angemessenen Frist bearbeiten. In

angemessener Zeit kann er sich an wechselnde Arbeitsaufgaben anpassen. Einen nur grob vorstrukturierten Arbeitsablauf kann er in konkrete Arbeitsschritte umsetzen.

Soziale Merkmale

Herr T. geht Konflikten aus dem Weg, er versucht, einschlägige Situationen zu vermeiden. Entscheidungen kann er treffen, deren Folgen nicht von großer Bedeutung sind. Er ist leicht zugänglich, kann kurzfristig Kontakte aufnehmen, kann Distanz wahren und hat ein freundliches Auftreten. Fehler erkennt er zwar, kann dies aber nur in unzureichender Weise zum Ausdruck bringen. Berechtigte Kritik kann er annehmen und diese umsetzen. Mit anderen kann Herr T. zusammenarbeiten, solange die Arbeitsschritte umgrenzt und definiert sind.

Merkmale zur Art der Arbeitsausführung

Herr T. kann über einen längeren Zeitraum Arbeitsaufgaben ausführen, er benötigt gelegentlich einen Wechsel in der Aufgabenstellung. Seine Tätigkeiten überprüft er von Zeit zu Zeit aus eigenem Antrieb, er kann Unkorrektheiten erkennen und korrigieren. Er ist in der Lage, Tätigkeiten nach Misserfolg erneut zu verrichten. Arbeitsmittel und -materialien hält er aus eigenem Antrieb in einem funktionstüchtigen Zustand und einer vereinbarten Anordnung. Vereinbarte Termine hält Herr T. ein. Im Rahmen eines gegebenen Arbeitsauftrages kann er Teilaufgaben eigenverantwortlich initiieren und durchführen. Herr T. kann eine Aufgabe entsprechend der Vorlage umsichtig und gewissenhaft ausführen. Er ist zuverlässig in Bezug auf sachliche und zeitliche Abstimmung mit anderen und zeigt einen gewissenhaften Umgang mit Sachmitteln.

Psychomotorische Merkmale

Herr T. ist nur bedingt auf äußere Stimulation angewiesen, er zeigt ein zielstrebiges, geordnetes Tätigwerden. Hand- und Fingerbewegungen kann er bei ausreichendem Arbeitstempo willkürlich und kontrolliert einsetzen, er kann millimetergenau arbeiten. Bewegte Maschinen und Fahrzeuge kann Herr T. bedienen, er kann mit gefährlichen Materialien oder Werkzeugen umgehen. Kulturtechniken/Kommunikation. Herr T. kann beliebige Texte

so lesen, dass er den Inhalt hinreichend versteht. Die Grundrechenarten beherrscht er sicher. Texte kann er so schreiben, dass der Inhalt verständlich ist und dabei weitestgehend der geltenden Rechtschreibung und Grammatik entspricht. Seine Aussprache ist etwas leise, aber gut zu verstehen.

Zusammenfassung des Fähigkeitsprofils

Herr T. besitzt durchschnittliche Arbeitsfähigkeiten (Profilwert 3) bei den kognitiven Merkmalen, den Merkmalen zur Art der Arbeitsausführung, den psychomotorischen Merkmalen und den Kulturtechniken/Kommunikation. Bei den sozialen Merkmalen liegen seine Fähigkeiten zum Teil etwas unter dem Durchschnitt (Profilwert 2), z. B. Durchsetzung und Führungsfähigkeit.

Für nicht im Melba-Verfahren Geschulte mag die Beschreibung des Fähigkeitsprofils relativ abstrakt klingen. Die Ergotherapeutin bemüht sich inzwischen um nuanciertere Beschreibungen und überlegt, ob sie die präzisen Definitionen der einzelnen Fähigkeitskriterien in der Ergebnisdarstellung genau wiedergeben sollte. Konkreter werden die Ergebnisse dann, wenn man das Fähigkeitsprofil dem Anforderungsprofil eines vorhandenen Arbeitsplatzes gegenüberstellen kann. Weiterhin bemühen wir uns in einer Projektgruppe mit den Arbeitstherapeuten darum, weitere Erhebungs- und Planungsinstrumente systematisch in die Behandlungsplanung einzubeziehen.

Aufgrund der in der Zusammenfassung dargestellten teilweise unterdurchschnittlichen Bewertung sozialer Merkmale erschien es zu diesem Zeitpunkt fraglich, ob man Herrn T. ohne weitere Hilfen zur Teilhabe eine Beschäftigung auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt empfehlen sollte.

Dafür sprachen auch die Informationen aus der Arbeitsbiografie. Die Rückmeldung aus dem elterlichen Betrieb war nicht unbedingt als ein Befähigungsnachweis für den allgemeinen Arbeitsmarkt zu werten. Zwar sah der Tischlermeister keine Beeinträchtigungen im motorischen Bereich und teilte nicht die Bedenken des behandelnden Nervenarztes, Herrn T. an Maschinen arbeiten zu lassen. Aber er sah doch eine große Schwierigkeit seines Sohnes, sich auf die für den Betrieb üblichen wechselnden Sonderaufträge einzustellen, die ingeniose schnelle Maßarbeit erforderten.

Im fremden Betrieb hatte Herr T. Misserfolgserlebnisse gehabt, vor allem aufgrund von Problemen im sozialen Bereich aber auch, weil er seine Medikamente selbstständig abgesetzt hatte.

Da wir nicht über personelle Kapazitäten in der Arbeitstherapie verfügen, die es ermöglicht hätten, eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter direkt am Arbeitsplatz anleitend, fördernd und kompensatorisch unterstützend einzusetzen, hielten wir ein betriebliches Praktikum für verfrüht. Nach unseren Erfahrungen mit eigenen Integrationsprojekten hat sich bei psychisch kranken Arbeitssuchenden ein Verfahren bewährt, in dem zunächst Grundarbeitsfähigkeiten durch Gruppenprogramme bis zu drei Monate gefördert werden, bevor betriebliche Praktika anschließen.

Bei der Integration von ganzen Gruppen in relativ einfache Aufgabenbereiche (z. B.: Anlern Tätigkeiten) eines Betriebs und entsprechender ergotherapeutischer Begleitung können diese Zeiträume auch verkürzt werden, da eine intensive Anleitung am Arbeitsplatz möglich ist.

Sollen aber ein höheres Qualifikationsniveau erfordernde Einzelarbeitsplätze besetzt werden, so ist das auf direktem Weg nur äußerst selten möglich. Räumliche und arbeitsorganisatorische Verhältnisse sowie fachspezifische Qualifikationsanforderungen erlauben häufig keine direkte unterstützende Begleitung im Betrieb über längere Zeiträume: Und der hohe Personalaufwand in einer dann notwendigen 1 : 1 Betreuung ist meist auch längerfristig nicht finanzierbar.

Bei vielen uns aufsuchenden psychisch kranken Patienten mit komplexem Hilfebedarf liegen Arbeitserfahrungen Monate, wenn nicht Jahre zurück. Zeugt es von einer überfürsorglichen Haltung, wenn wir in der Arbeitstherapie aufgrund unserer Erfahrungen glauben, dass Klientinnen und Klienten häufig vier bis acht Wochen brauchen, um sich an die Belastungen einer mindestens halbtags ausgeübten Arbeit zu gewöhnen, und dass frühzeitig und in großer Dichte einsetzende körperliche Untersuchungen und psychologische Testungen als irritierende Belastung empfunden werden?

Unsere Erfahrung ist: Vertrauen baut sich erst allmählich auf, viele Klientinnen und Klienten verheimlichen längere Zeit wichtigen Informationen und kaschieren auftretende Probleme z. B.: noch auftretende Akutsymptome, große Antriebsschwäche bei der Freizeitgestaltung, große Erschöpfung durchs therapeutische Programm.

Bei Herrn T. herrschte auf allen Seiten therapeutischer Optimismus vor und seine Arbeitsfähigkeiten entwickelten sich schnell, aber bei vielen Klientinnen und Klienten erleben wir doch, dass ihre beruflichen Wünsche weit über die augenblicklichen Fähigkeiten hinausgehen. Konfrontation mit der Realität, Enttäuschung und Neuorientierung sind belastende und anstrengende Prozesse, die Zeit brauchen. Wie schnell die momentane Ar-

beitsfähigkeit und Belastbarkeit zuverlässig festgestellt werden kann, hängt also immer von den besonderen individuellen Voraussetzungen ab und sollte mit den Klientinnen und Klienten sorgfältig besprochen werden.

Spricht somit einiges dafür, nicht vorschnell aus dem therapeutischen Rahmen herauszutreten, so ist es andererseits schwer, ein hinreichend diversifiziertes berufsfeldbezogenes Gruppenprogramm im arbeitstherapeutischen Rahmen anzubieten.

Die in der Werkgruppe vermittelten technischen Standards lagen sicherlich weit unter dem handwerklichen Niveau des Herrn T., und hinsichtlich der sozialen Verhaltensmuster war das Milieu damals sicherlich zu ausgeprägt therapeutisch und zu wenig arbeitsbezogen gestaltet. Wir versuchten, die hierbei möglicherweise auftretenden Unterforderungen durch einen Wechsel in einen anderen Bereich mit stärkerem kundenorientierten Dienstleistungscharakter auszugleichen. Der damit verbundene Berufsfeldwechsel in die Gärtnerei machte Herrn T. nichts aus. Er empfand es sogar als willkommene Abwechslung, sich einmal auf einem anderen Gebiet ausprobieren zu können. Sowohl die Werkstatt Bremen als auch die Tischlerei eines freigemeinnützigen Trägers hätten aber auch professionellere Tischlerarbeiten anbieten können. Bislang kommen solche Praktika nur auf informellen Wegen in gegenseitigen »Goodwill-Aktionen« zustande. Ein integriertes Rehabilitationskonzept sollte diese Möglichkeiten systematisch ausbauen.

Fragwürdig ist, ob man nicht hätte voraussehen können, dass Herrn Ts. Wunsch nach einer beruflichen Neuorientierung in den Pflegedienst eine unrealistische Perspektive war, und dass man ihn zu stark unterstützt hatte, in diese Richtung zu gehen. Manchem mag es angesichts der geringen Erfolgsaussichten wie eine Falle erscheinen, Herrn T. in die selbstständige Suche nach einem entsprechenden Ausbildungsplatz zu schicken. Vielleicht aber war es für ihn doch auch eine wichtige Erfahrung, beim Realisierungsversuch selbst an Grenzen zu stoßen und sich als Konsequenz einen alternativen Weg gestützt auf die eigenen bereits erworbenen Qualifikationen gehen zu können. Dass die Arbeitstherapie zu diesem Zeitpunkt wieder unterstützend tätig werden konnte, wurde durch die außergewöhnlich schnelle und flexible Reaktion der zuständigen Krankenkasse möglich.

Häufig wird die zeitgerechte Aufnahme durch langwierige Zuständigkeitsklärungen und gutachterliche Feststellungen behindert. Viel Zeit, die sonst den Klientinnen und Klienten zugute kommen könnte, muss für die Abstimmungen unter den Kostenträgern geopfert werden. Nahtlose Rehabilitationsmodelle, wie sie beispielsweise in der »Rehabilitationseinrich-

tung Psychisch Kranke (RPK)« verwirklicht sind, bieten hier eine bessere administrative Basis. Die integrierte Rehabilitationsplanung, die nach dem Vorschlag der AKTION PSYCHISCH KRANKE die zuständigen Kostenträger und die beteiligten Leistungserbringer aus den Bereichen der medizinischen Behandlung, Rehabilitation und der Teilhabe an Arbeit in einer Hilfeplan-konferenz an einen Tisch bringt, sowie die Bereitstellung einer die beständige Abstimmung gewährleistende kontinuierliche Bezugsperson, können für die effiziente berufliche Integration von psychisch kranken Menschen mit komplexen Hilfebedarf eine wesentliche Verbesserung bringen.

Dass sich in unserem Beispiel die Kontakte zu den Angehörigen, dem behandelnden Nervenarzt und den Rehaberatern und Ärzten der Agentur für Arbeit lange Zeit weitgehend auf Telefonate beschränkten, entspricht nicht dem Ideal, das ich von einer integrierten Hilfeplanung habe.

Als problematisch wird sich vielleicht auch noch herausstellen, dass wir uns zu sehr auf die Arbeitsperspektive fokussiert haben und andere Aspekte einer integrierten Hilfeplanung nicht intensiv genug ins Gesichtsfeld bekamen. Dass Herr T. sich auf einem allmählichen Ablösungsprozess von seiner Familie befand, eine eigene Wohnung bewohnte, aber doch noch häufig bei den Eltern zu Besuch war, haben wir im Vertrauen auf die familiären Selbsthilfekräfte und in Kenntnis unserer beschränkter Arbeitskapazitäten nur am Rande registriert. Nur in unserem Tagesklinikangebot können wir bisher ein multiprofessionelles Team bereitstellen, das Fragen der Gesundheitserhaltung, der möglichst selbstständigen häuslichen Lebensführung, der Teilhabe an Arbeit und am gesellschaftlichen Leben gleichermaßen kompetent bearbeiten kann. Bei der knappen Personalausstattung der ambulanten Arbeitstherapie beschränken sich die Kontakte zu anderen behandelnden oder betreuenden Personen meist auf einige Telefonkontakte und einzelne gemeinsame Fallbesprechungen.

Spätestens mit dem Scheitern der Umschulungswünsche ging es um die Suche nach einem beruflichen Praktikumsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Hier kam uns die neue Projektmitarbeiterin wie gerufen. Aus eigener Kraft hätten wir diese Aufgabe wahrscheinlich nicht so gut bewältigt.

Zwar haben wir wie eingangs erwähnt bereits vor langer Zeit aus der Arbeitstherapie heraus arbeitsbezogene Integrationsprojekte entwickelt, aber dann auch zu ihrer Verselbstständigung unter anderer Trägerschaft beigetragen. Das PAS als Maßnahme zur Teilhabe an Arbeit und der Integrations-fachdienst haben die direkt in Arbeit begleitenden Aufgaben übernommen. Folglich konzentrieren wir uns meistens darauf, in guter Kooperation auf

diese Maßnahmen vorzubereiten. Während mit der in Bremen sehr flexiblen und mit zahlreichen auf psychisch kranke Menschen spezialisierten Angeboten auftretenden WfbM eine intensive Zusammenarbeit besteht, in der Hospitationen, Praktika und gemeinsame Fallbesprechungen zum gewohnten Alltagsgeschäft gehören, sind betriebliche Praktika auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt noch in der arbeitstherapeutischen Phase seltener. Hier rächt sich vielleicht, dass wir in Bremen anders als beispielsweise in Gummersbach nicht versucht haben, aus unseren Integrationsprojekten in eigener Regie Angebote zur Teilhabe an Arbeit zu entwickeln, sondern die guten Modelle an andere Träger weitergegeben haben, die sich zwar besser in das gestufte Rehabilitationsmodell einpassen konnten, aber auch institutionelle Abgrenzungen mit sich brachten.

Bei steigender Nachfrage, knapper werdenden Mitteln und nach wie vor allgemein prekärer Arbeitsmarktlage ist es nunmehr äußerst schwierig, den schnellen Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu bewerkstelligen.

Schlussbemerkung

Die geschilderten Probleme weisen teilweise über interne arbeitstherapeutische Veränderungen hinaus, die wir bereits eingeleitet haben. Manches wird anstatt über improvisierende Zwischenlösungen im Regelfall nur verbesserbar in einem Verbundsystem der Anbieter, die die bereits entwickelten Möglichkeiten flexibel und abgestimmt gemeinsam nutzen und weiter ausbauen. Auf Grundlage eines sorgfältigen, den jeweiligen individuellen Voraussetzungen angepassten Assessments, das begleitet ist von einer umfassenden und gründlichen Information der Klienten über ihre rehabilitativen Möglichkeiten, sollte eine personenbezogene integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung erfolgen. Deren Verwirklichung bedarf der Begleitung durch eine koordinierende Bezugsperson.

Auch unter ökonomischen Gesichtspunkten wird es notwendig, die Rehabilitation insgesamt noch arbeitsplatzbezogener auszurichten, durch eine bessere Koordination und Steuerung der Ressourcen unnötige Doppelversorgungen zu vermeiden, Wartezeiten zwischen einzelnen Maßnahmen zu beseitigen und die Rehabilitationswege insgesamt zu verkürzen.

Assessment, Hilfeplanung, Begutachtung - Das Bermudadreieck der Rehabilitation

Peter Kruckenberg

Psychische Erkrankung und Erwerbsfähigkeit

Bei Menschen mit psychischen Störungen oder Behinderungen ist die berufliche Leistungsfähigkeit in hohem Maße abhängig von Kontextfaktoren und vom zeitlichen Verlauf der Krankheitserscheinungen.

So gibt es nicht selten tageszeitliche oder auch jahreszeitliche Schwankungen. Nach einer akuten Erkrankung ist die Leistungsfähigkeit oft über einen längeren Zeitraum eingeschränkt, ebenso während zwischenzeitlicher Krisen. Umgekehrt kann sich nach einer Monate oder sogar Jahre dauernden erheblichen Leistungsminderung eine Normalisierung der Arbeitsfähigkeit entwickeln.

Hinsichtlich der kontextuellen Bedingungen können das Arbeitsklima und die räumlichen Verhältnisse im Betrieb, eine zu große oder zu geringe Kontaktdichte zu Kollegen oder Kunden, Monotonie oder Unberechenbarkeit der Arbeitsabläufe, ein zu starker oder auch ein zu geringer Leistungsdruck, ein Zuviel oder ein Zuwenig an Lob oder Kritik u. a. einen wesentlich größeren Einfluss auf das Leistungsvermögen haben als bei psychisch gesunden Menschen. Oft haben relativ geringe, für den Einzelfall spezifische Veränderungen – z. B. die Flexibilisierung der Arbeitszeit oder die Abschirmung eines Arbeitsplatzes – große Auswirkungen. Besonders gravierende Folgen können stigmatisierende und ausgrenzende Haltungen der Kollegen haben, wenn die psychische Erkrankung bekannt ist.

Darüber hinaus ist es oft entscheidend wichtig, dass der psychisch beeinträchtigte Berufstätige die für ihn erforderliche angemessene und notwendige Behandlung und Betreuung erhält und selbst verlässlich daran mitwirkt. Vor allem bei ausgeprägten Störungen sind integrierte, auf den Einzelfall speziell ausgerichtete (»personenzentrierte«) Behandlungs- und Rehabilitationsprogramme erforderlich, die durch eine therapeutische Bezugsperson koordiniert werden und die Ressourcen und Probleme des sozialen Kontextes einbeziehen. Auch bei psychisch kranken Menschen mit eher geringen Beeinträchtigungen können eine verlässliche niederfrequente therapeutische Begleitung und/oder die Einbindung in eine Selbsthilfegruppe wesentlich zur Stabilisierung von Befindlichkeit und Arbeitsverhalten beitragen.

Zwischen dem Verlauf der seelischen Erkrankung und der Arbeitssituation besteht sehr oft eine enge Wechselwirkung: Erfolgreich geleistete Berufstätigkeit und Sicherung des eigenen Lebensunterhalts verbessern den Erkrankungsverlauf – Schwierigkeiten am Arbeitsplatz oder ein Arbeitsplatzverlust sind nicht selten auslösende Faktoren für Rückfälle oder tragen zur Chronifizierung bei.

Assessment, Hilfeplanung und Begutachtung

Die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit und der Möglichkeiten zu ihrer Verbesserung ist bei psychisch kranken und/oder behinderten Menschen außerordentlich komplex und von den speziellen Bedingungen des Einzelfalls abhängig, insbesondere beim Vorliegen ausgeprägter Störungen. Art und Ausmaß der psychischen Erkrankung, therapeutische Beeinflussbarkeit, aktuelle Entwicklungsdynamik, Motivation und Anpassungsfähigkeit, Ressourcen und Probleme im Lebensumfeld geben neben den allgemeinen und speziellen beruflichen Kompetenzen und der Arbeitsbiografie wichtige Anhaltspunkte. Diese können oft nur im Zusammenhang mit dem Arbeitsverhalten bzw. einer Arbeitserprobung vor Ort – an einem »passenden« Arbeitsplatz ggf. mit angemessener Einarbeitung und Coaching – bewertet werden.

Die Praxis von Hilfeplanung, Assessment und Begutachtung sieht fast überall anders aus (s. Abbildung 1):

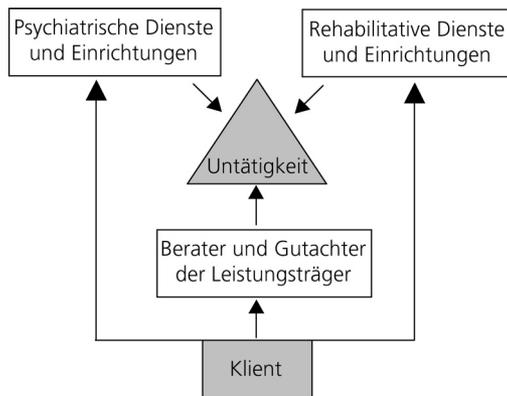


Abb. 1: Das Bermuda-Dreieck der Teilhabe am Arbeitsleben

Wenn der Klient vom psychiatrischen Hilfesystem betreut wird, bleibt seine Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung zumeist unbeachtet oder im Hintergrund, nicht zuletzt aufgrund mangelnder Kenntnisse der Chancen und Risiken in der Arbeitswelt und der sozialrechtlichen und institutionellen Möglichkeiten der Eingliederung.

Hat irgendein Betreuer ihn zu einem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei einem Leistungsträger motiviert, erfolgt dort eine Beratung evtl. eine Begutachtung, häufig nach Aktenlage oder nach ambulanter Untersuchung, in den meisten Fällen ein pseudorationales Unterfangen, weil ohne eine genaue Kenntnis der Beurteilung seitens der behandelnden und betreuenden Dienste und ohne Kenntnis des Verhaltens des Klienten in der Arbeitssituation die Notwendigkeit von Maßnahmen auf Hilfen zur beruflichen Eingliederung zumeist gar nicht angemessen geprüft werden kann. So sind »unpassende« Maßnahmeempfehlungen oder gänzliche Ablehnung eher die Regel.

Landet der Klient in einer Rehabilitationseinrichtung, so findet die Förderung oft weit entfernt von seinem Lebensort in einem artifiziiellen Milieu statt, zeitlich befristet zumeist ohne Überleitung in eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder eine anschließende Weiter-Begleitung.

So kann es zwischen Psychiatrie, Begutachtung und Rehaeinrichtungen mehrmals hin- und hergehen – das Ende ist fast immer das gleiche; das Versinken im Bermuda-Dreieck: Beschäftigungslosigkeit und immer geringer werdende Chancen noch einmal einen Weg ins Arbeitsleben zu finden.

Ein regional abgestimmtes Verfahren zur Orientierung und Abklärung (»Assessment«) mit einheitlichen Rahmenbedingungen zur Grundlegung eines Hilfeplans für die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung von psychisch kranken Menschen ist in besonderen Problemlagen unerlässlich:

Das »Assessment« zur Abklärung der Möglichkeiten der Teilhabe eines psychisch kranken Menschen an Arbeit und Beschäftigung – TAB-Ass – ist immer dann notwendig, wenn die Ziele der Eingliederung, der Weg dorthin oder die Realisierungschancen unsicher sind für

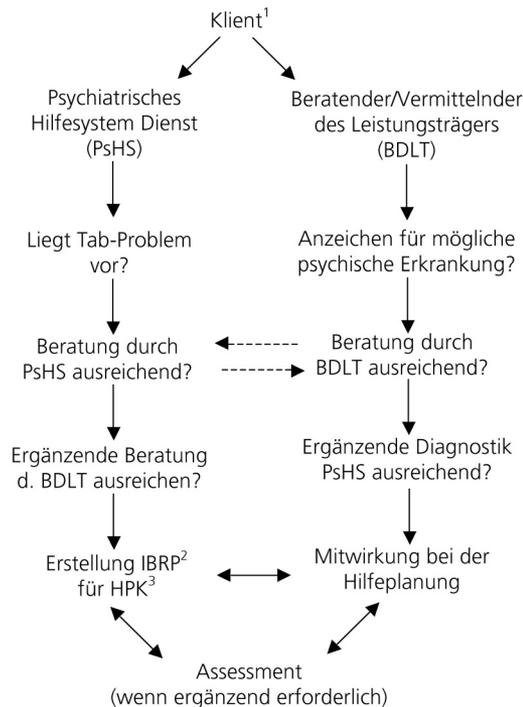
- den Klienten selbst oder
- die Behandler/Betreuer im psychiatrischen Hilfesystem oder
- die Berater/Vermittler/Begutachter der Leistungsträger oder
- den Arbeitgeber

und durch ein Beratungsgespräch oder durch die Einholung von Stellungnahmen oder Berichten oder durch eine Fallkonferenz oder Hilfeplankonferenz nicht hinreichend geklärt werden können.

Dies ist häufig, u. a. weil die berufliche Leistungsfähigkeit von vielen

psychisch kranken Menschen ganz erheblich von den Arbeitsbedingungen und dem spezifischen sozialen Klima am Arbeitsplatz abhängen und im Zeitablauf stark fluktuieren können. Deshalb ist eine einfache Begutachtung ohne Praxis-Erprobung in vielen Fällen nicht ausreichend. Andererseits sollte nicht jede Unsicherheit auf dem Weg zur Eingliederung in Arbeit oder Beschäftigung zu einem Assessment führen.

Klienten, bei denen ein möglicher Zusammenhang mit einer Schwierigkeit bei der Eingliederung in Arbeit und Beschäftigung besteht, treten manchmal zuerst mit dem psychiatrischen Hilfesystem (PsHS), manchmal zuerst mit einem beratenden oder vermittelnden Dienst eines Leistungsträgers (BDLT) in Kontakt (Abb. 2).



- 1 Ggf. unterstützt durch einen allgemeinen medizinischen oder sozialen Dienst
- 2 Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan
- 3 Hilfeplankonferenz

Abb. 2: Gestufte Abklärung und Orientierung für die Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen an Arbeit und Beschäftigung

Vom psychiatrischen Hilfesystem ist *in jeder Behandlung* zu klären, ob der Patient/Klient Probleme im Arbeitsbereich hat. Wenn ja, werden diese in die Behandlung einbezogen. In den meisten Fällen regelt der Patient die Probleme selbst. Bei erkennbarem Beratungs- oder Vermittlungsbedarf wird der Patient an einen BDLT verwiesen, je nach Situation und Einverständnis mit einer mündlichen oder schriftlichen Erläuterung des PsHS. Wenn der Patient mithilfe dieser ergänzenden Beratung seine Arbeitssituation nicht ausreichend selbst regeln kann – oder gar nicht erst dort ankommt – und begleitender Hilfe bedarf, wird ein integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) im Zusammenwirken aller mit ihm in Kontakt befindlichen Helfer erarbeitet und dessen Ergebnis zur Entscheidungsfindung in der Hilfeplankonferenz vorgestellt.

Nur wenn die Vorklärung ergibt, dass ohne eine genauere Abklärung eine qualifizierte Hilfeplanung nicht erfolgen kann oder wenn es dabei zu keiner befriedigenden Lösung kommt, einigt man sich auf ein strukturiertes Assessment, wie es weiter unten genauer beschrieben wird. (Manchmal bietet sich im Einzelfall zunächst eher eine naheliegende praktische Erprobung an – es noch einmal am alten Arbeitsplatz versuchen oder einen 1-Euro-Job annehmen oder in der Tagestätte stundenweise mitarbeiten etc.).

Analog entwickelt sich der abgestufte Abklärungsprozess, wenn zuerst ein BDLT angelaufen wird. Hier müssen die MitarbeiterInnen geschult werden, dass sie mögliche Anzeichen einer seelischen Erkrankung registrieren und im Beratungsgespräch einschätzen, ob diese relevant für die Teilhabe sein könnten – oder sie können in ihrem System auf möglichst jederzeit präsente Unterstützung (z. B. spezialisierte Fall-Manager, im Haus verfügbare Fachleute, Hotline) zurückgreifen, die bei der Klärung hilft. Wenn ja, müssen Informationen von den Klienten ggf. behandelnden Diensten eingeholt werden, das Einverständnis des Klienten immer vorausgesetzt.

Für den Fall, dass es keine den Klienten behandelnden Dienste gibt oder diese keine hinreichenden Informationen zeitgerecht geben können, muss in der Region ein Verfahren vereinbart sein, welches die notwendige fachliche Unterstützung für den betroffenen Klienten und den BDLT sicherstellt.

Erst wenn sich auch dadurch keine tragfähige Lösung für das weiter Vorgehen bei der Beratung und Vermittlung abzeichnet, ist die Durchführung einer von dem PsHS mit einem IBRP vorbereiteten Hilfeplanung und die Vorstellung in einer HPK erforderlich. Falls dies keine hinreichende Aussicht auf Erfolg hat bzw. erfolglos war, beauftragt der BDLT ein Assessment, zumeist im Rahmen einer Zielvereinbarung mit dem Klienten.

Das TAB-Ass dient in diesem Sinn der Orientierung und Abklärung in schwer zu beurteilenden Wechselbeziehungen zwischen Problemen bei der Teilhabe am Arbeitsleben und psychischen Erkrankungen. In jedem Fall soll es eine Entscheidungsgrundlage für ein definiertes Vorgehen im Sinne von Platzierung und ggf. Begleitung am Arbeits- oder Rehabilitationsplatz geben. In vielen Fällen wird das TAB-Ass mit einer Arbeits- oder Belastungserprobung einhergehen müssen, nach Möglichkeit direkt am Arbeitsplatz oder zumindest in einem arbeitsplatzähnlichen Setting.

Eine erfolgreiche Durchführung setzt die federführende Mitwirkung eines von einem oder mehreren Diensten dafür gestellten arbeitstherapeutisch und psychiatrisch qualifizierten Reheatams und die enge Kooperation aller oben genannten Beteiligten voraus. Das heißt nicht »noch ein Gutachten und danach doch wieder keine Arbeit«, sondern die beratende und diagnostisch begleitende Vorbereitung des Einstiegs in eine für den Klienten und seine aktuellen Fähigkeiten akzeptable Tätigkeit. Für ein derartiges Assessment gelten die folgenden Qualitätskriterien oder Grundsätze:

Grundsätze = Qualitätskriterien für personenzentriertes Assessment zur Teilhabe am Arbeit und Beschäftigung (TAB-Ass)

1. TAB-Ass ist Teil der Versorgungsverpflichtung (es gibt einen Anspruch auf Assessment – in der Umsetzung sozialrechtlicher Ansprüche)
2. TAB-Ass ist ziel- und prozessorientiert
3. Für das TAB-Ass gelten die Qualitätskriterien des Komplexleistungsprogramms
 - Beachtung der Bedürfnisse und des Rechts auf Selbstbestimmung der psychisch kranken Menschen,
 - personenzentrierte Hilfen, die bedarfsgerecht, individuell, flexibel, zeitgerecht, abgestimmt und wirtschaftlich erbracht werden, und zwar grundsätzlich im Versorgungsgebiet,
 - konsequente Orientierung am individuellen Bedarf,
 - Vorrang nicht-psychiatrischer Hilfen,
 - Koordination durch eine psychosoziale Bezugsperson
 - Zusammenarbeit mit Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen,
 - Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen,
 - Fortbildung, Supervision und Qualifizierung – Beachtung des Datenschutzes und des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung.
4. TAB-Ass erfolgt personenzentriert im Spannungsfeld

- so kurz dauernd wie möglich – so lang dauernd wie nötig
 - auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt soweit möglich – in einem besonderen Setting, wenn nötig.
5. TAB-Ass ist bifokal: personenzentriert und arbeitsplatzzentriert. Das heißt es erfolgt die Abklärung der beiden Seiten:
 - Was will und braucht der Klient, was kann er leisten?
 - Was will und braucht der Betrieb, wie kann der Arbeitsplatz angepasst werden?
 - Welche Unterstützung braucht der Klient, welche der Betrieb?
 6. Für TAB-Ass werden die Arbeitsinstrumente der psychiatrischen, der rehabilitativen und der begutachtenden Dienste abgestimmt (IBRP mit dem Bogen für den Arbeitsbereich für alle Dienste, plus andere Instrumente je nach Bedarf)
 7. TAB-Ass wird verbindlich mit dem Hilfeplan abgeschlossen (der Empfehlung an die Hilfeplankonferenz bzgl. eines konkreten Vorgehens bei der Platzierung und Begleitung).
 8. Für die Durchführung von TAB-Ass werden regional personenzentrierte Angebote mit zeitgerechtem, niedrigschwelligem Zugang entwickelt.

Diese Qualitätskriterien müssen in jedem integrierten, regionalen, personenzentrierten psychiatrischen Hilfesystem (dem Gemeindepsychiatrischen Verbund) schrittweise verwirklicht werden, indem – koordiniert durch die Kommune – Leistungsträger und Leistungserbringer verbindliche Kooperationsformen vereinbaren und eine intensive Zusammenarbeit mit regionalen Arbeitgebern entwickeln.

Aufgrund der sehr unterschiedlichen beruflichen und persönlichen Kompetenzen und Einschränkungen müssen Konzeption, Organisation und Durchführung des Assessments individuell gestaltet werden. Das gilt insbesondere für die Zielgruppen der Klienten – Menschen mit verschiedenen Erkrankungen unterschiedlicher Schweregrade und Leistungsminderung und unterschiedlicher beruflicher Orientierung und Qualifizierung. Das gilt auch für den Ort der Untersuchung und Erprobung – manche Klienten brauchen zumindest zu Beginn ein geschütztes Setting, andere eine normale Arbeitssituation. Das gilt vor allem für die Dauer – bei manchen Klienten reicht eine sorgfältige Untersuchung, um die weitere Eingliederung konkret zu planen, andere benötigen dazu ergänzend eine längere Arbeitserprobung.

In der Regel wird es in einer Region oder einem Verbund mehrerer Regionen nicht einen Anbieter von Assessment geben, sondern zwei oder

mehrere, die ggf. für unterschiedliche Zielgruppen oder für unterschiedliche Berufsfelder Assessment anbieten und mittels eines regionalen Kooperationsverbundes gemeinsam die Pflichtversorgung übernehmen.

Dabei ist es sinnvoll, die Struktur des Assessments einheitlich und modular zu planen, um ein möglichst einheitliches Beantragungs- und Vergütungsverfahren für die verschiedenen Leistungserbringer und Leistungsträger zu erreichen. Das nachfolgende Modulsystem wird zur Diskussion und Erprobung vorgeschlagen:

Module für TAB-Ass

Je nach Fragestellung gestuft und auf Ziel- und Hilfebedarfsgruppen ausgerichtet

1. Eingangsuntersuchung (ca. vier Stunden)
2. Vertiefte Eingangsuntersuchung mit orientierender Arbeitserprobung (ca. 30 Stunden, zehn Std. Einzel- und 20 Std. Gruppenarbeit)
3. Begleitete Arbeitserprobung mit
 - individueller Platzierung (ein Ort oder mehrere Orte)
 - Trainings- und/oder Berufsfindungselementen
 - begleitender Beratung (von Klient und Arbeitsort)
 - integrierter Diagnostik
 - individuell angepasster Dauer (ca. vier bis zwölf Wochen)
 - evtl. gestufter Betreuungsichte entsprechend dem Hilfebedarf
4. Jedes Modul endet mit einer Hilfeplanung und Platzierung (ggf. auch Weiterführung des Assessments)

Auf dieser Grundlage kann auch eine erste Schätzung der erforderlichen Entgelte vorgenommen und zur Diskussion gestellt werden:

	Hilfebedarfsgruppe 1	Hilfebedarfsgruppe 2
Entgelte für ¹		
Eingangsuntersuchung	200 Euro	200 Euro
Vertiefte Eingangsuntersuchung	700 Euro	600 Euro
Assessmentwoche	500 Euro	300 Euro

- 1 Berechnungsgrundlage (Schätzung): Eingangsuntersuchung vier Fachleistungsstunden à 50 Euro; Hilfebedarfsgruppe 1: Gruppenstunde ein Mitarbeiter auf fünf Klienten; Assessmentwoche fünf Einzel- und 25 Gruppenstunden. Hilfebedarfsgruppe 2: Gruppenstunde ein Mitarbeiter auf zehn Klienten; Assessmentwoche drei Einzel- und 30 Gruppenstunden.

Abb. 3: Entgelte

In vielen Regionen müssen für das Assessment keine neuen Dienste geschaffen werden. Die Leistungen können vielmehr in Zusammenarbeit verschiedener Leistungsträger erbracht werden, was vor allem dadurch erleichtert werden kann, dass Arbeitgeber auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Angebote bereitstellen für Praktika, Arbeitserprobung, Arbeitsplätze mit Minderleistungsausgleich, Teilzeitarbeitsplätze usw.

Damit jeder psychisch kranke Mensch, der eine angemessene Teilhabe am Arbeitsleben anstrebt, dies auch erhält, und damit in möglichst jedem Fall ein zeitgerechtes und übersichtliches Verfahren für ein notwendiges Assessment eingeleitet und durchgeführt werden kann, sind in jeder Region Vereinbarungen zur Pflichtversorgung im Gemeindepsychiatrischen Verbund der Leistungserbringer und mit den Leistungsträgern erforderlich:

- Regionale Vereinbarungen der Leistungserbringer untereinander und mit den Leistungsträgern zur Durchführung und Abstimmung der Hilfeplanung
- Implementation der regelmäßigen Abstimmung im psychiatrischen Hilfesystem (Helferkonferenz)
- Anwendung IBRP (plus anderer Instrumente bei Bedarf), damit – soweit erforderlich – in jedem Fall ein zeitgerechtes und übersichtliches Verfahren für ein evtl. notwendiges Assessment eingeleitet und durchgeführt werden kann
- Sicherstellung und Autorisierung der koordinierenden Bezugsperson

Grundsätzliche Regelung der Finanzierung des TAB-Ass auf der Grundlage der im Einzelfall jeweils vorrangigen Gesetzesgrundlage (SGB II, III, V, VI, IX) inkl. Leistungsvereinbarung/en mit dem/n Leistungserbringer/n

Vorgehen bei der Beauftragung des Assessments im Einzelfall:

- Entscheidung durch den Vermittler/Berater des zuständigen Leistungsträgers (evtl. nach unverzüglicher Rücksprache mit den behandelnden oder betreuenden Bezugspersonen oder mit dem jeweiligen sozialmedizinischen Dienst)
- Beauftragung eines Leistungsanbieters¹

1 Der/die Assessmentanbieter müssen – festzulegen im Versorgungsvertrag – ein umfassendes Qualitätsprofil erfüllen – fachärztliche, psychologische, sozialpädagogische, arbeitstherapeutische Kompetenz; regionale Vernetzung im GPV; (dadurch) Sicherstellung unterschiedlicher Erprobungsfelder und zeitnaher Durchführung des Assessments. Der Anbieter entscheidet in Abstimmung mit dem Klienten über den Einsatz der Module. Leistungsdichte und Dauer des Assessment werden von den

Hilfeplankonferenz²

- Vorbereitung durch die Helferkonferenz (oft nach TAB-Ass)
- bei Bedarf Einbeziehung des Beratungsdienstes (oder des Fachdienstes) der Leistungsträger der Leistungsträger
- evtl. gestuftes Verfahren für einfache (unstrittige) und komplexe Fälle

Versorgungsverpflichtung

Ein angemessener Platz wird jedem Klienten zeitgerecht angeboten (notfalls verlängerte Tätigkeit im Assessment-Arbeitsbereich).

Selbstverpflichtung der Leistungserbringer zu vorbereitender und begleitender Unterstützung der Betriebe bei Praktika, Arbeitserprobung u. a. bei angemessener Finanzierung durch die Leistungsträger.

Hilfe beim Antragsverfahren, individuelle Arbeitsbegleitung der Klienten, Beratung bei der Arbeitsplatzgestaltung und im Konfliktfall, Rücknahme bei unauflösbaren Schwierigkeiten.

Schlussbemerkung

Die Implementation eines ausreichend dimensionierten, differenzierten und finanzierten Assessments zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung von psychisch kranken oder behinderten Menschen würde eine entscheidende Lücke im Hilfesystem schließen. Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass die Klienten in allen Fällen, in denen noch keine eindeutige und einvernehmliche Klarheit über die notwendigen Maßnahmen zur Rehabilitation und Eingliederung besteht, einen Anspruch auf Assessment nach dem jeweiligen Sozialgesetzbuch haben und dass die Leistungsträger übergreifende Abstimmung über die Einrichtung geboten ist. Die Qualität des Assessments in einer Region wird wesentlich davon abhängen, wie klar die erforderlichen Vereinbarungen formuliert sind, wie transparent und qualitätskontrolliert die Umsetzung erfolgt und wie weit es gelingt, Arbeitgeber zur Mitwirkung zu gewinnen.

Erfordernissen der Hilfeplanerstellung im Einzelfall abhängig. Das Leistungsspektrum des Anbieters soll auch Übergangplatzierungen – bei Wartezeiten auf einen zugesicherten Platz – ermöglichen.

- 2 Das – nicht selten anbieter- und leistungsträgerübergreifende – Entscheidungsverfahren über die Maßnahmen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung muss regional verbindlich zwischen allen Beteiligten vereinbart werden.

Weiterentwicklung des IBRP: Mehr zum Bereich Arbeit und Beschäftigung unter Berücksichtigung des ICF

Petra Gromann

Im Rahmen der Arbeitsgruppe des Projektes »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen« der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. gibt es weit gediehene Vorüberlegungen zur Einarbeitung der wesentlichen ICF-Kategorien für zur Beschreibung von Teilhabeproblemen/Beeinträchtigungen in die Darstellung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP).

Auf dem Hintergrund, dass die Beschreibung von Gesundheits- und Teilhabeproblemen zukünftig bei allen Rehabilitationsträgern einheitlich in der ICF-Sprachregelung erforderlich sein wird, muss auch unser bisheriges Modell der integrierten Rehabilitationsplanung sich mit diesen Fragen beschäftigen.

Die bisherigen allgemeinen wie spezifisch auf den Bereich der Psychiatrie bezogenen Veröffentlichungen zum ICF (1), dessen autorisierte deutsche Fassung erst seit einigen Wochen im Internet verfügbar ist (2), gehen einheitlich von der wichtigen Bedeutung dieses Klassifikationssystems auch in Deutschland aus.

Ich möchte im Folgenden kurz die wichtigsten Argumente für die Akzeptanz dieses Systems von »Beschreibungen« nennen:

- Das ICF geht deutlich über das bisher im ICIDH beschriebene einfache Wechselwirkungsmodell von Funktionsstörung – Fähigkeitsstörung und Behinderung hinaus. Es beschreibt die bio-psycho-soziale Verflechtung von Gesundheitsproblemen und Beeinträchtigungen jetzt über die grundsätzlichen Funktionen, Aktivitäten und die Teilhabe – das heißt konsequent nicht als »Störung« –, sondern als Problem der Verwirklichung dieser menschlichen Möglichkeiten. Es geht dabei auch noch über den ICIDH hinaus, indem es der Komplexität des bio-psycho-sozialen Modells auch noch die Variable des Umfeldes und der persönlichen Ressourcen hinzufügt.
- Das ICF ist in einem mehrjährigen Prozess als »Weltstandard« erarbeitet worden, versucht also sowohl kultur- wie geschlechtsspezifische Standards zu relativieren.
- Seine Bedeutung für den Bereich Rehabilitation ist als hoch einzuschätzen, weil es die implizit im SGB IX geforderte »einheitliche und integrierte Erbringung von Rehabilitationsleistungen aller Rehabilitationsträger

durch die Nutzung eines gemeinsamen Standards, d. h. einer gemeinsamen Sprache, entscheidend voranbringen kann. Es ist davon auszugehen, dass in den kommenden Jahren Beschreibungen nach dem ICF grundlegend/verbindlich für die Feststellung des Reha-Bedarfes, funktionale Diagnostik, Reha-Management, Interventionsplanung und Evaluation rehabilitativer Maßnahmen werden.

- Neben den im jeweiligen Rehabilitationsbereich und Geltungsbereich des Sozialrechts immanenten Problemen einer Umstellung ist gemeinsam, dass der hohe Differenzierungsgrad und der große Umfang des Manuals eine schnelle Umsetzung dieser neuen »Beschreibungsweise« behindert.

Als Schaubild auf den Bereich der psychischen Erkrankungen bezogen lässt sich das neue Modell wie folgt beschreiben:

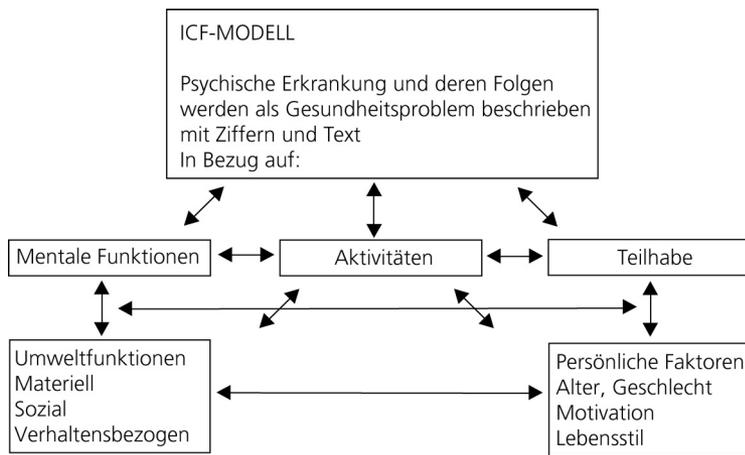


Abb. 1: ICF-Modell

Die Voraussetzung des IBRP zur Integration des neuen Systems von Beschreibungen

Da der ICF auf der Grundlage des ICIDH entwickelt wurde, ist es relativ einfach, die neuen Entwicklungen einzuarbeiten.

- Das »Gesundheitsproblem« kann im IBRP unter Spalte Beeinträchtigungen/Fähigkeitsstörungen beschrieben werden. Die jeweiligen Ausprägungen in dieser Spalte berücksichtigen schon alle drei Aspekte: mentale Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe
- Die neu hinzugekommenen Umweltfaktoren können in der vorhandene Spalte Problemlage beschrieben werden
- Die persönliche Faktoren unter Spalte Fähigkeiten.

Der IBRP als integrierte Prozessdokumentation hatte also auch schon bisher diese Ebenen berücksichtigt, sie werden nur nicht in der Sprache des ICF ausgedrückt.

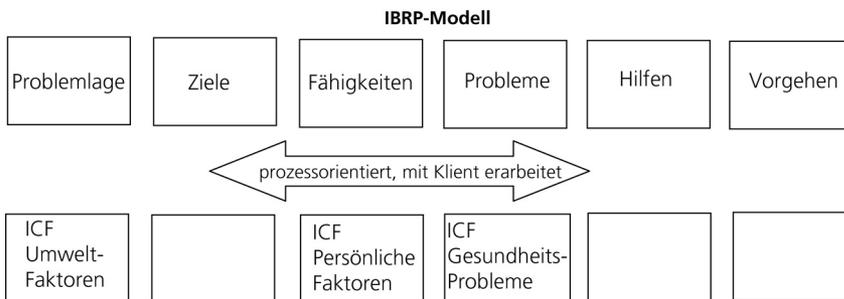


Abb. 2: IBRP-Modell

Die »Beschreibungen« in Ziffern und Worten in den IBRP zu integrieren, spielt vor allem in der Spalte Beeinträchtigungen eine wichtige Rolle.

Diese Spalte gibt ja vor, welche Gesundheitsprobleme, Aktivitätsprobleme und Teilhabeprobleme für Menschen mit psychischer Erkrankung erfahrungsgemäß sehr häufig auftreten und gibt diese als »Checkliste« zur Einschätzung vor. Dies ist insbesondere für den Umgang mit dem ICF wichtig, der ja vom Anspruch her, alle Gesundheitsprobleme, Aktivitätsprobleme und Teilhabeprobleme beschreiben zu können, sehr komplex ist. Die Übersetzung dieser »Kurzfassung« – in der langjährigen Praxis der

Gemeindepsychiatrie bewährten Übersicht häufiger Probleme – macht den Umgang mit dem ICF also deutlich leichter.

Am Beispiel des Itembereichs 2 der Spalte Beeinträchtigungen wird deutlich, dass die bisherigen Beschreibungen recht »kompatibel« mit den neuen ICF-Beschreibungen sind:

bisherige Bezeichnungen IBRP =>

Fähigkeiten und Beeinträchtigungen bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher und sozialer Beziehungen

- (a) im engeren Wohn-/Lebensbereich
- (b) in Partnerschaft/Ehe
- (c) in sonstigen familiären Beziehungen
- (d) im Außenbereich
- (e) im Bereich Ausbildung/Arbeit

lassen sich die entsprechenden Bezeichnungen des ICF =>

- (a) Beziehungskompetenz (d 710)
- (b) Intime Partner/Ehebeziehungen (d 7700)
- (c) Beziehungskompetenz in Gruppen (d 720)
- (d) informelle Beziehungen im Sozialbereich (d 7500)
- (e) formelle Beziehungen im Bereich Arbeit (Vorgesetzte, Kollegen, Untergebene) (d 7400)

zuordnen.

Für den IBRP gibt es ein Manual, das dann jeweils erklärt, was unter den Items in der Abstufung zu verstehen ist. (Dieses ist ohne »Nachschlagen« nur in der unter der kostenfreien Programmversion aufzurufenden Version des Übersichtsbogens A [www.ibrp-online.de Stichwort »Software«] immer direkt zum Item aufzurufen, sonst muss es in durch Blättern im Manual gefunden und eingesehen werden.)

Im ICF ist diese Beschreibung direkt bei den Ziffern enthalten z. B. d 7700 Liebesbeziehungen – die Fähigkeit Beziehungen auf der Grundlage emotionaler und physischer Anziehung – die zu längerfristigen engen Beziehungen führen können – aufzubauen und zu erhalten. Im ICF gibt es meist zu den Ziffern eine weitere Ebene der Differenzierungen, in denen weitere Spezifizierungen vorgenommen werden können. Für d 7700 Liebesbeziehungen ist dies z. B. D 7701 Eheliche Beziehungen, 7702 Sexualbeziehungen. Diese detailliertere Ebene könnte beim in der Programmversion des IBRP ebenfalls als pop-up (ein sich selbst öffnendes Fenster im Programm) direkt angezeigt werden.

Mit der »Übersetzung« unserer bisherigen Items in die ICF-Sprache wäre weiterhin verbunden die bisherige Skalierung leicht zu verändern:

Neue Skalierung:

- + besondere Fähigkeiten
- 0 keine Beeinträchtigung
- 1 leichte Ausprägung
- 2 mäßige ausgeprägte Beeinträchtigung
- 3 erhebliche ausgeprägte Beeinträchtigung
- 4 voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- 5 nicht spezifiziert
- 6 nicht anwendbar

Fazit

Aus meiner Sicht könnte mit der Integration des ICF in den bisherigen IBRP – insbesondere in der Software-Version – erreicht werden, dass gerade Kolleginnen und Kollegen aus den »traditionellen« medizinischen und beruflichen Rehabilitationsbereichen ein Instrument zur Verfügung gestellt wird, was sowohl eine plausible Darstellung einer Einschätzung der aktuellen Rehabilitationsanforderungen in der Sprache des ICF/Sozialrechts darstellt, ohne den Anspruch an integrierte Hilfeplanung und Erbringung als auch eine dialogische Hilfeplanung aufzugeben. Eine Vision, die angesichts des »Gutachtenunwesens«, das erforderliche »Eintrittsvoraussetzung«, aber fast nie eine Prozessplanung und Begleitung sicher durchaus Charme besitzt.

Die Vorteile einer solchen Lösung bestehen aber auch in der einfachen »Handhabbarkeit« einer solchen IBRP/ICF-Lösung:

1. Die pop-ups für die ICF-Ziffern ersparen das Nachschlagen in dem aufwendigen ICF-Manual
2. Als Druckroutine wird im Programm die Option eines ICF-Gutachtens in Textversion angeboten, was alle Items zusammenhängend mit Erklärungen als Text druckt
3. Die »Balkendarstellung« der Fähigkeiten und Grade von Gesundheitsproblemen/Beeinträchtigungen wie der Intensität von Hilfen (schon jetzt verfügbar in der Software-Version) kann einen schnellen optischen Überblick verschaffen.

Einleitung zum Diskussionsforum »Steuerung in Diensten und Einrichtungen«

Reinhard Peukert

Sozialpsychiatrische Hilfen personenzentriert zu planen und zu realisieren, zählt zu den gegenwärtig voll und ganz akzeptierten Ansprüchen in der psychiatrischen Versorgung.

Die mit dem Klienten gemeinsam erfolgende Erarbeitung seines individuellen Bedarfs auf der Basis seiner gewünschten Lebensform, seiner Problemlage und seiner u. a. darin begründeten Bedürfnisse und Ziele scheint zunehmend selbstverständlicher zu werden, ebenso wie die sich daraus ergebenden Konsequenzen, sich von vorgefertigten institutionellen Hilfen zu verabschieden und für jeden einzelnen Hilfeempfänger den für ihn bzw. sie aktuell erforderlichen, sinnvollen und von ihm bzw. ihr annehmbaren Hilfemix zu kreieren.

Die personenzentrierte Hilfeplanung mit dem IBRP oder von ihm abgeleiteten Verfahren erfreut sich zunehmender Verbreitung, und der Aufbau von für eine solche Hilfeform erforderlichen regionalen Strukturen ist in vollem Gange, was u. a. die Gründung der BAG – GPV belegt.

Neben der Arbeitsebene (personenzentrierte Hilfeplanung und -Erbringung) und der Ebene regionaler Steuerung (u. a. GPV) beginnen sich auch die rechtlichen Regelungen schon seit geraumer Zeit in die »personenzentrierte Richtung« zu entwickeln: Die Prinzipien des SGB XII können als rechtliche Kodifizierung der Personenzentrierung gelesen werden, und die Kooperationsverpflichtungen der Rehabilitationsträger im SGB IX als Kodifizierung des Aspektes der Integration von Hilfen.

So weit, so gut. Es gibt ein Nadelöhr, durch das immer größere und erwachsenere Elefantenkind der personenzentrierten Hilfeorientierung hindurch muss: die Betriebe, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit den Leitungskräften.

Sie müssen nicht nur die verschiedenen

- für die Arbeitsebene sowie
- für die Ebene der regionalen Kooperation formulierten Herausforderungen annehmen
- und dabei die juristischen sowie administrativen Voraussetzungen und Regelungen (zu denen auch die verwirrende Vielfalt der Finanzierungsformen und -möglichkeiten zählt) kreativ nutzen;
- sie müssen in ihren betrieblichen Prozessen diese sehr unterschiedlichen

Anspruchs- und Handlungsebenen aufeinander abstimmen und für ihren eigenen Betrieb sowohl in der Aufbau- und Ablauforganisation, der Personalplanung und -führung, der Ressourcenverwaltung und dem Controlling, im »Marketing«, d. h. der Gestaltung der Außenbeziehungen integrieren.

Gelingt den Betrieben dieses Kunstwerk nicht, kann die Realisierung des personenzentrierten Ansatzes nicht verwirklicht werden. Trotz aller sonstigen – und auch dringend erforderlichen – Bemühungen, z. B.

- in der Ausbildung zu personenzentrierte Hilfeplanung mit der Vermittlung der erforderlichen Qualifikation sowie der dafür notwendigen Haltung,
 - oder in der Form überregionaler Unterstützung in der Entwicklung von Kooperationsprozessen (BAG GPV),
 - sowie durch den Austausch tragbarer vertraglicher Regelungen zwischen den regional Beteiligten,
 - oder der Einwirkung auf gesetzliche und administrative Regelungen
- bleiben die Betriebe die Orte, an denen die »sozialpsychiatrische Leistung produziert und konsumiert« wird, also die Hilfe angeboten und erbracht werden muss.

In diesem Forum wurden nahe zu alle oben angesprochenen Aspekte diskutiert, wobei im Rahmen der Diskussion vor allem ein Gesichtspunkt herausgestellt wurde:

Die angestrebten Veränderungen verlangen von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern,

- sich auf neue interne, aber auch externe Arbeits- und Kooperationsstrukturen,
- sich auf ein sich veränderndes Verhältnis zu den Patienten/Klienten,
- sich auf eine eigene Ressourcenverantwortung
- etc.

einzustellen, und dies alles gleichzeitig.

Offensichtlich – so die Auffassung im Forum – wurde in der Vergangenheit häufig übersehen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mitzunehmen auf die Reise in eine veränderte Versorgungslandschaft; zu häufig wurden neue Strukturen und Abläufe eingeführt, ohne dass diese mit denen, die sie mit Leben erfüllen müssen, gemeinsam geplant worden wären.

Möglicherweise sind dadurch auch Kompetenzen in der Mitarbeiterschaft vernichtet und Ressourcen nicht genutzt worden; mit Sicherheit ist dadurch die Bereitschaft, sich aktiv und engagiert für die Personenorientierung einzusetzen – zumindest zeitweilig – behindert worden.

Zwei Diskussionsbeiträge wurden verschriftlicht und zeigen im Folgenden, wie zwei Betriebe versuchen, die an sie gestellten Anforderungen zu erfüllen.

Bremer Erfahrungen

Peter Kruckenberg

Situation in Bremen

In Bremen haben wir – noch auf der Grundlage der aktuellen Finanzierungsbedingungen – erste Schritte in Richtung auf ein neues Organisationsmodell unternommen nach dem Motto: Das Krankenhausbudget besser verwenden.

Bremen hat ca. 540 000 Einwohner, ist aber durch die geografischen Bedingungen – über 35 km lang hingestreckt auf beiden Seiten der Weser – besonders gegliedert (Abbildung 1). Das kommunale Krankenhaus mit Pflichtversorgung, die frühere städtische Nervenklinik (seit 1977 integriertes Allgemeinkrankenhaus), liegt am südöstlichen Ende der Stadt und ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln von drei der fünf Stadtbezirke nur in einer bis eineinhalb Stunden zu erreichen.

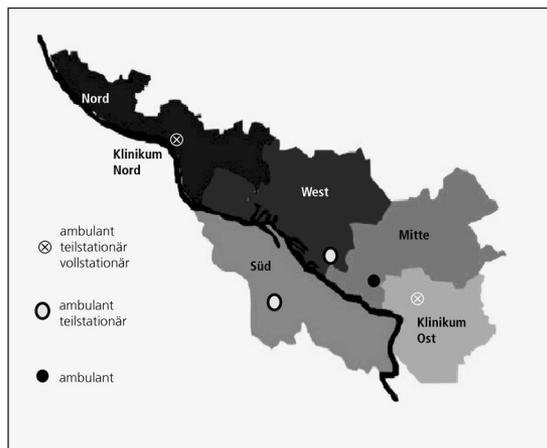


Abb. 1: Behandlungszentren in den Bremer Sektoren

Regionalisierung der Krankenhausbehandlung in Bremen

Seit 1980 hat es eine Regionalisierung der ambulanten und komplementären Hilfsangebote in fünf Regionen gegeben, verbunden mit einer zunehmenden Binnenregionalisierung der Erwachsenenpsychiatrie im Krankenhaus. Diese wurde in den Jahren 2000 bis 2003 in einem gemeinsam mit der Kommune und den Krankenkassen konzipierten Umstrukturierungskonzept – unter dem Projekttitel »Regionalisierung der Krankenhausbehandlung in Bremen« – konsequent weitergeführt:

- Die Erwachsenenpsychiatrie wurde in fünf Behandlungszentren (BHZ) – statt »Kliniken« – für die fünf Stadtbezirke Nord, West, Süd, Mitte, Ost (jeweils 80–120 000 Einwohner) aufgeteilt.
- Ein Behandlungszentrum wurde nach Bremen Nord an das dortige Allgemeinkrankenhaus ausgelagert, eine neue Tagesklinik in Bremen Süd geschaffen (neben der vorbestehenden Tagesklinik in Bremen West).
- Die Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes in den Stadtbezirken – bis dahin Teil des Gesundheitsamtes, aber schon im Auftrag des Krankenhauses als Institutsambulanz tätig – wurden in die Behandlungszentren integriert.
- Eine neue Behandlungsform »akut-tagesklinische Behandlung« mit der Möglichkeit des »Hometreatment« wurde anstelle vollstationärer Behandlung – mit dem gleichen Tagespflegesatz – geschaffen.
- Die Entwicklung in den Stadtbezirken zum gemeindepsychiatrischen Verbund wurde vorangetrieben (auf Details in der Suchtkrankenbehandlung, insbesondere der Delegation der Akutbehandlung von Drogenkranken und der psychotherapeutischen Behandlung von Borderlinepatienten an eine in der Nachbarschaft des Versorgungskrankenhauses gelegene kleinere psychiatrische Klinik, die sonst keine Versorgungsverpflichtung hat, gehe ich hier nicht ein).

Unter breiter Beteiligung der Mitarbeiterschaft wurde ein Leitbild für die Reform erarbeitet, an dem sich die Behandlungszentren auch gegenüber Patienten und Angehörigen und der Öffentlichkeit messen lassen wollen, mit dem Motto »Persönliche Hilfen vor Ort«.

Der Abbildung 2 kann unser Leitbild für die Regionalisierung der Krankenhausbehandlung entnommen werden:

Persönliche	offen, zugewandt, wertschätzend, verlässlich
Hilfen	individuell, fachlich kompetent, abgestimmt, vernetzt, vereinbart, selbsthilfeorientiert, gesundheitsfördernd, begleitend, schutzbietend, angemessen
vor Ort	wohnortnah, überschaubar, einladend, beweglich, im Lebensfeld, zeitnah, kurze Wege

Abb. 2: Leitbild

Die in der Abbildung 2 aufgeführten Stichworte zur Charakterisierung von »persönlich«, von »Hilfen« und von »vor Ort« werden im Text des Leitbildes fachlich erläutert und begründet.

Leitgedanken für die zukünftige Organisation der Krankenhausbehandlung

Im Rahmen der Regionalisierung waren folgende Aspekte zentral:

1. Die Bildung zielgruppenbezogener mobiler ambulanter Teams für Krisenintervention und langfristige therapeutische Begleitung.
2. Die Erhaltung und Weiterentwicklung ergänzender Angebote, wenn im Einzelfall erforderlich: spezielle Therapien und Trainingsangebote, milieutherapeutische Schutzräume mit der Möglichkeit umfassender medizinischer Behandlung – genutzt und gesteuert durch die ambulant zuständigen Teams.
3. Überleitung der Patienten bei ausreichender Stabilität und Einverständnis in weiterführende Behandlung, wenn nötig überlappend.

Das Organisationskonzept wird durch Abbildung 3 veranschaulicht:

Es wird am ehesten – und auch dort z. Zt. erst annähernd – im neuen Behandlungszentrum für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Bremen Nord realisiert. Für eine Region von 105 000 Einwohnern stehen dort 34 Betten, 28 Tagesklinikplätze (zur Hälfte akuttagesklinisch) sowie die mobile Ambulanz und der SpsD zur Verfügung (Abbildung 4).

Nur noch eine Station ist räumlich in das Allgemeinkrankenhaus integriert. Die übrigen Einheiten sind 3 km entfernt am Rande der Fußgängerzone zwischen Schule, Kirche und Sozialamt in einem neuen Gebäude untergebracht, das atmosphärisch eher den Eindruck eines Tageszentrums mit Hotelbetrieb als den einer Klinik vermittelt. Seit zwei Jahren hat das BHZ die Vollversorgung des Stadtbezirks vollständig übernommen.

Die am Klinikum Bremen Ost verbleibenden vier Behandlungszentren sind zu je zwei (Süd/Ost und Mitte/West) einer ärztlichen und pflegeri-

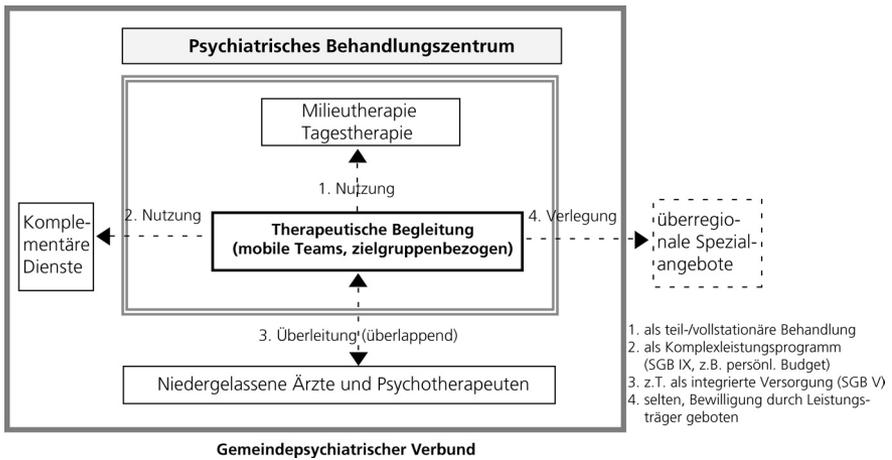


Abb. 3: Integriertes regionales Hilfesystem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

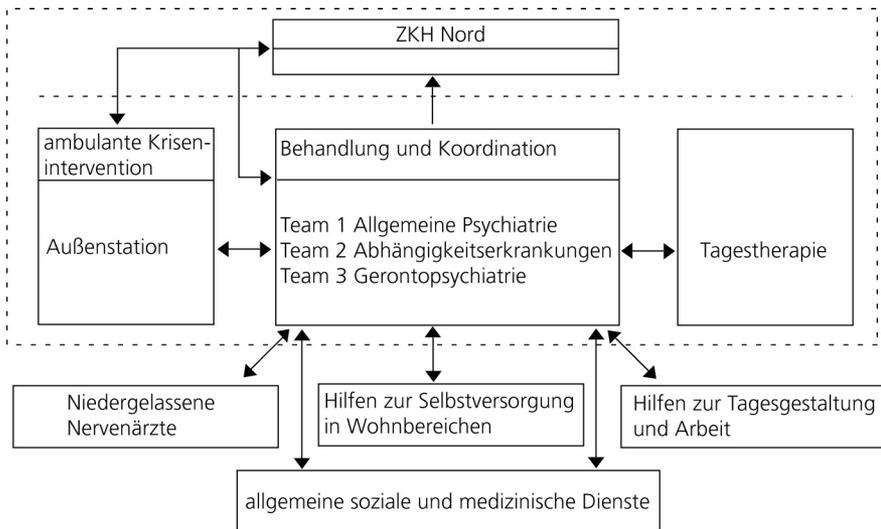


Abb. 4: Organisationsmodell psychiatrisches Behandlungszentrum Nord

schen Klinikleitung unterstellt und weisen eine deutlich höhere Dichte an Betten und Plätzen auf, als im Bremer Norden (durchschnittlich 0,8 Betten/Plätze pro 1000 Einwohner, davon 33 % tagesklinische Plätze). In den vom »Mutterhaus« entfernt liegenden Stadtteilen Bremen Süd und Bremen West sind die Tagesklinik für allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Sucht integriert mit den zugehörigen Ambulanzen derart, dass die für einen Patienten zuständigen Ärzte und die Bezugstherapeuten aus anderen Berufsgruppen ihn kontinuierlich begleiten, auch beim Wechsel des Status teilstationär/ambulant.

Nach der politischen Beschlusslage sollen auch die Betten an die Allgemeinkrankenhäuser in den entfernt gelegenen Stadtteilen verlagert werden, wenn sich durch Bettenreduktion im somatischen Bereich hierzu Möglichkeiten ergeben.

Bezüglich der in Deutschland gegenwärtig häufig diskutierte Frage »Mischung der Patientengruppen auf den Stationen versus Spezialstation« werden in Bremen unterschiedliche Ansätze erprobt, allerdings mit einer Tendenz, die »bio-psycho-soziale« Spezialisierung im Einzelfall in den Vordergrund zu stellen. Organisatorisch geht der Trend zu zielgruppenspezifischen Ambulanzen, die zumindest die tagesklinische Behandlungsplanung für ihre Patienten mit übernehmen – vorausgesetzt, die Mittel aus der stationären Behandlung können in den ambulanten Bereich umgeschichtet werden.

Bei zum Teil zielgruppenübergreifenden Gruppenangeboten im stationären Bereich sind die Behandlungszentren Mitte und West relativ streng binnenregionalisiert – mit wechselseitiger Unterstützung bei Überbelegung oder personeller Unterbesetzung. Die BHZ Süd und Ost haben neben sektorspezifischen auch sektorübergreifende Stationen, z. B. für Gerontopsychiatrie, Suchterkrankung, Depression, rehabilitative Behandlung.

Die Umsteuerung wurde durch eine Vereinbarung mit den Krankenkassen möglich:

- Das Budget für die psychiatrische Krankenhausbehandlung wurde für vier Jahre festgeschrieben (zuzüglich der allgemeinen jährlichen Steigerungsraten und unter der Voraussetzung nahezu konstanter Fallzahlen, +/- 5 %).
- Durch Reduzierung der vollstationären Belegung, teilweise Umwandlung in tagesklinische Behandlung, sollte der Erfüllungsgrad der PsychPV von 95 % zum Ende wieder bei 100 %, d. h. bei gleichem Budget eine bessere Personaldichte erreicht sein.
- Nach Abschluss wurde den Krankenkassen eine jährliche Einsparung von

0,8 % zugesagt, die ihrerseits Umstellungskosten für Projektmanagement und Qualifizierungsmaßnahmen finanzierten.

Der Umstrukturierungsprozess wurde termingerecht mit einer »Punktlandung« hinsichtlich der angestrebten Belegungszahlen abgeschlossen. Er war leider überlagert durch Personalabbau um ca. 9 % in den vier Jahren (aufgrund der bundesweiten Probleme mit der sogenannten Grundlohnsummenvorgabe).

Die Umstellung bei laufendem Betrieb, verbunden mit gleichzeitigem Bettenabbau und abnehmender Personaldichte war für alle Beteiligten sehr belastend und ist konzeptionell und methodisch noch im Fluss.

Im Zuge der ersten Erfahrungen haben wir den Eindruck gewonnen, dass wir jetzt viele Patienten mit ihrem persönlichen Umfeld besser kennenlernen und behandeln können. Bescheidene Evaluationsbemühungen (in Bremen Süd) zeigen eine größere Nutzerzufriedenheit bei Patienten und Angehörigen.

Wir glauben, dass wir für die sich abzeichnenden strukturellen Entwicklungen in Richtung integrierter Versorgung durch unsere Präsenz in den Stadtteilen und durch die Integration von SpsD und Ambulanz in die BHZ gut aufgestellt sind, um den zu erwartenden weiteren sozialrechtlichen Veränderungen flexibel begegnen zu können.

Einzelne zentrale, die Behandlungszentren übergreifende, Angebote wollen wir beibehalten: So z. B. den zentralen Krisendienst für ganz Bremen rund um die Uhr (zwei bis drei MitarbeiterInnen, davon ein/e ÄrztIn), einen kleinen Funktionsbereich für psychologische Diagnostik, die ambulante und teilstationäre Arbeitstherapie, eine kleine Abteilung für psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik (mit einer Station und dem Liaisondienst für die Somatik).

Weiterführende Schritte in Richtung Ambulantisierung der Arbeit der Behandlungszentren sind nur möglich, wenn die Krankenkassen einem Budget zustimmen, das eine flexible, bedarfsgerechte Nutzung ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Angebote bei regionaler Pflichtversorgung zulässt. Ein ähnliches Modell wird gegenwärtig in Itzehoe erprobt.

Betriebliche Umsetzung in einem gegliederten Versorgungssystem

Michael Welschehold

I. Vorbemerkungen

Das psychiatrische Krisen- und Behandlungszentrum Atriumhaus fungiert als ausgelagerter Fachbereich des Bezirkskrankenhauses Haar für die allgemeinpsychiatrische Versorgung des Sektors München Süd mit den beiden Schwerpunkten psychiatrischer Krisenversorgung, sowie wohnortnahe Betreuung schwer und chronisch psychisch Kranker. In den drei klinischen Abteilungen arbeiten knapp 50 therapeutische Mitarbeiter, die jährlich insgesamt ca. 1000 (teil-)stationäre sowie pro Quartal ca. 700 ambulante Patienten betreuen.

Die Prämissen des personenzentrierten Ansatzes finden sich in den Leitgedanken des Hauses (siehe Jahresbericht 2004):

- Selbsthilfe und Empowerment als therapeutische Grundprinzipien
- Angehörige als Behandlungspartner
- Lebensfeldbezug und Normalisierung als Handlungsprämissen
- Behandlung nach »Maß und Bedarf«
- Eine koordinierende Bezugsperson des Vertrauens
- Kooperation, Integration, Vernetzung

Im Hinblick auf die Umsetzung des Prinzips der Personenzentrierung müssen die beiden (gemäß Schwerpunktbildung, s. o.) relevanten Patientengruppen im Haus unterschieden werden:

1. Dauerhaft in der Ambulanz des Hauses betreute, sogenannte Langzeitpatienten
2. Neue Krisenpatienten, die
 - zunächst die Krisenambulanz aufsuchen, gegebenenfalls von dort auf die Krisenstation bzw. in die Tag- und Nachtklinik aufgenommen und von dort entlassen werden.
 - von extern direkt auf die Krisenstation bzw. in die Tag- und Nachtklinik zugewiesen werden.

Die im Folgenden dargestellten Vorgehensweisen und Maßnahmen treffen teilweise auf beide, teilweise nur auf eine der Patientengruppen zu.

II. Vorbereitung: Klärung von Zielen und Ausgangsbedingungen

Bevor konkrete Maßnahmen zur Umsetzung ergriffen werden können, müssen erstens die Kernziele des personenzentrierten Ansatzes definiert und zweitens wesentliche Rahmenbedingungen betrachtet werden.

1. Zielsetzung personenzentrierten Arbeitens – Aufgabenprofil der Mitarbeiter

Mitarbeiter müssen eine klare Vorstellung davon haben, welches die Ziele und Inhalte des personenzentrierten Arbeitens sind. Im klinischen Alltag heißt Personenzentrierung konkret: Dem zuständigen Bezugstherapeuten des Patienten obliegt mit der Gestaltung der klinischen Kernprozesse der Aufnahme, der Behandlung(splanung) und Entlassung(splanung) die Aufgabe der Fallsteuerung (soweit möglich gemeinsam bzw. im Einvernehmen mit dem Patienten und gegebenenfalls weiteren Mitbehandlern). Dies beinhaltet die aktive und frühzeitige Koordination sämtlicher jeweils für notwendig erachteter, anstehender Maßnahmen. Dabei sollen immer die konkrete Lebenssituation bzw. das Lebensumfeld des Patienten den Bezugsrahmen darstellen. Behandlungskontinuität soll gewährleistet und – insbesondere an den Schnittstellen nach extern – Abbrüche und Widersprüchlichkeiten vermieden werden.

2. Relevante Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren

Die Einführung neuer Konzepte setzt immer dort an, wo die Einrichtung aktuell steht: abhängig von Aufgabenstellung, Umfeldbedingungen, Historie etc. liegen in jedem Dienstleistungsbetrieb spezifische Bedingungen vor, von denen die Umsetzbarkeit neuer Ideen abhängt. Die genaue Analyse dieser relevanten, »hausinternen« Einflussfaktoren und deren Einbeziehung in die Konzeptumsetzung sind deshalb von großer Bedeutung. Für das Atriumhaus waren bzw. sind dies z. B.:

a) Zunehmende Leistungsverdichtung:

Die Entwicklung der letzten Jahre war geprägt von erheblicher Leistungsverdichtung in allen Bereichen: Höhere Anforderungen durch neu etabliertes Qualitätsmanagement; engmaschige Kontrollen und frühzeitige Reaktionen der Kostenträger; zeitnahe, betriebsinternes Controlling; mehr Bürokratie, höherer Dokumentationsaufwand; bei gleichbleibendem Personalbudget realer Personalabbau. Die individuellen Gestal-

tungsspielräume der Mitarbeiter wurden durch diese Vorgaben qualitativ wie auch quantitativ immer geringer, sogenannte Vorhalteleistungen sind mit den budgetären Anforderungen kaum noch vereinbar, Arbeitsprozesse werden gestrafft und konzentrieren sich mehr und mehr auf die Kernaufgaben. Als Konsequenz hieraus kommt es (zunächst) zu einem Verlust an Flexibilität.

b) Wahrnehmung und Prioritätensetzung:

Immer noch besteht eine starke Tendenz zur Wahrnehmung und Betrachtung der Patienten und ihrem jeweiligen Bedarf aus dem speziellen eigenen, d. h. berufsgruppen-, vor allem aber klinik- oder abteilungsbezogenen Blickwinkel. In Kliniken gilt dies im stationären noch mehr als im ambulanten Bereich. Derartige internalisierte Sichtweisen führen zwangsläufig und oft unbemerkt zu Prioritätensetzungen im Arbeitsablauf, die in Widerspruch zu den Zielen des personenzentrierten Ansatzes geraten können. Je höher Zeitdruck und Stress, umso mehr rücken abteilungsinterne Sachzwänge in den Vordergrund, müssen »bedient werden« zulasten der Anliegen personenzentrierten Arbeitens.

Neben diesen Bindungen des Denkens und Handelns an vorhandene Stationsstrukturen und -abläufe wirkt das im psychiatrischen Krankenhaus immer noch weit verbreitete, traditionelle Verständnis: die unmittelbare psychiatrische Behandlung steht im Zentrum, die anderen, in ihrer ganzen Tragweite erst nach der Entlassung relevant werdenden Hilfebereiche wie Tagesstruktur und Kontaktfindung, Selbstversorgung, Wohnen, sowie Arbeit und Ausbildung finden dagegen vergleichsweise wenig Beachtung.

c) Koordination kostet Zeit und Mühe:

Wesentlicher Inhalt personenzentrierten Arbeitens ist die individualisierte Steuerung der Behandlung, die vor allem dann koordinierende Tätigkeiten verlangt, wenn weitere Mitbehandler im Spiel sind. Zur Koordinationsarbeit gehören zeitaufwendige gründliche, eigene Vorbereitungen, Planungsmaßnahmen, aktive Kontaktaufnahme zu bzw. Abstimmung von Terminen mit anderen Mitbehandlern. Weitere Faktoren wie Schichtdienst, Abwesenheiten vom Arbeitsplatz, Teilzeitarbeit, Öffnungszeiten von Einrichtungen etc. erschweren den Klinikmitarbeitern zusätzlich die effiziente Erledigung von Koordinationstätigkeiten.

d) Scheu und Unsicherheit:

Die Übernahme von klar zugewiesener Steuerungs- und Koordinationsverantwortung beim personenzentrierten Arbeiten stellt für viele Mitar-

beiter eine große Herausforderung dar, die nicht selten Unsicherheiten auslöst:

Dies gilt zum einen gegenüber den Patienten – hier werden insbesondere Datenschutzaspekte geltend gemacht. Aber auch die an den Patienten heranzutragende Aufforderung nach Mitwirkung wird häufig als vermeintliches Bedrängen, Druckausübung und somit nicht-therapeutisches Handeln erlebt.

Gegenüber anderen, insbesondere externen Mitbehandlern, aber auch teamintern bzw. gegenüber direkten Vorgesetzten oder der Krankenhausleitung schafft die zugewiesene Aufgabe der »koordinierenden Bezugsperson« deutlich mehr Transparenz. Verantwortung wird damit nachvollziehbar und benennbar, mögliche (befürchtete) Versäumnisse oder Fehler werden schneller erkennbar.

Insbesondere nichtärztliche Klinikmitarbeiter sind – subjektiv und objektiv – im Rahmen ihrer berufsspezifischen Ausbildung auf diese Aufgabe unzureichend oder gar nicht vorbereitet worden.

e) Personalfuktation:

Wechsel und klinikübliche Rotation von Personal verbindet sich fast immer noch mit der »Abgabe« von bisher betreuten Patienten an andere Bezugspersonen, wodurch die durchgängige Gewährleistung von Betreuungskontinuität erschwert wird.

f) Spezielle Situation in München Süd:

Die psychiatrische Versorgungslandschaft ist gekennzeichnet durch eine hohe Zahl verschiedener Leistungsanbieter mit sehr heterogenen Angebotsprofilen. Diese Zersplitterung geht einher mit sehr unterschiedlich realisierter Handhabung des personenzentrierten Ansatzes, d. h. Klinikmitarbeiter haben es mit sehr unterschiedlichen Auslegungen des Konzeptes der Personenzentrierung im Versorgungsumfeld zu tun und müssen demnach ihre Arbeits- und Herangehensweise in vielfältiger Art variieren bzw. modifizieren lernen.

III. Maßnahmen zur Umsetzung

Zur Realisierung des personenzentrierten Ansatzes ist ein Bündel aufeinander abgestimmter Maßnahmen erforderlich, die vornehmlich nach innen, aber auch nach außen gerichtet sind.

Im Atriumhaus betrafen/betreffen die Klinikinternen Maßnahmen:

1. Struktur- und Ablauforganisation

- Bei jedem Patientenerstkontakt: Recherche, ob bereits die Funktion einer koordinierenden Bezugsperson besetzt ist (intern oder extern)
- Systematische Erstellung eines IBRP-angelehnten Behandlungsplanes bei allen ambulant betreuten Langzeitpatienten
- Bereitstellung einer therapeutischen bzw. koordinierenden Bezugsperson (»Bezugstherapeut«) für alle ambulanten Langzeitpatienten; dies ist so zu organisieren, dass auch nach einem Personalwechsel die Betreuung gemäß vorliegendem Behandlungsplan weiter verfolgt wird
- Konsequente Einführung des Bezugstherapeuten-Konzeptes in den anderen, (d.h. auch teil-)stationären Settings bzw. Abteilungen des Hauses
- Etablieren fester Spielregeln betreffend Informationsübergabe bei haus-internen Verlegungen (»Dreiergespräch«)
- Klare Spielregeln für Vertretungs- und Krisensituationen
- Für Ambulanzmitarbeiter: Ermöglichung, während stationärer Behandlung (trotz Erlösausfall) den Kontakt zu den Patienten beizubehalten und als Langzeittherapeut bei allen wesentlichen Entscheidungen einbezogen zu werden
- Für Stationsmitarbeiter: Regelmäßige Kontaktaufnahme zu Vor- und Mitbehandlern als Standard etablieren (hierzu gehört auch: Abruf möglicherweise vorhandener Behandlungspläne von extern)
- Für Stationsmitarbeiter: Schaffen der Möglichkeit zur ambulanten Nachbetreuung (im Sinne einer Überleitung in das sich anschließende ambulante Setting, d. h. zeitlich befristet)
- Im teilstationären Bereich: Etablieren eines individualisierten Behandlungsplanungskonzeptes (»Patientenpass«) in Analogie zu dem in der Ambulanz verwendeten IBRP-nahen Instrumentes
- Öffnung der gruppentherapeutischen Angebote für alle Patienten im Haus
- Beteiligung aller therapeutischen Mitarbeiter an den Bereitschafts- bzw. Nachtdiensten (um sich dort im Rahmen der Krisenambulanzarbeit im Umgang mit Krisensituationen bei ambulanten Langzeitpatienten vertraut zu machen)
- Bei Ausschreibung neuer Mitarbeiterstellen: Verzicht auf abteilungsspezifische Einschränkungen der Stellenprofile, sofern dadurch der Gedanke des personenzentrierten Arbeitens behindert würde

- Bei Neueinstellung von Mitarbeitern: Verwendung standardisierter Einarbeitungschecklisten; in diesem Zusammenhang Konkretisierung der Prämisse personenzentrierten Arbeitens
- Umsetzung der wesentlichen Inhalte personenzentrierten Arbeitens auf der Ebene des Qualitätsmanagements durch Gestaltung eines eigenen Bausteins des QM-Maßnahmenkataloges: »Prozess der Aufnahme, Behandlungsplanung und Entlassung(splanung)«
- Gewährleistung einer ausreichenden, alle Aspekte umfassenden, dabei Redundanzen vermeidenden Dokumentation, die auch im Bereitschaftsdienst tätig werdenden Mitarbeitern die Fortführung der eingeschlagenen Behandlungslinie problemlos ermöglicht
- Straffung und Ausrichtung der internen patientenbezogenen Kommunikation auf frühzeitige Einbeziehung/Konsultation der jeweils für einzelne Behandlungsabschnitte/Behandlungsmodule zuständigen MitarbeiterInnen; im Gegenzug deren Entlastung von administrativen Tätigkeiten wo möglich

2. Personalführung- und Personalentwicklung:

- Fortlaufende Schulung der Mitarbeiter in allen den personenzentrierten Ansatz betreffenden, relevanten Aspekten
- Definition und Klärung der Rolle der »Bezugstherapeuten«, insbesondere Abgrenzung gegenüber Fach- und Milieuthérapeuten; Verdeutlichung der spezifischen Verantwortung hinsichtlich Fallkoordination
- Regelmäßige Thematisierung konkreter Aspekte personenzentrierten Arbeitens, Schaffen von Verständnis, Diskussion angemessener Umsetzungsschritte im Rahmen der wöchentlich stattfindenden Klinikkonferenz
- Regelmäßige, abteilungsübergreifende »Fallsupervisionen« mit dem Ziel, anhand konkreter Patienten das Zusammenwirken der Abteilungen zu reflektieren und die Notwendigkeit der Abstimmung zu verdeutlichen
- Aufgreifen konkreter Fallkonstellationen mit typischen Aspekten personenzentrierten Arbeitens in den Teambesprechungen (durch die Oberärzte)
- Dabei: regelmäßiges, konsequentes Nachfragen und dadurch Einübung von relevanten Aspekten personenzentrierten Arbeitens (Behandlungsplanung, Vor- bzw. Mitbehandler, erfolgte Diagnostik etc.); ggf. Erwägung weiterer Maßnahmen zur Befähigung sowie zur Unterstützung der

Mitarbeiter bei der Entwicklung von Behandlungs- und Entlassungsplanungen

- Einführung von Berufsgruppensprechern: einerseits zur Stärkung der Berufsgruppen(profile), andererseits zur aktiven Einbeziehung und Einbindung berufsgruppenspezifischer Sichtweisen mit dem Ziel, diese zu einem gemeinsamen Verständnis personenzentrierten Arbeitens zu integrieren
- Eindeutige Haltung und klare Vorgaben seitens der Klinikleitung hinsichtlich der Bedeutung personenzentrierten Arbeitens; bei Neuerungen oder Veränderungen schriftliche Information der Mitarbeiter
- Wahrnehmung, Stärkung und Unterstützung der von einzelnen Mitarbeitern in der Ausübung personenzentrierten Arbeitens benötigten Kompetenzen, daraus abgeleitet gezielte Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (z. B. Organisation, Moderation, Konfliktmanagement etc.)

Soll personenzentriertes Arbeiten in der Klinik gelingen, sind zusätzlich Maßnahmen nach außen erforderlich.

Im Falle des Atriumhauses bestanden/bestehen diese aus:

- Klare Positionierung in übergeordneten Gremien: Personenzentrierung hat Vorrang
- Aktive Beteiligung an der Entwicklung gemeinsamer, einschlägiger Instrumente wie Hilfeplankonferenz, begleitende Qualitätszirkel, Einsatz gleicher Dokumentationsinstrumente etc.
- Verständigung auf gemeinsame Standards personenzentrierten Arbeitens
- Unterstützung von MitarbeiterInnen im Kontakt mit anderen Leistungserbringern, insbesondere bei Wahrnehmung koordinierender Tätigkeiten und hier vor allem bei auftretenden, konkreten Schwierigkeiten (»Mitarbeiter schützen und Rücken stärken«)
- Gemeinsame Schulungen, Informationsveranstaltungen

IV. Vorläufiges Fazit

Die Erfahrungen des Atriumhauses zeigen: Mit einem gut aufeinander abgestimmten Bündel von Steuerungsmaßnahmen lässt sich der personenzentrierte Ansatz auch im Klinikbereich umsetzen – aber auch nur dann.

Da es sich bei der Realisierung des personenzentrierten Ansatzes lediglich um ein Teilziel neben wichtigen anderen, für den Klinikalltag bedeutsa-

men Zielen handelt, ist es Aufgabe der Leitung, in Rückkopplung mit den Mitarbeitern stets auf eine sinnvolle Balance der zum Teil konkurrierenden Teilziele zu achten. Die an die Mitarbeiter gestellten Anforderungen müssen für diese realisierbar sein bzw. werden und dürfen nicht den Widerspruch zu anderen Teilzielen geraten. Klare Prioritätensetzung, eine entsprechende Bereitstellung der benötigten Rahmenbedingungen und ausreichender Informationsfluss sind zu gewährleisten.

Immer wieder muss mit den Mitarbeitern im Einzelfall überprüft bzw. präzisiert werden, was von ihnen in Ausübung ihrer Tätigkeit erwartet wird, welche Kernaufgaben sie als Klinikmitarbeiter im Rahmen des personenzentrierten Arbeitens selbst wahrnehmen, was sie dagegen an andere Leistungsanbieter (extern) abgeben können.

Damit ist die Verwirklichung des personenzentrierten Ansatzes mit der dafür erforderlichen Umgestaltung der Leistungsprozesse und Ablauforganisation für die psychiatrischen Kliniken eine zwar mühselige, gelegentlich hindernisreiche, aber bewältigbare und lohnenswerte Aufgabe.

»Die Aussichtlosen wegrationalisieren« - Zukünftige Kernaufgaben der Psychiatriereform

Regina Schmidt-Zadel

Unter den Kernaufgaben der künftigen Psychiatriereform stehen Fragen der Steuerung im Vordergrund.

Zentrales Ziel ist eine verbindliche qualitätsorientierte Steuerung auf regionaler Ebene.

Ich möchte hier kein Gesamtkonzept vorstellen, sondern im Folgenden Bezug nehmen auf einige aktuelle und auf der Tagung angesprochene Themen.

1. Aufgabe: Stärkung der Nutzer

- Wir empfehlen eine Psychiatricarta, in der die Rechte und Ansprüche psychisch kranker Menschen beschrieben sind.
- Wir empfehlen das von Helga Kühn-Mengel erwähnte Patientenrechtsgesetz, das insbesondere die Beteiligung von Patientinnen und Patienten regelt.
- Es besteht eine besondere Fürsorgepflicht gegenüber stark beeinträchtigten Menschen, die nicht selbst ihre Rechte durchsetzen können. Diesen Bereich kann man nicht allein den Kräften des freien Marktes überlassen.
- Das Antidiskriminierungsgesetz soll verabschiedet werden.

2. Aufgabe: Stärkung der Selbsthilfe und Verknüpfung der Leistungen

- Wir brauchen eine strukturelle Verknüpfung von professionellen Leistungen und Selbsthilfe. Die Ausrichtung auf Selbsthilfeförderung muss Bestandteil aller finanzierten Sozialleistungen werden.
- Wir empfehlen die Zusammenlegung von sozialhilfefinanzierter (örtlich und überörtlich) und die jugendhilfefinanzierter Hilfe zur Teilhabe.
- Die Pflegeversicherung
 - muss Pflegeleistungen für Demenzkranke umfassen
 - muss entsprechend die Bestandteile Anleitung und Beaufsichtigung deutlich stärker akzentuieren.

- Wir empfehlen eine weitere Verzahnung der Leistungsbereiche, zum Beispiel
 - Pflege und Rehabilitation, dabei gilt das Prinzip: »Rehabilitation vor Pflege!«
 - Pflege und Eingliederungshilfe
 - Eingliederungshilfe und Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben – Behandlung und Eingliederungshilfe – usw.
- Ein Ausbau koordinativer Leistungen ist erforderlich: Auf der regionalen Ebene: Psychiatriekoordinatoren, auf der Ebene der Organisation: Berücksichtigung nicht-direkt klientenbezogener Leistungen, auf der Ebene des Einzelfalls: koordinierende Bezugsperson
- Bei der Privatisierung von Krankenhäusern ist der Beachtung von Qualitätsstandards zu vereinharen. Dazu gehört auch die Einbeziehung der Klinik in gemeindepsychiatrische Verbundstrukturen.
- Die regionale Pflichtversorgung im komplementären Bereich muss ebenso sichergestellt werden, wie die Pflichtversorgung im Krankenhausbereich. Wir empfehlen dazu die Bildung von regionalen gemeindepsychiatrischen Verbänden von Leistungserbringern, die gemeinsame Qualitätsstandards anerkennen und gemeinsam Pflichtversorgungsaufgaben übernehmen.
- Die Pflichtversorgung schließt ehemalige und potenzielle forensische Patienten ein Pflichtversorgung: Gemeindepsychiatrie und Forensik sollen vernetzt werden.
- Persönliche Budgets sollen forciert eingeführt werden, um Nutzer zu stärken und Flexibilität zu erhöhen.
- Dabei muss unterschieden werden zwischen reinen Einzelleistungen und sozialpsychiatrischen Komplexleistungen. Letztere enthalten immer auch nicht-direkt klientenbezogene Leistungen, die zu vergüten sind.
- Der Vorrang ambulanter Leistungen muss umgesetzt werden.
- Dazu empfehlen wir Änderungen im SGB XII und in den Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen mit dem Ziel der konsequenten Entkopplung von Wohnen und Betreuung mit gesonderter Finanzierung der jeweiligen Leistungen.
- Die Möglichkeit der integrierten Versorgung muss umgesetzt werden.
- Unter Bedingungen des Wettbewerbs zwischen Leistungserbringern müssen Fragen der Eignung sowie der Prozess- und vor allem der Ergebnisqualität im Vordergrund stehen. Eine Beschränkung auf den Preisvergleich ist abzulehnen.

»Die Aussichtslosen wegrationalisieren« – Zukünftige Kernaufgaben

- Budgets auf Trägerebene oder regionaler Ebene sind sinnvoll und können mehr Flexibilität und Effizienz schaffen.

Dabei muss jedoch stets der individuelle Bedarf ermittelt, verhandelt und transparent gemacht werden. Nur bei Erfüllung aller individueller Ansprüche sind Budgets akzeptabel.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Kerstin AXT, Fachliche Leiterin, Saarland Heilstätten GmbH, Virtuelle Werkstatt, Großherzog-Friedrich-Straße 11, 66111 Saarbrücken

Dirk BENNEWITZ, Trägerwerk Soziale Dienste in Thüringen e. V., Betreutes Wohnen Erfurt, Tungerstraße 9a, 99099 Erfurt

Irmgard BEYER, Diakonisches Werk Stadt Neuss, Reha-Ambulanz, Berghäuschengsweg 30, 41464 Neuss

Dr. Gudrun DOBSLAW, v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel, Abteilung Projekte, Königsweg 1, 33617 Bielefeld

Prof. Dr. Dr. Klaus DÖRNER, Facharzt für Psychiatrie, Nissenstraße 3, 20251 Hamburg

Wolfgang FAULBAUM-Decke, Geschäftsführer, Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste GmbH, Waller Heerstraße 103, 28219, Bremen

Dr. Clemens FIRNENBURG, Gutachter des MDKN, MDK Niedersachsen, Abteilung Stationäre Versorgung, Hildesheimer Straße 202, 30519 Hannover

Nils GREVE, Facharzt f. Psychiatrie u. Psychotherapie, Psychosozialen Trägerverein Solingen e. V., Eichenstraße 105–109, 42659 Solingen

Prof. Dr. Petra GROMANN, Fachhochschule Fulda, Fachbereich Sozialwesen, Marquardstraße 35, 36039 Fulda

Dr. Matthias HEIßLER, Johanniter-Krankenhaus, Ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Abteilung, Am Runden Berge, 21502 Geesthacht

Jörg HOLKE, Geschäftsführer, AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Brungsgasse 4–6, 53117 Bonn

Rainer HÖLZKE, Gemeindepsychiatrische Dienste Hamburg-Nordost GmbH, Jüthornstraße 42, 22043 Hamburg, Vorstandsmitglied der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

Angelika JOSUPEIT-TESCHKE, Leiterin des Jugendamts, Stadt Ulm, Soziale Dienste, Schwambergerstraße 1, 89073 Ulm

Dr. Hans-Joachim KIRSCHENBAUER, Abteilungsleitung, Stadt Frankfurt am Main, Stadtgesundheitsamt, Abt. Psychiatrie 53.5, Braubachstraße 18–22, 60311 Frankfurt a. M.

Ministerialrätin Karin KNUFMANN-HAPPE, Abteilungsleiterin, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Abteilung 5, Belange behinderter Menschen, Sozialhilfe, Rochusstraße 1, 53123 Bonn

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Gabriele KRACK, Atriumhaus – Psychiatrisches Krisen- und Behandlungszentrum München-Süd, Bavariastraße 11, 80336 München

Gerhard KRONENBERGER, Landeswohlfahrtsverband Hessen, Regionalverwaltung Darmstadt, Steubenplatz 16, 61293 Darmstadt

Prof. Dr. Peter KRUCKENBERG, Eystruperstraße 6, 28325 Bremen, Vorstandsmitglied der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

Ulrich KRÜGER, Geschäftsführer, AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Brungsgasse 4–6, 53117 Bonn

Helga KÜHN-MENDEL, MdB, beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Platz der Republik 1, 11011 Berlin, Vorstandsmitglied der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

Prof. Dr. Heinrich KUNZE, Ärztlicher Direktor, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, 34306 Bad Emstal, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

Monika LABRUIER, Füngeling Router gGmbH, Wildweg 4a, 50374 Erftstadt

Armin LANG, MdL, Mitglied Landtag des Saarlandes, SPD-Fraktion, Ausschuss für Gesundheit und Soziales, Franz-Josef-Röder-Straße 7, 66119 Saarbrücken

Klaus LAUPICHLER, Vorstandmitglied des Vorstandes BPE, Am Alten Sportplatz 10, 89542 Herbrechtingen

Prof. Dr. Peter MROZYNSKI, Jurist, MarthasträÙe 18, 82131 Gauting

Christiane NEUDERT, Dezernentin für Jugend, Soziales und Gesundheit, Stadtverwaltung Gera, Dezernat Soziales, Gagarinstraße 99–101, 07545 Gera

Jörg OSMERS, Abteilungsleiter, Hessisches Sozialministerium, Abteilung Gesundheit, DostojewskistraÙe 4, 65187 Wiesbaden

Prof. Dr. Reinhard PEUKERT, Dachverband Beisitzer, Professor für Sozialmedizin an der Fachhochschule Wiesbaden, Fachbereich Sozialwesen, Kurt-Schumacher-Ring 18, 65197 Wiesbaden, Vorstandsmitglied der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

Dr. Niels PÖRKSEN, Schmargendorfer Straße 11, 33619 Bielefeld, Vorstandsmitglied der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

Wolfgang RIEGER, Geschäftsführer, Zentrum für Psychiatrie Bad Schussenried, Pfarrer-Leube-StraÙe 29, 8427 Bad Schussenried

Matthias ROSEMANN, Geschäftsführer, Träger gGmbH, Teichstraße 65, 13407 Berlin

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Dr. Gabriele SCHLEUNING, Chefarztin, Atriumhaus – Psychiatrisches Krisen- und Behandlungszentrum München-Süd, Bavariastraße 11, 80336 München, Vorstandsmitglied der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

Prof. Dr. Paul-Otto SCHMIDT-MICHEL, Chefarzt, Zentrum für Psychiatrie Weissenau, Abteilung Sektorpsychiatrie, Weingartshofer Straße 2, 88214 Ravensburg, Vorstandsmitglied der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

Regina SCHMIDT-ZADEL, Hegelstraße 1, 40882 Ratingen, Vorsitzende der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

Armin SCHÖNFELDER, 1. Beigeordneter, Landkreis Ostpommern, Dezernat II, Domminer Straße 71–74, 17389 Anklam

Michael SCHWEIGER, Geschäftsführer ARINET Arbeits-Integrations-Netzwerk GmbH, Schauenburgerstraße 6, 20095 Hamburg

Joachim SPEICHER, stellvertretender Landesgeschäftsführer, Der Paritätische Wohlfahrtsverband, Psychiatrische Dienste, Drechslerweg 25, 55128 Mainz

Prof. Dr. Ingmar STEINHART, Bethel Vor Ort, Geschäftsführung, Von-der-Tann-Straße 38, 44143 Dortmund, Vorstandsmitglied der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

Edwin STILLE, Psychiatriekoordinator, Kreis Herford – Gesundheitsamt, Amtshausstraße 2, 32045 Herford

Joachim STORCK, Geschäftsführer, Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen in Mainz und Umgebung gGmbH, Galileo-Galilei-Straße 9 a, 55129 Mainz

Heinrich TIEMANN, Staatssekretär, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Mohrenstraße 62, 10117 Berlin

Dr. Henning VOßBERG, Zentralkrankenhaus Bremen-Ost, Ergotherapie Haus 4, Züricher Straße 40, 28325 Bremen

Prof. Dr. Wolfgang WEIG, Ärztlicher Direktor, Niedersächsisches Landeskrankenhaus Osnabrück, Allgemeine Psychiatrie III – Psychotherapie, Knollstraße 31, 49088 Osnabrück

Veröffentlichungen der APK

- Band 1 »Gemeindenahe Psychiatrie« 1976 (*vergriffen*)
- Band 2 »Rechtsprobleme in der Psychiatrie« 1977 (*vergriffen*)
- Band 3 »Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht« 1978 (*vergriffen*)
- Band 4 »Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter« 1979 (*vergriffen*)
- Band 5 »Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD – fünf Jahre nach der Enquete« 1979 (*vergriffen*)
- Band 6 »Ambulante Dienste in der Psychiatrie« 1980 (*vergriffen*)
- Band 7 »Drogenabhängigkeit und Alkoholismus« 1980 (*vergriffen*)
- Sonderdruck »Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie« 1981 (*vergriffen*)
- Band 8 »Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter« 1982 (*vergriffen*)
- Band 9 »Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung« 1982 (*vergriffen*)
- Band 10 »Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern« 1983 (*vergriffen*)
- Band 11 »Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten« 1984 (*vergriffen*)
- Band 12 »Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme« 1984 (*vergriffen*)
- Band 13 »Psychiatrie in der Gemeinde – die administrative Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts« 1984 (*vergriffen*)
- Band 14 »Notfallpsychiatrie und Krisenintervention« 1986 (*vergriffen*)
- Band 15 »Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker – Ein internationaler Vergleich« 1986 (*vergriffen*)
- Band 16 »Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission« 1989 (*vergriffen*)
- Band 17 »Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen« 1986 (*vergriffen*)
- Band 18 »Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung – von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen« 1990 (*vergriffen*)
- Band 19 »Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR« 1990 (*vergriffen*)

Veröffentlichungen der APK

- Band 20 »Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen« 1992 (*vergriffen*)
- Band 21 »Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen« 1993 (*vergriffen*)
- Sonderdruck »Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren« 1993 (*Selbstverlag*)
- Sonderdruck »Personalbemessung im komplementären Bereich – vor der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation« 1994 (*vergriffen*)
- Band 22 »Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die gemeindepsychiatrische Versorgung« 1995 (*vergriffen*)
- Band 23 »Qualität in Psychiatrischen Kliniken« 1996 (*vergriffen*)
- Band 24 »Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung« 1997 (*vergriffen*)
- Band 25 »Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie« 1997
- Band 26 »Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung« 1998
- Band 27 »25 Jahre Psychiatrie-Enquete« 2000 1 + 2
- Band 28 »Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund« 2001
- Band 29 Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen« 2002
- Band 30 »Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen, Erfahrungen und Perspektiven« 2003
- Band 31 »Prävention bei psychischen Erkrankungen – Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung« 2004

Bezug lieferbare Titel durch:

AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

Brungsgasse 4–6

53117 Bonn

Tel. 0228/676740

E-Mail: apk-bonn@netcologne.de

Zum Teil im Internet per Download www.psychiatrie.de