

Komplementäre Dienste Wohnen und Arbeiten

Tagungsbericht

Herausgegeben von G. Bosch
C. Kulenkampff
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte
Band 11



1985

Rheinland-Verlag GmbH · Köln

in Kommission bei

Dr. Rudolf Habelt GmbH · Bonn

2. unveränderte Auflage 1992



© Rheinland-Verlag GmbH · Köln 1992

Rheinland-Verlag- und Betriebsgesellschaft
des Landschaftsverbandes Rheinland mbH
Abtei Brauweiler, 5024 Pulheim 2
Alle Rechte vorbehalten
Redaktion: Dr. Ulrich Hoffmann
Gestaltung: Norbert Radtke
Umschlaggestaltung: Renate Triltsch · Köln
Gesamtherstellung: Druckhaus B. Kühlen · Mönchengladbach
ISBN 3-7927-838

	Seite
— Vorwort	7
— <i>W. Picard</i> Begrüßung	8
— <i>G. Bosch</i> Komplementäre Dienste heute — Zur Einführung In die Thematik der Tagung	9
I. Möglichkeiten beschützender Wohnformen	13
— <i>T. Brigis, Ch. Macholdt und G. Mosch</i> Beschütztes Wohnen als Übergang in die Selbständigkeit	15
— <i>K. Nouvertné</i> Beschütztes Wohnen für psychisch Kranke in der Gemeinde	24
— <i>D. Lehmkuhl, G. Bosch, I. Steinhart und J. Werner</i> Psychisch Kranke und Behinderte in Charlottenburger Heimen — Eine versorgungsepidemiologische Studie	34
— <i>K. Dörner</i> Gemeindepsychiatrie fängt mit Langzeitpatienten an — Freiere Le- bensformen für 100 Langzeitpatienten des PKH Gütersloh	86
— Diskussion zu den Referaten des I. Themenbereichs	92
II. Die Rolle der Arbeit in der Versorgung psychisch Kranker und Behin- deter	103
— <i>A. Schwendy</i> Berufliche Förderung und Eingliederung seelisch Behinderter — Ein Überblick über die derzeitige Situation	105
— <i>Ch. Haerlin</i> Arbeitstherapie — Berufliches Training — Arbeitsvermittlung am Bei- spiel des BTZ Wiesloch	114
— <i>I. Steinhart</i> Arbeitsangebote für psychisch Kranke: Formen der Therapie — Mög- lichkeiten für ein menschlicheres Leben	124
— Diskussion zu den Referaten des II. Themenbereichs	132

III. Neue Formen komplementärer Hilfen	143
— <i>A. Köhl</i>	
Clubs — Tagesstätten — Kontaktstellen — Laienhilfe — Selbsthilfe: Ein Überblick	145
— Diskussion zum III. Themenbereich	152
IV. Formen institutioneller Realisierung	163
— <i>G. Struckmeier</i>	
Heime und Wohngemeinschaften in isolierter Trägerschaft oder im Verbund	165
— <i>E. Seyfried</i>	
Selbsthilfefirmen und Werkstätten für seelisch Behinderte — ein Ver- gleich	172
— <i>R. Seidel</i>	
Arbeit und Wohnen als Teil eines gemeindenahen Versorgungsnetzes	180
— Diskussion zu den Referaten des IV. Themenbereichs	199
V. Das Problem der Finanzierung	207
— <i>M. Nowak</i>	
Finanzierungsmöglichkeiten komplementärer Angebote	209
— Diskussion zum V. Themenbereich	219
— <i>G. Bosch</i>	
Schlußwort	227
Anhang	228
— <i>A. Schwendy und M. Nowak</i>	
Rechtliche und institutionelle Probleme und Grundlagen der Rehabili- tation psychisch Behinderter	228
Verzeichnis der Autoren und Diskussionsteilnehmer	263

Vorwort

Wer heute durch unser Land reist und sich umsieht, wo sich in der Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter etwas bewegt, wird unweigerlich auf die komplementären Dienste stoßen. Therapeutische Wohngemeinschaften, neue Heimformen, Werkstätten, die vielfältigen Varianten von auch Laienarbeit und Selbsthilfeaktivitäten berührenden Kontakt- und Beratungsangeboten — man könnte in diesem Zusammenhang auch das Modellprogramm der Bundesregierung nennen — lassen gelegentlich den Eindruck aufkommen, Psychiatrie entwickle sich längst nicht mehr aus dem stationären Bereich heraus, auch nicht im Sinne einer Umakzentuierung auf teilstationäre und ambulante Dienste, sondern in ihren innovativ aufregendsten Feldern gänzlich an den etablierten Versorgungsstrukturen vorbei.

Die Lektüre der Beiträge in diesem Band — Referate und Diskussionen einer Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE — werden diesen Eindruck gelegentlich verstärken, aber auch korrigieren, zumindest relativieren können. Insbesondere dort, wo die institutionelle Realisierung und die Einbettung in ein bestehendes oder angestrebtes Gesamtversorgungsnetz angesprochen werden.

Die Beiträge machen aber auch verständlich, daß die innovative Begeisterung auf diesem Gebiet nicht nur etwas mit den planerischen Freiräumen zu tun hat, die es hier noch gibt, wenn sie durch die fehlenden finanziellen Regelungen auch gleichzeitig wieder stark begrenzt werden. Komplementäre Dienste stehen im Vergleich zu den klassischen Instrumenten der Krankenversorgung der „normalen“ menschlichen Existenz näher. Mit dem Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich erfassen sie zentrale Lebensfelder, deren Humanisierung ein gesellschaftlich geläufigeres, weil allgemeineres, Anliegen ist als etwa die Reform untragbarer Anstaltsverhältnisse. Ein besonderes Pathos beziehen diese Dienste zudem aus der Tatsache, daß in ihnen vielfach das therapeutische und rehabilitative Ziel mit dem eingesetzten Instrument identisch ist. Ein Krankenhausaufenthalt wird immer nur Mittel zum Zweck sein. Im beschützten Arbeitsfeld und Wohnen und in manchen Kontakt- und Freizeitangeboten aber wird als Hilfe angeboten, was gleichzeitig qualitativ erstrebter Zustand ist. Und hier ist Gemeindenähe keine Forderung, die auch unerfüllt bleiben kann, sondern immanente Selbstverständlichkeit. Psychisch Kranke und Behinderte wohnen, arbeiten und pflegen Beziehungen zu Mitmenschen gerade als Klienten komplementärer Dienste immer als Bürger jener Gemeinde, von der auf dieser Tagung soviel die Rede war.

Begrüßung

W. Picard

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat sich noch nie, seit die Enquête veröffentlicht ist und sich in der Verwirklichung befindet, mit dem Thema der komplementären Dienste, des Wohnens und des Arbeitens, beschäftigt. Wenn man die Zusammenfassung der Ergebnisse der damaligen Psychiatrie-Enquête über die komplementären Dienste liest, so kann man, glaube ich, heute doch sagen, daß wir zu damaliger Zeit, als wir ja noch keinerlei Erfahrung hatten, sondern viel stärker von theoretischen Überlegungen ausgegangen sind, im wesentlichen Vorstellungen entwickelt haben, wie sie sich heute in der Realisierung befinden.

Ich möchte besonders herzlich die Referenten zur heutigen Tagung begrüßen, d. h. diejenigen, die aus ihren praktischen Erfahrungen uns die notwendigen Informationen und Hilfen zu geben in der Lage sind, um die tragenden Ziele einer Verbesserung der psychiatrischen Versorgung zu erreichen, die ja unter dem Gesamtstichwort „Gemeindenähe“ zusammengefaßt werden können. Daraus ergeben sich alle übrigen Ziele. Nun ist mit der Gemeindenähe, wie wir wissen, eine Diskussion entstanden, die in den unterschiedlichen Ländern unterschiedliche Ergebnisse herbeigeführt hat, z. B. in Italien ein nach unserem Verständnis ganz radikales Ergebnis, bei uns sehr moderate Entwicklungen, die vielleicht dem einen oder anderen auch hier Anwesenden nicht rasch genug und nicht total genug zu sein scheinen.

Es ist immer ein Problem, mit welcher Geschwindigkeit und in welchen umfassenden Bereichen man solche Vorstellungen, wie wir sie hier finden und wie sie von der Erfahrung, die wir inzwischen gesammelt haben, geformt worden sind, verwirklichen will. Ich meine, es gibt ein Kriterium, auf das man Rücksicht zu nehmen hat, und das ist der betroffene Mensch, mit dem wir es zu tun haben, und nicht irgendwelche Vorstellungen, nicht irgendwelche ideologischen oder theoretischen Überlegungen. Die Frage muß immer wieder lauten, wie bewähren sich die Maßnahmen, die wir durchgeführt haben oder in der Durchführung haben, bei dem Betroffenen. Bessert sich sein Schicksal; sind die Verhältnisse, in denen zu leben er gezwungen ist, menschlicher geworden; hat er größere Chancen zur Selbstverwirklichung, zur Integration in die Gemeinschaft, oder muten wir ihm vielleicht zu viel zu oder zögern zu sehr. Die Fragen, die ich jetzt angeschnitten habe, lassen sich sehr leicht stellen, sie lassen sich selten befriedigend beantworten. Ich denke aber, daß der heutige und morgige Tag uns jedenfalls einigen Antworten näher bringt.

Ich möchte unter uns besonders Herrn Prof. Bosch erwähnen, der die Tagung im wesentlichen vorbereitet hat und auf den auch der ganze Ablauf zurückgeht. Ich bin ihm außerordentlich dankbar, daß er aus der Berliner Erfahrung heute selbst die Einführung in die Thematik der Tagung geben wird.

Komplementäre Dienste heute — Zur Einführung in die Thematik der Tagung

G. Bosch

Wenn „komplementäre Dienste heute“ zur Rede stehen, darf nicht übersehen werden, daß sich hier in den letzten Jahren Entwicklungen angebahnt haben, die noch zur Zeit der Erstellung der Psychiatrie-Enquête nicht absehbar waren. Nimmt man die Enquête zur Hand, so fällt angesichts ihres gewaltigen Umfangs auf, welcher schmalen Raum die konkreten Empfehlungen zu diesen Versorgungseinrichtungen einnehmen. Sie sind, vergleichsweise, auch wenig anschaulich und stellen eher eine Art Systemkatalog mit erweiterten definitiven Beschreibungen dar. Aus der damaligen Situation heraus ist das verständlich: Angesichts des fast völligen Fehlens komplementärer Dienste waren wir damals eher auf prospektive Entwürfe als auf Ordnung von Vorhandendem angewiesen. Wo es nichts gab, stellte sich auch die Frage einer Reform nicht. Das ist anders geworden. Das Modellprogramm der Bundesregierung hat sicher, neben einigen anderen, beispielsweise ökonomischen Komponenten, zu dem heute zu konstatierenden Durchbruch beigetragen. Die Behauptung wird kaum übertrieben sein, daß es neben der zunehmenden Zahl psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und neben den tagesklinischen Entwicklungen vor allem die komplementären Dienste sind, mittels derer die bundesdeutsche Psychiatrie in Bewegung geraten ist und in Bewegung gehalten wird.

Man wird im nochmaligen Rückblick auf das Enquête-Kapitel gleichwohl sagen können, daß in ihm vieles beschrieben ist, was wir heute sich entwickeln sehen. Es ist aber auch zu sehen, daß in der damaligen Auflistung (Tab.) manches fehlt — beschützte Arbeit und Kontaktstellen sind in anderen Kapiteln beschrieben und auch anders als heute verstanden worden, Laien- und Selbsthilfe waren kaum der Rede wert — und daß sich vor allem das Gewicht von den hier ganz im Vordergrund stehenden Heimen zu den „sonstigen komplementären Diensten“ verschoben hat, die sich heute inhaltlich gewandelt und

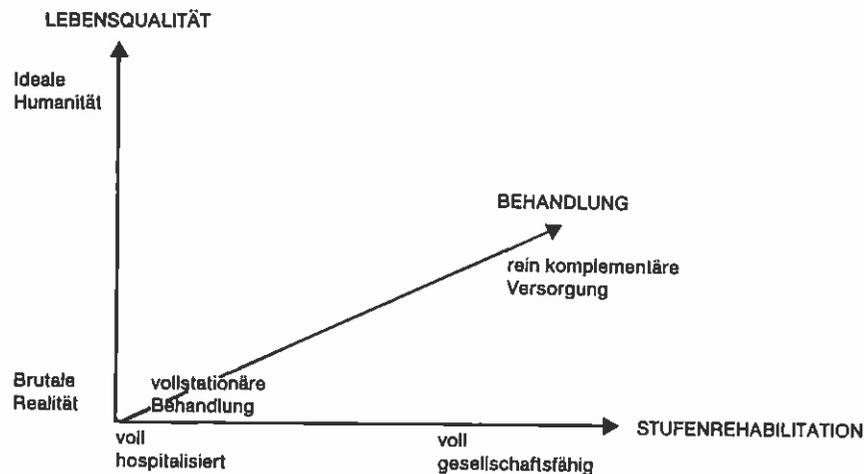
„Zu unterscheiden sind:

- a) Komplementäre Dienste mit voller Patienten- und Behindertenversorgung
Übergangsheime,
Wohnheime,
Einrichtungen für Mehrfach- und Schwerstbehinderte;
- b) sonstige komplementäre Dienste
Beschützende Wohngruppen und Wohnungen,
Patientenclubs,
Tagesstätten.“

Enquête, B. 3. 4 Komplementäre Dienste, S. 223

viel differenzierter darstellen. Unsere Tagung hat diesen „neuen Formen komplementärer Dienste“ einen eigenen Themenbereich gewidmet.

Betrachtet man komplementäre Dienste insgesamt und fragt nach ihrem Stellenwert in der Versorgung, so zeigen schon die ersten beispielhaften Überlegungen, daß man es hier nicht mit einlinigen Zielsetzungen zu tun hat. Der klassische Ansatz ist sicher der rehabilitative: Komplementäre Einrichtungen werden als Übergangseinrichtungen zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung verstanden: Übergangsheim und berufliches Training sollen stellvertretend für viele andere Beispiele stehen. Es ist aber auch nicht zu übersehen, daß in solchen komplementären Einrichtungen, vor allem bei den Wohnangeboten, auch Behandlung — im weitesten Sinn wie in der engeren medizinischen Bedeutung — eine wichtige und oft keineswegs nur eine begleitende Rolle spielt. Versuche einer weitgehenden Ablösung stationärer Behandlung durch reine Wohngemeinschaftsversorgung mögen hier extreme Grenzwertstellungen markieren. Schließlich hat sich, vor allem in den Dauerformen solcher Dienste — als Beispiel seien Möglichkeiten beschützten Arbeitens und die Wohnheime genannt — ein Gesichtspunkt in den Vordergrund geschoben, der in der Enquête noch fast ausschließlich im Rahmen der stationären Behandlung abgehandelt wurde und dort als Ablösung der „brutalen Realität“ unseres damaligen Anstaltswesens durch humanere Lebensbedingungen ausführlich beschrieben wurde. Betrachtet man das hier dargestellte Koordinatensystem (Abb.) — die schräg gezeichnete Achse ist als Senkrechte über dem gemeinsamen Basispunkt zu denken — so ließe sich unschwer für jede einzelne komplementäre Einrichtung erfragen, an welchem Raumpunkt sie zu lokalisieren wäre und welche Zielsetzungen damit in ihr eher hervor- oder eher zurücktreten.



Räumliches Koordinatensystem der Ziele komplementärer Behandlung (n. Hoffmann)

Es ist klar, daß sich in der konkreten Realität komplementärer Dienste diese Aspekte in verschiedenen Akzentuierungen mischen. Wir haben bei der Verteilung der Referate daher nicht nur aus Gründen der Ökonomie darauf verzichtet, Realisierungen komplementärer Einrichtungen in — an solchen Zielsetzungen gemessen — möglichst reinen Formen darstellen zu lassen, sondern eher die Mehrdimensionalität aufzuzeigen. So wird beispielsweise im ersten Referat — schon dessen Titel zeigt dies — der rehabilitative Aspekt besonders akzentuiert, der sich auch in Trainingselementen des therapeutischen Programms in einem als Übergang gedachten Wohngemeinschaftsprojekt für Langzeitpatienten niederschlägt. Gleichzeitig enthält die Zielsetzung der Selbständigkeit eines späteren Wohnens natürlich ein qualitatives Element. Dieses wird bereits im zweiten Referat in den Vordergrund treten, wenn über eine Einrichtung berichtet wird, die eine langfristige Wohnform als Lebensraum für ein im Rahmen des Möglichen erfülltes Dasein für psychisch Behinderte anleitet. Das Solinger Beispiel mag auch anschaulich machen, daß Wohnen und Arbeiten im Umkreis komplementärer Betreuungsangebote sich inhaltlich nicht trennen lassen und sich immer gegenseitig ergänzen müßten. Neben der häufig nicht adäquaten medizinischen Behandlung ist es ja vor allem die tätigkeitslose und damit oft sinnentleerte Existenz, welche die Unterbringung vor allem jüngerer psychisch Kranker und Behinderter in Einrichtungen der Altenpflege — hier von handelt das dritte Referat des heutigen Vormittags — so fragwürdig macht.

Die Enquête hatte Wohnen und Arbeiten noch streng getrennt und letzteres unter dem Kapitel „spezielle rehabilitative Dienste“ abgehandelt. „Während die komplementären Dienste“, so ist dort zu lesen „für die *Versorgung* . . . notwendig sind, besteht die Aufgabe der speziellen rehabilitativen Dienste darin, der gleichen Klientel ein gestuftes Angebot von Einrichtungen mit dem Ziel einer möglichst vollen Rehabilitation der Betroffenen am Arbeitsmarkt . . . oder die Gelegenheit zur Erlernung und/oder Ausübung einer geeigneten Tätigkeit“ zu bieten.

Man wird angesichts der Entwicklung seit 1975 feststellen können, daß wir uns zunehmend bewußt wurden, daß diese beiden Angebote für die gleiche Klientel zumindest koordiniert, am besten aber zusammen angeboten werden sollten. Die dem Übersichtsreferat des Themenbereichs 2 folgenden beiden Darstellungen werden dies verdeutlichen können, auch wenn der Brennpunkt ihres Gegenstands die reichen Möglichkeiten und der Sinn von Arbeit im psychiatrischen Feld sind.

Wir haben diese Notwendigkeiten der Zusammenführung von Wohn- und Arbeitshilfen damals durchaus gesehen und in der Enquête ein „Verbundsystem“ empfohlen, „das Übergangsheime, Wohnheime, beschützende Wohngruppen, Wohnungen, Patientencclubs, Tagesstätten, Werkstätten für Behinderte und gemeinsame Versorgungseinrichtungen unter einem zentralen Leitungsgremium umfaßt“. Ein solches System ist auch heute noch eine Idealvorstellung und als Teil eines gemeindenahen Versorgungssystems selten, am

eindrucksvollsten wohl in Mönchengladbach erreicht; das Referat von Herrn Seidel wird dies verdeutlichen können. Auch die vorgehenden Referate des Themenbereichs 4 werden die Frage aufwerfen, welche Formen institutioneller Realisierung komplementärer Dienste solchen idealen Vorstellungen am nächsten kommen können.

Die Gründe für die lebensfremde Trennung von Wohnen und Arbeiten, Behandlung und Rehabilitation sowie lebensbegleitender humaner Versorgung, selbst für die Unterteilung rehabilitativer Bemühungen in solche medizinischer, sozialer und beruflicher Art sind uns alle bekannt und in den Tagungen der Aktion Psychisch Kranke immer wieder in die Diskussion geraten: Nirgendwo zeigen sich die Nachteile unseres gegliederten Versicherungssystems so deutlich wie im komplementären Versorgungsfeld. Referat und Diskussion des Themenbereichs 5 sollen helfen, Wege zur Überwindung dieser Schwierigkeiten aufzuzeigen.

Schließlich noch ein letztes: Es ist sicher kein Zufall, daß die meisten Referenten dieser Tagung nicht aus dem Umkreis der etablierten und traditionellen psychiatrischen Einrichtungen kommen. Psychosoziale Hilfen im komplementären Feld haben sich — und sie mußten das tun — aus dem klinischen Raum weit entfernt. Es mag von der sogenannten Fachwelt etwa universitärer Institutionen beklagt werden, daß hier eine Entwicklung an ihr sozusagen vorbei- und vorausgelaufen ist. Wer sich darüber beschwert, wird sich sagen lassen müssen, daß untätige Abstinenz und ein einseitiger klinischer Blick psychosoziales Leid nur bedingt erfassen und auch nur bedingt zu seiner Behebung und Linderung beitragen kann. Die Einbeziehung der sogenannten Geisteskranken in die Medizin im letzten Jahrhundert — seinerzeit ein ungeheurer Fortschritt, weil sie den damaligen „Irren“ den vorteilhafteren Status von Patienten gaben — erweist sich gerade unter dem Blickpunkt komplementärer Versorgung mit ihrer notwendigen starken Betonung der sozialen Komponenten auch als eine Verengung, die schmerzende Gräben aufgerissen hat. Es ist und war immer ein Anliegen der AKTION PSYCHISCH KRANKE — und es sollte auch ein Anliegen dieser Tagung sein — diese Kluft zum Wohle der uns anvertrauten kranken und behinderten Menschen überwinden zu helfen.

I. Möglichkeiten beschützender Wohnformen

Beschütztes Wohnen als Übergang in die Selbständigkeit

Ch. Macholdt, T. Brigis, G. Mosch

I. Betreuung

Seit über einem Jahr betreuen wir im Projekt „Dezentrales Wohnen“ der Bremer Werkgemeinschaft e. V. 10 Klienten, die fast alle ehemalige Patienten von Langzeitstationen des Zentralkrankenhauses Bremen-Ost sind. In drei abgeschlossenen Wohnungen leben die Bewohner in einem Kleinstwohnheim im Bremer Westen. Die Einrichtung unterliegt z. Zt. noch dem Heimgesetz.

Der Name „Dezentrales Wohnen“ weist auf die konzeptionelle Überlegung hin, verschiedenartige, in der Stadt verteilte Wohnangebote für psychisch kranke Menschen zu realisieren und dann die dort lebenden Bewohner je nach Bedarf zu betreuen.

Bis Mitte dieses Jahres wollen wir weitere acht betreute Wohnmöglichkeiten im Raum Bremen schaffen. Für die Zukunft ist eine Erweiterung auf über 40 Plätze geplant.

Unsere Klienten sind Männer und Frauen zwischen 20 und 50 Jahren, die in der Regel mehrere Jahren in der Klinik gelebt haben, einige teilweise bis zu 15 Jahren.

Die äußeren Lebensbedingungen in der Klinik waren gekennzeichnet durch eine Vollversorgung in allen Bereichen des täglichen Lebens und einer Reglementierung des Tagesablaufs.

Einschränkungen im Umgang mit Geld und Gebrauchsgegenständen waren üblich.

Als soziale Folgen des langjährigen Klinikaufenthaltes wären der Verlust von Bindungen an Familie und Bezugspersonen außerhalb der Klinik zu nennen und der Verlust des Arbeitsplatzes und damit einhergehend die finanzielle Abhängigkeit von Sozialhilfeleistungen.

Bei allen Bewohnern standen anfänglich folgende hospitalisierungs- und krankheitsbedingte Verhaltensbesonderheiten im Vordergrund:

- Mißtrauen und Angst vor von außenkommenden Veränderungen,
- mangelndes Selbstvertrauen
- verbale Einschränkung
- gefühlsmäßiger Rückzug und Einengung der sozialen Kontaktfähigkeit.

Fast alle Bewohner nehmen seit langer Zeit Medikamente, was die Wahrnehmung und Äußerung von Bedürfnissen in schwer kalkulierbarer Weise beeinflusst.

Ziel unserer Arbeit ist die Erweiterung der Autonomie, der Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten der Bewohner. Zunehmende Eigeninitiative soll die

Abhängigkeit verringern, langfristig soll den Bewohnern die Möglichkeit gegeben werden, ihren Fähigkeiten entsprechend ihr Leben möglichst eigenverantwortlich zu meistern. Das geht nur über eine Veränderung der traditionellen Patientenrolle mit entsprechend veränderten Rahmenbedingungen.

Die Betreuung muß flexibel und individuell sein und sich hauptsächlich an der Qualität der zwischenmenschlichen Beziehung orientieren. Für die Anfangsphase muß die Möglichkeit einer intensiven Betreuung gegeben sein. Erleichternd können wir uns in diesem Zusammenhang eine Vorlaufphase in der Klinik vorstellen, in der sich zukünftige Bewohner kennenlernen und gemeinsame Vorstellungen vom Zusammenleben entwickeln könnten. Die Kooperation zwischen der Klinik und dem Wohnprojekt müßte in diesem Fall viel konkreter auf die zukünftigen Anforderungen Bezug nehmen, als es bisher der Fall war.

Nachfolgend möchten wir Ihnen einen kurzen Einblick in unsere praktische Arbeit geben, der Ihnen vielleicht die gerade genannten Thesen anschaulicher vermittelt:

Von Anfang an mußten die Wohngemeinschaften sich selbständig versorgen. Die Haushaltspflichten wurden verbindlich durch einen Plan geregelt, den die Bewohner wöchentlich erstellten. Da in einzelnen Fällen kaum lebenspraktische Fähigkeiten vorhanden waren, mußten wir ein entsprechendes Training durchführen. Der Wechsel aus einer behüteten und stark strukturierten Umgebung in eine Situation, die eine Veränderung der bisherigen Lebensweise erforderte, war für die Betroffenen eine große Belastung. So unvermittelt vor die Aufgabe gestellt, für sich selbst zu sorgen, ließen sich einige Bewohner von ihren Wohngenossern mitversorgen. Anfänglich mischten wir uns nicht ein und gestanden den WGs die Möglichkeit der Selbstorganisation von Aufgaben zu. Dann mußten wir jedoch erkennen, daß eine strikte Rollenteilung erhebliche Probleme mit sich bringt. Hier reproduzierte sich eine Versorgungssituation, die gegen das Konzept der Selbstverantwortlichkeit lief. Mit dem Auszug einer Bewohnerin, die eine zentrale Rolle gespielt und die Versorgung ihrer WG hauptsächlich gewährleistet hatte, brach diese Gemeinschaft völlig zusammen! In Zukunft achteten wir darauf, daß sich Aufgaben und Belastungen möglichst auf alle verteilten und daß sich auf Dauer die lebenspraktischen Fähigkeiten angleichen.

Gerade über Tätigkeiten wie Putzen oder Kochen gab und gibt es immer wieder Streit innerhalb des Personals. Hier drückt sich am sichtbarsten aus, wie verschieden von uns die Einzelnen doch leben. In langen Auseinandersetzungen mußten wir lernen, daß es auch außerhalb unserer Norm und unserer Vorstellungen Lebensweisen gibt, die funktionieren.

In der Anfangsphase zeichneten wir uns durch eine liberale Haltung aus. Nichts war festgelegt, alles sollte sich entwickeln. Doch sehr bald zeigte sich, daß das Zusammenleben sich nicht von selbst oder durch gute Worte regelte.

Drei Monate nach dem Einzug erstellten wir eine „Hausordnung“ in der all die Punkte verbindlich geregelt wurden, über die es wiederholt Streitereien gab. Nachdem sich z. B. Besucher gleich für mehrere Tage einquartiert und erhebli-

che Unruhe ins Haus gebracht hatten, wurde die Besuchszeit auf max. drei Tage beschränkt. Dieser Punkt unterstützte vor allem diejenigen Bewohner, die sich mit ihren Ängsten in der Gemeinschaft nicht verständlich machen konnten.

Mit diesem Regelkatalog definierten wir zum ersten Mal klar unsere Grenzen. Wir hatten erkannt, daß es ganz ohne Struktur nicht geht. Den Bewohnern wurde dadurch die Orientierung innerhalb des Hauses erleichtert. Die Teilnahme an den regelmäßig stattfindenden Wohngemeinschafts- und Hausversammlungen wurde ebenso geregelt wie die Verpflichtung zur Instandhaltung der Wohnungen und die Begleichung von selbstverschuldeten Schäden an Einrichtungsgegenständen. Ganz klar stellten wir heraus, daß eine Verletzung dieser Regeln eine Kündigung nach sich ziehen wird.

Vom ersten Tag an tranken einzelne Alkohol. In der Klinik bestand ein Alkoholverbot, dementsprechend wurde heimlich getrunken. Wir ermutigten die Bewohner, das bisher Verbotene doch offen zu tun, schließlich ist das Trinken ja eine weitverbreitete Form des geselligen Zusammenseins. Als in Zusammenhang mit Alkohol Geld veruntreut wurde und „Saufkumpane“ sich im Haus einzuquartieren begannen und wir uns eingestehen mußten, daß entgegen konzeptionellen Absichten wir einen Bewohner mit einer Suchtproblematik aufgenommen hatten, bezogen wir eindeutig Stellung gegenüber dem Alkoholproblem: Wir trennten uns von dem betreffenden Bewohner und erklärten, daß wir uns in Zukunft von jedem Bewohner trennen werden, der in Zusammenhang mit Alkohol Pflichten und Termine wiederholt versäumt oder vernachlässigt.

In dem Maße, wie die Bewohner sich in der Geeststraße heimisch zu fühlen begannen und die WG als ihr „neues Zuhause“ begriffen, gerieten einzelne von ihnen in ernsthafte Konflikte mit ihren Angehörigen, mit denen sie oft auf eine unselbige Art und Weise verbunden waren. In einem Fall wurden wir sogar zu regelrechten „Konkurrenzältern“.

Hier wurde uns deutlich, wie wichtig es für das Gelingen unserer Arbeit ist, die Angehörigen mit einzubeziehen. Auf einem Angehörigentreff informierten wir über das Projekt und unsere Arbeit und betonten unseren Wunsch nach enger Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Einige Konflikte konnten dadurch in der Vergangenheit entschärft werden. Zu einigen Familien haben wir seitdem einen guten Kontakt.

Eines unserer Lernziele ist der selbstverantwortliche Umgang mit Medikamenten. Der Auszug aus der Klinik war für alle Bewohner der Beginn eines neuen Lebens und gleichbedeutend mit Gesundheit. Kaum einer, der nicht seine Medikamente unregelmäßig eingenommen oder gar abgesetzt hätte. Von Anfang an bestanden wir darauf, daß sich jeder Bewohner einen Arzt seines Vertrauens sucht.

Wir informierten uns zwar über Art und Menge der Medikamente, die der Einzelne nahm, vermieden es jedoch, die Einnahme von Medikamenten zu erzwingen. Eindringlich konfrontierten wir dagegen mit den möglichen Folgen des

Absetzens und plädierten dafür, das Gespräch und die Auseinandersetzung mit dem Arzt darüber zu suchen. In der Regel erwies sich diese Zusammenarbeit als fruchtbar, und langfristig konnten in einzelnen Fällen die Medikamente reduziert werden.

Andererseits boten wir unsere Hilfe dort an, wo Probleme bei der Einteilung der Medikamente bestanden, wobei wir jedoch strikt darauf achteten, daß die Verantwortung für die regelmäßige Einnahme beim Bewohner blieb. Über die anstehenden Arzttermine versuchten wir einen Überblick zu behalten und sprachen säumige Bewohner auf die Ursachen an. Es wurde deutlich, daß das Angewiesensein auf Medikamente gleichbedeutend mit Kranksein war. In langen Gesprächen problematisierten wir den Umgang mit der „Krankheit“ und versuchten, Krisensituationen den Schrecken zu nehmen. Dennoch mußten 50% unserer Klienten kurzzeitig zur Krisenintervention in die Klinik zurück.

Hier machten die Betroffenen die wichtige Erfahrung, daß auch ein Weg aus der Klinik herausführt.

Wir begannen unsere Arbeit mit der Warnung, uns nicht von der Lethargie der Bewohner entmutigen zu lassen. Mittlerweile begreifen wir, was dieser Satz bedeutet — wir haben uns wohl alle auf eine langfristige Perspektive eingestellt. Ein Jahr hat es gedauert, um erst einmal eine Vertrauensbasis zu den Bewohnern des Wohnheims herzustellen.

Wir begriffen, daß der Erfolg unserer Arbeit von vielen Einzelfaktoren abhängt, die wir teilweise nicht beeinflussen können.

„Herr Keuner ging durch ein Tal, als er plötzlich bemerkte, daß seine Füße in Wasser gingen. Da erkannte er, daß sein Tal in Wirklichkeit ein Meeresarm war und daß die Zeit der Flut herannahte. Er blieb sofort stehen, um sich nach einem Kahn umzusehen, und solange er auf einen Kahn hoffte, blieb er stehen.

Als aber kein Kahn in Sicht kam, gab er diese Hoffnung auf und hoffte, daß das Wasser nicht mehr steigen möchte. Erst als ihm das Wasser bis ans Knie ging, gab er auch diese Hoffnung auf und schwamm. Er hatte erkannt, daß er selber ein Kahn war.“

Bertolt Brecht

II. PERSONAL

Für die Entwicklung von mehr Selbständigkeit für unsere Bewohner ist es ebenso erforderlich, unseren Arbeitsbedingungen, d. h. unserer Teamstruktur Aufmerksamkeit zu schenken.

Wichtiger und notwendiger Bestandteil unserer Arbeit sind die Auseinandersetzungen im Team. Den Krankheitssymptomen und Hospitalisierungsercheinungen der Bewohner — die wir mit diesen gemeinsam verstehen und handhabbar machen wollen — entsprechen die vielfältigen Ausformungen unserer eigenen Defizite: Ängste, Konkurrenzgefühle, Größenphantasien, Erscheinungen des Helfersyndroms, all das, was sich an typischen Merkmalen in den sog. helfenden Berufen finden läßt. So bedeutete für uns Mitarbeiter, die fast alle aus der Arbeit auf psychiatrischen Stationen kamen, dieses erste Jahr einen

mühsamen Lernprozeß hinsichtlich der Wahrnehmung und des Umgangs mit unseren eigenen Schwierigkeiten.

Im Laufe der Zeit haben wir festgestellt, daß wir als Team wie auch als Einzelpersonen Modell sind für die Bewohner: Wie wir untereinander mit Konflikten umgehen, was für eine Dynamik in unseren Rollenverteilungen und Strukturen besteht, inwieweit wir in der Lage sind, mit unserer Unterschiedlichkeit und Vielfalt der Meinungen, Arbeitsweisen und persönlichen Lebenskonzepte umzugehen, sie zu akzeptieren oder aber „glattzubügeln“ — all das wirkt beispielgebend auf unsere Bewohner, die in dem Prozeß des Erlernens von Selbständigkeit immer wieder Orientierungshilfen brauchen und dabei nach dem Naheliegenden greifen: den Mitbewohnern und uns.

So kamen wir nicht umhin, uns an unserem eigenen Anspruch zu messen und den Leuten im Haus das vorzuleben, was wir für sie als Ziel formuliert hatten: das eigene „Anderssein“ wahrzunehmen, zu akzeptieren und damit zu leben, eine individuelle Form der Selbstdarstellung und Selbstverwirklichung in der Arbeit zu finden und die der Anderen ebenfalls als solche zu akzeptieren, ohne dabei notwendigen Konflikten aus dem Weg zu gehen.

Die Vorstellung von diesem Prozeß der Verselbständigung als einer Herauslösung aus symbiotischen Verbindungen, als Abbau von sowohl Strategien der Überanpassung wie auch der Kehrseite davon: nämlich der inneren Emigration, konfrontierte uns mit unseren eigenen Schwierigkeiten, „Trennendes“ im Team nicht als gefährdend wahrzunehmen sondern als gesund und fruchtbar, wenn es offengelegt und integriert werden kann und somit zu einer Ausgewogenheit von Trennendem und Verbindendem führt.

Darüber hinaus war jeder einzelne von uns in hohem Maße als Person in seiner Funktion als Projektionsfigur für die Bewohner gefordert. Durch das langsame Entstehen von z. T. sehr intensiven Beziehungen zwischen Betreuern und Bewohnern — insbesondere nachdem wir ein Bezugspersonensystem eingeführt hatten — entwickelten sich zunehmend Formen der Betreuung, die den Mitarbeitern weitgehende Fähigkeiten zur Selbstreflexion und Selbstverantwortlichkeit abverlangten. Das Herstellen einer Ausgewogenheit von Beschützen und Loslassen, von Nähe und Distanz, von Möglichkeiten zur Regression wie auch der Konfrontation mit Realitäten erfordert zum einen den bewußten Umgang mit eigenen Bedürfnissen und Motiven, die in die Arbeit mit den Betroffenen einfließen, und zum anderen die Bereitschaft, sich auf einen gemeinsamen Lernprozeß einzulassen. Einen Lernprozeß, in dem Vorurteile und Abgrenzungen gegenüber den Bewohnern wie auch den Kollegen langsam abgebaut werden, festgefügte Rollen und verinnerlichte Normen immer wieder in Frage gestellt, Ängste und Schwelrigkeiten offengelegt und zur Gewohnheit gewordene Strukturen, Verhaltensmuster und Konzeptionen aufgegeben werden müssen zugunsten flexibler und dynamischer Herangehensweisen.

Ein anstrengender und streckenweise sehr mühsamer, aber für uns alle persönlich auch sehr fruchtbarer Prozeß.

Ebenso wichtig wie der Abbau von Abgrenzungen und Konkurrenzen innerhalb unserer Einrichtung erwies sich das Aufgeben von solchen irrationalen Rivalitäten in der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen wie Klinik oder psychosozialen Einrichtungen im Umfeld. Erfahrungsgemäß neigen gerade Teams mit hohem antipsychiatrischem Anspruch und erheblichem persönlichen Engagement für ihre Arbeit sehr leicht zu rivalisierenden Abgrenzungen nach außen, die für die betroffenen Klienten Brüche und Verwirrungen zur Folge haben.

Auch wir haben im Kontakt mit Langzeitstationen, niedergelassenen Nervenärzten, Beratungsstellen etc. zunächst Formen der Akzeptanz und sinnvollen Kooperation lernen müssen, nachdem wir in der Anfangsphase oft den Fehler gemacht hatten, die Arbeit der anderen zu ignorieren oder abzuwerten, und uns damit in der Wirkung unserer rehabilitativen Bemühungen selbst beschnitten haben.

Rückblickend sind all diese Entwicklungen und Lernprozesse, die wir als Team durchlaufen haben und noch immer durchlaufen, undenkbar ohne Supervision. Die zeitliche und finanzielle Möglichkeit, sich immer wieder unter qualifizierter Anleitung mit all den Problemen und Schwierigkeiten der alltäglichen Arbeit auseinandersetzen zu können, ist für uns unabdingbare Voraussetzung für das Gelingen einer solchen Arbeit.

Ebenso wie eine gute personelle Besetzung, die dem Team den Raum läßt, ohne übergroßen zeitlichen Druck Auseinandersetzungen untereinander führen zu können, ist das Korrektiv durch außenstehende Personen mit hoher fachlicher Kompetenz absolut notwendig, will man nicht in der Stagnation der verwahrenden und versorgenden Formen psychiatrischer Betreuung stecken bleiben.

Wir möchten die Bedingungen thesenartig zusammenfassen, die aus unserer Sicht für eine Entwicklung autonomerer Lebensformen der Bewohner zu benennen sind:

1. Wesentlicher Bestandteil der Arbeit muß eine offene Auseinandersetzung über die eigenen Ängste und Schwierigkeiten der Mitarbeiter im Umgang mit den Bewohnern sein.
2. Das Team muß lernen, Rollen und Machtstrukturen transparent zu machen, Konkurrenzen auszutragen und abzubauen und so konfliktfähig zu werden, daß unterschiedliche Arbeitsweisen akzeptiert und integriert werden können.
3. Rivalitäten zwischen verschiedenen psychosozialen Einrichtungen müssen zugunsten gegenseitig unterstützender Formen der Kooperation abgebaut werden.
4. Das Gelingen von Projekten dieser Art und Zielsetzung ist nicht zuletzt abhängig von einer ausreichenden personellen Besetzung und der Möglichkeit regelmäßiger fachlich qualifizierter Supervision.

III. PLANUNGEN

Schaffung differenzierter Wohnangebote

These: Um psychisch kranke Menschen nach langjährigen, bzw. mehrmaligen Klinikaufhalten in möglichst „normale“ Lebensbezüge zurückzuführen, ist es u. a. notwendig, betreute Wohnangebote zu schaffen, die verschiedenartige Wohnformen beinhalten.

Bei unseren Projektplanungen standen zunächst Wohngemeinschaften als nahezu einzige Alternative zur stationären Unterbringung im Vordergrund unserer Bemühungen. Diese Wohnform organisierten wir unter dem „Dach“ eines Kleinstwohnheimes. Bereits wenige Monate nach dem Einzug unserer Bewohner zeigte es sich jedoch, daß es unerlässlich ist, auch andere betreute Wohnangebote zu berücksichtigen: Ein- und Zweipersonenhaushalte.

Darüber hinaus erwies es sich als erforderlich, keine rigide Trennung zwischen Übergangs- und Dauerwohnform vorzunehmen. Innerhalb unserer Wohneinrichtungen können die Bewohner ohne zeitliche Begrenzung wohnen bleiben. Die Betreuer ziehen sich zurück. Aus den Heimbewohnern werden Mieter, die ihr neues soziales Umfeld nicht zu verlassen brauchen, auch wenn nur noch sporadisch oder gar keine Betreuung stattfindet.

Derartige verschiedene Wohnformen zu realisieren ist nicht einfach. Es läßt sich nur schwerlich geeigneter Wohnraum anmieten, da er einerseits überdurchschnittlich kostengünstig sein muß, was derzeit in Bremen bedeutet, daß einerseits der örtliche Sozialhilfeträger als Garantiegeber bei eventuellen Mietausfällen durch Auszug eines Bewohners nur bis maximal DM 7,—/qm (kalt) eintritt und andererseits bei potentiellen Vermietern Vorurteile gegenüber Mietern bestehen, die aus psychiatrischen Kliniken kommen. Hier gilt es festzustellen, inwieweit staatlicherseits Hilfen zur Wohnraumbeschaffung geleistet werden können.

Entwicklung adäquater Finanzierungsformen

These: Es müssen Finanzierungsformen entwickelt werden, die gleichermaßen umfangreich wie langfristig gesichert sein sollten, da sie ansonsten nicht den flexiblen Wohn- und Betreuungsbedürfnissen entsprechen. Demgemäß kommunale Finanzierungsmöglichkeiten sollten erkundet werden.

Das Projekt „Dezentrales Wohnen“ wird z. Zt. aus Mitteln des Bundesmodellprogramms „Psychiatrie“ und aus Mitteln des Landes Bremen im Rahmen einer Pflegesatzregelung finanziert. Die Pflegesatzvereinbarung führte — wie bereits weiter vorn bemerkt — in der Startphase unserer ersten Einrichtung zur Heimorganisation des Hauses Geeststraße 36 im Sinne des Heimgesetzes. Zur damaligen Zeit gab es ansonsten keine Kostenregelung die es uns ermöglicht hätte, intensive Betreuung für schwer chronifizierte und langzeithospitalisierte Psychiatriepatienten zu gewährleisten. Unsere Zielsetzung besteht u. a. darin, den Heimstatus aufzugeben und den Bewohnern unseres Projektes einen Mieterstatus zukommen zu lassen im Sinne einer möglichst umfangrei-

chen Eigenverantwortlichkeit und den „normalen“ Lebensbedingungen entsprechenden Alltagsorganisation. Hinzu kommt, daß die Heimkonstruktion sehr stark reglementiert und langfristig selbstverantwortliches Leben eher behindert als fördert.

Als ein Beispiel wäre hier der Bereich der Lebenshaltungskosten aufzuführen. Der alltägliche Umgang mit Lebensmittel-, Miet- und sonstigen Kosten sollte ebenfalls langfristig eigenverantwortlich von den Bewohnern organisiert werden und nicht durch eine heimgesetzlich vorgeschriebene „ordentliche Buchführung“ geregelt sein.

Motivation zum wirtschaftlichen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Geldern kann sich bei den Heimbewohnern nur schwerlich entwickeln, wenn die letztendliche Verantwortlichkeit bei den Heimmitarbeitern liegt. Das unterstützt ja gerade die eigentlich abzubauenen Versorgungshaltung der Bewohner.

Auch heute existiert noch keine klar durchstrukturierte Kostenregelung. Der Trend geht in Richtung eines sogenannten „geteilten Pflegesatzes“. Das bedeutet, das Personal-, Sach- und Verwaltungskosten durch eine Pflegesatzregelung abgedeckt und die Kosten der Lebenshaltung durch den Bewohner selbst aufgebracht werden müssen. Entweder über Arbeitsentgelt, oder durch den Sozialhilfe- bzw. Rententräger.

Krankenversicherungsträger konnten bisher nur in einem Falle für Betreuungskosten herangezogen werden. Ungeklärt ist seitens der Sozialhilfe- und Einrichtungsträger die Höhe der Selbstbeteiligung der Bewohner an den Betreuungskosten. Zu beachten wäre, daß Bewohner, die die Möglichkeit besäßen, einen Arbeitsplatz zu erhalten, nur wenig motiviert wären, diesen auch anzunehmen, wenn sie den Großteil ihres Arbeitseinkommens an staatliche Behörden abliefern müßten, um damit ihre eigene Betreuung zu finanzieren. Eine eigenwillige Situation!

Weitere Überlegungen gehen in Richtung einer sogenannten „Poolfinanzierung“. Dahinter verbirgt sich folgendes:

Für eine bestimmte Anzahl zu betreuender Wohnplätze wird ein bestimmter Personalschlüssel verhandelt. Nicht mehr für eine Wohngruppe gesondert, sondern für alle zusammengenommen stünde dann ein „Personalstamm“ zur Verfügung. Intensität und Ort der Betreuung blieben in der Organisation des Einrichtungsträgers. Die Vorteile lägen bei einer derartigen Finanzierungsform in der Flexibilität des Personaleinsatzes. In der praktischen Umsetzung ergäben sich jedoch erhebliche Probleme. Flexibilität bedeutet, daß ein eventueller Mehrbedarf an Betreuungskapazitäten, beispielsweise durch Kriseninterventionsbemühungen innerhalb einer Wohngruppe voraussetzt, daß Betreuungspersonal an anderer Stelle abgezogen werden kann. Das ist jedoch nicht immer möglich. Einer für derartige Situationen zur Verfügung stehenden zusätzlichen Betreuungspersonal käme leicht eine „Libero-Funktion“ zu. Diese „Feuerwehrlösung“ erscheint jedoch als wenig sinnvoll, da sie keine perso-

nelle Betreuungskontinuität gewährleistet, die gerade in akuten Krisen notwendig wäre. Hilflosigkeit und Überlastung des Mitarbeiters sowie verstärktes Mißtrauen und Unsicherheit des sich in einer Krise befindlichen Bewohners wären die Folgen.

Abschließend sei hier nochmals bemerkt, daß ein erhöhter Betreuungsbedarf beim Einzug eines Bewohners unausweichlich ist. Zeitlich läßt sich diese „Startphase“ bisher schlecht fixieren, da sie individuell unterschiedlich sein kann.

Abbau des Kostenträgerdrucks

These: Wird der Druck der Kostenträger auf schnelle Realisierung möglichst vieler betreuter Wohnplätze nicht vermindert, dann können auf Dauer die Planungen und ihre Umsetzung in die praktische Arbeit nicht den sich eher langsam entwickelnden Bedürfnissen der Bewohner gerecht werden.

Bei „leeren Staatskassen“ und staatlicherseits verordneten Auflösungsbeschlüssen psychiatrischer Kliniken (Bremer Beispiel: Psychiatrische Klinik IV „Kloster Blankenburg“, Auflösungsbeschluß des Senats bis 1990 bzw. 1988 zu realisieren) ist es nachvollziehbar, daß der Druck der Kostenträger zur schnellen Umsetzung planerischer Ergebnisse sehr groß ist. Dem entsprechen zu wollen wäre jedoch schwierig und gefährlich, da sich in den Einrichtungen sehr rasch Strukturen festgeschrieben, die ausschließlich dazu dienen, den „laufenden Betrieb“ der Einrichtung aufrecht zu erhalten. Der Bewohner träte mit seinen sich langsam entwickelnden Bedürfnissen in den Hintergrund. Er könnte dann nur noch „funktionieren“ oder regredieren. Es muß ein Rahmen zur Ermittlung der Lebensbedürfnisse langzeithospitalisierter psychisch kranker Menschen geschaffen werden, der langfristig und beweglich anzulegen wäre. Qualitative und quantitative Veränderungen sollten jederzeit möglich sein.

Abschließen möchten wir unseren Vortrag mit einer These, von der wir meinen, sie nicht näher erläutern zu müssen:

Wenn die verantwortlichen Einrichtungs- und Kostenträger nicht gemeinsam eine langfristige psychosoziale Gesamtplanung erstellen und die sozialpolitischen Realitäten der Bundesrepublik Deutschland nicht den aktuellen Erfordernissen gerecht werden, ist eine transparente und bedürfnisorientierte Versorgung psychisch kranker Menschen nicht gewährleistet.

Beschütztes Wohnen für psychisch Kranke in der Gemeinde

K. Nouvertné

I. Die von der Psychiatrie-Enquête vorgesehene Gliederung der Wohnangebote nach Größe in Abhängigkeit vom erreichten Ausmaß der Selbständigkeit läßt sich aus unserer Praxis nicht bestätigen

Die Psychiatrie-Enquête sieht vor, im Wohnbereich der gemeindenahen psychiatrischen Angebote, daß es eine gestaffelte Kette gibt, in der in Abhängigkeit von der jeweils notwendigen Betreuungsdichte verschiedene Wohnformen angeboten werden wie: Wohnheim für länger hospitalisierte Menschen, Übergangswohnheim als Möglichkeit des Übergangs nach langem Klinikaufenthalt in die Gemeinde, Wohngemeinschaft für Menschen mit relativ wenigen sozialen Defiziten, die noch einer Stütze bedürfen, bevor sie alleine wohnen, und als letzte Form das Einzelwohnen mit Möglichkeit der Nachsorge.

Diese Kette sieht vor, daß je nach erreichtem Maß von Selbständigkeit man verschiedene Wohnangebote durchlaufen kann, wobei implizit die Erwartung vorhanden ist, daß für das Alleinwohnen die stärksten Voraussetzungen notwendig sind, während im Wohnheim oder in größeren Wohneinheiten die wenigsten Eingangsvoraussetzungen notwendig sind.

Wir haben die Arbeit im Wohnbereich unter diesen Vorgaben begonnen, sind jedoch durch die Praxis auf einen vollkommen anderen Stand geworfen worden: Es ließ sich anhand der Dauer der Hospitalisierung und dem Ausmaß der Behinderung auf der Grundlage einer klinischen Prognose nicht vorhersagen, welche Wohnform für welchen Menschen am geeignetsten erschien; vor allen Dingen bestand die Erwartung, daß in Wohngemeinschaften selbständigere Menschen eine Lebensperspektive finden, während im Wohnheim schwerer hospitalisierte Patienten eher zu den Bewohnern zählten; diese Erwartung hat sich nicht bestätigt.

II. Zur Geschichte der Entwicklung unserer Wohnangebote

Als erste Form der Betreuung von psychisch Kranken im komplementären Bereich wurden von uns vier Wohngemeinschaften aufgebaut, die auch bis heute noch betreut werden.

Die Bewohner dieser Wohngemeinschaften rekrutierten sich zum einen Teil aus langjährigen Patienten der psychiatrischen Klinik, zum anderen auch aus noch betreuten Besuchern der Clubs und Freizeitangebote, die schon seit langer Zeit in Solingen existieren.

Die ersten Erfahrungen im Bereich der Wohngemeinschaften, die wir seit fünf Jahren betreiben, sind sehr positiv, es zeigten sich jedoch auch bestimmte Einschränkungen, z. B. daß es Klienten gab, die ein größeres Maß an sozialer Kontrolle brauchen, als wir durch den knappen Personalschlüssel im Wohngemeinschaftsbereich abdecken konnten. Es ist hier, wie auch die Empfehlungen des Deutschen Vereins es vorsehen, bei uns ein Personalschlüssel von 1:12 vorhanden, die Betreuungsdichte erstreckte sich auf tägliche Besuche sowie wöchentliche Gruppengespräche. Ein Schwerpunkt der Aktivitäten lag dabei in der soziotherapeutischen Betreuung der Bewohner, in der Anleitung zu lebenspraktischen Bewältigungsstrategien, insbesondere aber auch in der Vermittlung von Konfliktmöglichkeiten. Unsere Erfahrung zeigte uns dabei, daß sich in den Wohngemeinschaften ein Teil der Lebensgeschichte der Betroffenen insofern wiederholt, als erlernte Familienstrukturen und Verhaltensweisen auf anderer Ebene wiederholt werden. Die Aufarbeitung dieser jeweiligen Rollen neben der sozio-therapeutischen Arbeit erwies sich als wesentliche Basis dafür, einen Teil der Problematik zu überwinden und hinter sich zu lassen. Auf der anderen Seite war bei Menschen, die eher mit Rückzugstendenz und verschlossen reagieren, auch gerade hier die Grenze der Beeinflussung durch Gruppenarbeit zu sehen. Eine Rehistorisierung und Erinnerung an die eigene Lebensgeschichte führte hier oft in der Verschlimmerung der Symptomatik zu noch stärkerem Rückzug, z. T. sogar bis hin zu Abbauprozessen. Der Grund dafür wurde von uns darin gesehen, daß die erforderliche Kapazität nicht ausreichte, folgerichtig planten wir den Aufbau eines Wohnheims mit einem dichteren Betreuungsschlüssel von 1:3. Dieses Wohnheim, das 28 Wohnplätze bietet und damit schon als größere Einrichtung zu verstehen ist, wurde über das BSHG als Pflegesatzeinrichtung finanziert, im Gegensatz zum Wohngemeinschaftsbereich ergab sich hier vor allen Dingen für das Personal eine gesicherte Finanzierungsstrategie, allerdings zum einen um den Preis, die Bewohner zu Sozialleistungsempfängern zu machen, zum anderen auch um den Preis, daß es eine Institution geworden ist, die durch ihre Größe bestimmte Eigengesetzlichkeiten entwickelt hat, die Menschen jeweils in ihrer Individualität stark behindern. Der Betrieb dieses Wohnheims zeigte uns, daß wir jetzt auch in der Lage waren, schwieriger Menschen, Langzeitpatienten, in die Gemeinde zu integrieren, Leuten eine Wohnperspektive außerhalb zu schaffen, die ohne dieses Angebot zweifellos jahrzehntlang weiter zu den Patienten der zuständigen Großkliniken gezählt hätten. Von daher übernahmen wir auch eine Versorgungsverpflichtung für unser regionales Einzugsgebiet, d. h., alle die Patienten, die aus dieser Region kamen und drohten, zu Langzeitpatienten der Großklinik zu werden, hatten ein Recht auf Aufnahme, unabhängig von Ausmaß und Art der Behinderung, natürlich unter der Voraussetzung, daß psychische Erkrankungen und keine Suchterkrankungen oder geistige Behinderung vorlagen (primär).

Die geplante Konzeption wurde jedoch sehr bald durch die Praxis überholt: Wir sahen, daß relativ selbständige jüngere Menschen, deren Symptomatik in aufgedrehtem übersteigertem Verhalten, auch in einem sehr starken Schutzbedürfnis bestand, die bisher Bewohner der Wohngemeinschaften waren, das

Wohnheim trotz ihrer Selbständigkeit als Aufenthaltsort, als Zufluchtsstätte, als Alternative zum Leben draußen aufsuchten und sich unter diesen Bedingungen wesentlich stabilisierten.

Da die Problempatienten der Wohngemeinschaften, die z. T. noch wenig Psychiatrieerfahrung hatten, in den Wohngemeinschaften aber dadurch auffällig wurden, daß sie ihre andere Art zu leben, sei es durch auffällige Verhaltensweisen, sei es durch andere Schlafgewohnheiten oder durch lautes Verhalten zum Ausdruck brachten, waren diese im Wohnheim in sehr viel stärkerem Maße auffangbar, vor allen Dingen deshalb, weil hier eine Möglichkeit zum Ausdruck ihrer jeweiligen Spannungen bestand, ohne daß sich der soziale Druck einer Nachbarschaft sofort auswirkte.

Auf der anderen Seite zeigte sich auch, daß sehr zurückgezogene Menschen im Wohnheim noch eine Lebensperspektive hatten, da z. T. durch erhöhte Zuwendung der Nachbarn eine Drucksituation entstand, die sie nicht aushielten und der sie die Anonymität einer Großklinik vorzogen.

Es ließ sich aber erstaunlicherweise auch feststellen, daß lange Zeit hospitalisierte Langzeitpatienten, für die dieses Wohnheim eigentlich ursprünglich geschaffen worden war, genauso gut in Wohngemeinschaften integrierbar waren, und daß sich vor allen Dingen hier zeigte, daß die Möglichkeit des lebenspraktischen Trainings, das notwendig war, in Wohngemeinschaften viel intensiver und besser möglich war, sodaß auch dort ein Freiraum genutzt wurde, der eine Alternative zu ihrer bisherigen langjährigen klinischen Erfahrung darstellte.

D. h., durch relative Flexibilität in der Belegung der jeweiligen Angebotsformen wurde die ursprüngliche Konzeption von der Praxis überholt, zuerst ohne es zu merken, später mit unserem Widerstand und in der dritten Phase bewußt als Resultat der eigenen Praxis.

Aus dieser praktischen Entwicklung ergab sich somit eine Veränderung und Umschreibung unseres Konzepts, das in Widerspruch zu Feststellungen der Psychiatrie-Enquête steht.

III. Analyse der veränderten Praxis

Bei dem Versuch, die Praxis, die wir nun vorfanden, zu erklären, stießen wir darauf, daß bei der Schaffung komplementärer und gemeindenaher Angebote schwerwiegende Fehler dadurch gemacht werden, daß eine zu starke Abgrenzung von den Großinstitutionen der Psychiatrie stattfindet. D. h. die ambulanten und komplementären Angebote sind so geplant, daß sie durch Negativ-Abgrenzung möglichst nicht an die „alte“ Psychiatrie erinnern. Unserer Überzeugung nach ist jedoch eine positive Identitätsbestimmung der jeweiligen komplementären Angebote wichtiger, und dabei spielt die Großklinik alten Typus, die Landesklinik eine wichtige Rolle. D. h., es ist wichtig für die Schaffung komplementärer Angebote, von der Klinik zu lernen.

Psychiatrische Kliniken haben für die Patienten nicht allein den Aspekt der totalen verwalteten Institution, sondern kommen auch bestimmten Bedürfnissen der Patienten entgegen: dem Bedürfnis nach eigenem Lebensstil ohne starken sozialen Druck und Notwendigkeit der Anpassung, dem Bedürfnis nach Ruhe und Nichtgestörtwerden, dem Bedürfnis nach sehr starker Struktur und Ordnung, um innere Unruhe und Unordnung auszugleichen. D. h. auch, daß es für viele Patienten nicht im geringsten eine Verbesserung ihrer Lebensqualität bedeutet, sie von der Langzeitstation der Klinik, wo sie in einem Vierbettzimmer nur mit einem Nachtschränkchen als Privatsphäre und eigenem Tagesplan lebten, in eine Wohngemeinschaft zu holen, wo sie selber ihren Tagesablauf bestimmen. Die Fachleute haben oft Bedürfnisse vorausgesetzt, die sie selber haben, die in vielen Patienten aber erst geweckt werden müssen. Dabei haben sie vergessen, daß zu jeder Großklinik nicht nur der Verlust der Intimsphäre gehört, sondern auch eine starke Schutzfunktion, auch eine alternative Lebenskultur, die sich am besten in der Atmosphäre der jeweiligen Cafeterien dieser Klinik niederschlägt. D. h. die Möglichkeit, rumzutoben und trotzdem noch eine verständnisvolle Stationschwester zu finden, die einen aufweckt, die Möglichkeit, Reaktionen von anderen vorherzusagen, und die starke Sicherheit wurden im ambulanten Bereich nicht geschaffen, es fehlte oft auch jegliches kulturelles Angebot für die Betroffenen, da man in einer „Integrationseuphorie“ voraussetzte, daß die psychisch Kranken die Kommunikationsmöglichkeiten in der Gesellschaft schon von selber nutzen würden. So wurden Patienten in Wohngemeinschaften sehr stark sich selber überlassen, isolierten sich, standen unter Druck, zu viel Neues strömte auf sie ein. Zu wenig Ausweichmöglichkeiten waren vorhanden.

Diese Analyse bedeutete für uns jedoch nicht, uns vom Konzept zu trennen, Wohngemeinschaften als geeignete Angebotsformen anzusehen, sondern verstärkte unser Bemühen, neben den Wohngemeinschaften in der Gemeinde sehr stark soziale Nischen mit starker Schutzfunktion in der Art von Tagesstätten vorzusehen, vor allem aber Beschäftigungs- und Tätigkeitsangebote mit zu planen als Grundvoraussetzung für eine veränderte Lebenspraxis der Betroffenen. Wir merkten, daß das Wohnheim durch seine Größe ungeheuerere Zwänge auf die Individualität der Leute, ähnlich wie die Klinik, ausübte, z. B. fester Mahlzeitenrhythmus, starke Strukturierung, sehr starker Ordnungscharakter; wir merkten auf der anderen Seite aber auch, daß das Wohnheim immer mehr zum kulturellen Begegnungsort für psychisch Kranke unserer Region dadurch wurde, daß hier einfach Atmosphäre, daß hier Nähe, aber auch die Möglichkeit, nur als „Beobachter“ zuzugucken, da war, durch die Größe aber auch den einzelnen eine sehr starke Sicherheit gegeben wurde. Auf der anderen Seite zeigte sich, daß es gerade auch unter den Langzeitpatienten Menschen gab, die ein viel stärkeres Bedürfnis nach Ruhe und Geborgenheit hatten und für die sich somit die Vielfältigkeit des Angebots im Wohnheim eher als störend erwies. Aus unserer Analyse folgte zwingend, daß gerade das Wohnheim für die jüngeren Menschen, die noch nicht lange Klinikerfahrung haben, die aber (als sog. „Flippies“) immer wieder zum Problem der Akutstationen werden, die

sich durch ihr aufgedrehtes Verhalten überall als störend erweisen, eine sehr gute Lebensschule war und auch große Sicherheit vermittelte.

IV. Es ist unmöglich, eine Prognose zu stellen, für welche Form von psychischer Behinderung, für welche Art und Dauer von Hospitalisierung und sozialem Defizit sich welche Wohnform als angebracht erweist.

Die Analyse, warum unterschiedliche Menschen in unterschiedlichen Wohnformen Möglichkeiten und Perspektiven fanden bzw. nicht fanden, drängte uns, den Versuch aufzugliedern und Zusammenhänge zu suchen zwischen bestimmten sozialen Defiziten und dadurch eine Prognose in der Richtung zu erstellen, welches die angebrachteste Wohnform für einen Menschen ist. Bis heute sind wir jedoch nicht in der Lage, solche Prognosen zu leisten, sondern haben uns im Gegensatz dazu entschieden, nicht aufgrund abstrakter Kriterien, sondern aufgrund der individuellen Lebensgeschichte des einzelnen geeignete Wohn- und Lebensperspektiven zu suchen. Dieses Sichbeschränken auf sehr individuelle Voraussagen resultiert aus der Unmöglichkeit, andere Gliederungsprinzipien zu finden. Es erwies sich in der Praxis, daß z. B. ein Mensch, der aufgrund der Beständigkeit seiner verschiedenen Persönlichkeitskriterien und seiner psychischen Behinderung die Voraussetzungen für eine Wohngemeinschaft erfüllte, dort in dieser Wohngemeinschaft scheiterte, da die relativ große persönliche Nähe und Dichte, die Aktualisierung auch unbewußter frühkindlicher Persönlichkeitskonflikte so stark waren, daß der- oder diejenige dem nicht gewachsen erschienen. Andererseits zeigte sich, daß für Menschen, die als sehr stark zurückgezogen erschienen, die aber einem enormen inneren Druck ausgesetzt und deshalb nur beschränkt zur Teilnahme an bestimmten sozialen Aktivitäten in der Lage waren, die Wohngemeinschaft sehr geeignete Rückzugs- und Schutzmöglichkeiten bot — dies unter der Voraussetzung, daß die notwendige Unterstützung im lebenspraktischen Bereich da war. Als Grundvoraussetzung dafür, flexibel im Angebot der jeweiligen Wohnform zu sein, erweist sich jedoch auch, flexibel in der Personalplanung zu sein, d. h. Personal im Wohnbereich der Pflegesatzeinrichtung verdünnen zu können und personelle Betreuung im Wohngemeinschaftsbereich zu intensivieren, oder auch verstärkter Einsatz von Pflegepersonal im Wohngemeinschaftsbereich, verstärkter Einsatz von sozialarbeiterischer Kompetenz im Wohnheimbereich. Diese personelle Flexibilität setzt einen engen Verbund dieser verschiedenen Wohnformen voraus, wie er nur durch eine gemeinsame Trägerstruktur gegeben sein kann. Es zeigte sich jedoch auch, daß durch die Möglichkeit des Anbietens einer sehr dichten Nachsorge auch die Möglichkeit des betreuten Alleinwohnens gegeben war. Die Existenz der verschiedenen Angebote, Wohnheim, Wohngemeinschaften und dicht betreutes Einzelwohnen stellte für uns letztendlich eine verwirrende Vielfalt dar; es erwies sich so als schwer einzuschätzen, was nun das geeignete Angebot für welche Person war, daß wir uns entschlossen, ein Modell zu erarbeiten, das eine Struktur und Gliederung bringen sollte.

Die bisherige Versorgungspraxis im komplementären Bereich hat zwar die viel-

fältigsten und kreativsten Angebotsformen hervorgebracht, liefert jedoch durch ihre Praxis der psychosozialen Arbeit auch immer noch oder schon wieder die Legitimation zur Existenz großklinischer Strukturen.

Aus der Analyse der bisherigen Angebote und der der kostentechnischen Praxis ergibt sich zweifellos ein Widerspruch bzw. zumindest eine Lücke. Es erweist sich als notwendig, kleinere, betreute, beschützte Einheiten zu bilden außerhalb einer größeren Institution mit möglichen Rückzugsmöglichkeiten und einem ergänzenden Angebot von Tagesstätten und Beschäftigungsangeboten, um Langzeitpatienten vor allen Dingen eine dauernde Integrationsmöglichkeit zu bieten; auf der anderen Seite bedürfen die kleineren Einheiten einer personellen Betreuungsdichte, wie sie nur in Pflegesatzeinrichtungen gegeben ist. Sozialrechtliche Gesichtspunkte machen es unmöglich, Personalstellen aus einem Wohnheim, also einer Pflegesatzeinrichtung, Wohngemeinschaften als Einrichtungen, die nicht Einrichtungen i. S. des BSHGs sind, zuzuordnen, sodaß wir planten, eine kleinere Wohneinheit als „Außenwohngruppe“ der Pflegesatzeinrichtung Wohnheim zuzuordnen. Diese Einrichtung wird von der Größe und den institutionellen Voraussetzungen her einer Wohngemeinschaft entsprechen, wird jedoch von der personellen Ausstattung und dem materiellen Möglichkeiten her eher dem Wohnheim nahekommen. Sie bietet somit in der Palette der Wohnformen eine wichtige Ergänzung speziell für die Menschen, die Rückzugsmöglichkeiten brauchen, denen die Atmosphäre einer größeren Institution zuviel Unruhe und zuwenig Schutz vermittelt, die auf der anderen Seite aber einer starken therapeutischen und pflegerischen Hilfe bedürfen, sei es, daß sehr starke soziale Defizite bestehen, sei es auch, daß Antriebsstörungen in solch großem Ausmaß vorhanden sind, daß ständige Anleitung zur lebenspraktischen Alltagsbewältigung stattfinden muß. Gleichzeitig spielt sich diese Art von Hilfe in sehr stark familienähnlichem Verbund ab, sodaß die Möglichkeit besteht, während der Kindheit erworbene Sozialisationsdefizite auszugleichen. Wenn man so will, hat auch diese Wohnform höhere Eingangsvoraussetzungen sowohl als das Heim als auch als das betreute Einzelwohnen, nur erstrecken sich diese Eingangsvoraussetzungen diesmal nicht auf soziale Fertigkeiten oder Konfliktlösungsmöglichkeiten, sondern auf ein sehr starkes Schutz- und Ruhebedürfnis in Verbindung mit der Notwendigkeit, personelle Beziehungen zum Personal eingehen zu können und nicht nur aushalten zu müssen, sondern auch notwendig zu brauchen.

Mit diesen vier Wohnangebotsformen denken wir, in der Lage zu sein, die breite Palette der Bedürfnisse im komplementären Bereich an ein beschütztes Wohnen abdecken zu können. Nochmals hervorgehoben sei jedoch, daß am ehesten die Wohnformen der Außenwohngruppe und Wohngemeinschaft höhere Voraussetzungen an die Betroffenen stellen, daß die Wohnformen Alleinwohnen und Wohnheim im Gegensatz dazu stärkere individuelle Entfaltungsmöglichkeiten, wenn auch aus verschiedener Perspektive, bieten.

Im Folgenden seien die einzelnen Wohnformen sowie ihre Vor- und Nachteile noch einmal systematisch dargestellt.

Vor- und Nachteile der einzelnen Wohnformen

Vorteile für die Bewohner	Nachteile
Wohnheim	
Schutz	Heimordnung
Sicherheit	Recht des Stärkeren
Freiheit für Aktionsmöglichkeiten	große öffentliche Kontrolle
Bühne	Unruhe
Toleranz	Einordnen unter Gruppenspielformen
Freiraum	
Vielfältigkeit des kulturellen Angebots	
Außenwohngruppe	
Ruhe	Gruppenzwang
Überschaubarkeit	geringe Rückzugsmöglichkeit
persönliche Atmosphäre	zuwenig Abwechslung
starke Bindung ans Personal	starke Kontrolle der Umgebung
Wohngemeinschaft	
Eigenverantwortung	weniger Betreuung
finanzielle Eigenständigkeit	Notwendigkeit der Selbstkontrolle
familienähnliche Struktur	keine Ausweichmöglichkeit bei Konflikten
geringe Fremdkontrolle	
Überschaubarkeit	
starke Bindung an die Mitbewohner	
Betreutes Einzelwohnen	
Freiraum für individuelle Entfaltung	Isolation
Freiwilligkeit der Beziehungsaufnahme	große Eigeninitiative
fest selbstbestimmte Struktur	Kontakte müssen selber geschlossen werden
persönlicher Bezug zum Betreuungspersonal	
Ruhe	
Eigenverantwortung	

Genau so, wie verschiedenen Menschen verschiedene Wohnformen zuzuordnen sind, stellten wir fest, daß es auch beim Personal Prioritäten gibt, die den einen oder den anderen als geeigneter für diese oder jene Wohnform erscheinen lassen.

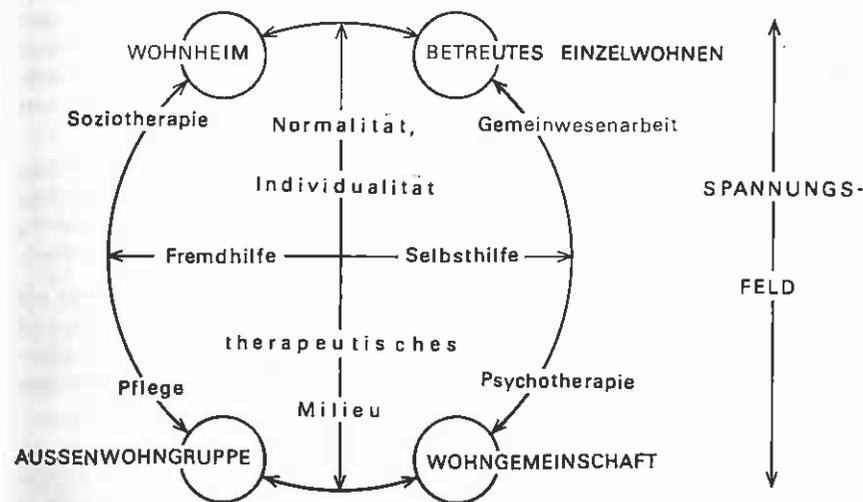
Uns hat dabei verblüfft, daß im Gegensatz zu der gehegten Erwartung, ein sehr starker Widerspruch zu bestehen scheint zwischen der Wohnform, für die die anderen Team-Mitarbeiter den jeweiligen Kollegen als geeignet ansehen und den persönlichen Bedürfnissen des betreffenden Mitarbeiters; vielleicht

prägnanter formuliert: Der einzelne möchte irgendwo anders arbeiten, als seine Kollegen ihm zutrauen, daß er bessere Arbeit leisten kann.

Dieser Widerspruch resultiert wahrscheinlich daraus, daß aus der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur heraus genau ähnliche Prioritäten gesetzt werden wie bei den Betroffenen, genau wie bei den Betroffenen jedoch die von ihnen bevorzugte Wohnform nicht unbedingt diejenige sein muß, die von fachlicher Seite als die geeignetste erscheint.

Es ist in unserer Praxis immer wieder bemerkenswert, daß viele Mitarbeiter in Bereichen am effizientesten arbeiten, die an sie auch die stärksten und höchsten persönlichen Forderungen stellen.

V. Modellhafte Darstellung der einzelnen Wohnformen untereinander



An der Graphik wird deutlich, daß zwischen den verschiedenen Wohnangeboten keine lineare Beziehung besteht, daß die höchsten Anforderungen an ein betreutes Einzelwohnen und die wenigsten an einen Wohnheimplatz gestellt werden, sondern daß wir vielmehr einen kreisförmigen Zusammenhang haben. Deutlich wird aus dieser Graphik auch, daß, überraschenderweise vielleicht, die stärksten Zusammenhänge zwischen dem betreuten Einzelwohnen und dem Wohnheimplatz auf der einen, und zwischen Außenwohngruppe und Wohngemeinschaft auf der anderen Seite bestehen, daß sich Außenwohngruppe und Wohnheim nur in der sehr starken personellen Betreuungsdichte überschneiden, daß der Zusammenhang zwischen Wohngemeinschaft und Einzelwohnen in einer lockeren Form der Betreuung liegt. Bestätigen läßt sich hingegen die Erwartung, daß die Anforderungen um so höher sind, je weniger intensiv die Betreuung ist, vom Einzelnen her gesehen. Beliebig erschien uns, ob der Außenwohngruppe oder der Wohngemeinschaft jeweils die mehr pfe-

gerische oder die mehr psychotherapeutische Komponente zugeordnet wird, diese Zuordnung ergibt sich allein durch die personellen Möglichkeiten, die bei einer stärker pflegerischen Fremdhilfe eine größere Personalquantität, bei einer stärker psychotherapeutischen Fremdhilfe eine größere Personalqualität voraussetzt.

VI. Institutionelle Voraussetzungen

Der dargestellten Abhängigkeit der Lebensqualität von psychisch Erkrankten und psychisch Behinderten in der Gemeinde vom Vorhandensein von adäquaten beschützten Wohnmöglichkeiten, wobei der Vielfalt der Bedürfnisse und der individuellen Biographien nur durch eine Vielfalt der verschiedenen Angebote begegnet werden kann, steht die Praxis des gegliederten Sozialversicherungssystems gegenüber, die jeweils nur bestimmte Einrichtungsformen fördert, andere Angebote anderen Leistungsträgern überschreibt. Deswegen wäre es eine große Illusion, davon auszugehen, daß es dem jeweiligen Träger möglich ist, institutionelle Überlegungen, die aus der Praxis resultieren, in weitere Angebote umsetzen zu können. Eine Vielfalt sozialversicherungsrechtlicher Problematiken, Trägerkompetenzen und Trägerstrukturen stehen diesem Anliegen gegenüber.

Damit der komplementäre Bereich aber nur angehend seine Aufgabe erfüllen kann, auch Langzeitpatienten ein Leben außerhalb von großklinischen Strukturen zu ermöglichen, sind bei der Planung verschiedene Grundprinzipien zu beachten, Forderungen an die institutionellen Rahmenbedingungen zu richten:

1. Wie im ambulanten Bereich, sollte sich auch im komplementären Bereich ein Träger nicht für bestimmte Angebote, sondern für bestimmte Regionen zuständig fühlen, um dort Angebote bieten zu können, die das Leistungsspektrum abdecken. D. h., daß das Prinzip der Pflichtversorgung aus dem ambulanten Bereich übertragen wird.

Die Forderung resultiert aus der Erfahrung, daß verschiedene Träger zwar verschiedene Angebote bereithalten, dies auch immer mit dem Argument begründet wird, daß die Betroffenen innerhalb dieser verschiedenen Angebote ja Wahlfreiheit hätten, jedoch zeigt die Versorgungspraxis, daß diese Wahlfreiheit nur von den besser konstituierten Patienten wahrgenommen wird und daß letztendlich für die Langzeitpatienten keine Angebote mehr in der Gemeinde übrig bleiben, zwischen denen zu wählen wäre, ja, daß bei einer anstehenden Aufnahme in die jeweiligen Einrichtungen Langzeitpatienten oder schwierigere Menschen nicht „genommen“ werden.

2. Die jeweiligen Träger sollten in der Lage sein, für eine Region die wichtigen Leistungsangebote Wohnen, Arbeiten und Freizeit auszufüllen und durch engste Kooperation miteinander zu verknüpfen. Hierdurch soll der weltverbreiteten Praxis zugekommen werden, daß verschiedene Träger in einer Region verschiedene Bereiche und Angebote ausfüllen, z. B. die Diakonie, was das Problem Wohnheim angeht, der DPWV Träger der Wohngemeinschaften ist, die Caritas über eine Arbeitseinrichtung verfügt und vielleicht noch die AWO die Patientenclubs trägt. Auch hier ist es eine Erfahrung, daß diese Trägerviel-

falt, die auf den ersten Blick eine wesentliche Pluralität gewährleistet, an den Bedürfnissen der Betroffenen vorbeigeht, weil zumindest Langzeitpatienten eine Übersichtlichkeit und personelle Kontinuität benötigen, wie sie diese Einrichtungen nicht anbieten können, auf der anderen Seite aber auch die verschiedenen Angebote dringend miteinander verknüpft werden müssen. Es bedeutet keine Verbesserung der Lebensqualität, einen Betroffenen aus dem Langzeitbereich der Klinik in ein Wohnheim zu integrieren, ohne entsprechende Tätigkeits- oder Arbeitsmöglichkeiten zu schaffen. Wenn diese Tätigkeits- oder Arbeitsmöglichkeiten jedoch von einem anderen Team mit anderem Bezugssystem betreut werden, ergibt sich schon eine Schwierigkeit, sodaß die soziale Praxis einem Sieb gleichkommt, in dem wiederum schwierige Menschen hängenbleiben.

3. Das vorgestellte Interaktionsmodell zwischen verschiedenen Bedürfnissen der Betroffenen und den verschiedenen Wohnformen läßt sich nur verwirklichen unter der Voraussetzung einer größtmöglichen Flexibilität des Trägers, des Stellenplans, der Stellenbesetzung und dem Austausch der verschiedenen Stellenpläne untereinander. Auch bei dieser Rahmenbedingungen steht die Notwendigkeit des Anbietens einer personellen Kontinuität für die Betroffenen im Hintergrund. Als wichtig scheint es, noch einmal deutlich die Forderung zu formulieren, daß nicht der Patient eine Rehabilitations- und Eingliederungskette zu durchlaufen hat, die ihn von einem personellen Bezugssystem zum anderen verweist, die ihn in einem Zeitraum von 3—4 Jahren die verschiedensten psychosozialen Einrichtungen durchlaufen läßt, sondern daß sich bestimmte Mitarbeiter für bestimmte Menschen zuständig fühlen und diese begleiten. Dies ist umso wichtiger unter dem Aspekt, daß unserer Erfahrung nach eine sinnvolle Hilfestellung in Krisenzeiten nur demjenigen möglich ist, der einen Menschen über einen längeren Zeitraum kennt und einen hohen Vertrauensvorschuß bei ihm genießt.

Übersetzt in die Forderung an die Trägerstruktur, heißt dies wiederum, daß ein Träger über einen genügend großen Personalpool verfügen muß, um in diesem Sinne arbeiten zu können, oder daß verschiedene Träger zusammen einen gemeinsamen Personalpool bilden. Scheinbar steht diese Forderung im Gegensatz zu der Praxis, daß gerade im Bereich der Wohngemeinschaften und der Innovation im psychosozialen Bereich kleinere Träger eine wichtige Rolle gespielt haben. Diese wichtige Rolle wird auch weiterhin auszufüllen sein, wird jedoch der Maßstab angelegt, nicht nur eine „Edelpsychiatrie“ zu betreiben, so besteht auch gerade für diese kleineren Träger die Notwendigkeit einer intensiven Personalkooperation oder einer Verkleinerung des regionalen Bezugssystems bei Erweiterung der Angebotspalette. Berücksichtigt werden sollte jedoch, daß sich kleinere Träger vielfach in einem Entwicklungsprozeß befinden, zumindestens konzeptionell, der eine Anbindung an ein größeres regionales Versorgungssystem zum Inhalt hat. Gerade diese Träger bedürfen der intensiven Unterstützung und der Förderung. Wichtig scheint jedoch trotzdem zu sein, Integration in weitaus größerem Umfang zu fordern und zu fördern, als sie bisher im komplementären Bereich gang und gäbe war.

Psychisch Kranke und Behinderte in Charlottenburger Heimen — Eine versorgungsepidemiologische Studie

D. Lehmkuhl, G. Bosch, I. Steinhart, J. Werner

1. Einleitung

Hatte der Bericht der Sachverständigenkommission „Über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ — die sogenannte Psychiatrie-Enquête — 1974 in ihren Empfehlungen die Akzente von der bisher überwiegenden vollstationären Versorgung auf andere Behandlungs- und Betreuungsformen verschoben, so waren hierbei hohe Prioritäten nicht zuletzt für die komplementären Dienste mit voller Patientenversorgung gesetzt worden, zu welchen heute auch bestimmte Typen von Wohngemeinschaften gezählt werden müßten. „Von dem quantitativen und qualitativen Auf- und Ausbau der Heimversorgung“ sollte es abhängen, „in welchem Umfang es gelingen wird . . ., insbesondere die psychiatrischen Krankenhäuser auf ihre eigentlichen Aufgaben zurückzuführen, das Entstehen übergroßer Einrichtungen zu verhindern und eine gemeindenahere Versorgung zu verwirklichen“ (S. 224).

Bei den Versuchen, zur Orientierung Platzmeßziffern für diesen komplementären Wohnbereich zu empfehlen (S. 223 ff.) — sie lagen für den hier zur Debatte stehenden Bereich der psychisch kranken und behinderten Erwachsenen und alten Menschen ohne die geistig Behinderten und Suchtkranken bei ca. 0,7 ‰ der Bevölkerung —, war die Enquête zwar von konkreten Vorstellungen darüber ausgegangen, wie viele der bisher in psychiatrischen Krankenhäusern lebenden chronisch Behinderten in solchen klinischen institutionellen Bereichen nicht zu leben brauchten und nicht leben sollten. Dagegen war es nicht gelungen, eine verlässliche Übersicht darüber zu erhalten, welchen Umfang die „paraklinische“ Psychiatrie in Wohn- und Pflegeheimen hatte, so daß weitgehend nur geschätzt werden konnte, wie viele als psychisch krank und behindert zu definierende Insassen im bereits bestehenden Heimsektor lebten. In ihrer eigenen Erhebung hatte die Enquête nur Einrichtungen für chronisch psychisch Kranke und Behinderte mit mehr als hundert Plätzen erfassen können. Zusätzlich wurden in einer gesonderten Erhebung von Gössling (1975) durch eine indirekte Befragung der „Heimleitung“ mittels Fragebögen Einrichtungen der geschlossenen Altenhilfe in der Bundesrepublik ab einer bestimmten Größenordnung (Altenwohnheime und Altenheime erst ab 160 Betten!) einbezogen. Das Dunkelfeld der kleineren psychiatrischen wie vor allem der außerpsychiatrischen Einrichtungen ließ sich indessen nicht durchleuchten. Auch die gegenwärtigen Bemühungen der Begleitforschung des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung verweisen auf die enormen Schwierigkeiten, diese Heime auch nur annähernd vollständig zu erfassen, geschweige denn verlässliche Daten über deren Klientel zu erhalten.

Auch der im eingangs erwähnten Enquête-Zitat genannte qualitative Gesichtspunkt ist bis heute zu wenig beachtet worden. Die Enquête hatte ihren Blick —

einseitig, wie man heute wird sagen müssen — auf die in psychiatrischen Großanstalten, also krankenhausmäßig untergebrachten, auf solche Behandlung aber nicht angewiesenen Behinderten gerichtet und zu selbstverständlich angenommen, daß eine Behebung dieses Misplacements — also eine Umakzentuierung auf das Heim und ähnliche Einrichtungen — in aller Regel humanere Lebensformen und damit höhere qualitative Anforderungen garantiert. Wir haben inzwischen nicht wenige traurige Erfahrungen gemacht, die hier zur Vorsicht mahnen: Misplacement kann auch dann entstehen, wenn solche Umverlagerungen in Heime vorgenommen werden, die den gewünschten Anforderungen in keiner Weise entsprechen. Eine Untersuchung wie die hier vorgelegte, die sich der Frage nach der Rolle psychisch Kranker in Heimen durch eine regionale Totalerhebung nähern will, wird daher möglichst auch versuchen, Aussagen über die Qualität einer solchen Versorgung zu machen.

2. Bisheriger Stand der Versorgungsepidemiologischen Kenntnisse

Ließ die Bestandsaufnahme der Enquête alle kleinen und insbesondere außerpsychiatrische Behinderteneinrichtungen, vor allem Alten- und Pflegeheime, unberücksichtigt, so waren diese explizit Gegenstand einiger regional begrenzter Untersuchungen, zum Teil auch einer bundesweiten Erhebung, die allerdings ausschließlich unter partiellen Gesichtspunkten bezüglich der erfaßten Einrichtungen respektive der Patienten durchgeführt wurden. Im einzelnen handelt es sich um folgende Untersuchungen:

Anhand der Auswertung von Sozialamtsakten standen 1972 nach Finzen et al. (1973) 105 psychiatrischen Krankenhauspatienten des Tauberkreises Baden-Württemberg 113 psychiatrische Patienten, bei denen die Sozialhilfe Kostenträger der Unterbringung war, in nichtklinischen stationären Einrichtungen des Landes gegenüber. Das entspricht einem Verhältnis von ca. 1 : 1, das sich bei Abzug der Selbstzahler und Kassenpatienten im Krankenhaus auf ca. 1 : 2 steigert, und einer Rate von 0,89 ‰ der Bevölkerung. Im komplementären Bereich befanden sich auch doppelt so viele Langzeitpatienten wie im psychiatrischen Krankenhaus.

Bergener et al. (1974) untersuchten klinisch eine Stichprobe der 65jährigen und älteren Neuaufnahmen in Alten- und Altenpflegeheimen kommunaler Träger und freier Wohlfahrtsverbände in 3 Großstädten und 2 Landkreisgebieten Nordrhein-Westfalens. Die Autoren fanden unter den Aufnahmen 61 % psychisch Kranke, 29 % der Aufnahmen in kommunaler und 14 % in gemeinnützigen Einrichtungen wurden als psychiatrisch behandlungsbedürftig angesehen, 20 % (kommunal) bzw. 9 % (gemeinnützig) wegen mittleren oder schwereren hirnorganischen Leidens.

In die Erhebung zur Enquête von Gössling (1975) wurden durch „Befragung der Heimleitung“ mittels Übersendung eines Fragebogens alle Einrichtungen der geschlossenen Altenhilfe in der Bundesrepublik ab einer bestimmten Größenordnung (Altenwohnheime und Altenheime ab 160 Betten, Altenpflegeheime ab 80 Betten, Pflegeheime und Altenkrankenheime unabhängig von der Bettenzahl) einbezogen, was rund 5 % aller Heime und ca. 25 % aller damaligen Heimbetten in der Bundesrepublik entsprach. Nach Meinung der „Heimleitung“ galten 19,6 % der Bewohner als „auffällig psychisch krank oder verändert“ und 14,5 % als „psychiatrischer Behandlung bedürftig“. Bei den Ergebnissen ist zu berücksichtigen, daß es sich aufgrund des angewandten statistischen Verfahrens um Mindestwerte handelt.

Kitzig (1980) ermittelte — durch eine Umfragebeantwortung von Chefarzten 57 psychiatrischer Krankenhäuser — 54 210 Behandlungsplätze in 613 Heimen (Übergangs- und Wohnheime zur Langzeitbetreuung, vorwiegend Psychiatrie-Patienten aufnehmende Alten- und Altenpflegeheime sowie Heime für mehrfach Behinderte), die zumindest mit einem Teil ihrer Kapazität zur Versorgung chronisch psychisch Kranker verfügbar waren. Ihnen standen 53 763 belegte Betten in den 57 Krankenhäusern gegenüber. Im Zeitraum von 1975 bis 1977 erfolgten jährlich durchschnittlich 3812 Verlegungen aus den psychiatrischen Krankenhäusern in Wohnheime, wobei Altenheime und Heime für mehrfach Behinderte unberücksichtigt blieben. *Kitzig* verwies aber gleichzeitig auf die Unübersichtlichkeit der Verhältnisse und die erhebliche „Grauzone“ der von ihm ermittelten Platzzahlen.

Kunze (1981) ist in seiner Untersuchung dem Verbleib in Heime entlassener ehemaliger Krankenhauspatienten im Bereich des psychiatrischen Landeskrankenhauses (PLK) Weinsberg nachgegangen. Er ermittelte für die Versorgungsregion des PLK eine Betten-/Platzziffer für chronisch psychisch Kranke von 0,7 ‰ im komplementären Bereich — darunter etwa ein Zehntel geistig Behinderte — und 0,3 ‰ im klinisch-stationären Bereich, also insgesamt von 1 ‰; diese Ziffern lagen durchaus in der Größenordnung, wie sie die Enquête-Kommission als Orientierung empfohlen hatte.

Cooper und Sosna (1983) ermittelten anhand einer Feldstudie zur Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Altenbevölkerung Mannheims in Alten- und Pflegeheimen 41,8 ‰ psychisch Kranke (24,2 ‰ in Altenheimen, 57,5 ‰ in Pflegeheimen). Das entspricht einer Rate von 16,9 pro 1000 Einwohner über 65 Jahre (6,6 ‰ für Männer und 18,3 ‰ für Frauen).

Die wesentlichen Einzelheiten zur Methodik und zu den Ergebnissen dieser Arbeiten sind im Anhang noch einmal tabellarisch zusammengestellt. Im Hinblick auf unsere Fragestellung nach der Anzahl aller psychisch Kranken in Heimen und heimähnlichen Einrichtungen läßt sich zusammenfassend lediglich sagen, daß die in der Enquête genannten Meßzahlen zumindest in bezug auf alternative Dauerunterbringung von chronischen Langzeitpatienten außerhalb der psychiatrischen Landeskrankenhäuser größenordnungsmäßig nicht widerlegt wurden.

3. Fragestellung

Die Untersuchung, über deren Methode und Ergebnisse hier zu referieren ist, unterscheidet sich grundsätzlich von den genannten Arbeiten. Weder die Einrichtungen noch die in ihnen wohnende Klientel wurden einer Selektion unterworfen; die Untersuchung bezog sich auch nicht auf Stichproben, sondern auf alle Bewohner sämtlicher in einem geographisch definierten Gebiet gelegenen Heime unabhängig davon, ob und in welchem Maße diese psychisch Kranke aufnehmen oder aufnehmen wollten. Damit ist auch jene Klientel direkt erfaßt, die sich wegen psychischer Auffälligkeit und Betreuungsbedürftigkeit in komplementären Einrichtungen befindet, ohne zuvor psychiatrisch hospitalisiert gewesen zu sein. Da — wie berichtet — bereits einige detailliertere Untersuchungen über die Altenbevölkerung in solchen Einrichtungen vorliegen, galt unser Interesse in erster Linie den unter 65jährigen bzw. den bei solchen jüngeren Bewohnern gegenüber den alten auffallenden Unterschieden, erstreckte sich jedoch auch auf die älteren Bewohner. Auch in den von uns untersuchten

Alten- und Altenpflegeheimen wird offensichtlich eine große Gruppe älterer Menschen versorgt, die psychiatrischen Behandlungsbedarf gar nicht anmelden, obwohl er bestehen dürfte, bzw. die wegen fehlender bzw. mangelnder nervenärztlicher Betreuung und unzureichender Qualifikation bzw. Supervision des Heimpersonals in diesen Einrichtungen fehlplaziert sein könnte. Auch im Hinblick auf solche Möglichkeiten haben wir die patientenbezogenen Teile unserer Untersuchung durch eine Erfassung der Struktur und einiger Betreuungsmodalitäten der Heime selbst ergänzt.

Im einzelnen lassen sich Zielsetzung und Fragestellung unserer Untersuchung folgendermaßen gliedern:

Hauptziel der Untersuchung war, den Umfang der paraklinischen Versorgung psychisch Kranker, speziell der unter 65jährigen, in den Heimrichtungen Charlottenburgs zu bestimmen und aus der Untersuchung der Charlottenburger Heime auf das Ausmaß der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in nichtklinischen, betreuten Wohneinrichtungen in ganz West-Berlin zu schließen und damit einen Beitrag zur genaueren Schätzung des Bedarfs zu leisten.

Darüber hinaus interessierten uns insbesondere folgende Fragen:

Welche personenbezogenen und welche klinischen Merkmale kennzeichnen die psychisch kranken Heimbewohner — auch im Unterschied zu den Gesunden? Wie unterscheiden sich die Anteile psychisch auffälliger Bewohner nach der Trägerschaft der Heime? Wie sieht es mit der Wohnortnähe der Heimunterbringung aus? Welche Pathologie bzw. Auffälligkeit wird vom Heimpersonal wahrgenommen? Wie sieht die medizinische und soziale Betreuung der Heimbewohner aus? In welchem Umfang bestehen persönliche Beziehungen zur Außenwelt? Wie sieht die Personalausstattung der Heime aus und wie wird die personelle, räumliche und finanzielle Ausstattung der Heime von diesen selbst eingestuft?

Darüber hinaus sollte durch einen Vergleich unserer Befragung der Heimleiter zur geschätzten Häufigkeit psychischer Störungen unter den Heimbewohnern mit unseren Ergebnissen der individuellen Erfassung die Aussagekraft von Institutionsbezogenen Globalbefragungen beurteilt und Vor- bzw. Nachteile gegenüber der viel aufwendigeren Einzelfallbefragung diskutiert werden.

Schließlich erhofften wir, über diese Untersuchung zu Indikatoren zu gelangen, die sich relativ leicht erheben lassen und mit hoher Wahrscheinlichkeit zur psychiatrischen Fallidentifizierung führen, so daß ähnliche Erhebungen auf breiter Basis und in anders strukturierten Regionen mit erheblich geringerem Aufwand durchgeführt werden können.

4. Untersuchungssetting und Methodik

4.1 Erfassungsmodalitäten

In die Untersuchung einbezogen wurden alle im Jahre 1977 beim Senator für Gesundheit, Soziales und Familie in Berlin-West registrierten und zugelassenen Einrichtungen im Berliner Bezirk Charlottenburg, die unter das Heimgesetz für Volljährige fielen und sinnvoll — siehe unten — in unsere Problemstellung eingehen konnten. Es handelte sich um 27 Altenheime und Pflegeheime mit insgesamt 1287 Betten. Mit Ausnahme zweier kleiner privater Heime mit insgesamt 54 Betten, zu denen wir trotz wiederholter Bemühungen keinen

Zugang bekamen, konnten alle Bewohner dieser Einrichtungen in die Untersuchung eingehen. Komplementäre Einrichtungen mit Wohncharakter speziell für psychisch Kranke (z. B. Wohnheime für psychisch Kranke, Wohngemeinschaften und Krankenhäuser) gab es 1977 im Bezirk nicht. Von den unter das Helmggesetz für Volljährige fallenden Einrichtungen nicht erfaßt wurden die sogenannten Seniorenwohnheime, das sind Altenwohnungen ohne oder praktisch ohne Betreuung. Nicht berücksichtigt wurden ferner die in Berlin zahlreichen Abteilungen für chronisch Kranke (vormals „Hospitäler“) der Krankenhäuser sowie Obdachloseneinrichtungen, da sie entweder außerhalb der Fragestellung der Untersuchung lagen oder sich — wie im Fall der Obdachlosen — die Enquête gesondert dazu geäußert hat. In bezug auf die im Bezirk vorhandenen Einrichtungen handelt es sich bei unserer Erhebung bezüglich unserer Fragestellung — psychisch kranke Bewohner in nichtklinischen, aber betreuten Wohnrichtungen — somit um eine Totalerhebung, die primär 1100 Heimbewohner erfaßte, von denen (s. u.) 984 in die Auswertung eingehen konnten.

Der Zeitraum der Untersuchung erstreckte sich vom Herbst 1976 bis zum Frühjahr 1977 (1. Projektphase) und vom Herbst 1981 bis Herbst 1982 (2. Projektphase). Die zweiphasige Untersuchung wurde erforderlich, da durch Mitarbeiterwechsel das Projekt zunächst nicht weitergeführt werden konnte. Zur Kontrolle einer etwaigen zwischenzeitlich eingetretenen Änderung in der Klientel der Heime führten wir bei den 116 Bewohnern eines großen städtischen Alten- und Altenpflegeheimes eine Kontrolluntersuchung nach 5 Jahren durch, wobei die jetzigen Bewohner nach identischem Modus noch einmal erfaßt und die Ergebnisse mit denen der ersten Untersuchung hinsichtlich etwaiger Änderungen verglichen wurden. Da sich — mit Ausnahme einer Verdichtung der nervenärztlichen Betreuung im Heim selbst — keine verwertbaren Unterschiede ergaben (siehe Tab. im Anhang), ist die Zusammenfassung beider Untersuchungszeiträume in einer Untersuchung legitimiert. In diese wurde das doppelt erfaßte Heim nur einmal — aus der 2. Projektphase — einbezogen. Die Untersuchung bezieht sich daher gegenüber den insgesamt erfaßten 1100 Heimbewohnern nur auf 984 Bewohner, von denen 438 aus der 1. und 546 aus der 2. Projektphase stammten.

Die Erfassung der Bewohner erfolgte in mehreren Schritten mittels verschiedener Erhebungsbögen (s. Anhang). Neben der Erhebung der Grunddaten (A) und der mündlichen Befragung des betreuenden Personals (B) wurde in allen Fällen, in denen der Sozialhilfeträger an den Kosten des Heimaufenthaltes beteiligt war, die Akte des zuständigen Sozialamtes herangezogen. In einem weiteren Schritt wurden alle Heimbewohner daraufhin überprüft, ob über sie beim Sozialpsychiatrischen Dienst des zuständigen Gesundheitsamtes eine — in der Regel sehr ergiebige — Akte vorlag. Insgesamt konnten bei 735 (74,7 %) der 984 Heimbewohner ärztliche Unterlagen (C) verwertet werden. Es handelte sich dabei in knapp zwei Drittel aller Fälle um die in Berlin recht ausführlichen Einweisungsgutachten. — Getrennt von diesen Schritten wurde schließlich die Institution, meist deren Leitung, befragt (D).

Je nach Heimtypus und Trägerschaft war die Informationsdichte und -güte sehr unterschiedlich. In städtischen Heimen konnten die Daten weitgehend vollständig erhoben werden und Einweisungsgutachten standen in der Regel vor Ort zur Verfügung. Bei gemeinnützigen Heimen war der Informationsstand der Befragten sowie die Aktenlage sehr uneinheitlich, in den Heimen privater Trägerschaft eher spärlich. Insbesondere fehl-

ten ärztliche Angaben, was zum Teil darauf zurückzuführen ist, daß private Heime häufig nur Selbstzahler aufnehmen, bei welchen keine Verpflichtung zur Vorlage eines Einweisungsgutachtens besteht.

4.2 Die Erhebungsbögen

Die Erhebungsbögen sind im Anhang beigelegt. Im einzelnen ist zu ihnen folgendes auszuführen:

A. Grunddaten

Die Grunddaten wurden aus den jeweils verfügbaren Heimunterlagen (z. B. Bewohnerkartei) entnommen und ggf. durch Befragung des Personals und durch Akteneinsicht ergänzt.

B. Mündliche Befragung

Bei der mündlichen Befragung wurde vor allem darauf geachtet, möglichst Betreuungspersonen zur Befragung heranzuziehen, die am besten Auskunft über den Patienten geben konnten. In kleinen Heimen waren dies in der Regel die Heimleiter, in größeren Heimen die Pflegepersonen der jeweiligen Unter- einheit, die die Bewohner am besten (und längsten) kannten.

Zur Vorgeschichte der Bewohner war der Informationsstand des betreuenden Personals, insbesondere in privaten Heimen, eher dürrig. Es gab durchaus Fälle, wo die Betreuer nicht wußten, daß der Bewohner eine psychiatrische Vorgeschichte hatte, und umgekehrt wurden Bewohner für auffällig und „bestimmt schon einmal in der Psychiatrie untergebracht“ gehalten, obwohl dies durch die amtlichen Unterlagen nicht bestätigt werden konnte. Zur Frage, ob der Patient als schwierig anzusehen war, und zu speziellen Verhaltensauffälligkeiten konnten Auskünfte viel besser erhalten werden.

Die Bewertung der vom betreuenden Personal zu erfragenden Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen erfolgte zunächst nach klinischen Gesichtspunkten. Die so gewichteten Auffälligkeiten wurden sodann in einer Vorstudie auf ihre Treffsicherheit für die Zuordnung überprüft und diese Erfahrungen, beispielsweise über bestimmte häufig schwer abgrenzbare und unsicher beantwortete Fragen, verwertet (vgl. dazu die Erläuterungen zur Handhabung der Erhebungsbögen im Anhang). Daraus resultierte dann die für die Bejahung des Vorliegens einer psychischen Krankheit besonders gewichtete „relevante Psychopathologie“ (Tab. 1b).

Die Einschätzung eines Bewohners als psychisch krank bzw. stark auffällig (Item 22 des Erhebungsbogens B) anhand der Kategorien „sicher“, „wahrscheinlich“, „möglich“, „wahrscheinlich nicht“ und „sicher nicht“ erfolgte, unter Berücksichtigung der jeweils bekannten Grunddaten, beispielsweise zur Pflegschaft und zum Zugang, in Abstimmung zwischen Betreuer und fachärztlichem Untersucher insbesondere aufgrund der Angaben zur Art der Auffälligkeit, zur psychiatrischen, ambulanten und stationären Vorbehandlung sowie der nervenärztlichen Behandlung des Bewohners und der Psychopharmakotherapie.

C. Ärztliche Angaben aus Akten

Hierbei handelte es sich um hausärztliche Atteste, Krankenhausberichte, gutachterliche Äußerungen sowie formalisierte Einweisungsgutachten, die recht detaillierte Angaben enthalten und bei städtischen Heimbewohnern generell

und bei Bewohnern anderer Heime immer dann vorliegen müssen, wenn das Sozialamt bei der Kostenübernahme beteiligt ist. Nervenärztliche Unterlagen, insbesondere solche vom Sozialpsychiatrischen Dienst und psychiatrischen Fachkrankenhaus, wurden stärker als sonstige ärztliche Unterlagen gewichtet. Summarische Quasidiagnosen von einweisenden Hausärzten (z. B. „als Heimbewohner geeignet“) ließen sich oft nicht verantwortbar verwerten.

Die Verschlüsselung der diagnostischen Angaben (Items 27/29/30 des Erhebungsbogens C) erfolgte in Anlehnung an die Basisdokumentation Psychiatrie der DGPN sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser (Tab. 1a). Aus der Gruppe der gerontopsychiatrischen und körperlich begründbaren psychischen Störungen wurden solche mit begleitender körperlicher Störung gesondert erfaßt, da unter dem Gesichtspunkt der Heimunterbringung überwiegend wegen psychischer oder körperlicher Störung eine einfache senile Demenz z. B. anders zu bewerten ist als ein Schlaganfall mit hirnlokalem Psychosyndrom und Halbseitenlähmung. Zusätzlich wurde eine Rubrik „mögliche psychiatrische Diagnose“ eingeführt. Sie wurde immer dann bejaht, wenn sich aus den diagnostischen Angaben nur Vermutungen für eine psychische Störung entnehmen ließen, vor allem wenn bei nichtfachärztlichen Diagnosen wie „zerebrovaskuläre Insuffizienz“, „periphere und zerebrale Durchblutungsstörungen“, „Zerebralsklerose“ ohne weitere Angaben nicht zu entnehmen war, ob die zerebralen Durchblutungsstörungen auch mit einer manifesten psychischen Auffälligkeit einhergingen.

Auf eine Ansprache der die Heimbewohner betreuenden Ärzte zwecks Gewinnung und Ergänzung ärztlicher Angaben wurde verzichtet, da sich diese als wenig kooperativ erwiesen hatten. Die zur Einschätzung bei der Befragung des betreuenden Personals formal analoge Einschätzung als „psychisch krank bzw. stark auffällig“ (Item 35) aus diesem Erhebungsbogen wurde damit allein aufgrund der ärztlichen Aktenlage vorgenommen. Die Einschätzung erfolgte insbesondere auf der Basis der Angaben zur Vorbehandlung, zum psychischen Befund und zur Diagnose unter Berücksichtigung der zwischen ihrer Fixierung und unserer Untersuchung verstrichenen Zeit.

D. Institutionsfragebogen

Dieser Bogen beinhaltet eine Groborientierung über das Heim (z. B. Trägerschaft, Größe, Anteil von Pflegebetten, Aufnahmezahl, Personalausstattung und Belegung). Insbesondere diente dieser Fragebogen zur Einschätzung der Heimbewohner durch den Heimleiter anhand grober Vorgaben zum Vorliegen psychischer Störungen. Hierdurch ergab sich die Möglichkeit, die quantitative Einschätzung psychisch kranker Bewohner durch Heimleiter mit unserer endgültigen Zuordnung aufgrund der Grunddaten, der mündlichen Befragung der Betreuer zu jedem einzelnen Bewohner sowie der ärztlichen Unterlagen zu vergleichen.

4.3 Zuordnung

Da die Einschätzungen aufgrund der Grunddaten und der mündlichen Befragung einerseits wie die aufgrund der ärztlichen Angaben andererseits getrennt und durch verschiedene Untersuchungen erfolgt waren, mußte eine Prüfung auf Übereinstimmung dieser Einschätzungen aufschlußreich erscheinen. Eine

Diagnosenschlüssel

- gerontopsychiatrische und körperlich begründbare psychische Störungen (ICD 290, 293, 294, 310)
- idem, jedoch mit begleitender körperlicher Störung (z. B. Schlaganfall, Parkinsonismus)
- schizophrene Psychosen (ICD 295)
- affektive und andere Psychosen (ICD 296 bis 298)
- Suchtkrankheiten (ICD 303 bis 305, 291, 292)
- Neurosen/Persönlichkeitsstörungen und andere nicht psychotische psychische Störungen (ICD 300 bis 302, 306 bis 309, 311, 312, 316)
- Oligophrenien (ICD 317 bis 319)
- Anfallsleiden (ICD 345)
- psychisch krank, Diagnosenzuordnung jedoch nicht möglich
- mögliche psychiatrische Diagnose
- keine psychiatrische Diagnose

Tab. 1a: Diagnosenschlüssel

Relevante Pathologie

- auffällige Verhaltensstörung
- deutlich depressiv, melancholisch verstimmt
- Beeinträchtigungserlebnisse, fühlt sich kontrolliert, anders behandelt
- ausgesprochene Wahnhinhalte
- Verarmungsideen
- Alkohol
- Drogen
- Medikamentenabusus
- geistige Behinderung
- Selbstmordversuch
- Desorientiertheit, Verwirrtheit

Tab. 1b: Relevante Psychopathologie

solche Prüfung war in all jenen 735 Fällen möglich, bei welchen ärztliche Unterlagen vorhanden waren. Wie Abbildung 1 zeigt, ergibt der Vergleich eine sehr gute Übereinstimmung. Bei Zusammenfassung der als „sicher“ oder „wahrscheinlich“ krank bzw. nicht krank eingeschätzten erreicht sie mit 550 aller 735 Fälle 77,2 % übereinstimmende Einschätzungen bzw. 92,5 % in bezug auf die 614 bezüglich einer Übereinstimmung beurteilbaren Fälle. Nur bei 46 Fällen = 6 (7,5) % waren die Einschätzungen diskrepanz.

Einschätzung nach ärztlichen Angaben aus Akten

Einschätzung nach mündlicher Befragung und Grunddaten	sicher u. wahrscheinlich psychisch krank n = 346	möglicherweise psychisch krank n = 89	wahrscheinlich u. sicher nicht psychisch krank n = 290
sicher u. wahrscheinlich psychisch krank n = 375	308 (41.9%)	36* (4.9%)	31 (4.2%)
möglicherweise psychisch krank n = 58	23* (3.1%)	18 (2.4%)	17* (2.3%)
wahrscheinlich u. sicher nicht psychisch krank n = 302	15 (2.0%)	45* (6.1%)	242 (32.9%)

Übereinstimmende Einschätzungen

*Kombinationen mit Einstufungen als „möglicherweise psychisch krank“ in einer der Teileinschätzungen. In diesen Fällen läßt sich weder Übereinstimmung noch Diskrepanz feststellen.

Abb. 1: Prüfung der beiden unabhängigen Teileinschätzungen auf Übereinstimmung (N = 735)

Trotz dieser guten Übereinstimmung war jedoch zu bedenken, daß besonders in Grenzfällen — etwa bei starker Unvollständigkeit der Daten — das vorliegende Material bei einer jeweils getrennten Bewertung nicht optimal auszuschöpfen war. Maßgebend für die endgültige Einstufung war daher eine abschließende übergreifende Bewertung durch ein und denselben fachärztlichen Untersucher unter Berücksichtigung der gesamten Informationen aus Grunddaten, mündlicher Befragung sowie der ärztlichen Angaben aus Akten einschließlich der zahlreichen handschriftlichen zusätzlichen Bemerkungen der Untersucher. Diese Bewertung wurde damit jeweils im Rahmen des Gesamtkontextes vorgenommen. Hierbei wurde von vornherein versucht, die Bewohner nur drei Gruppen zuzuordnen: jeweils einer Gruppe von Heimbewohnern, von denen sich mit Sicherheit bzw. mit großer Wahrscheinlichkeit sagen ließ, daß sie psychisch krank bzw. nicht krank waren sowie einer dritten Gruppe, bei der die Entscheidung offenbleiben mußte, aber durchaus die Möglichkeit bestand, sie der Gruppe der psychisch Kranken zuzuordnen. Damit wurde auch eine Maximalschätzung ermöglicht.

Bei allen nicht eindeutig den beiden Hauptgruppen zuordenbaren Fällen wurde ein Kontrollrating zwischen den Autoren durchgeführt, welches schon primär

eine hohe Übereinstimmung ergab. Bei den diskrepanz eingeschätzten Fällen wurde nach Diskussion entschieden. Hierzu einige Beispiele:

81jährige ledige Frau, vor der jetzigen Helmaufnahme bereits in einem anderen Heim. Die Befragung des Heimpersonals ergab keinen Hinweis auf Auffälligkeiten bzw. eine psychiatrische Anamnese. Aus dem fünf Jahre zurückliegenden Einweisungsgutachten geht hervor, daß die ruhige und kontaktarme Patientin seit Jahren unter wahnhaften Vorstellungen leide. Auch der Sozialpsychiatrische Dienst hatte ein paranoides Syndrom im Senium diagnostiziert. Patientin hatte lt. Unterlagen frühere Heime in ihre Wahnvorstellungen einbezogen und akzeptierte den Vorschlag zum Helmwechsel mit Erleichterung. Zuordnung: „psychisch krank“.

82jährige verwitwete Frau, Zuweisung von zu Hause, über 6 Monate im Heim. Lt. Angaben des Personals zeitweise verwirrt. Im 8 Monate zurückliegenden internistischen Einweisungsgutachten kein Hinweis auf psychische Erkrankung. Zuordnung: „möglicherweise krank“.

84jährige verwitwete Frau, über 1 Jahr im Heim, zuvor alleinlebend, Zugang aus dem Allgemeinkrankenhaus. Fühlte sich lt. Angaben des Personals von anderen bestohlen, sei inkontinent, wird vom konsiliarischen Nervenarzt in Heim mit Psychopharmaka behandelt. Lt. 1 Jahr zurückliegendem Einweisungsgutachten des Allgemeinkrankenhauses nur Organdiagnosen, Begründung der Heimunterbringung mit „Gangschwierigkeiten“ und der dadurch bedingten Unfähigkeit zur Alleinversorgung. Zuordnung: „psychisch krank“.

84jährige verwitwete Frau, seit 1 Jahr im Heim, nach Angaben des Personals keine psychische Auffälligkeit. Zugang aus dem Allgemeinkrankenhaus. Die damalige Krankenhausaufnahme erfolgte wegen Appetitlosigkeit, Schwindel und depressiver Verstimmung. Lt. dem 1 Jahr zurückliegenden Einweisungsgutachten dieses Krankenhauses Diagnose: „Zerebrovaskuläre Insuffizienz mit Neigung zur depressiven Verstimmung“. Zuordnung: „nicht psychisch krank“.

83jährige verwitwete Frau, aus dem Allgemeinkrankenhaus eingewiesen, seit über 2 Jahren im Heim. Nach Angaben des Personals völlig unauffällig. Lt. fast 3 Jahre zurückliegendem Einweisungsgutachten des Allgemeinkrankenhauses „zerebrale Durchblutungsstörungen mit starker Vergeßlichkeit und zeitweiligen Verwirrheitszuständen“. Mangelnde Selbstversorgung wird als Grund für die Heimaufnahme angegeben. Da die klaren Angaben des Personals als zuverlässig erschienen und die Diagnosenstellung länger zurücklag, Zuordnung: „nicht psychisch krank“.

73jähriger lediger Mann, Sozialhilfe als Kostenträger, vor 10 Jahren aus einem anderen Heim verlegt. Mündliche Befragung bezüglich psychopathologischer Auffälligkeit unergiebig, dagegen im ärztlichen Attest, 10 Jahre zurückliegend, Vermerk „psychische Erkrankung“. Zuordnung: „möglicherweise krank“.

80jähriger verwitweter Mann. Zugang aus einem psychiatrischen Krankenhaus, über 3 Jahre im Heim. Nach Angaben des Heimpersonals keinerlei Verhaltensauffälligkeit, keine nervenärztliche Behandlung, keine Psychopharmakotherapie. Lt. 3 Jahre zurückliegendem Einweisungsgutachten des psychiatrischen Krankenhauses als Diagnose „Herzinsuffizienz, Arteriosklerose mit zeitweiliger Verwirrtheit und passageren paranoiden Vorstellungen“. Begründung der Heimaufnahme: „Altersbedingte Hilflosigkeit, Abriß des Wohnhauses“. Zuordnung: „nicht psychisch krank“.

62jähriger verwitweter Mann, aus dem Obdach eingewiesen, über 3 Jahre im Heim, ohne Kontakt zu Angehörigen. Nach Angaben des Personals stetiger Alkoholmißbrauch seit

Aufnahme. Lt. internistischem Attest „Zustand nach Billroth II“ sowie „schlechte Selbstversorgung“ als Grund für die Heimeinweisung. Der Gesamtkontext erhärtet den Verdacht einer kaschierten Einweisung eines Alkoholkranke, daher Zuordnung: „psychisch krank“.

Eine ursprünglich vorgesehene über mehr zufällige kasuistische Kontrollen hinausgehende klinische Untersuchung einer repräsentativen Stichprobe der Heimbewohner war aus arbeitsökonomischen und vor allem aus Datenschutzgründen nicht mehr durchführbar. Das geschilderte Vorgehen dürfte trotzdem zu sehr zuverlässigen Ergebnissen geführt haben, wie folgende zusätzliche Vergleiche und Überprüfungen zeigen konnten.

Da die Zuordnung zur Gruppe der psychisch Kranken sich auch auf die vom Heimpersonal — also relativen Laien — durch den fachärztlichen Beurteiler erfragten Angaben zur relevanten Psychopathologie stützte und die Korrelation mit der Gruppe der psychisch Kranken hier sehr hoch war (s. Kapitel 5.5), haben wir überprüft, in welchem Maße dieser Indikator bzw. die anderen „objektiven“ Indikatoren für die Zuordnung maßgeblich waren. Hierzu stellten wir aus dem Datenmaterial folgende 7 Indikatoren auf, von denen eine Vorstudie ergeben hatte, daß sie einen hohen Prädikationswert für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung besaßen:

- ambulante psychiatrische Vorbehandlung
- stationäre psychiatrische Vorbehandlung
- Zugang aus psychiatrischem Krankenhaus
- Pflegschaft bzw. Vormundschaft vor Heimaufnahme
- nervenärztliche Behandlung im Heim
- Psychopharmakabehandlung im Heim
- psychiatrische Diagnose

Zahl der vorhandenen Indikatoren	psychisch krank (N = 477)		nicht psychisch krank (N = 460)		mögl. psychisch krank (N = 77)		
	Relevante Pathologie vorhanden		Relevante Pathologie vorhanden		Relevante Pathologie vorhanden		
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
0	55	2	10	430	21	22	540
1	75	7	—	22	6	8	118
>1	283	25	—	10	3	5	326
	413	34	10	462	30	35	984

Tab. 2: Überprüfung auf Übereinstimmung objektiver Indikatoren mit der relevanten Pathologie und der endgültigen Zuordnung

Wie Tabelle 2 zeigt, erfolgte bei denjenigen Heimbewohnern, bei denen nur eine relevante Pathologie vorlag, also ohne daß diese durch das gleichzeitige Vorliegen eines der genannten anderen Indikatoren gestützt wurde, in knapp zwei Drittel (55 von 86) dieser Fälle eine Zuordnung als psychisch krank.

Bei gesonderter Betrachtung der 447 als psychisch krank Zugeordneten erfolgte somit

nur bei 55 = 12,3 % diese Zuordnung allein aufgrund der relevanten Psychopathologie, in 358 Fällen = 80,1 % aufgrund der relevanten Psychopathologie wie auch mindestens eines der genannten zusätzlichen Indikatoren, in 283 = 63,3 % sogar von zwei und mehr dieser Indikatoren. In 34 = 7,6 % erfolgte die Zuordnung allein aufgrund eines dieser anderen Indikatoren, ohne daß gleichzeitig Angaben über das Vorhandensein einer manifesten relevanten Psychopathologie vorlagen.

Diese Ergebnisse zeigen, daß in der weit überwiegenden Zahl der Fälle die Zuordnung zur Gruppe der psychisch Kranken sich sowohl auf die vom Personal geschilderten und als relevant eingestuften Verhaltensauffälligkeiten stützte wie auf weitere — meist mehrere — zusätzliche „objektive“ Indikatoren. Damit ist ein möglicher Einwand, die Zuordnung basiere hauptsächlich auf fragwürdigen Angaben des Personals zu Verhaltensauffälligkeiten, entkräftet.

4.4 Zur Bewertung der Unterlagen

Wie der Vergleich von Abbildung 1 mit Abbildung 2 zeigt, führte die endgültige Einstufung zu einer erhöhten Zahl von Zuordnungen zur Kategorie „psychisch krank“ als die beiden Einzeleinschätzungen, und zwar überwiegend — wie zu erwarten — durch eine Reduzierung der Anteile der „möglicherweise“ psychisch Kranken. Dabei ist bezüglich der endgültigen Zuordnung die Übereinstimmung der Einschätzung aufgrund der Grunddaten und der mündlichen Befragung mit 91,0 % höher als diejenige der Einschätzung aufgrund der ärztlichen Angaben aus Akten mit 83,8 %. Bei den diskrepanten Anteilen betrug das Verhältnis 1,9 % zu 3,8 %. Damit konnte den Grunddaten und der mündlichen Befragung in bezug auf unsere psychiatrische Fallidentifikation eine größere Sicherheit als den ärztlichen Angaben aus Akten zugesprochen werden.

Endgültige Zuordnung

		psychisch krank n = 404	möglicherweise psychisch krank n = 52	nicht psychisch krank n = 279
sicher u. wahrscheinlich psychisch krank	A (n = 375)	368 (50.1%)	7* (1.0%)	— —
	B (n = 346)	337 (45.9%)	8* (1.1%)	1 (0.1%)
möglicherweise psychisch krank	A (n = 58)	22* (3.0%)	29 (3.9%)	7* (1.0%)
	B (n = 99)	40* (5.4%)	30 (4.1%)	29* (3.9%)
wahrscheinlich u. sicher nicht psychisch krank	A (n = 302)	14 (1.9%)	16* (2.2%)	272 (37.0%)
	B (n = 290)	27 (3.7%)	14* (1.9%)	249 (33.9%)

A = mündl. Befragung und Grunddaten; B = ärztl. Angaben aus Akten

Übereinstimmende Einschätzungen

* Kombinationen mit Einstufungen als „möglicherweise psychisch krank“. In diesen Fällen läßt sich weder Übereinstimmung noch Diskrepanz der beiden Einschätzungen feststellen.

Abb. 2: Prüfung der beiden Teileinschätzungen auf Übereinstimmung mit der endgültigen Zuordnung (N = 735)

Diese größere Sicherheit dürfte auf folgende Faktoren zurückzuführen sein:

Die vom betreuenden Personal erfragten Angaben zu den Verhaltensauffälligkeiten und der Psychopathologie konnten wegen der oft unerwarteten Klarheit in der Regel sehr stark in die Beurteilung einbezogen werden.

Bei der Bewertung ärztlicher Angaben, die längere Zeit zurücklagen, war zu bedenken, daß bei einem Teil dieser Fälle sich die mit fortschreitendem Alter zunehmenden hirnrorganischen Abbauprozesse erst im Verlauf des Heimaufenthaltes deutlich manifestierten. Dies wurde durch eine Detailanalyse bestätigt, nach der in über der Hälfte der Fälle, bei denen diskrepante, getrennte Einschätzungen vorlagen, die psychische Auffälligkeit nach den Angaben des befragten Personals zum Zeitpunkt der Aufnahme noch nicht bestand.

Psychische Auffälligkeiten wurden von Ärzten zuweilen erkennbar verschwiegen, um die Aufnahme ins Heim zu erleichtern bzw. überhaupt erst zu ermöglichen. Sie wurden zum Teil aber auch von nicht psychiatrisch geschulten Ärzten, die die Patienten u. U. erstmals zur Begutachtung sahen, offenbar nicht erkannt.

Recht häufig fanden sich unter den ärztlichen Angaben Diagnosen wie „periphere und zerebrale Durchblutungsstörungen“ oder „zerebrovaskuläre Insuffizienz“ ohne weiter spezifizierende Befunde oder Hinweise, die zu dem relativ hohen Anteil der möglicherweise psychisch Kranken bei der Einschätzung allein aufgrund der ärztlichen Angaben beitrugen, während solche Fälle aufgrund der mündlichen Befragung damit oft doch eindeutig zugeordnet werden konnten.

Insgesamt zeigt die sehr hohe Übereinstimmung zwischen der endgültigen Zuordnung und der Einschätzung aufgrund der Grunddaten und der mündlichen Befragung — bei ebenfalls recht hoher Übereinstimmung der beiden unabhängig voneinander gewonnenen Teileinschätzungen —, daß die psychiatrische Fallidentifikation mittels allgemein zugänglicher Grunddaten und persönlicher Interviews des betreuenden Personals zu recht zuverlässigen Ergebnissen führt, so daß bei zukünftigen Untersuchungen auf die Auswertung ärztlicher Unterlagen, die allein schon aus Datenschutzgründen schwer möglich sein dürfte, gegebenenfalls verzichtet werden kann (vgl. Kapitel 5.5).

5. Ergebnisse

5.1 Häufigkeit und Verteilung

Von den 984 erfaßten Heimbewohnern wurden 447 = 45,4 %, also fast die Hälfte, als psychisch krank identifiziert (Abb. 3a). Addiert man hierzu die 65 = 6,7 % als möglicherweise psychisch krank eingestuft, so ergibt sich als Maximalschätzung ein Anteil von 52,0 %.

Abbildung 3a zeigt auch, daß die Anteile psychisch kranker Bewohner in den verschiedenen Heimtypen unterschiedlich sind. In städtischen und privaten Heimen waren jeweils die Hälfte aller Heimbewohner psychisch krank. Der deutlich geringere Anteil in gemeinnützigen Heimen wird durch den höheren Anteil der möglicherweise psychisch Kranken etwas relativiert.

Insgesamt betrachtet befand sich, wie die bezüglich der Größenverhältnisse maßstabsgerechte Abbildung 3a erkennen läßt, entsprechend den jeweiligen

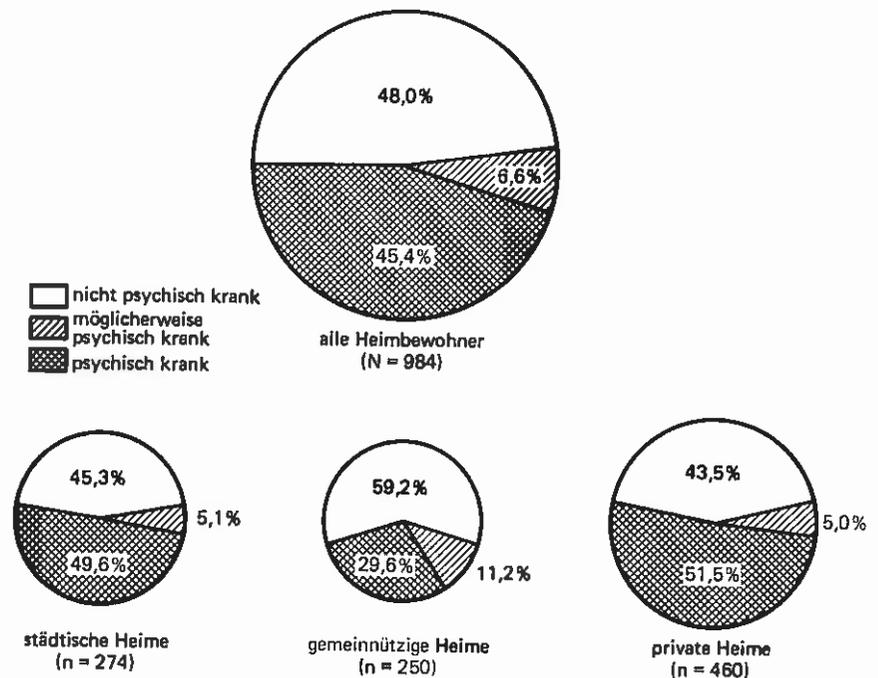


Abb. 3a: Häufigkeit psychisch kranker Heimbewohner insgesamt und Verteilung nach Heimarten (maßstabgerechte Darstellung)

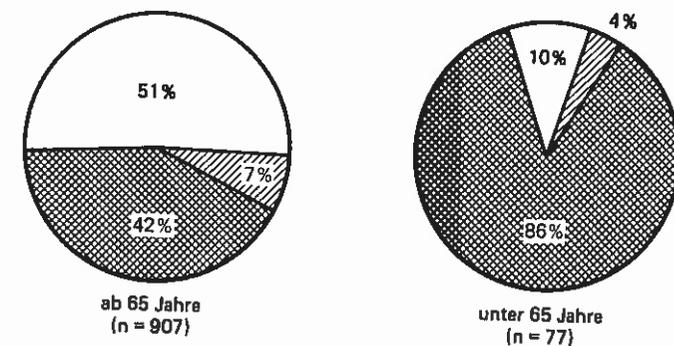


Abb. 3b: Häufigkeit psychisch kranker Heimbewohner nach Alter

Anteilen an allen Heimbetten des Bezirks gut die Hälfte aller psychisch kranken Heimbewohner in privaten Heimen.

Bei den Bewohnern über 65 Jahre betrug der Anteil psychisch Kranker mit 381 von 907 Bewohnern 41,0 %, die Maximalschätzung mit zusätzlich 62 möglicherweise psychisch Kranken ergibt 48,8 % (Abb. 3b). Der Anteil dieser psychisch kranken Heimbewohner lag auch in unserer Untersuchung in Altenpflegeheimen mit 69,0 % fast zweieinhalbmal so hoch wie in Altenheimen ohne Pflegebetten (29,3 %).

Bei den im Rahmen unserer Fragestellung besonders interessierenden 77 Heimsinsassen unter 65 Jahren lag der Anteil psychisch Kranker deutlich höher als bei den älteren Patienten (Abb. 3b). Hier mußten 66 = 85,7 % als psychisch krank und 3 = 3,9 % — die Zuordnung war hier in der Regel einfacher — als möglicherweise krank klassifiziert werden. Die Maximalschätzung liegt hiermit bei 89,6 %. Diese Ergebnisse bedeuten, daß es sich zumindest im Raum unserer Untersuchung bei jüngeren Bewohnern auch von nichtspezialisierten und eigentlich mehr für alte Menschen vorgesehenen betreuten Wohneinrichtungen in der Regel um psychisch Kranke handelt.

Über die diagnostische Verteilung orientiert die Abbildung 4. Unter den unter 65jährigen Bewohnern dominieren die Suchtkrankheiten, gefolgt von den schizophrenen Psychosen und geistiger Behinderung, während bei den über 65jährigen die spezifischen gerontopsychiatrischen Störungen erwartungsgemäß weitaus an erster Stelle stehen.

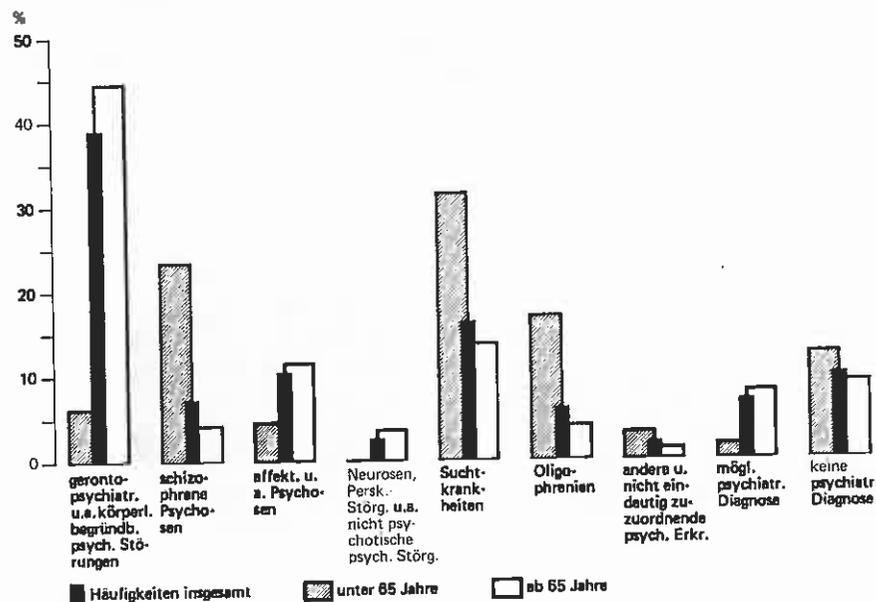


Abb. 4: Diagnosen psychisch kranker Heimbewohner nach Alter (N = 404)

5.2 Hochrechnung

Da sich die analogen Heimtypen in den anderen Bezirken Berlins mit Ausnahme eines etwas geringeren Anteils von Betten für erhöht Pflegebedürftige (32 % im Vergleich zu 36 % in Charlottenburg) wenig unterscheiden, rechtfertigt sich der Versuch einer Übertragung unserer Ergebnisse auf ganz Berlin-West. Rechnet man die aus unserer Untersuchung der Charlottenburger Heimpopulation (984 erfaßte Bewohner bei 1287 Planbetten) gewonnenen Zahlen auf die Gesamtpopulation der Alten- und Altenpflegeheimbewohner in Berlin hoch (12 770 Planbetten 1983, d. h. 10 855 Heimbewohner bei einer zugrundegelegten durchschnittlichen Belegung von 85 %), so befänden sich in ganz Berlin (W) 4932 psychisch kranke Bewohner in Alten- und Altenpflegeheimen, darunter 728 unter 65 Jahren. Das entspräche einer Rate von 2,6 ‰ der Gesamtbevölkerung, von 10,9 ‰ der Bevölkerung über 65 Jahre und von 0,5 ‰ der Bevölkerung unter 65 Jahren.

Addiert man dazu noch die ca. 600 Plätze der — in Charlottenburg nicht vorhandenen — „Krankenheime“ für psychisch Kranke und Behinderte und die 135 Plätze in therapeutischen Wohngemeinschaften — letztere ganz überwiegend von unter 65jährigen belegt —, entspräche dies einer Rate von 3,0 ‰ Plätzen für psychisch Kranke in spezialisierten und nichtspezialisierten betreuten Wohneinrichtungen. Dabei sind die Bewohner in den ca. 1900 Betten der somatischen Krankenheime, die nach einer kürzlichen Senatsumfrage zu über 50 % zusätzlich auch an einer schwerwiegenden psychischen Störung leiden, nicht einmal berücksichtigt.

5.3 Vergleichende Beschreibung der psychisch kranken Heimpopulation nach ausgewählten Merkmalen.

5.3.1 Heimträger

Die Gesamtverteilung psychisch Kranker in den Heimen entsprach bezüglich der städtischen und privaten Heime der jeweils vorhandenen Bettenkapazität. In privaten Heimen befanden sich 53,0 %, in städtischen 30,4 % und in gemeinnützigen 16,6 % aller psychisch kranken Heimbewohner. Dagegen waren die relativen Anteile in städtischen und privaten Heimen mit etwa der Hälfte der Bewohner (Abb. 3a) gleichhoch. Der deutlich geringere prozentuale Anteil der psychisch Kranken in gemeinnützigen Heimen betraf alle Altersgruppen.

5.3.2 Kostenträger

Nur ein Drittel der psychisch kranken Heimbewohner — deutlich weniger als bei den Gesunden — waren reine Selbstzahler, bei zwei Dritteln war die Sozialhilfe zumindest teilweise bei der Übernahme der Heimkosten beteiligt. Bezüglich der Heimarten zeigt sich ein deutliches Gefälle zugunsten der Selbstzahleranteile von den städtischen Heimen (11 %) über die gemeinnützigen (26 %) zu den privaten Heimen (48 %).

5.3.3 Alter

Wie Tabelle 3 zeigt, nimmt mit zunehmendem Alter der Anteil der psychisch Kranken in allen Heimtypen ab. Dies gilt auch für die möglicherweise psychisch Kranken. Über vier Fünftel aller Heimbewohner unter 65 Jahren, dagegen nur etwa ein Drittel der über 75jährigen waren psychisch krank. Insgesamt lag der Anteil der psychisch Kranken unter 65 über doppelt so hoch wie derjenige der Altersgruppe über 65 Jahre.

Altersgruppe	alle Heime		städtisch		gemeinnützig		privat	
	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)
unter 65 J.	(N = 77)	85,7 (66)	83,3 (20)	91,7 (11)	85,4 (35)			
65—74 J.	(N = 196)	61,7 (121)	66,7 (36)	41,0 (16)	67,0 (69)			
ab 75 J.	(N = 711)	36,6 (260)	40,8 (80)	23,6 (47)	42,1 (133)			
insgesamt	(N = 984)	45,4 (447)	49,6 (136)	29,6 (74)	51,1 (237)			

Tab. 3: Häufigkeit psychisch Kranker an allen Heimbewohnern nach Alter und Heimart (N = 984)

Die im Gegensatz zur in Privathaushalten lebenden (Alten-)Bevölkerung stehende Feststellung einer mit zunehmendem Alter abnehmenden Häufigkeit psychischer Auffälligkeit unter der Heimbewölkerung überrascht nicht, da mit steigendem Alter insbesondere in Großstädten mit der stärkeren Auflösung des Großfamilienverbandes und der großen Zahl von Einpersonenhaushalten zunehmend auch psychisch Gesunde wegen mangelnder Fähigkeit zur Selbstversorgung allein aus körperlicher Gebrechlichkeit bzw. Krankheit in Alten- und Altenpflegeheimen untergebracht werden. Dagegen finden jüngere Personen, gerade weil sie aus psychischen Gründen zu einer selbständigen Lebensführung nicht in der Lage sind bzw. die Notwendigkeit der Beaufsichtigung (z. B. Alkoholranke) besteht, Aufnahme in Heimen.

5.3.4 Geschlecht

Gegenüber der Gesamtverteilung der Geschlechter und der älteren Patienten ergab sich kein Unterschied zwischen psychisch kranken und gesunden Heimbewohnern. In beiden Gruppen überwog mit etwa drei Viertel der Anteil der Frauen, bei gesonderter Betrachtung nur der psychisch kranken Heimbewohner unter 65 Jahren lag dagegen der Anteil der Männer bei knapp zwei Drittel. Dies ist zum Teil auf die hohe Zahl von suchtkranken Männern bei den unter 65jährigen Heimbewohnern zurückzuführen.

5.3.5 Familienstand

Ledige, getrennt Lebende und Geschiedene waren unter den psychisch Kranken im Vergleich zu den gesunden Heimbewohnern häufiger, Verwitwete dagegen weniger häufig. Der geringere Anteil der Verwitweten an den Kranken ließ sich dadurch erklären, daß mit zunehmendem Alter die Zahl der Verwitweten steigt, der Anteil der psychisch Kranken (s. unter 5.3.3) jedoch abnimmt.

5.3.6 Früherer Wohnort

Etwa drei Viertel der kranken wie der gesunden Bewohner hatten ihren früheren Wohnort im Heimbezirk oder in benachbarten Bezirken. Für die Tatsache, daß psychisch kranke Bewohner aus fernliegenden Bezirken im Vergleich zu den nicht kranken etwas häufiger waren, fanden wir ebenso wenig eine abstützbare Erklärung wie dafür, daß diese Unterschiede bei den gemeinnützigen Heimen nicht zu finden waren.

5.3.7 Frühere Wohnsituation

Entgegen unserer Erwartung wohnten drei Viertel aller psychisch kranken wie der gesunden Heimbewohner vor der Aufnahme allein. Der fehlende Unterschied dürfte damit zusammenhängen, daß verwitwete ältere Heimbewohner aus den unter 5.3.3 geschilderten Gründen gehäuft unter den nicht kranken Bewohnern zu finden sind. Bewohner ohne persönliche Wohnsituation (z. B. Obdach) waren unter den psychisch Kranken dagegen häufiger als unter den Gesunden und konnten überwiegend in städtischen Heimen eruiert werden.

5.3.8 Vorbehandlung

Wie Abbildung 5 zeigt, wurde jeweils über die Hälfte aller psychisch kranken Bewohner ambulant bzw. stationär psychiatrisch vorbehandelt. Bei den unter 65jährigen wie auch bei den Bewohnern privater Heime waren diese Anteile sowie die Zahl bereits häufigerer Vorhospitalisierungen besonders hoch.

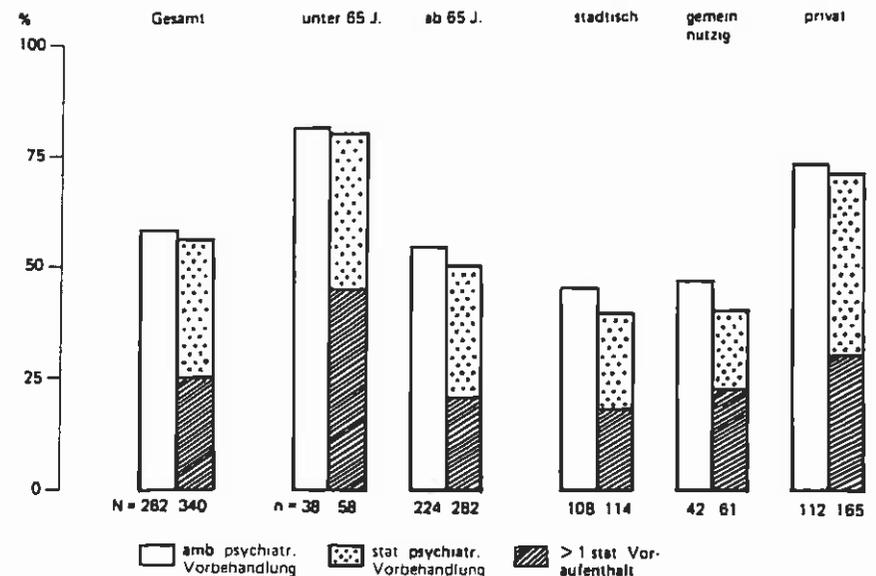


Abb. 5: Ambulante und stationäre psychiatrische Behandlungen psychisch kranker Heimbewohner vor Heimaufnahme nach Alter und Heimart (N = beurteilbare Fälle = Angaben vorhanden)

5.3.9 Zugang

Psychisch kranke Bewohner kamen zu über einem Drittel von zu Hause, je zu knapp einem Viertel aus dem psychiatrischen bzw. dem Allgemeinkrankenhaus. Unter 65jährige Kranke kamen besonders häufig aus dem psychiatrischen Krankenhaus, aus anderen Heimen und aus dem Obdach. Erwartungsgemäß wurden kranke Heimbewohner weitaus häufiger aus dem psychiatrischen Krankenhaus bzw. aus anderen Heimen, dagegen deutlich seltener von zu Hause eingewiesen als gesunde. Kranke Bewohner städtischer Heime kamen seltener aus anderen Heimen, solche privater Heime besonders oft aus psychiatrischen Krankenhäusern, dagegen weitaus seltener von zu Hause als kranke Bewohner der anderen Heime.

5.3.10 Pflegschaft/Vormundschaft bei Aufnahme

Über ein Drittel der kranken Bewohner — bei den unter 65jährigen die Hälfte — standen bei Aufnahme unter Pflegschaft. In privaten Heimen ist dieser Anteil deutlich höher als in den anderen Heimen. Diese Differenz ist ausschließlich auf den hohen Anteil unter Pflegschaft stehender Bewohner in den drei Pflegeheimen zurückzuführen, die sich alle in privater Trägerschaft befinden.

5.3.11 Bisherige Dauer des Heimaufenthaltes

Psychisch kranke Bewohner waren am Stichtag im statistischen Durchschnitt 3,5 Jahre im Heim, durchschnittlich sechs Monate kürzer als nicht kranke. In gemeinnützigen Heimen war die Verweildauer psychisch Kranker besonders im Vergleich zu den Gesunden, aber auch im Vergleich zu den kranken Bewohnern anderer Heime verkürzt. Die fehlende Möglichkeit dieser Einrichtungen, erhöhten Pflegeaufwand auch kostenmäßig in Rechnung zu stellen, führt dazu, daß bei Verschlimmerung des psychischen Zustands bzw. bei Auftreten psychischer Auffälligkeiten im Heim solche Bewohner eher in Pflegeeinrichtungen verlegt werden als beispielsweise Bewohner aus den städtischen Heimen, die über eigene Pflegeabteilungen verfügen.

5.3.12 Angehörige

Bei einem Viertel der psychisch kranken Bewohner, damit etwas häufiger als bei den gesunden, und bei den unter 65jährigen bei mehr als einem Drittel war in den Heimen über die Existenz von Angehörigen nichts bekannt.

5.3.13 Außenkontakte

Ebenfalls über ein Viertel und bei den unter 65jährigen mehr als ein Drittel der kranken Bewohner waren ohne jeglichen Kontakt zu Personen außerhalb des Heimes, knapp die Hälfte dagegen hat solche Kontakte regelmäßig. Gesunde Heimbewohner hatten wesentlich seltener keine und deutlich öfter regelmäßige Kontakte. Die Isolierung von Außenkontakte war unter kranken Bewohnern privater und städtischer Heime sehr viel ausgeprägter als in gemeinnützigen Heimen. Diese Differenz läßt sich dadurch erklären, daß sich die schwereren psychisch Kranken, bei denen eine solche Isolierung eher anzunehmen ist,

häufiger in städtischen und privaten Heimen befanden, da nur diese erhöht Pflegebedürftige aufnehmen konnten.

5.3.14 Behandlung im Heim

Den Angaben der Befragten zufolge werden so gut wie alle Heimbewohner mehr oder weniger regelmäßig ärztlich betreut. Wie Abbildung 6 zeigt, erfolgte bei zwei Fünftel der psychisch kranken Heimbewohner die ärztliche Betreuung durch einen Nervenarzt. Sie fand überwiegend im Heim selbst statt. Nur etwa ein Zehntel suchte den Arzt in seiner Praxis bzw. Poliklinik auf, jedoch war bei den unter 65jährigen dieser Anteil mehr als doppelt so hoch wie bei den über 65jährigen. Nicht kranke Heimbewohner suchten ihren Arzt weitaus häufiger als die kranken außerhalb des Heimes auf.

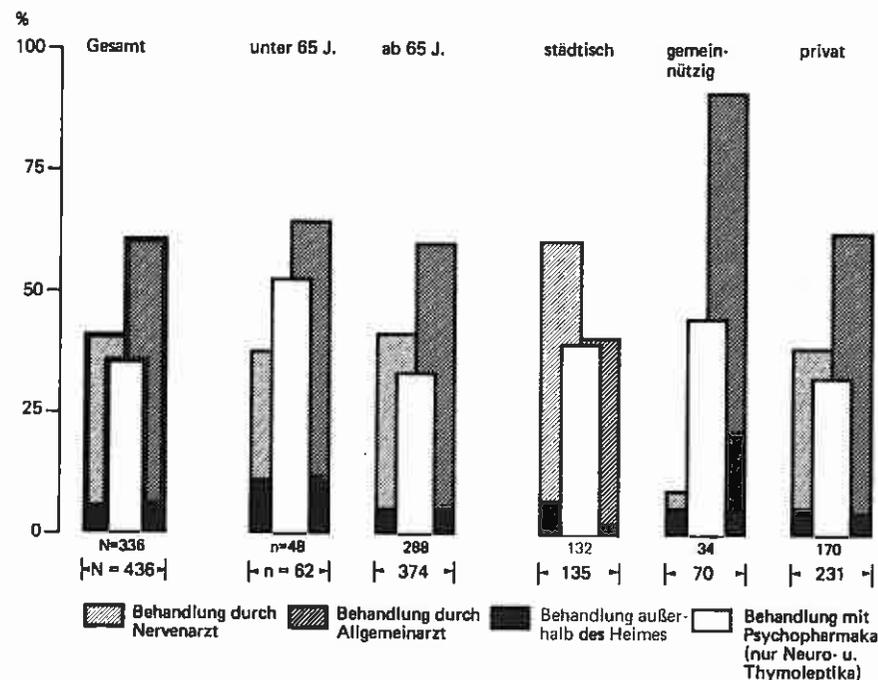


Abb. 6: Behandlung psychisch kranker Heimbewohner durch Ärzte (N = 436) und mit Psychopharmaka (N = 336) (N = beurteilbare Fälle = Angaben vorhanden)

Die nervenärztliche Versorgung kranker Bewohner in Heimen verschiedener Trägerschaft zeigte deutliche Unterschiede. Vor allem in gemeinnützigen Heimen wurden die Bewohner weniger nervenärztlich betreut als in städtischen. Diese Differenz ist darauf zurückzuführen — vgl. auch 5.4.2.6 —, daß in den relativ groß dimensionierten städtischen Heimen mit einem hohen Anteil an „Problempatienten“ regelmäßig auch nervenärztliche Sprechstunden im Heim selbst stattfanden, während in den gemeinnützigen Heimen die Betreuung

auch der psychisch kranken Bewohner im Heim selbst ausschließlich durch einen Allgemeinarzt erfolgte.

5.3.15 Art der Störung

Nur bei 4 % aller von uns als psychisch krank eingestuften Heimbewohner war die Frage nach psychischen Auffälligkeiten von den befragten Betreuern verneint worden. Umgekehrt wurde bei 9,5 % der als nicht krank eingestuften diese Frage bejaht. Hier wurden an Auffälligkeiten allerdings fast nur „lediglich schwierige Persönlichkeit“, „starr, schwer leitbar“ und „Gedächtnisstörungen“ genannt, die für sich genommen von uns für eine positive Zuordnung nicht verwertet wurden (vgl. die Ausführungen zu den Items 12 und 13 in den Erläuterungen zu den Erhebungsbögen im Anhang). Bei 94 % aller psychisch kranken Bewohner bestand nach Angaben des Personals die im Vordergrund stehende Störung schon bei Heimaufnahme.

Die Abbildungen 7 und 8 zeigen die Häufigkeit des Vorkommens der einzelnen Störungen bei psychisch kranken Heimbewohnern in Abhängigkeit von Alter und Heimart. Überwogen bei nahezu der Hälfte der über 65jährigen erwartungsgemäß eindeutig die mnestischen und Orientierungsstörungen, gefolgt von Sucht, depressiver und Wahnsymptomatik, so war die Suchtmittelabhängigkeit bei den unter 65jährigen die bei weitem häufigste angegebene psy-

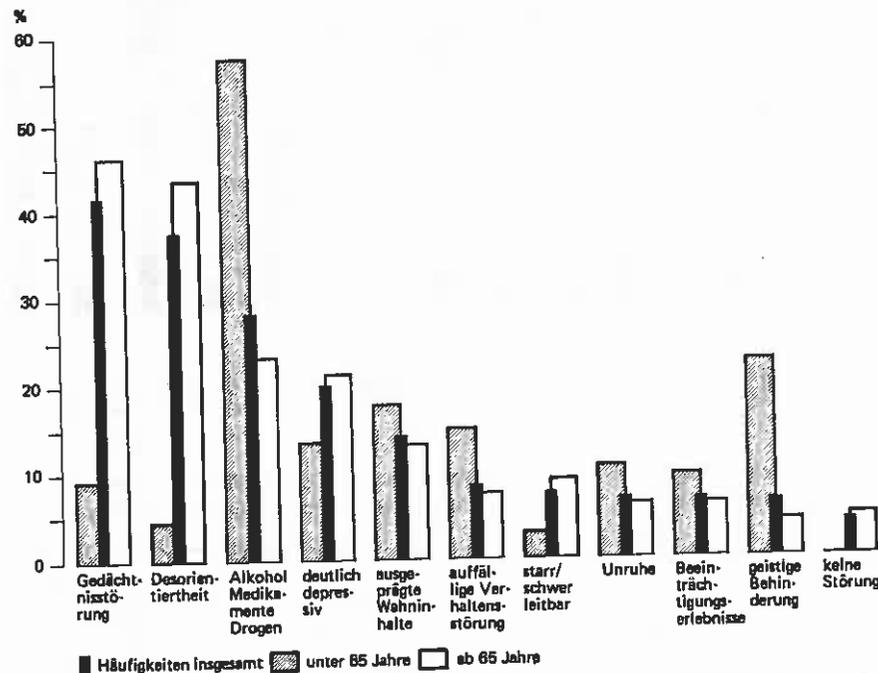


Abb. 7: Häufigste Angaben über Störungen psychisch kranker Heimbewohner nach Alter (N = 447, Nennungen = 836)

chische Störung, gefolgt von geistiger Behinderung, Wahnsymptomen, auffälligen Verhaltensstörungen und depressiven Verstimmungen. Alle übrigen Störungen spielten anteilmäßig nur eine untergeordnete Rolle. In städtischen Heimen waren — bei relativ kleinen absoluten Gesamtzahlen — geistige Behinderungen deutlich häufiger als in anderen Heimtypen, in gemeinnützigen Heimen fiel der hohe Anteil an Wahnsymptomen auf, und in privaten Heimen waren Gedächtnis- und Orientierungsstörungen höher, depressive Symptome dagegen seltener als in anderen Heimarten.

In bezug auf die als im Vordergrund angegebenen Störungen (Item 13 des Erhebungsbogens B) läßt sich folgendes feststellen: Beim Vergleich der Rangfolge aller Nennungen von Störungen überhaupt mit der Rangfolge der als im Vordergrund stehend genannten Störungen (Ziffer 17 und 18 der Grundauszählungen im Anhang) fallen die Gedächtnisstörungen von Rang 1 auf Rang 11, während geistige Behinderung von Rang 10 auf Rang 5 und ausgesprochene Wahnhinhalte von Rang 5 auf Rang 2 vorrückten. Diese Unterschiede in der Rangfolge der Störungen lassen sich darauf zurückführen, daß Orientierungsstörungen immer mit Gedächtnisstörungen einhergehen, bei der Frage nach der im Vordergrund stehenden Störung jedoch verständlicherweise erstere als die für die Betreuung relevantere angesehen wurde. Gleiches gilt

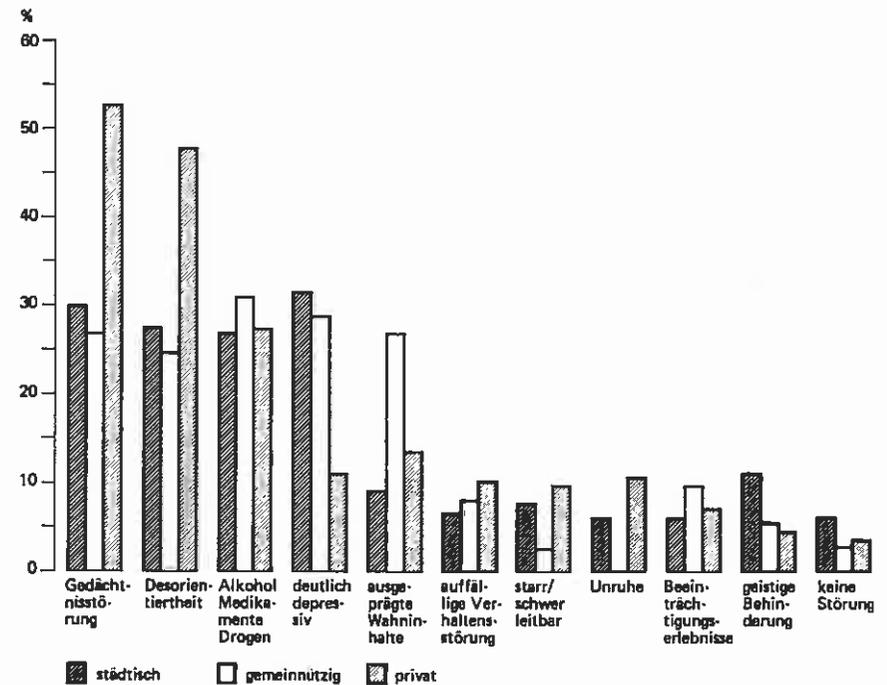


Abb. 8: Häufigste Angaben über Störungen psychisch kranker Heimbewohner nach Heimart (N = 447, Nennungen = 836)

auch für die beiden anderen genannten Störungen, denen — pathognostisch eindeutig und schwerwiegend — bei Kombination mit anderen Störungen bei der Frage nach der im Vordergrund stehenden Störung in der Regel der Vorzug gegeben wurde.

5.3.16 Diagnose

Über 90 % der kranken Heimbewohner, bei denen ärztliche Unterlagen vorlagen, hatten eine sichere bzw. mögliche psychiatrische Diagnose. Die diagnostische Verteilung (Abb. 4) auf der Basis dieser Fälle mit ärztlichen Angaben in den Akten war — wie bereits erwähnt — in den Altersgruppen der unter und der über 65jährigen sehr unterschiedlich und korrespondierte erstaunlich gut mit den Angaben der Betreuer zur Psychopathologie. Suchtkrankheiten und funktionelle, ganz überwiegend schizophrene Psychosen stellten mit je fast einem Drittel weit über die Hälfte aller Fälle in dieser Gruppe, in der nur die Oligophrenien mit ca. einem Fünftel noch von Bedeutung sind. In der Gruppe der über 65jährigen dominierten dagegen die organischen Psychosyndrome, vor allem senile oder arteriosklerotische Demenzprozesse in fast der Hälfte aller Fälle. Ihr tatsächlicher Anteil dürfte noch höher sein, da sich in den beiden letzten Kolonnen der unklaren bzw. bei Einweisung (noch?) nicht gestellten Diagnosen der Abbildung 4 überwiegend ebenfalls solche Fälle verbergen dürften, neben welchen nur noch die alkoholkranken Suchtpatienten sowie affektiven und andere Psychosen — meist paranoide Syndrome im Senium — eine gewisse Rolle spielten.

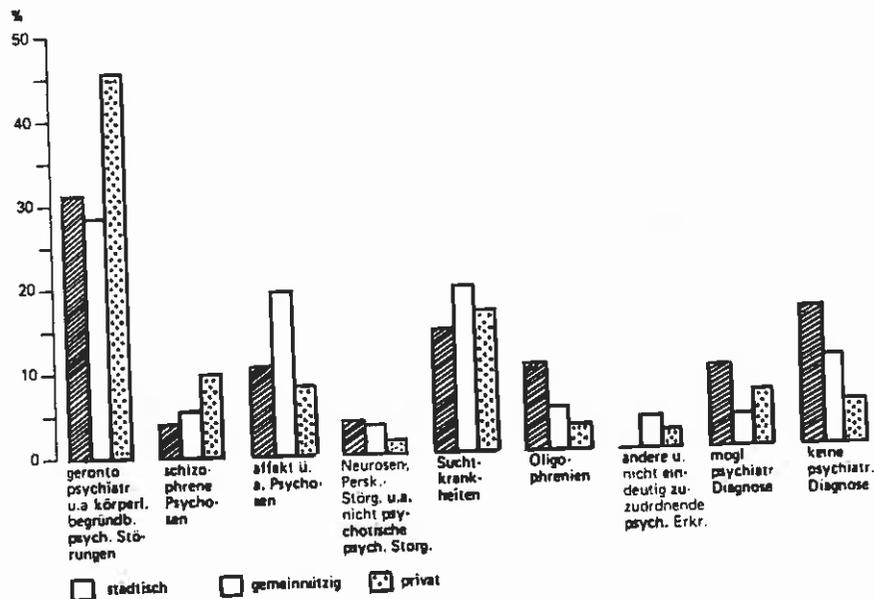


Abb. 9: Diagnosen psychisch kranker Heimbewohner nach Helmert (N = 404)

Nahezu die Hälfte aller gerontopsychiatrischen und körperlich begründbaren psychischen Störungen gingen mit depressiver, halluzinatorischer oder wahnhafter Symptomatik einschließlich Verarmungs- und Beziehungsideen einher. In städtischen Heimen waren Oligophrenien, in gemeinnützigen affektive u. a. Psychosen, in privaten Heimen gerontopsychiatrische Störungen und auch schizophrene Psychosen deutlich häufiger als in den jeweiligen anderen Heimtypen, affektive und andere Psychosen, Neurosen u. ä. sowie Oligophrenien dagegen besonders selten (Abb. 9).

5.4 Ergebnisse der Heimbefragung

5.4.1 Schätzung des Anteils psychisch kranker Heimbewohner

Wie in Kapitel 2 erwähnt, hat Gössling — und in abgewandelter Form auch Kitzig — versucht, mittels Befragung der „Heimleitung“ größerer Altenwohnheime und Altenheime sowie von Pflegeheimen durch Übersendung eines auszufüllenden Fragebogens den Anteil der nach Meinung der Heimleitung psychisch auffällig kranken/veränderten Heimbewohner zu ermitteln. Wir ließen, wie in Kapitel 3 und 4.1 geschildert, unabhängig von unserem Verfahren der psychiatrischen individuellen Fallidentifikation die Heimleitungen den Anteil psychisch Kranker in ihrer jeweiligen Einrichtung — eingeteilt nach verschiedenen Alters- und einigen größeren Diagnosegruppen — global schätzen (siehe Erhebungsbogen D im Anhang). Das Ergebnis dieser Befragung auf der Basis von 22 Heimen — in drei Fällen erfolgte kein Rücklauf — war erstaunlich: Nach Meinung der Heimleitungen waren in 759 der am Stichtag der Untersuchung belegten Heimbetten 337 psychisch kranke Heimbewohner untergebracht. Damit entspricht der von den Heimleitungen summarisch geschätzte Anteil psychisch Kranker mit 44,4 % in etwa unserem für diese Heime über das aufwendigere Verfahren der individuellen Fallklassifikation ermittelten Wert von 42,0 %. Dieses Bild ergibt sich jedoch nur bei summarischer Betrachtungsweise, bei der sich die im Einzelfall vorhandenen z. T. größeren Abweichungen gegenseitig aufheben (vgl. Kap. 5.5.2).

5.4.2 Befragung zur Heimsituation

Bei den in der Untersuchung erfaßten Heimen (Tab. 4) handelte es sich um drei städtische Alten- und Altenpflegeheime, die alle über eigene Pflegeabtei-

Heime	Planbetten	Belegung am Stichtag	in % der Planbetten	als erhöht pflegebedürftig anerkannte Bewohner (% der Belegung)
städtisch (N = 3)	369	274	74,3	52,7
gemeinnützig (N = 6)	262	250	95,4	—
privat (N = 16)	509	460	90,4	55,4
insgesamt (N = 25)	1140	984	86,3	40,5

Tab. 4: Größe, Belegung und Anteil der erhöht Pflegebedürftigen nach Heimart

lungen bzw. -stationen verfügten, um sechs gemeinnützige Heime, alle ohne Pflegebetten, davon drei in konfessioneller und drei in DRK-Trägerschaft sowie um 16 private Heime, davon ein ausschließliches Pflegeheim und zwei weitere Heime, die auch erhöht Pflegebedürftige aufnehmen konnten und de facto mit solchen belegt waren. Der Anteil genehmigter Pflegebetten an Planbetten aller Heime betrug 36 %. Tatsächlich waren über 40 % der Stichtagbewohner erhöht pflegebedürftig.

5.4.2.1 Organisation

Abgesehen von zwei Heimen, die organisatorisch und räumlich in Verbindung zu Altenwohnheimen standen, sowie von drei kleinen Heimen, die im Verbund betrieben wurden, waren alle Einrichtungen organisatorisch selbständig. Auch bestanden keine verbindlichen Aufnahmeverpflichtungen bzw. Kooperationsverträge mit anderen Einrichtungen.

5.4.2.2 Größe

Fünf der 25 Heime hatten über 1000 Planbetten, darunter alle städtischen Heime, ein gemeinnütziges Heim sowie ein privates Heim. Die 568 Bewohner dieser Großheime machten 57,7 % der Stichtagsbelegung aus. 17 Heime — fast ausschließlich in privater Trägerschaft — hatten 30 Betten und weniger mit einem Anteil von 28,8 % an der Stichtagsbelegung.

5.4.2.3 Belegung

Die durchschnittliche Belegung lag im allgemeinen hoch (Tab. 4). Die deutlich niedrigere Durchschnittsbelegung bei den städtischen Heimen war zum Teil durch Umbau bedingt.

5.4.2.4 Aufnahmen/Jahr

Die von 18 Heimen angegebenen Zahlen mit insgesamt 148 Aufnahmen/Jahr entsprachen, bezogen auf die 695 Bewohner dieser Heime am Stichtag 21,3 % der Stichtagsbelegung. Demzufolge müßte die durchschnittliche Gesamtaufenthaltsdauer der Bewohner dieser Heime 4,7 Jahre betragen. Sie differierte nach Trägerschaft: 3,1 Jahre (städtische Heime), 7,4 Jahre (gemeinnützige Heime) und 7,5 Jahre (private Heime).

5.4.2.5 Mitarbeiter

Der Personalschlüssel (Tab. 5) für betreuendes und pflegendes Personal zeigte in den einzelnen Heimen eine große Schwankungsbreite. Auch nach Abzug der Heime, die erhöhte pflegebedürftige Bewohner aufnehmen konnten, war bei den privaten Heimen der Pflegeschlüssel mit 1 : 7,6 immer noch doppelt so hoch wie in den gemeinnützigen Institutionen.

Tabelle 5 zeigt zusätzlich den Ausbildungsstand des betreuenden Personals, im Vergleich zu den anderen Heimarten zeigte sich ein recht hoher Anteil des nicht ausgebildeten Pflegepersonals in privaten Einrichtungen. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß in städtischen Heimen — bedingt durch den hohen Anteil an erhöht pflegebedürftigen — die Pflege überwiegend vom Kranken-

Heime	Personalschlüssel*	Krankenpflege- bzw. Krankenpflegehilfspersonal %	Altenpflege- bzw. Altenpflegehilfspersonal %	Pflegepersonal ohne Ausbildung %	Sonstige %
städtisch (N = 3)	1 : 7,7	42,3	25,4	28,2	4,2
gemeinnützig (N = 5)	1 : 15,4	25,4	55,6	—	19,0
privat (N = 15)	1 : 6,7	6,3	37,5	50,0	6,3
Insgesamt (N = 23)	1 : 8,6	23,6	35,7	32,9	7,7

* bezogen auf Stichtagbelegung

Tab. 5: Personalschlüssel und Ausbildung des betreuenden Heimpersonals (N = beurteilbare Heime = Angaben vorhanden)

pflege- bzw. Krankenpflegehilfspersonal getragen wurde, in den gemeinnützigen Heimen vom Altenpflegepersonal und in privaten Heimen vom Pflegepersonal ohne Ausbildung.

5.4.2.6 Ärztliche Betreuung

Über die Gesamtverteilung der ärztlichen Betreuung orientierte bereits Abbildung 6.

In fünf der 25 Heime fand die ärztliche Versorgung durch die Sprechstunde eines niedergelassenen Nervenarztes im Heim selbst statt. Neben zwei kleinen Privatpflegeheimen, die so gut wie ausschließlich psychisch Kranke betreuten, handelte es sich hier um die drei größten Heime. In 15 Heimen fand die ärztliche Betreuung — auch der psychisch Kranken — durch die Sprechstunde eines niedergelassenen Allgemeinarztes bzw. sonstigen Facharztes im Heim statt. In drei dieser Einrichtungen wurde bei entsprechender Indikationslage jedoch zusätzlich ein niedergelassener Nervenarzt außerhalb des Heimes bzw. der Kontakt zur gerontopsychiatrischen Ambulanz empfohlen. In fünf Einrichtungen fand die ärztliche Versorgung ausschließlich außerhalb des Heimes statt, wobei den Bewohnern von vier Heimen in der Regel ein (bestimmter) Arzt empfohlen wurde; in einem Heim wurde die ärztliche Versorgung den Bewohnern ganz selbst überlassen.

5.4.2.7 Wünsche der Heimleitung

Von allen städtischen und gemeinnützigen Heimen wurde eine bessere personelle Ausstattung zur optimalen Versorgung und Betreuung der Patienten für unbedingt erforderlich gehalten, während fast alle privaten Einrichtungen — sicher auch angesichts ihrer bereits relativ hohen Betreuungsdichte — dies nicht unbedingt für erforderlich hielten. Die entsprechende qualitative Frage nach besser ausgebildetem Personal wurde von 7 — überwiegend gemeinnützigen — Heimen positiv beantwortet, während mit zwei Ausnahmen die privaten Einrichtungen dies — trotz höchstem Prozentsatz an nicht ausgebildetem Pflegepersonal — für nicht unbedingt erforderlich hielten. Eine bessere räumliche bzw. finanzielle Ausstattung hielt die überwiegende Zahl der Heime allen-

falls bedingt für erforderlich, wobei der Wunsch nach einer besseren finanziellen Ausstattung gegenüber einem solchen nach einer besseren räumlichen Ausstattung überwog.

5.5. Unterschiedliche Erfassungsmodalitäten der psychisch Kranken

Zur Analyse des Anteils psychisch Kranker und Behinderter in Heimen sind in deutschsprachigen Untersuchungen bisher drei unterschiedliche methodische Ansätze gewählt worden, wovon zwei fallbezogene, einer institutionsbezogene Modalitäten der Datensammlung beinhalten. Während *Cooper* und *Sosna* ihre Klassifikation auf ärztliche Einzeluntersuchungen der Heimbewohner stützen, basierte die vorliegende Untersuchung auf einem einfacheren, weniger zeitaufwendigen und damit insgesamt kostengünstigeren Design. Jeder einzelne Heimbewohner wurde durch die Befragung seiner Betreuer indirekt erfaßt, die Einschätzung über das Vorliegen einer psychischen Krankheit oder Behinderung durch die Beiziehung der verfügbaren Akten und ärztlichen Unterlagen zusätzlich gestützt.

Obwohl beide fallbezogenen Vorgehensweisen zu ähnlichen Ergebnissen führten (vgl. Diskussion I) wäre ein Vergleich dieser beiden Vorgehensweisen an einer Stichprobe wünschenswert, ist aber anhand des vorliegenden Datenmaterials nicht möglich. Da jedoch die Einschätzung der Heimbewohner hinsichtlich psychischer Gesundheit/Krankheit aufgrund der integrierten Bewertung aller verfügbaren Informationen durch einen erfahrenen Facharzt auch in dieser Untersuchung einen nicht zu unterschätzenden Aufwand erforderte, sind wir der Frage nachgegangen, ob nicht leicht und objektiv faßbare Daten (Indikatoren) oder eine Kombination derselben ein vergleichbares Resultat der Klassifizierung liefern (s. 5.5.1.). In diesem Fall wäre eine weitere Vereinfachung der Datenerhebung bei großräumigen Planungsuntersuchungen möglich.

Als dritten methodischen Zugang haben wir den bereits von *Gössling* verfolgten weniger anspruchsvollen und kostengünstigeren institutionsbezogenen Ansatz — die Befragung der Heimleiter nach der Anzahl der psychisch Kranken in ihrem Heim — mit unseren fallbezogenen Ergebnissen für die entsprechenden Heime verglichen (s. 5.5.2.). Es galt zu klären, ob das gröbere Raster der Heimleiterbefragung für allgemeine Planungen eine hinreichend zuverlässige Grundlage bietet. Auf der Basis dieser Analysen sollte ein Vorschlag für großräumige Planungsuntersuchungen und für die Einzelfallidentifikation psychisch Kranker in Heimen erarbeitet werden.

5.5.1. Einzelindikatoren und Zuordnung durch Experten

In Tabelle 6 haben wir 10 in unserem Datenmaterial enthaltene wichtige Einzelindikatoren* für das Vorliegen einer psychischen Krankheit nach Datenquellen

* Das Alter stellt sicherlich einen wichtigen Indikator zur Identifizierung psychisch Kranker in Heimen dar. Immerhin sind 86 % aller Heimbewohner unter 65 Jahren als psychisch krank zu klassifizieren. Da dieser Indikator jedoch nur auf die Teilgruppe der jüngeren Heimbewohner anzuwenden ist, haben wir ihn in den folgenden Analysen nicht berücksichtigt.

Indikatoren für psychische Krankheit	Beurteilbare Fälle (N _{max} = 984)	(N) %	Zuordnung als psychisch krank %	Häufigkeit des Indikators (N) %	Zuordnung als psychisch krank %	davon: Zuordnung als nicht psychisch krank %	Erfassung der psychisch Kranken durch Indikator %
Integriertes Urteil durch Experten auf der Basis aller Unterlagen	(984)	100,0	45,4	(447) 45,4	100,0	0,0	100,0
<i>Relevante Grunddaten aus Heim:</i>							
1. Zugang aus psychiatrischem Krankenhaus	(971)	98,7	45,3	(104) 10,7	95,2	2,9	22,5
2. Pfleg- bzw. Vormundschaft vor Heimaufnahme	(970)	98,6	44,9	(177) 18,2	91,0	7,3	36,9
<i>Anamnestische Informationen aus Heim:</i>							
3. ambulante psychiatrische Vorbehandlung	(590)	60,0	24,7	(65) 11,0	96,9	1,5	43,2
4. stationäre psychiatrische Vorbehandlung	(722)	73,4	34,6	(137) 19,0	97,8	0,7	53,6
<i>Aktuelle Situation aus Heimbefragung:</i>							
5. relevante Psychopathologie vorhanden	(984)	100,0	45,4	(453) 46,0	91,2	2,2	92,4
6. Behandlung durch Neurologe	(973)	98,9	45,3	(193) 19,8	90,7	7,3	39,7
7. Behandlung mit Psychopharmaka	(652)	66,3	51,5	(132) 20,2	91,7	4,5	36,0
<i>Ärztliche Angaben aus Akten:</i>							
8. ambulante psychiatrische Vorbehandlung	(453)	46,0	41,9	(76) 16,8	98,7	0,0	39,5
9. stationäre psychiatrische Vorbehandlung	(573)	58,2	51,8	(170) 29,7	94,7	2,9	54,2
10. psychiatrische Diagnose vorhanden (ohne mögl. psychiatrische Diagnose)	(735)	74,7	55,0	(352) 47,9	95,2	1,1	82,9
Mindestens einer der Indikatoren Nr. 1, 2, 3, 4, 6, 7 vorhanden	(984)	100,0	45,4	(360) 36,6	89,2	7,5	71,8

Tab. 6: Häufigkeit und Zuordnung von Indikatoren zur Klassifizierung als psychisch krank

(s. 4.2.) getrennt aufgelistet und auf ihre Übereinstimmung mit unserem Kriterium — der psychiatrischen Fallidentifizierung anhand des integrierten Expertenurteils (Zeile 1) — überprüft.

Bei der Bewertung der „Qualität“ einzelner Indikatoren — gerade im Hinblick auf weitere Untersuchungen im Heimbereich — sind wir von folgenden Voraussetzungen ausgegangen (vgl. auch Abb. 10):

1. Der Indikator sollte möglichst leicht zu erheben sein. Somit sollten die Daten aus leicht zugänglichen Quellen stammen, möglichst von nicht speziell hierfür qualifizierten Personen (z. B. Studenten) zu erfassen sein und keine Probleme mit dem Datenschutz aufwerfen.
2. Der Indikator sollte bei möglichst vielen Personen der Gesamtpopulation zu beurteilen sein, d. h. die Zahl der beurteilbaren Fälle sollte der Gesamtpopulation entsprechen (vgl. Spalte 1 in Tab. 6).
3. Eine Klassifikation nach dem Vorliegen des Indikators sollte — auch bei einer größeren Zahl nicht beurteilbarer Fälle — den tatsächlichen Anteil psychisch Kranker an der Gesamtpopulation möglichst gut widerspiegeln (die beiden Mengen in Abb. 10 sollten gleichgroß sein; Vergleich von Spalte 3 in Tab. 6 mit dem Kriteriumswert von 45,4 %).

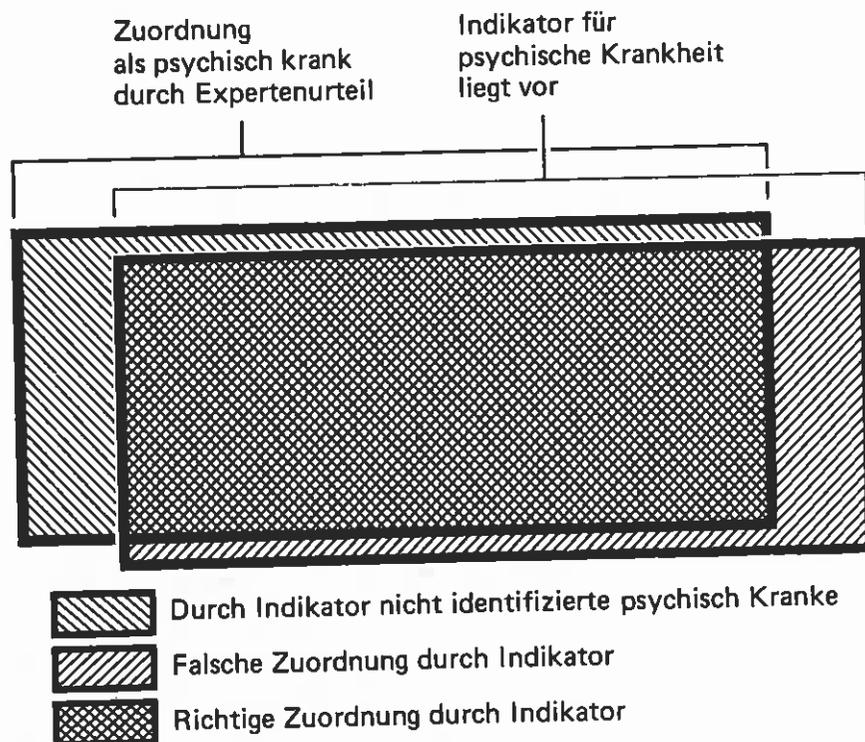


Abb. 10: Übereinstimmung zwischen Indikator und Expertenurteil

4. Für eine gute Klassifizierung im Einzelfall ist darüber hinaus eine hohe Treffsicherheit des Indikators, also die richtige Unterscheidung zwischen psychisch Kranken und nicht psychisch Kranken, zu fordern. Daher sollte bei Vorliegen des Indikators in möglichst allen Fällen die Zuordnung zur Gruppe der psychisch Kranken zutreffen (Spalte 4 möglichst 100 %), die Zahl der Falschzuordnungen (Spalte 5) sollte möglichst gering gehalten werden (die Durchschnittsmenge in Abb. 10 sollte möglichst groß, im Ideal identisch mit der Vereinigungsmenge sein).

5. Für die Einzelklassifikation ist ferner von Bedeutung, daß durch den Indikator möglichst viele psychisch Kranke aus der Gruppe der jeweils beurteilbaren Fälle (vgl. Spalte 1 und 2 in Tab. 6) erfaßt werden (Spalte 6 möglichst 100 %).

Bei der Beurteilung unserer Indikatoren sollten möglichst alle fünf genannten Voraussetzungen herangezogen werden, allerdings dürfte es von der Art der Fragestellung abhängen, wie die Ergebnisse im einzelnen zu bewerten sind. So könnte z. B. bei einer Differenz zwischen der Größe der Gesamtpopulation und der Zahl der durch den Indikator beurteilbaren Fälle eher der Forderung 3 oder der Forderung 4 und 5 der Vorrang gegeben werden, je nachdem ob der Untersucher an einer Schätzung des Anteils psychisch Kranker an der Gesamtpopulation oder einer möglichst guten Klassifikation im Einzelfall interessiert ist.

Mißt man unsere Ergebnisse in Tabelle 6 an den beschriebenen Forderungen, so ergibt sich folgendes:

1. Die Mehrzahl der in Tabelle 6 aufgelisteten Indikatoren läßt sich ohne größeren Aufwand und ohne speziell geschultes Personal erfassen. Lediglich für die Befragung zur relevanten Psychopathologie sind psychiatrisch geschulte und erfahrene Interviewer notwendig. Allerdings ist der Zugang zu den „ärztlichen Angaben aus Akten“ durch den Datenschutz derart erschwert, daß auf diese Angaben für zukünftige Untersuchungen vermutlich verzichtet werden muß.
2. Die Zahl der beurteilbaren Fälle schwankt zwischen den Indikatoren und liegt bei den ärztlichen Angaben insgesamt besonders niedrig. Die anamnestischen Informationen aus dem Heim sowie die Angaben zur Behandlung mit Psychopharmaka weisen ebenfalls nicht unerhebliche Datenlücken auf.
3. Zur Ermittlung des tatsächlichen Anteils (45,4 %) psychisch Kranker in der Gesamtpopulation (Expertenurteil) scheinen nur zwei Indikatoren geeignet zu sein: Die Einschätzung zur relevanten Psychopathologie aus der aktuellen Heimbefragung sowie die psychiatrische Diagnose aus den ärztlichen Unterlagen.
4. Die Treffsicherheit, also die im Einzelfall korrekte Klassifizierung als psychisch krank, liegt bei allen Indikatoren erwartungsgemäß (vgl. S. 46) über 90 %. Am zuverlässigsten gelingt die Zuordnung durch die Angaben zur ambulanten oder stationären psychiatrischen Vorbehandlung, am wenigsten — wohl wegen neurologischer Störungen — durch den Indikator „Behandlung durch Nervenarzt im Heim“. Falsche Zuordnungen lagen, abgesehen

von diesem Indikator und dem Indikator „Pflegschaft bzw. Vormundschaft bei Heimaufnahme“ — hier wegen vorwiegender oder ausschließlich körperlicher Gebrechen —, unter 5 %.

5. Fragt man sich, welche Angaben aus unserer Untersuchung einen möglichst großen Anteil psychisch Kranker der Population (Spalte 2) erfassen, so zeigen wiederum nur die Indikatoren „relevante Psychopathologie“ (92,4 %) und „psychiatrische Diagnose“ (82,9 %) ein gutes Ergebnis.

Faßt man diese Ergebnisse zusammen, so sind die meisten Indikatoren aufgrund ihrer vermutlich allgemein geringen Auftretenswahrscheinlichkeit für größere Untersuchungen zur Schätzung des Anteils psychisch Kranker ungeeignet, auch wenn sich im einzelnen eine sehr gute Treffsicherheit zur Klassifikation psychisch Kranker zeigte. Lediglich zwei Indikatoren — relevante Psychopathologie sowie psychiatrische Diagnose — erwiesen sich im Hinblick auf beide denkbaren Untersuchungsziele — richtige Zuordnung im Einzelfall als auch Bestimmung des tatsächlichen Anteils psychisch Kranker — als hinreichend zuverlässig. Beide Indikatoren werfen jedoch bei der Datenerfassung nicht unerhebliche Probleme auf: Psychiatrieerfahrenes Personal ist für die Befragung im Heim erforderlich, und der Datenschutz bei ärztlichen Angaben wurde verschärft. Daher haben wir in einem weiteren Schritt versucht, ob die gleichzeitige Heranziehung aller übrigen einfach zu erfassenden Indikatoren ebenfalls gute Ergebnisse erbringt. Das Ergebnis unserer Analyse ist in der untersten Zeile auf Tabelle 6 dargestellt. Mit einer Klassifikation auf der Basis dieser verbleibenden Indikatoren 1, 2, 3, 4, 6 und 7 ist bezogen auf die Gesamtpopulation jedoch eine deutliche Unterschätzung (36,6 %) des tatsächlichen Anteils psychisch Kranker (45,4 %) verbunden. Die Treffsicherheit mit 89,2 % richtiger und 7,5 % falscher Zuordnungen entspricht ebenfalls nicht den Erwartungen. Bezüglich der Erfassung aller psychisch Kranken konnte mit 71,8 % auch die Größenordnung der „guten“ Einzelindikatoren „psychiatrische Diagnose“ oder „relevante Psychopathologie“ keineswegs erreicht werden.

Faßt man das Ergebnis aller Analysen unter Abwägung der o. g. fünf Gesichtspunkte zusammen, so zeigt der Indikator „relevante Psychopathologie“ vor allem wegen der guten Bestimmung des Anteils psychisch Kranker an der Gesamtpopulation, wegen seiner hohen Treffsicherheit sowie der geringen Zahl falscher Zuordnungen die beste Übereinstimmung mit unserem Prüfkriterium, dem Expertenurteil. Dagegen ist der Indikator „psychiatrische Diagnose“ trotz seiner noch höheren Treffsicherheit und noch geringeren falschen Zuordnungen und einer ähnlich guten Schätzung des Gesamtanteils psychisch Kranker aus mehreren Gründen weniger brauchbar: Die Zahl der durch den Indikator erfaßten psychisch Kranken, bezogen auf alle psychisch Kranken in der Population, ist relativ gering, und die Häufigkeit und Erfassungsmöglichkeit des Indikators ist abhängig von institutionellen Bedingungen der Versorgung (z. B. Nervenarzt- bzw. Arztdichte, Vorhandensein psychiatrischer Dienste, Zugang zu Unterlagen psychiatrischer Krankenhäuser etc.). Darüber hinaus erschweren die neuen Bestimmungen des Datenschutzes den Zugang zu ärzt-

lichen Unterlagen sehr. Somit scheint eine direkte Befragung des betreuenden Personals über die Psychopathologie der Heimbewohner durch psychiatrisch geschulte bzw. erfahrene Interviewer die ökonomischste Methode mit den zuverlässigsten Ergebnissen zu sein.

5.5.2. Heimleiterbefragung und Zuordnungen durch Experten

Will man für größere Planungsstudien lediglich den Gesamtanteil psychisch Kranker an allen Heimbewohnern in einer Region schätzen, unabhängig von einer detaillierten Betrachtung des Einzelfalls, so scheint unter ökonomischen Gesichtspunkten die bereits von *Gössling* — und in verwandter Form auch von *Kitzig* — angewandte Methode der Heimbefragung naheliegend. Durch die Übersendung eines auszufüllenden Fragebogens wird hierbei versucht, den Anteil der nach Meinung der Heimleitung psychisch auffälligen Heimbewohner zu ermitteln. Allerdings fehlt bisher ein Maßstab für die Zuverlässigkeit dieser Heimleiterschätzungen.

Aufgrund des vorliegenden Untersuchungssettings waren wir nun in der Lage, für 22 der befragten 25 Heime die mit dieser Methode zu erzielenden Ergebnisse mittels unseres Verfahrens der psychiatrischen individuellen Fallidentifikation durch einen Experten zu überprüfen. Das Kriterium für die Bewertung der Methode ist also auch bei dieser Analyse die Übereinstimmung mit dem Expertenurteil.

Die Ergebnisse unserer Berechnungen sind in Tabelle 7 und in Abbildung 11 dargestellt: Während die Heimleitung für die 759 am Stichtag der Untersuchung belegten Betten einen Anteil von 44,4 % psychisch Kranker schätzte, ergab das fallbezogene Expertenurteil für die gleichen Heime einen Anteil von 42,0 %. Die Übereinstimmung scheint damit mit einer Abweichung von nur 2,4 %-Punkten außerordentlich hoch. Abweichungen in einzelnen Heimen, die

	Alle Heime (N = 22)	städtisch (N = 3)	gemein- nützlich (N = 4)	privat (N = 15)	bis zu 30 Betten (N = 13)	über 30 Betten (N = 9)
Belegung am Stichtag	759	277	220	265	193	566
Schätzung der Heimleitung	44,4%	61,3%	22,3%	45,7%	37,3%	47,0%
davon in der Untersuchung als psych. krank identifiziert	42,0%	49,6%	30,0%	44,2%	34,2%	44,7%
Durchschnittliche Differenz in %-Punkten	2,4%	11,7%	7,7%	1,5%	3,1%	2,3%

Tab. 7: Durchschnittliche Differenz der Schätzung des Anteils psychisch Kranker durch die Heimleitungen und der Ergebnisse der Untersuchung nach Heimart und Heimgröße (N = beurteilbare Heime = Angaben vorhanden)

sich teilweise gegenseitig aufheben, kommen bei dieser summarischen Betrachtungsweise allerdings nicht zum Tragen. Denn bei einer differenzierten, jedes Heim gesondert berücksichtigenden Analyse (vgl. Abb. 11) ist die Übereinstimmung weniger imponierend. Hier zeigten sich zum Teil größere Abweichungen, die jedoch nur bei einzelnen Heimen extrem waren, und bei Nichtbeachtung der Abweichungsrichtung durchschnittlich um 10,7 %-Punkte von unserem Expertenurteil differierten.

Bei einem kleinen Anteil psychisch Kranker in den Heimen (< 40 % im Expertenurteil) neigten die Heimleiter eher zu einer Unterschätzung, während sie bei einem größeren Anteil eher zu einer Überbewertung dieses Anteils neigten

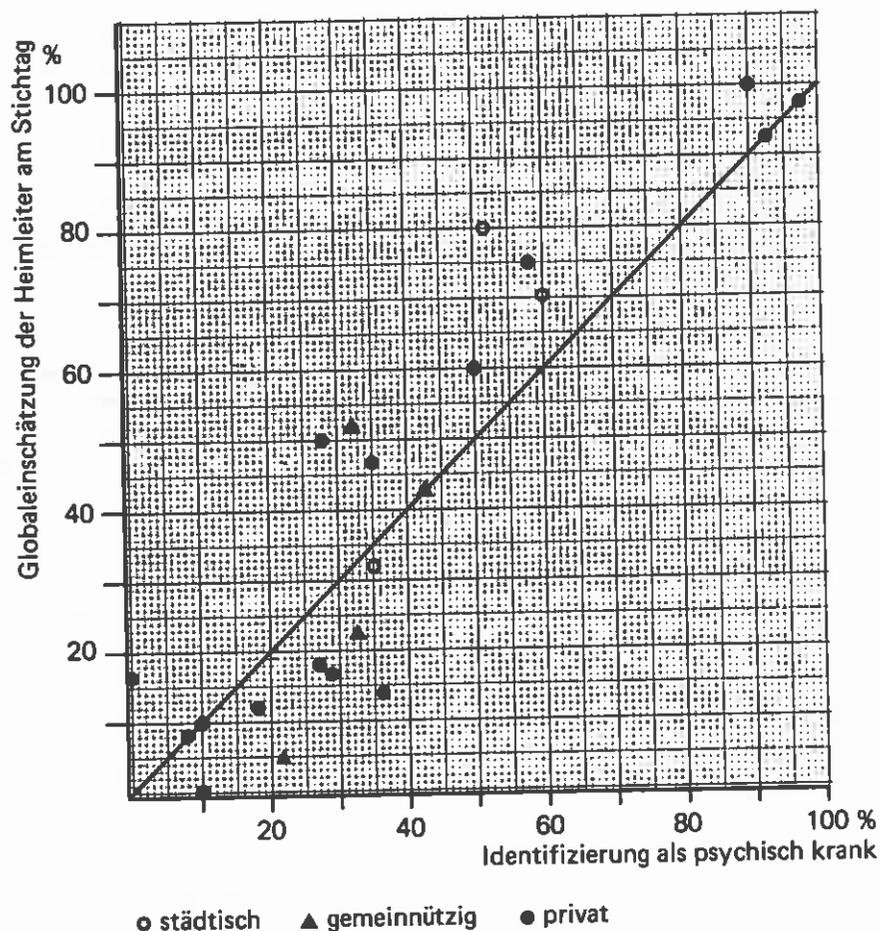


Abb. 11: Übereinstimmung der Schätzung der Heimleitungen (N = 22) mit den Untersuchungsergebnissen

(Abb. 11). Sucht man nach Abweichungen, die Heimart und Heimgröße betreffen (s. Tab. 7), so ergaben sich Differenzen dahingehend, daß die Heimleitung städtischer Heime eher dazu tendierten, den Anteil der psychisch Kranken zu über-, die der gemeinnützigen dagegen zu unterschätzen. Dies müßte nicht unbedingt mit der Trägerschaft direkt zusammenhängen, sondern könnte mit der weitaus geringeren Zahl psychisch Kranker in den untersuchten gemeinnützigen Heimen zusammenhängen. Ein Zusammenhang der Höhe von Fehleinschätzungen mit der Heimgröße ließ sich nicht nachweisen.

Für größere Planungsuntersuchungen zum Zwecke der Schätzung des Anteils psychisch Kranker in Heimen scheint somit die Heimleiterbefragung eine zureichende Methode zu sein, allerdings ist die Schätzung nicht unabhängig von der zu erwartenden Anzahl psychisch Kranker in den befragten Heimen.

6. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Psychiatrie-Enquête hat der Versorgung psychisch Kranker durch komplementäre Dienste hohe Priorität eingeräumt. Sie war von Überlegungen darüber ausgegangen, wie viele der bisher in psychiatrischen Krankenhäusern lebenden chronisch Behinderten dort nicht zu leben brauchten. Jedoch war es ihr nicht gelungen, eine verlässliche Übersicht über den Umfang der bereits existierenden „paraklinischen“ Psychiatrie vor allem in nicht spezialisierten Wohn- und Pflegeheimen zu gewinnen. Die Berliner Untersuchung versucht, durch eine regionale Totalerhebung den Umfang der Versorgung psychisch Kranker, speziell der unter 65jährigen, in Charlottenburger Heimen zu bestimmen und der Situation dieser Kranken nachzugehen.

Zu diesem Zwecke wurde bei allen 984 Bewohnern der Heimeinrichtungen Charlottenburgs — ausschließlich Alten- und Altenpflegeheime — nach dem Vorliegen einer psychischen Krankheit gefragt. Außerdem wurden Heimleiter befragt. Die Zuordnung erfolgte durch eine fachärztliche Bewertung sowohl aller zugänglichen Informationen — inklusive ärztlicher — aus Akten sowie der Befragung des betreuenden Personals zur Psychopathologie, Vorgeschichte und Behandlung der Bewohner.

Die hauptsächlichen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: 45,4 % der 984 Bewohner in Charlottenburger Heimen wurden als psychisch krank und weitere 6,9 % als möglicherweise psychisch krank eingestuft.

Von den 77 Bewohnern unter 65 Jahren betrug der Anteil 85,7 % bzw. 3,9 %. In dieser Altersgruppe überwogen, im Gegensatz zur Gesamtverteilung der Geschlechter, eindeutig die Männer. Der Anteil der psychisch Kranken in Pflegeheimen lag mit 69,0 % mehr als doppelt so hoch wie in Altenheimen ohne Pflegebetten (29,3 %).

In städtischen und privaten Heimen waren etwa die Hälfte aller Bewohner psychisch krank, in gemeinnützigen Einrichtungen dagegen nur knapp 30 %.

Entsprechend dem Anteil privater Betten an den Gesamtbetten befanden sich über die Hälfte der psychisch Kranken in privaten Heimen.

Bei Hochrechnung dieser Ergebnisse auf die Gesamtpopulation der Alten- und Altenpflegeheime in Berlin (W) hätten sich 1983 in diesen 4932 psychisch Kranke befunden, davon 728 unter 65 Jahre alt. Das entspräche einer Rate von 2,6 ‰ der Gesamtbevölkerung bzw. 0,5 ‰ der Bevölkerung unter 65 Jahren, bei Einbeziehung der ca. 735 Plätze in Spezialheimen und betreuten Wohngemeinschaften für psychisch Kranke sogar eine Rate von 3,0 ‰.

Im Vergleich zu Gesunden war — wie erwartet — die Situation psychisch kranker Heimbewohner durch ungünstigere Lebensumstände charakterisiert. Sie waren häufiger ledig, getrennt lebend oder geschieden, wurden häufiger aus Institutionen ins Heim eingewiesen, hatten deutlich weniger Außenkontakte und im Durchschnitt eine 6 Monate kürzere Aufenthaltsdauer bis zum Stichtag. Selbstzahler waren seltener unter ihnen. Etwa drei Viertel auch der gesunden Heimbewohner hatten ihren früheren Wohnort im Heimbezirk oder in unmittelbar benachbarten Bezirken, d. h. die Heimunterbringung erfolgte überwiegend gemeindenah.

Psychisch kranke Heimbewohner kamen zu über einem Drittel von zu Hause, je zu knapp einem Drittel aus dem psychiatrischen bzw. dem Allgemeinkrankenhaus. Rund ein Viertel — bei den unter 65jährigen sogar mehr als ein Drittel — hatte keinerlei Kontakte zu Personen außerhalb des Heimes. Fast zwei Fünftel — bei den unter 65jährigen sogar die Hälfte — stand bei Aufnahme unter Pflegschaft bzw. Vormundschaft. Jeweils über die Hälfte war vor der Aufnahme bereits ambulant bzw. stationär behandelt worden. Gut ein Drittel wurde im Heim mit Psychopharmaka behandelt, zwei Fünftel dort nervenärztlich betreut, wobei der Anteil fachärztlich Versorgter in städtischen Heimen deutlich höher war.

Hinsichtlich der diagnostischen Verteilung der kranken Bewohner, bei denen in den ärztlichen Unterlagen eine eindeutige psychiatrische Diagnose vorlag, dominierten bei den unter 65jährigen die Suchtkrankheiten, gefolgt mit deutlichem Abstand von den schizophrenen Psychosen und der geistigen Behinderung. Bei den über 65jährigen standen dagegen erwartungsgemäß die gerontopsychiatrischen Störungen — fast ausschließlich hirnorganische Psychosyn-drome, die nahezu zur Hälfte mit depressiver, halluzinatorischer oder wahnhafter Symptomatik einhergingen — an erster Stelle, gefolgt von Suchtkrankheiten, affektiven und anderen Psychosen — meist paranoiden Syndromen im Senium — sowie den Schizophrenien.

Die vom Personal angegebene Psychopathologie verteilte sich nach Häufigkeit weitgehend entsprechend der beschriebenen diagnostischen Verteilung. Auch hier dominierten bei den unter 65jährigen mit Abstand Suchtmittelabhängigkeit, gefolgt von geistiger Behinderung, Wahnsymptomen, auffälligen Verhaltensstörungen und depressiven Verstimmungen. Dagegen standen bei den über 65jährigen die mnestischen und Orientierungsstörungen im Vordergrund, gefolgt von Suchtmittelabhängigkeit, depressiver und Wahnsymptomatik.

Alle Überlegungen und Analysen zur Vereinfachung des in dieser Untersuchung gewählten methodischen Zugangs zur Unterscheidung psychisch krank-

ker und nicht kranker Heimbewohner zeigten, daß auf die Erfassung der Psychopathologie — zumindest über die Befragung der Betreuer — kaum verzichtet werden kann, da die übrigen Daten weder einzeln noch in Kombination eine hinreichend gute Klassifikation ermöglichen. Lediglich die Angaben aus ärztlichen Unterlagen, hier insbesondere die psychiatrische Diagnose — erbrachten vergleichbare Ergebnisse. Hierbei muß allerdings auf die generellen Zugangsbeschränkungen für ärztliche Unterlagen aufgrund des mittlerweile verschärften Datenschutzes hingewiesen werden.

Der Vergleich unserer auf der Erfassung jedes einzelnen Heimbewohners beruhenden Ergebnisse mit der parallel, aber unabhängig davon vorgenommenen Befragung der Heimleiter zur globalen Einschätzung des Anteils psychisch Kranker unter den Heimbewohnern zeigte für die einzelnen Heime eine durchschnittliche Differenz von 10,7 ‰ Punkten. Da die Einzelabweichungen sich jedoch bei summarischer Betrachtung teilweise aufhoben, erwies sich die Gesamtübereinstimmung mit einer Differenz von nur 2,4 ‰ Punkten als außerordentlich hoch.

5 der 25 Heime (3 städtisch, 6 gemeinnützig, 16 privat) hatten über 100 Betten und 15 — fast ausschließlich in privater Trägerschaft — weniger als 30 Betten mit einem jeweiligen Anteil von knapp drei Fünfteln bzw. einem Viertel an der Stichtagbelegung. Der Personalschlüssel für betreuendes Personal war — auch unter Berücksichtigung des Anteils erhöht Pflegebedürftiger — in privaten Heimen erheblich besser, dagegen der Ausbildungsstand dieses Personals deutlich schlechter als in den städtischen und gemeinnützigen Einrichtungen. Die ärztliche Versorgung erfolgte in 5 Heimen durch einen niedergelassenen Nervenarzt, in 15 Heimen durch einen Allgemeinarzt bzw. sonstigen Facharzt mit Sprechstunde im Heim und in 5 Heimen ausschließlich außerhalb des Heimes. Nahezu alle Leiter städtischer und gemeinnütziger Heime hielten für eine optimale Betreuung der Patienten, im Gegensatz zur ganz überwiegenden Zahl der Heimleiter in privaten Einrichtungen, eine quantitativ und qualitativ bessere personelle Ausstattung für unbedingt erforderlich.

7. Diskussion

Unsere Resultate stimmen mit ihrem Ergebnis hoher Anteile psychisch kranker Bewohner in nichtspezialisierten (Alten- und Altenpflege-)Heimen grundsätzlich mit früheren Studien überein. Untersuchungen speziell zur Häufigkeit jüngerer psychisch Kranker in Heimen liegen in der Bundesrepublik bisher nicht vor. Unsere Untersuchung zeigt nun, daß der Anteil psychisch Kranker unter diesen extrem hoch ist: Bei den unter 65jährigen Bewohnern solcher Heime — ihr Anteil in unserer Population betrug 8 ‰ — handelt es sich in der Regel um psychisch Kranke.

Unsere Gesamtklientel läßt sich zunächst mit der von *Kunze* (1981) untersuchten Population aus dem Einzugsbereich des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weinsberg vergleichen. Fanden sich unter den psychisch kranken

Bewohnern in Charlottenburger Heimen bei diesem Vergleich mehr Ältere, Frauen, Verwitwete, getrennt/geschieden Lebende sowie gerontopsychiatrische Patienten und Suchtkranke, so waren in der von *Kunze* bezüglich der aus dem psychiatrischen Krankenhaus in analoge Heime verlegten Patienten Jüngere, Männer, Ledige und Verheiratete häufiger, wobei über ein Drittel dieser Bewohner — in Charlottenburg knapp ein Zehntel — schizophren erkrankt war. Diese Unterschiede bestanden tendenziell, abgesehen von einem Absinken der gerontopsychiatrischen Erkrankungen auf beiderseits unbedeutende Werte sowie einer Umkehrung der Geschlechtsverteilung, auch dann, wenn man nur die Gruppe der — von *Kunze* in einer Stichprobe zusätzlich nachuntersuchten — unter 65jährigen vergleicht.

Diese Unterschiede dürften so gut wie ausschließlich darauf zurückzuführen sein, daß *Kunze* nur die aus der psychiatrischen Klinik direkt in Heime verlegten Patienten untersuchte und im Rahmen der „Klinifizierung“ des PLK Weinsberg in den Jahren zuvor auch viele jüngere — und damit auch schizophrene — Patienten verlegt wurden, so daß deren Anteil in *Kunzes* Sample größer sein mußte als bei uns. Unsere Untersuchung hingegen erfaßte fast zur Hälfte auch solche Patienten, die nie zuvor psychiatrisch hospitalisiert waren. Es handelte sich dabei zum großen Teil um Bewohner, die wegen zerebraler Abbauprozesse von zu Hause direkt ins Heim eingewiesen wurden oder während des Heimaufenthaltes zunehmend solche Störungen entwickelten. Dieser Prozeß betrifft so gut wie ausschließlich die Altenbevölkerung, in der verwitwete Frauen stark überrepräsentiert sind. Darüber hinaus muß sich der in Berlin im Vergleich zum Bundesgebiet höhere Anteil der Altenbevölkerung und der institutionell erfaßten Suchtkranken in deren Repräsentanz in der untersuchten Population niederschlagen. Bemerkenswert scheint, daß wie in Charlottenburg auch bei *Kunze* etwa die Hälfte der psychisch Kranken sich in privaten Heimen befand, obwohl dies, im Gegensatz zu Charlottenburg, nicht mit der dort viel geringeren Zahl von Privatbetten korrespondierte. Im übrigen sei daran erinnert, daß in unserer Untersuchung der Anteil der Selbstzahler in privaten Heimen weit über dem in anderen Heimtypen lag.

Unsere Ergebnisse liegen erheblich über der von *Gössling* (1975) ermittelten Minimalschätzung. Diese liegt allerdings auch weit unter allen anderen diskutierten Studien zur Häufigkeit psychisch Kranker im Heimbereich. Ob diese Unterschiede auf eine andere Zusammensetzung der Klientel bei *Gössling* (überwiegend Großheime sowie Einbeziehung auch von nicht betreuten Wohnheimen für alte Menschen) oder auf methodische Gründe (Heimleiterbefragung und Art der statistischen Auswertung) zurückzuführen sind, muß offenbleiben.

Zur Häufigkeit der psychisch kranken Altenbevölkerung in Heimen liegen im Gegensatz zur Population der jüngeren psychisch Kranken in der Bundesrepublik mehrere Untersuchungen (*Bergener* et al. 1974, *Cooper* und *Sosna* 1983) vor. Diese Studien verweisen auf den hohen Anteil psychisch Kranker der Altenbevölkerung in Alten- und Altenpflegeheimen. Unsere Anteile psychisch Kranker liegen zwar unter denen von *Bergener* et al. angegebenen, nach

denen 60,6 % einer Stichprobe neu aufgenommenen Heimbewohner unter einer psychischen Erkrankung litten. Allerdings lassen sich diese Ergebnisse nur bedingt vergleichen, da es sich bei *Bergener* et al. um eine Aufnahmeuntersuchung handelt. Dagegen stimmen unsere Resultate mit denen der Stichtagsuntersuchung von *Cooper* und *Sosna* voll überein, die einen Anteil von 41,8 % der über 65jährigen Alten- und Altenpflegeheimbewohner als psychisch krank diagnostizierten gegenüber 42,0 % in der analogen Population unserer Untersuchung (unter Einbeziehung der von uns als möglicherweise psychisch krank eingestuften maximal 49 %). Auch der von *Cooper* und *Sosna* festgestellte erhebliche Unterschied der Häufigkeit psychischer Erkrankungen zwischen Altenheimbewohnern (24 %; Charlottenburg 27 %) und den Altenpflegeheimbewohnern (58 %; Charlottenburg 69 %) wird durch unsere Ergebnisse bestätigt. Dies legt nahe, bei zukünftigen Untersuchungen über den psychischen Gesundheitszustand von Heimbewohnern die Bewohner von Pflegeheimen als eigenständige Population zu betrachten, da diese sich hinsichtlich des Gesundheitszustandes in weit stärkerem Maße von den Altenheimbewohnern unterscheiden als letztere — wie *Cooper* und *Sosna* nachwiesen — gegenüber der in Privathaushalten lebenden Altenbevölkerung.

Unterbringungsart	Mannheim			Berlin		
	männl.	weibl.	Insgesamt	männl.	weibl.	insgesamt
Alten- und Altenpflegeheime	6,6	18,3	16,9	7,1	12,4	10,9
Krankenhelme für						
— somatisch Kranke*	—	—	—	1,1	3,4	2,6
— psychisch Kranke	—	—	—	0,3	0,5	0,5
Insgesamt	6,6	18,3	16,9	8,5	16,3	14,0
Zahl der Einwohner	17 804	32 453	50 257	108 202	276 723	384 925

* Anteil von 60% psych. Kranker zugrunde gelegt

Tab. 8: Geschlechtsspezifische Raten psychischer Erkrankung in der Altenbevölkerung in Heimeinrichtungen in Mannheim und Berlin (Raten pro 1000 Einwohner über 65)

Tabelle 8 zeigt die geschlechtsspezifischen Raten psychischer Erkrankungen der Altenbevölkerung von Heimeinrichtungen in Mannheim und Berlin. Unsere im Vergleich zu Mannheim auffällig niedrigeren Raten, insbesondere der Frauen in Alten- und Altenpflegeheimen dürften auf die besondere Berliner Versorgungssituation mit einem zusätzlichen Angebot von — in Mannheim nicht existierenden — ca. 2500 Krankenheimbetten (1983) zurückzuführen sein, davon ca. 600 in Krankenheimen für psychisch Kranke und ca. 1900 in solchen für somatisch Kranke. Eine noch nicht veröffentlichte Studie des Berliner Gesundheitssenats stellt fest, daß 45,5 % der Bewohner von somatischen Krankenheimen ständig und 20,0 % gelegentlich unter Desorientiertheit litten, wobei der Anteil der über 65jährigen in solchen Einrichtungen 86,0 % (75,7 % Männer; 95,6 % Frauen) beträgt. Legt man für die alten Patienten in diesen

Einrichtungen einen Anteil von 60 % schwerer psychisch gestörter Bewohner zugrunde, so ergeben sich für Berlin unter Einschluß dieser psychisch Kranken in Krankenheimen Raten, die denen von Mannheim größenordnungsmäßig in etwa entsprechen.

Die Hochrechnung unserer Ergebnisse für Berlin-West ergibt unter Einschluß der Plätze in speziellen psychiatrischen Heimen und Wohngemeinschaften eine Rate von 3,0 ‰ belegter Plätze für psychisch kranke Erwachsene und Behinderte. Sie liegt damit um ein Mehrfaches höher als die in der Enquête empfohlene Meßziffer.

Unsere hochgerechnete Platzziffer für den komplementären Bereich weist auch eine Größenordnung auf, die deutlich über der analogen des Berliner stationären Bereichs von 1,9 ‰ liegt, obwohl die stationäre Bettendichte in Berlin mit 2,6 ‰ insgesamt (inklusive Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie geistig Behinderte) im Vergleich zum Bundesgebiet sehr hoch ist. Damit ergibt sich bezüglich der erwachsenen psychisch Kranken und Behinderten für Berlin ein Verhältnis von 3 : 2 für den komplementären gegenüber dem stationären Bereich. Dieses Verhältnis ist damit höher als bei *Kunze* (1 : 1). Diese Differenz läßt sich wiederum dadurch erklären, daß bei *Kunze* neben einem gewissen Anteil von Kindern und Jugendlichen sowie geistig Behinderten im stationären Bereich in der Platzmeßziffer für den außerstationären Bereich nur aus dem Krankenhaus verlegte chronische Patienten berücksichtigt wurden. *Susser et al.* (1970) fanden in einer Prävalenzstudie der englischen Stadt Salford — allerdings offenbar unter Einschluß von Kindern und Jugendlichen sowie geistig Behinderten — eine Rate von 5,8 Plätzen auf 1000 Einwohner, die sich damals (1966) bei weitgehendem Fehlen komplementärer Einrichtungen im Stadtgebiet auf klinische und nichtklinische Einrichtungen wie 3 : 2 verteilten. In Camberwell, dem unter dem Gesichtspunkt gemeindepsychiatrischer Versorgung wohl international renommiertesten Forschungsprojekt, wurde auf der Basis der Entwicklung der Dienste von 1964—1971 für 1980 — etwa 10 Jahre nach Einleitung einer konsequenten Sektor-Psychiatrie — der Betten/Platzbedarf für psychisch Kranke und Behinderte auf 2,07 ‰ geschätzt, davon 1,67 ‰ in klinischen Einrichtungen (inklusive 0,35 ‰ Tagesklinikplätze) und 0,4 ‰ in außerklinischen Wohneinrichtungen. Zählt man dabei die Betten in sogenannten „supervised hostels“ (0,72 ‰), die in etwa unseren Pflege- bzw. Krankenheimen entsprechen, statt zu den Klinikbetten (wie in Camberwell) zu den außerklinischen Einrichtungen, so beträgt das Verhältnis klinische zu außerklinischen Betten/Plätzen etwa 1 : 1.

II

Der Vergleich unterschiedlicher methodischer Vorgehensweisen zur Ermittlung des Anteils psychisch Kranker in Alten- und Altenpflegeheimen legt je nach Art der Fragestellung zwei unterschiedliche Vorgehensweisen nahe.

Für grobe Planungsvorhaben dürften Schätzungen der Heimleitungen über die Häufigkeit psychischer Störungen und Auffälligkeiten unter den Heimbewohnern ausreichend sein. Jedoch scheint die Güte der Heimleiterschätzungen

mit der Zahl der tatsächlich vorhandenen psychisch Kranken derart zu schwanken, daß Heimleitungen in Heimen mit einer geringen Anzahl psychisch Kranker eher zu Unterschätzungen neigen, während in Heimen mit einer großen Anzahl psychisch Kranker deren Anteil eher überbewertet wird. Allerdings liegen die Schätzungen der Heimleiter in unserer Untersuchung beinahe doppelt so hoch wie die ausdrücklich als Minimalschätzungen bezeichneten Resultate der Befragung der Heimleiter der bundesweiten Fragebogenerhebung von *Gössling*. Auf die denkbaren Gründe für diese Abweichung wurde bereits hingewiesen.

Für differenzierte Untersuchungen erweisen sich solche Heimleiterbefragungen allerdings wegen der im Einzelfall starken Abweichungen als nicht geeignet. Für solche differenzierteren Untersuchungen und Planungen, insbesondere im Hinblick auf die Erfassung individueller Charakteristika von psychisch Kranken in Heimen, sind sicher Erhebungen erforderlich, die sich — bei ausreichend großen Stichproben — auf Einzelpatienten beziehen. Es bedarf unserer Einschätzung allerdings nicht — wie bei *Cooper* und *Sosna* — unbedingt ärztlicher Einzeluntersuchungen. Eine jeden Heimbewohner getrennte erfassende Befragung seiner Betreuer ermöglicht nach den Ergebnissen dieser Untersuchung ebenfalls ein fundiertes Urteil über das Vorliegen einer psychischen Krankheit oder Behinderung. Versucht man das Für und Wider dieser beiden Strategien gegeneinander abzuwägen, scheint unsere Vorgehensweise trotz möglicher Validitätsverluste insbesondere unter Kostengesichtspunkten die vertretbarere zu sein.

Da jedoch in unserer Untersuchung die Einschätzung der Heimbewohner hinsichtlich psychischer Gesundheit/Krankheit aufgrund der integrierten Bewertung aller verfügbaren Informationen durch einen Facharzt einen nicht zu unterschätzenden Aufwand erforderte, lag es nahe, nach weiteren Vereinfachungen der Methodik zu suchen. Alle Analysen, die sich auf leicht zugängliche und faßbare Daten beschränkten, erbrachten ein ähnliches Ergebnis: Auf die Erfassung der Psychopathologie zumindest durch sorgfältige Befragung der Betreuer — hierzu sind psychiatrisch erfahrene bzw. geschulte Interviewer unbedingt erforderlich — kann nicht verzichtet werden, da die übrigen Daten mit Ausnahme der ärztlichen Unterlagen weder einzeln noch in Kombination eine hinreichend gute Klassifikation ermöglichen. Bei der Bewertung von Daten aus ärztlichen Unterlagen ist zu beachten, daß sie aufgrund des Datenschutzes für zukünftige Untersuchungen wohl verschlossen bleiben werden.

Somit ist für differenziertere Untersuchungen eine fallbezogene Befragung des betroffenen Personals durch psychiatrisch erfahrene Interviewer insbesondere zur aktuellen Situation unter besonderer Berücksichtigung der relevanten Psychopathologie im allgemeinen ausreichend und daher vorzuziehen.

III

Die Versorgung und Betreuung psychisch Kranker in nicht spezialisierten Heimen wirft eine Reihe von Fragen auf. Wurden nach *Bergener et al.* die Hälfte der als psychisch krank eingestuften Aufnahmen in städtische und ein Viertel

der Aufnahmen in gemeinnützige Heime als psychiatrisch behandlungsbedürftig eingeschätzt, so bedurften nach *Cooper et al.* (1984) über zwei Drittel der psychisch kranken Heimbewohner einer fachärztlichen Behandlung. Bei der analogen Klientel unserer Untersuchung erfolgte eine solche nur bei 41 %, so daß trotz relativ hoher Nervenärztdichte in Berlin etwa 30 % eine solche Behandlung nicht erhielten, obwohl sie — unterstellt man eine analoge Behandlungsbedürftigkeit unserer Klientel — ihrer bedurft hätten.

Mängel zeigten sich auch bezüglich der nichtärztlichen und sozialen Betreuung. Dies läßt sich zunächst an der Quantität und Qualität des Personals ablesen. Die öffentlichen und gemeinnützigen Heime verfügen über einen unzureichenden Personalschlüssel. Der wesentlich günstigere Schlüssel in privaten Heimen läßt sich dadurch erklären, daß diese in unserer Untersuchung überwiegend kleine Heime waren, die allein schon wegen der Notwendigkeit einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung eine erhöhte Personaldichte erfordern, sich angesichts der freien Pflegesätze für ihre vielen Selbstzahler finanziell besser stellen und wesentlich weniger qualifiziertes Personal beschäftigen und dadurch über verminderte Personalkosten pro Pflegekraft vermehrt Pflegepersonal einstellen können. Die Frage nach der Notwendigkeit besser ausgebildeter Mitarbeiter wurde von diesen Heimen verneint. Angesichts der Tatsache, daß diese Heime den höchsten Anteil psychisch Kranken betreuen, muß diese Einstellung überraschen. Es läßt sich vermuten, daß im privaten Bereich andere Maßstäbe an die Qualität der Versorgung von Heimbewohnern als im öffentlichen und gemeinnützigen Bereich angelegt werden.

Spezielles Personal für eine psychosoziale Betreuung — insbesondere Sozialarbeiter u. ä. — sind praktisch nirgends vorhanden. Untersuchungen von *Kunze* (1981), *Cooper et al.* (1984) u. a. haben jedoch darauf hingewiesen, daß Heimbewohner in weitaus stärkerem Maße dem Risiko einer sozialen Isolation unterliegen und in ihrer Gesamtheit kumulativ ungünstigeren Lebensumständen ausgesetzt sind. Dies gilt, wie auch unsere Ergebnisse zeigen, insbesondere für die psychisch Kranken, deren Isolation in unserer Untersuchung deutlich, sogar massiv hervortrat.

Es erscheint in diesem Zusammenhang bemerkenswert, daß die Unterbringung der kranken wie der gesunden Bewohner in Charlottenburger Heimen im Gegensatz zu den Kranken aus der ländlichen Region des Einzugsbereichs des PLK Weinsberg zu drei Viertel im gleichen Berliner Bezirk oder in unmittelbarer Nachbarschaft zum Herkunftsbezirk und damit gemeindenah erfolgte. Dies dürfte damit zusammenhängen, daß es sich bei Alten- und Altenpflegeheimen um Einrichtungen der Basisversorgung handelt, die in jedem Berliner Bezirk existieren und bei Direktaufnahmen von zu Hause bzw. von den kommunalen Beratungsstellen und Diensten (z. B. Sozialamt, Sozialpsychiatrischer Dienst) bevorzugt belegt werden.

Bei den älteren psychisch kranken Heimbewohnern mit zerebralen Abbauprozessen gingen diese bei etwa der Hälfte der Fälle neben den mnestischen und Orientierungsstörungen mit weiteren schweren psychischen Störungen und

Auffälligkeiten einher. Außerdem litten je ein Sechstel auch der über 65jährigen psychisch Kranken an einer funktionellen Psychose oder einer Suchtkrankheit. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, daß zumindest diese Teile der älteren Heimbewohner mangels fachärztlicher Behandlung und angesichts der erwähnten und im folgenden zusätzlich beschriebenen Mängel an qualifizierter Betreuung in diesen Einrichtungen fehlplaziert sind.

Ganz besonders gilt dies jedoch für die jüngeren psychisch Kranken, überwiegend Suchtkranke, funktionelle Psychotiker und geistig Behinderte. In Berlin dürfte es sich dabei um etwa 700 bis 750 Personen oder 0,5 ‰ der Bevölkerung, von denen wohl der überwiegende Teil sowohl von der Alters- wie der Morbiditätsstruktur in Einrichtungen der geschlossenen Altenhilfe fehlplaziert ist und die dort in der Regel weder die psychiatrische (nur zu 37 %) noch die soziotherapeutische und soziale Betreuung erfahren, derer sie eigentlich bedürftig sind. Diese Heime sind derzeit weder von der in unserer Untersuchung festgestellten Ausstattung und Qualifikation des Personals her noch angesichts der fehlenden Supervisionsmöglichkeiten und ihrer konzeptionellen Orientierung — der Tag wird in der Regel allein durch den Schlaf- und Essensrhythmus strukturiert — auf diese Bewohner ausgerichtet. Die überwiegende Mehrzahl der Heimleitungen befürwortete daher spezielle Einrichtungen für psychisch Behinderte, da sie deren besonderen Bedürfnissen und Schwierigkeiten mit der vorhandenen Personalausstattung und -struktur nur schlecht Rechnung tragen könnten. Außerdem würden diese auch von den übrigen Heimbewohnern abgelehnt. Inwiefern dieses Argument auch Ausdruck der eigenen Reserviertheit der Heimleitungen gegenüber den psychisch Auffälligen unter ihren Bewohnern ist, muß offenbleiben. Es ist nicht erstaunlich, daß unter diesen Bedingungen in den Heimen ein „Drehtüreffekt“ zu beobachten ist. Allein 23 % der jüngeren kranken Bewohner kam direkt aus einem anderen Heim und unter den 32 % aus dem psychiatrischen Krankenhaus Eingewiesenen dürfte ein nicht geringer Teil zuvor in einem anderen Heim gelebt haben. Insgesamt kann auch unsere Untersuchung — von einzelnen positiven Ausnahmen abgesehen — das Fazit von *Kunze* (1980, S. 45) aus dessen Studien unterstützen, „daß in den außerpsychiatrischen Einrichtungen, also Alten- und Pflegeheimen . . . sich weithin Verhältnisse reproduzieren, wie sie aus traditionellen kustodialen Anstalten wohlbekannt sind“.

Literatur:

- BERGENER, M., BEHREND, K., ZIMMERMANN, R.: Psychogeriatrische Versorgung in Nordrhein-Westfalen — Ergebnisse eines interdisziplinären Forschungsprojektes. *Psychiat. Prax.* 1, 18—33 (1974)
- BERICHT über die weitere Verbesserung der psychiatrischen Versorgung — Schlußbericht. Senator für Gesundheit, Soziales und Familie. Berlin 1984
- COOPER, B., SOSNA, U.: Psychische Erkrankung in der Altenbevölkerung — eine epidemiologische Feldstudie in Mannheim. *Nervenarzt* 54, 239—249 (1983)

- COOPER, B., MAHNKOPF, B., BICKEL, H.: Psychische Erkrankung und soziale Isolation bei älteren Heimbewohnern — eine Vergleichsstudie. Zeitschr. f. Gerontologie 17, (1984), 117—125.
- ENQUÊTE über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland: Schlußbericht der Sachverständigenkommission. Bundestagsdrucksache 7/4200 (1975)
- FINZEN, A., BECK, W., u. a.: Materialien zur psychiatrischen Krankenversorgung in Baden-Württemberg — Behandlungsplätze, Personal, ambulante Versorgung. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie der Sozialen Arbeitskreise an der Universitäts-Nervenambulanz Tübingen, Heft 8, 1973
- GÖSSLING, S.: Probleme bei der Betreuung psychisch veränderter und/oder geistig-seelisch behinderter und/oder gestörter alter Menschen im Heim. In: Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland: Anhang zum Schlußbericht der Sachverständigenkommission. Bundestagsdrucksache 7/4201 (1975)
- KITZIG, P.: Betreuungsformen chronisch psychisch Kranker außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses. Psychiat. Prax. 7, 212—222 (1980)
- KUNZE, K.: Zur Situation und Problematik der psychisch Kranken in Heimen. In: HÄFNER, H. und PICARD, W. (Hrsg.): Psychiatrie fünf Jahre nach der Enquête. Tagungsbericht Band 5 der Aktion Psychisch Kranke. Rheinland-Verlag: Köln 1980
- KUNZE, K.: Psychiatrische Übergangseinrichtungen und Heime — Psychisch Kranke im Abseits der Psychiatrie-Reform. Forum der Psychiatrie. Stuttgart: Enke 1981
- SUSSER, M. W., STEIN, Z., MOUNTREY, G. J., FREEMAN, H. L.: Chronic Disability Following Mental Illness in an English City. Part I: Total Prevalence in and out of Mental Hospital. Part II: The Location of Patients in Hospital and Community. Soc. Psychiatry 5, 63—76 (1970)
- WING, J. K.: Planning Services for the Mentally Ill in Camberwell. In: WING, J. K. und HAILEY, A. M. (eds.): Evaluating a Community Psychiatric Service — The Camberwell Register 1964—71. London: Oxford University Pr. 1972

Psychische Störungen bei Bewohnern nichtklinisch stationärer Einrichtungen (Literaturübersicht)

Autoren	Untersuchungs- gebiet	erfaßte Einrichtungen bzw. Po- pulation	Methodik	Ergebnisse
Finzen et al., 1973	Tauberkreis/ Baden- Württemberg	a) psychiatrische Patienten aus dem Tauberkreis in 46 Heimen und Pflegeeinrichtungen innerhalb und außerhalb Baden-Württembergs, bei denen die Sozialhilfe Kostenträger der Unterbringung war b) alle Patienten aus dem Tauberkreis in psychiatrischen Krankenhäusern	Auswertung der Sozialamtsunterlagen des Kreises	105 psychiatrischen Krankenhauspatienten (inkl. Selbstzahler und Krankenkassenpatienten) stehen 113 psychiatrische Patienten (nur Sozialhilfeempfänger) in anderen Einrichtungen gegenüber, entsprechend einer Rate von 0,83%/00 vs. 0,89%/00. Rund doppelt so viele Sozialhilfepatienten und Langzeitpatienten befinden sich in nichtklinisch stationären Einrichtungen wie im Krankenhaus.
Bergener et al., 1974	Nordrhein-Westfalen (3 Großstädte, 2 Landkreisegebiete)	Alten- und Altenpflegeheime kommunaler Träger und freier Wohlfahrtsverbände	klinische Untersuchung einer Stichprobe der Neuaufnahmen ab 65. Lebensjahr	61% der Aufnahmen psychisch krank, 29% der Aufnahmen in kommunalen und 14% in gemeinnützigen Einrichtungen psychiatrisch behandlungsbedürftig, allein 20% bzw. 9% wegen schwereren oder mittleren hirnganischen Leidens
Gössling 1975	Bundesrepublik	Einrichtungen der geschlossenen Altenhilfe (Altenwohn- und Altenheime ab 160 Betten, Altenpflegeheime ab 80 Betten, alle Altenkrankenhelme mit rund 5% der Heime und 25% der Betten in der BRD)	Fragebogen an Heimleitung	Nach Meinung der „Heimleitung“ 19,6% (Mindestwerte) auffällig psychisch krank/verändert und 14,5% (Mindestwerte) psychiatrisch fachärztlich behandlungsbedürftig.

Autoren	Untersuchungsgebiet	erfaßte Einrichtungen bzw. Population	Methodik	Ergebnisse
Kitzig 1980	Bundesrepublik	Übergangs- und Wohnheime für chronisch psychisch Kranke und überwiegend psychisch Kranke aufnehmende Alten-, Altenpflege- sowie Mehrfachbehindertenheime	Auswertung der 57 rückläufigen Fragebögen von angeschrriebenen 80 Ärzten psychiatrischer Krankenhäuser	53 763 in den 57 psychiatrischen Krankenhäusern belegten Betten standen 54 210 Behandlungsplätze in 613 Heimen gegenüber (nicht alle nur mit psychisch Kranken belegt); durchschnittlich 3 812 Verlegungen aus den PKH in Wohnheime (ohne Alten- und Mehrfachbehindertenheime) im Jahreszeitraum '75 bis '77, das entspricht 79% der Gesamtbelegung der 57 erfaßten PKHs.
Kunze 1981	Versorgungsreich des PLK Weinsberg sowie des Langzeitkrankenhauses Tauberbischofsheim	a) alle aus dem PLK Weinsberg und dem Langzeitkrankenhaus Tauberbischofsheim bis 1975 in Heime verlegte Patienten und sonstige aus einem Psychiatrischen Krankenhaus verlegte Patienten aller im Versorgungsreich des PLK liegenden Heime b) alle am 1. 1. 76 im PLK Weinsberg und im Langzeitkrankenhaus Tauberbischofsheim stationäre Langzeitkranken (mindestens 1 Jahr kumulative Hospitalisationsdauer)	Nachfrage nach dem Verbleib heimentlassener Klinikpatienten mittels Fragebogen, Auswertung der Krankengeschichte der Klinik, Nachuntersuchung einer Stichprobe der unter 65j. verlegten Patienten, Querschnittsuntersuchung der Krankenhaus-Langzeitpatienten	657 chronisch psychisch Kranken (10% geistig Behinderte) in komplementären Einrichtungen stehen 304 Langzeitkranke aus PLK und im Langzeitkrankenhaus Tauberbischofsheim gegenüber; das entspricht einer Gesamtrate der Langzeitpatienten von 0,79/100 im komplementären Bereich, bei den unter 65jährigen von 0,49/100. Das Verhältnis komplementärer Plätze zu stationären Betten insgesamt betrug 1:1.
Cooper und Sosna, 1983	Mannheim	alle Bewohner psychiatrischer Einrichtungen sowie eine 50%ige Stichprobe aller in Heimen lebenden Bewohner ab 65. Lebensjahr aus den Erhebungsbezirken	Feldstudie (klinische Interviews)	41,8% psychiatrische Fälle in Alten- und Pflegeheimen (24,2% in Altenheimen, 57,5% in Pflegeheimen (das entspricht einer Rate von 16,9 pro Tausend Einwohner über 65 Jahre (6,69/100 für Männer und 18,39/100 für Frauen))

Autoren	Untersuchungsgebiet	erfaßte Einrichtungen bzw. Population	Methodik	Ergebnisse
Lehmkuhl et al., 1984	der Berliner Bezirk Charlottenburg	alle unters Heimgesetz fallende Einrichtungen des Bezirks (= Alten- und Altenpflegeheime)	psychiatrische Fallidentifizierung durch Interview des betreuenden Heimpersonals zur Psychopathologie der Bewohner und Heranziehung von Heim- und Sozialamtsakten sowie Akten des Sozialpsychiatrischen Dienstes	45,4% psychisch krank (85,7% der unter 65jährigen und 42,0% der über 65jährigen Heimbewohner). Bei Hochrechnung auf Berlin West entspricht dies einer Rate von 0,59/100 der unter 65jährigen bzw. 10,99/100 der über 65jährigen psychisch Kranken in Alten- und Altenpflegeheimen (Rate für Männer 7,19/100, für Frauen 12,49/100) bezogen auf die jeweiligen Bevölkerungsgruppen. Gesamtrate psychisch kranker Erwachsener (ohne Obligophrene) in Heimen und Übergangseinrichtungen 3,09/100; in psychiatrischen Krankenhäusern 1,99/100.

Heimcode Stichtag vor Heimuntersuchung

Befragte Person (Name):

Funktion (innerhalb d. Heims):

A. Grunddaten

1. Kennziffer Heimbewohner 2. Geschlecht m w
3. Alter am Stichtag 4. Stadtbezirk

5. Familienstand 6. Wohnsituation vor
Institutionalisierung 7. Pflegschaft/Vormund-
schaft vor Aufn.
 ledig allein ja
 verheiratet mit Angeh./Partner nein
 getr./gesch. ohne persönl. Wohnsit. keine Angabe
 verwitwet (z. B. Obdach, Pansion)
 keine Angabe keine Angabe

8. Zugang von 9. Im untersuchten Heim seit 10. Kostenträger Heimaufenth.
 zu Hause einschl. unter 3 Monate Selbstzahler
Altenwohnung über 3 Monate Soz. Hilfe
 psychiatr. Krhs. über 6 Monate Soz. Hilfe u. Rente/
 sonst. Krhs. über 1 Jahr sonst. Einkommen
 and. Heim über 2 Jahre keine Angabe
 sonst. (Obdach, Aus- über 3 Jahre
siedlerlager) über 5 Jahre
 keine Angabe über 10 Jahre keine Angabe

11. Lebende Angehörige vorh.: ja nein keine Angabe

B. Mündliche Befragung

12. Psychische Störungen und Auffälligkeiten, die über das bei gleichem Alter psychisch
Gesunder zu Erwartende hinausgehen (bis zu drei Ankreuzungen möglich)

- 1 keine 9 Alkohol 16 starr, schwer leitbar
2 ledigl. schwierige Person 10 Drogen 17 Gedächtnisstörung (üb.
3 auffäll. Verhaltensstörg. 11 Medikamentenabusus alterabed. übliche hin-
(z. B. Angst, Zwang, 12 Anfallkrank ausgehend)
"hyster.") 13 geistige Behinderung 18 Desorientiertheit,
4 deutl. depressiv, melanch. 14 Selbstmordgefährdung Verwirrtheit
verst. 15 Selbstmordversuch 19 gleichz. körperl. Beh.
5 Beeinträchtigungserlebnisse, 20 Pflegefall
fühlt sich kontrolliert, 21 keine Angabe
andrs behandelt
6 ausgespr. Wahninhalte
(Verfolgungsw., Größenw.,
Hölluzin.)
7 Verarmungsideen
8 unruhig

13. Im Vordergrund stehende Störung keine Störung/Angabe

14. Diese Störung schon bei Aufnahme vorhanden ja nein keine Angabe

15. Vor Aufn. in amb. psychiatr. Behandlg.

sich.	wahr.	mögl.	wahrs.n.	sich.n.	k.Ang.
<input type="checkbox"/>					

16. Vor Aufn. in stat. psych. Behandlg.

sich.	wahr.	mögl.	wahrs.n.	sich.n.	k.Ang.
<input type="checkbox"/>					

17. Zahl dieser Aufenthalte 0x 1x mind.1x 2x 3-5x mehr als 5x
 keine Angabe

18. Jetzige ärztl. Behandlung i. Heim
 niedergel. Nervenarzt in niedergel. Nervenarzt keine regelm. Beh. erf.
Praxis 1. Heim keine Angabe
 niedergel. Haus-/Facharzt niedergel. Haus-/Fach-
in Praxis -arzt 1. Heim

19. Häufigkeit d. ärztl. Betreuung
 14tag. monatl. 1/4 J. unregelm. n. Bed. keine Angabe

20. Psychopharmakabehandlung im Heim
(mit Neuroleptica o. ja nein unsicher keine Angabe
Thymoleptika)

21. Kontakte mit Angehörigen/Freunden, Partnern
 nein regelm. (mind. 1x mon.)
 gelegentlich keine Angabe
 öfter (mind. 1x 1/4 J.)

22. Einschätzung als psych. krank bzw. stark auffällig aufgrund der Grund-
daten (A) u. nach mündl. Befragung (B)
- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sich. | wahr. | mögl. | wahrs.n. | sich.n. | k.Ang. |
| <input type="checkbox"/> |

C. Ärztliche Angaben aus Akten

23. Quelle (Mehrfachankreuzungen) 24. Einweisungsgutachten (EWG) von
1 Einweisungsgutachten niedergel. Nervenarzt
2 Psychiatr. Gutachten sonst. Facharzt
3 sonst. ärztl. Gutachten Hausarzt
4 Akte d. Soz. Psychiatr. Dienst. psychiatr. Amtsarzt
5 sonst. Unterlagen sonst. Amtsarzt
 keine Unterlagen bzw. Angaben psychiatr. Krhs.
 sonst. Krhs.
 nicht eindeutig zuzuordnen

25. Datum d. Einweisungsgutachtens (Monat/Jahr)

26. Zeit vor Stichtag in Monaten

27. Diagnose(n) laut EWG keine Diagn.

28. Hinweis auf psych. Störung im EWG?
 ja nein nicht eindeutig keine Angabe

29. Diagnose(n) aus and. Quellen keine
Diagnose(n): Quelle (Zahl angeben)
Diagnose(n): Quelle (Zahl angeben)
Diagnose(n): Quelle (Zahl angeben)

30. Psychiatr. diagnost. Zuordnung aufgrund d. Akten keine
 keine psychiatr. Erkrankung Sucht
 gerontopsychiatr. und körperl. begründbare Neurosen, Persönlichkeitsstörung
psych. Störungen u. a. nichtpsychot. psych. Störg
 mit begleitender körperlicher Störung Oligophrenie
(z. B. Schlaganfall, Parkinsonismus) Anfallsleiden
 schizophrene Psychosen diagn. Zuordnung nicht möglich
 affektive u. a. Psychosen keine Unterlagen

31. Vor Aufn. in amb. psychiatr. Behandlg.

sich.	wahr.	mögl.	wahrs.n.	sich.n.	k.Ang.
<input type="checkbox"/>					

32. Vor Aufn. in intensiver amb. Betreuung durch SpD

sich.	wahr.	mögl.	wahrs.n.	sich.n.	k.Ang.
<input type="checkbox"/>					

33. Vor Aufn. in stat. psychiatr. Behandlg.
34. Zahl dieser Aufenthalte 0x 1x mind. 1x 2x 3-5x mehr als 5x
 keine Angabe

35. Einschätzung als psychisch krank aufgrund der Aktenlage

sich.	wahr.	mögl.	wahrs.n.	sich.n.	k.Ang.

D. Befragung der Institution

Heim Adresse Stichtag

Befragte Person (Name):
 Funktion (innerhalb des Heims):
 Verantw. Leiter Beruf
 Rückfragen an Telefon
 Träger öffentl. frei/gemeinn. priv./gew.

Art der Einrichtung:

- Seniorenheim ohne Pflegebetten
 Seniorenheim mit Pflegebetten
 Krankenhaus

- Wohngemeinschaft
 Übergangsheim
 Wohnheim
 Sonstige

Einrichtung ist Teil/in Verb. mit:

- Allgem. Krhs.
 Krhs. f. chron. Kranke

als Krankenanstalt anerkannt

- ja nein
 psych. Fachkrankenh.
 sonstige Einrichtung
 Einrichtung ist selbständig
 Gesamtpl. durchschn. belegt
 belegte Betten/Stichtag
 Aufnahmen pro Jahr

Größe

Normalplätze
 Pflegebetten
 Gesamtplätze

Unter den Patienten schätzungswweise:

- schwere psych. Störg. über 65 J. %
 leichte psych. Störg. über 65 J. %
 psych. Störg. über 65 J. mit körperl.
 Behandlung (z.B. Schlaganfall etc.) %
 schwere psych. Störg. unter 65 J. %
 leichte psych. Störg. unter 65 J. %

- Alkohol %
 Drogen %
 Med. abus. %
 Anfallskrank. %
 Schwachsinn %
 psych.gesunde Alte %

Nichtärztl. Betreuer
 (ohne Küche, Verw., Reinigung)

	Vollzt.	Teilzt.
Psychologe		
Pfleger/Schwester		
Altenpfleg.		
Krkrpfl.helfer		
Krkrpfl.schüler		
Krkrpfl.helf.schül.		

	Vollzt.	Teilzt.
Pfl.pers.o.Aus.		
Sozialarbeiter		
BT/AT		
sonst. Betreuer		

Ärztl. Vers. durch:

- Nervenarzt im Heim (ganztags- o. teilzeit-tätig)
 niedergel. Nervenarzt i. Heim
 Nervenarzt außerh. mit Empfehlung
 Nervenarzt außerh. ohne Empfehlung

- Haus-/Facharzt im Heim (ganztags- o. teilzeit-tätig)
 niedergel. Haus-/Facharzt
 Haus-/Facharzt außerh. mit Empfehlung
 Haus-/Facharzt außerh. ohne Empfehlung
 dem Pat. überlassen

Würden Sie für eine optimale Versorgung und Betreuung Ihrer Patienten eine bessere personelle, räumliche und finanzielle Ausstattung für erforderlich halten?

	<input type="checkbox"/> unbedingt	<input type="checkbox"/> möglichst	<input type="checkbox"/> nicht unbedingt
Mehr Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besser ausgebildetes Pers.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bessere räuml. Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bessere finanz. Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterungen zur Handhabung der Erhebungsbögen

zu Item 1:

Die Namen der Bewohner wurden aus Datenschutzgründen auf einer gesonderten Liste, getrennt vom Erhebungsbogen, erfasst.

zu Item 11:

Dieses Item wurde unabhängig von Kontakten mit solchen Angehörigen (Item 21) beantwortet.

zu Item 12 und 13:

Fortbestehende bzw. früher manifeste Störungen und Auffälligkeiten, die zum Zeitpunkt der Befragung nicht manifest in Erscheinung traten, wurden auch dann als solche bewertet, wenn davon auszugehen war, daß sie verdeckt fortbestanden und nur durch die Bedingung der Heimunterbringung bzw. besondere therapeutische Maßnahmen aktuell nicht zum Tragen kamen (z. B. im Heim trockene Alkoholranke, durch Psychopharmaka remittierte Psychose). Das Subitem „lediglich schwierige Person“ wurde als Möglichkeit zur Äußerung von Schwierigkeiten der Betreuer mit Heimbewohnern eingeführt, die nicht im Sinne einer ICD-Diagnose psychisch krank sind. Es sollte nicht etwa Charakterneurosen und Persönlichkeitsstörungen abfragen und wurde daher für eine Einschätzung als „psychisch krank“ weniger verwertet. Allerdings ergaben sich bei der Befragung Probleme hinsichtlich der Abgrenzung zwischen den Subitems „lediglich schwierige Person“ (2) und „auffällige Verhaltensstörung“ (3) im Sinne von neurotischen Störungen. Unter „Beeinträchtigungserlebnisse“ wurde vom betreuenden Personal teilweise zunächst auch allgemeine Klagen über die alters- und heimbedingte Situation verstanden, die nur bei sorgfältiger Rückfrage einigermaßen befriedigend von bereits wahrhaften Erlebnissen abgegrenzt werden konnten. Größere Schwierigkeiten ergaben sich bei der Abgrenzung des Subitems „starr, schwer leitbar“ (16) zu „schwierige Person“, wobei auch Überschneidungen zu der normalerweise abnehmenden Flexibilität alter Menschen ins Spiel kamen. Hingegen erwiesen sich die Subitems 4, 6, 7, 9, 10, 11, 13 und 18 als relativ problemlos.

zu Item 18/19:

Die Frage nach ärztlicher bzw. fachärztlicher Behandlung im Heim wurde von dem betreuenden Personal meist pauschal mit „ja“ beantwortet, so daß nach unserem Eindruck insbesondere die Angaben über die Betreuungsdichte nicht unbedingt den individuellen Erfordernissen der Heimbewohner Rechnung trägt. Erklären lassen sich diese Angaben über eine hohe ärztliche Betreuungsdichte im Heim u. a. dadurch, daß in einem City-Bezirk mit hoher Arztdichte sich Ärzte für die Heimbetreuung leicht gewinnen lassen und bei regelmäßigen Sprechstunden im Heim dessen Bewohner dann in einer wie auch immer gearteten Weise „betreut“ erschienen.

zu Item 20:

Hier wurden nur Angaben zur systematischen Neuroleptika- und Thymoleptikatherapie verwertet, es sei denn, andere Psychopharmaka wurden eindeutig zur Behandlung der psychischen Krankheit verwandt. Andererseits wurde eine Medikation von Neuroleptika und Thymoleptika nicht verwertet, wenn sie nur sporadisch, z. B. als Hypnotika bzw. Tranquillizer verabreicht wurden.

zu Item 28:

Dieses Item wurde bejaht, wenn sich im Einweisungsgutachten — auch ohne psychiatrische Diagnose — aus Befunden und sonstigen Vermerken ein Anhaltspunkt für das Vorliegen einer psychischen Störung ergab.

Vergleich der Bewohner eines städtischen Alten- und Altenpflegeheimes an zwei Stichtagen (3/77 u. 2/82). (In Klammern: Zahl der jeweils beurteilbaren Fälle)

	1977		1982	
	N = 116	%	N = 104	%
<i>Alter (J.)</i>	(116)		(104)	
unter 45	1	0,9	1	1,0
45—64	12	10,3	11	10,6
65—74	31	26,7	24	23,1
75+	72	62,1	68	65,4
<i>Geschlecht</i>	(116)		(104)	
männlich	27	23,3	30	28,4
weiblich	89	76,7	74	71,2
<i>Vorliegen psychischer Auffälligkeiten bzw. Störungen bejaht</i>	(116)		(104)	
	77	66,4	67	64,4
<i>Im Vordergrund stehende psych. Störung</i>	(116)		(104)	
deutlich depressiv	8	10,4	10	14,9
Beeinträchtigungserleben, ausgesprochene Wahninhalte	8	10,4	8	12,0
Alkohol, Drogen, Medikamente	24	31,2	19	28,4
gelstige Behinderung	4	5,2	6	9,0
Desorientiertheit, Verwirrtheit	17	22,1	12	17,9
<i>Diagnose</i>	(104)		(103)	
keine psychiatr. Erkrankung	43	41,3	49	47,6
gerontopsychiatr. u. a. körperl. begründbare psych. Störungen	13	12,5	18	17,5
schizophrene Psychosen	2	1,9	2	1,9
affektive u. a. Psychosen	7	6,7	7	6,8
Suchtkrankheiten	16	15,4	11	10,7
Neurosen, Persk.-Störungen u. a. nicht psychot. psych. Störungen	1	1,0	3	2,9
Oligophrenie	3	2,9	5	4,9
Anfallsleiden	1	1,0	—	—
psych. krank, diagnostische Zuordnung aber nicht möglich	1	1,0	—	—
mögl. psychiatr. Diagnose	17	16,3	8	7,8
<i>Psychiatr. Diagnose</i>	(104)		(103)	
ja	44	42,3	46	44,7
mögl.	17	16,3	8	7,8
nein	43	41,3	49	47,6

	1977		1982	
	N = 116	%	N = 104	%
<i>Amb. psychiatr. Vorbehandlung</i>	(69)		(83)	
ja	7	10,1*	23	27,7
nein	62	89,9	60	72,3
<i>Stat. psychiatr. Vorbehandlung</i>	(87)		(87)	
ja	24	27,6	18	20,7
nein	63	72,4	69	79,3
<i>Mind. 2 stat. Vorbehandlungen</i>	(80)		(88)	
ja	7	8,8	7	8,0
nein	73	91,2	81	92,0
<i>Pflegschaft bzw. Vormundschaft vor Heimaufnahme</i>	(116)		(104)	
ja	18	15,5	9	8,7
nein	98	84,5	95	91,3
<i>Zugang aus psychiatr. Krankenhaus</i>	(111)		(103)	
ja	9	8,1	9	8,7
nein	102	91,9	94	91,3
<i>Relevante Psychopathologie vorhanden</i>	(116)		(104)	
ja	68	58,6	61	58,7
nein	48	41,4	43	41,3
<i>Relevante Psychopathologie steht im Vordergrund</i>	(116)		(104)	
ja	67	57,8	58	55,8
nein	49	42,2	46	44,2
<i>Im Vordergr. stehende relev. Psychopathologie schon bei Heimaufnahme vorhanden</i>	(39)		(51)	
ja	38	97,4	50	98,0
nein	1	2,6	1	2,0
<i>Behandlung durch Nervenarzt</i>	(114)		(103)	
ja	31	27,2	51	49,5
nein	83	72,8	52	50,5
<i>Behandlung mit Psychopharmaka</i>	(4)		(101)	
ja	4	100,0**	28	27,7
nein	—	—	73	72,3
<i>Gesamteinschätzung</i>	(116)		(104)	
Psychisch krank	65	56,0	62	59,6
Psych. krank + möglicherweise psych. krank	73	62,9	66	63,5
nicht psych. krank	43	37,1	38	36,5

* Nicht verwertbar, da in der mündlichen Befragung nicht erhoben und Angaben nur aus den ärztlichen Unterlagen zu entnehmen waren.

** Nicht verwertbar, da nicht systematisch erfaßt.

Gemeindepsychiatrie fängt mit Langzeitpatienten an — Freiere Lebensformen für 100 Langzeitpatienten des PKH Gütersloh

K. Dörner

Es begann 1980 damit, daß wir von der Verlegung von Langzeitpatienten in Pflegeheime zunehmend Abstand nahmen. Die Gründe dafür sind bekannt. Da aber der potentiell lebenslange PKH-Aufenthalt auch keine Alternative darstellt, begannen wir, die Möglichkeit der Entlassung von Langzeitpatienten in freiere Lebens-, Wohn- und Tätigkeitsformen zu erproben.

Hierzu waren umfangreiche Vorbereitungen erforderlich: Die Vergangenheit der Langzeitpatienten war zu erkunden, damit sie möglichst wieder einen Sinn für ihre Biographie und damit eine Perspektive für die Zukunft gewinnen konnten. Alle denkbaren Angehörigen waren „auszugraben“, ihre Schuldprobleme in intensiven Gesprächen zu ermäßigen, ein neues bescheidenes Beziehungsangebot zum jeweiligen Patienten herzustellen, damit der Patient vermehrt wieder ein Zugehörigkeits- und Persönlichkeitsgefühl entwickeln konnte. Die Langzeitstationen nahmen einerseits eine rege Ausflugs- und Urlaubstätigkeit nach außen auf, bildeten über eine regelmäßig tagende Bereichskonferenz aber auch erstmals ein eigenes Selbstbewußtsein aus. Darüber hinaus war die Gründung einer „Lebensschule“ nützlich: In einem neutralen Gebäude werden im Volkshochschulstil Kurse für Langzeitpatienten verschiedener Stationen angeboten — vom Lesen und Schreiben über lebenspraktische Kurse (Nähen, Kochen, Behördenkontakte) bis zu Kursen über Freizeitgestaltung.

Eine Mitarbeiterin wurde dafür freigestellt, tragfähige Beziehungen zu den Entscheidungsinstanzen des Wohnungsmarktes herzustellen. Um sie herum konstituierte sich eine „Wohn-AG“ für die an dieser Arbeit interessierten Mitarbeiter sowie ein wöchentlicher „Wohn-Treff“, für entlassungsinteressierte Patienten. Mit dem Kreissozialamt wurde die Finanzierungsmöglichkeit der „Übergangspflege“ (s. u.) vereinbart. Hilfreich war es, daß die Kreise Herford und Lippe Modellregionen waren, so daß sich eine „Herford-Gruppe“ und eine „Lippe-Gruppe“ der Gütersloher Langzeitpatienten regelmäßig mit Mitarbeitern ihrer Heimatkreise treffen konnten. Die Institutsambulanzen in Gütersloh und Detmold waren wichtig, da über sie auch die medizinische Weiterbetreuung geregelt werden konnte, wenn auch z. T. durch vertraute Personen der Herkunftsstation.

Für Möglichkeiten des Tätigseins bzw. des Arbeitens für Langzeitpatienten, die in der Regel auch als seelisch Schwerbehinderte anzusehen sind, war die Gründung der Dalke-Werkstatt (gemeinnützige GmbH) mit 14 Arbeitsplätzen für seelisch Behinderte wichtig. Wir haben diese Firma, als Zulieferbetrieb für Industrieunternehmen, selbst gegründet, um entlassenen oder entlassbaren Langzeitpatienten Dauerarbeitsplätze zu vermitteln, durch die sie ihr Einkom-

men selbst erwirtschaften können und dadurch, oft erstmals im Leben, völlig unabhängig von Sozialhilfe werden. Darüber hinaus führten wir die „ambulante Arbeitstherapie“ ein; das heißt, daß entlassene Patienten von ihrer Wohnung aus regelmäßig den ihnen vertrauten Arbeitsplatz aus der Arbeitstherapie im Krankenhaus aufsuchen und dort arbeiten können, z. T. von der Krankenkasse finanziert. Hierfür benötigen wir dringend den Tagesstättenstatus für manche Patienten, darüber hinaus aber auch eine Tagesstätte in der Stadt Gütersloh — mit der Möglichkeit des Zuverdienstes zum Lebensunterhalt, soweit dieser aus Rente, Sozialhilfe oder Arbeitslosenhilfe besteht. Solch eine Art „Zuverdienst-Firma“ ist in Gründung begriffen.

Im folgenden geben wir einen ersten Bericht über die Ergebnisse der beschriebenen Bemühungen, zahlenmäßig in der beiliegenden Tabelle zusammengefaßt. Insgesamt wurden in den beiden Jahren 1982 bis 1983 128 Patienten mit einer Aufenthaltsdauer von einem Jahr an aufwärts in freiere Lebensformen entlassen. Wählt man die engere Definition von „Langzeitpatient“, so waren es in diesem Zeitraum 101 Patienten mit einer Aufenthaltsdauer von zwei Jahren an aufwärts. Diese letztere Zahl ist auch insofern praktisch, als sie zugleich die Prozentzahl angibt, ist daher auch in der ganz rechten Spalte der Tabelle mit den jeweiligen Summenbildungen berücksichtigt. Die längste Aufenthaltsdauer zum Zeitpunkt der Entlassung betrug bisher 42 Jahre! In die angegebenen Grundzahlen gehen freilich zwei Patienten ein, die bereits Ende 1981 entlassen wurden, sowie acht Patienten, die im Januar 1984 entlassen wurden.

In der Tabelle wurden die Patienten in vier Gruppen je nach Dauer des Aufenthaltes vor der Entlassung unterteilt: Patienten, die ein bis zwei Jahre, zwei bis fünf Jahre, fünf bis zehn Jahre sowie länger als zehn Jahre im PKH Gütersloh waren. In diesen vier Gruppen steigt das Entlassungsalter verständlicherweise von 38 bis 51 durchschnittlich an, wobei wir die für uns verblüffende Erfahrung machten, daß Patienten auch mit über 60 Jahren, ja selbst mit über 70 Jahren in eigene Wohnungen entlassen werden können und dort gut zurechtkommen — die altbekannte Unterschätzung des höheren Lebensalters! Die Angaben zum Geschlecht spiegeln unsere praktische Erfahrung, daß Männer etwas leichter als Frauen zu entlassen sind, möglicherweise sogar etwas leichter ihren Haushalt gestalten können. Der durchschnittliche PKH-Gesamtaufenthalt im Leben der Patienten steigt in den vier Gruppen von 3 bis 24 Jahre, die durchschnittliche Dauer des letzten PKH-Aufenthaltes vor der Entlassung von 1,5 bis 22 Jahren, für alle 101 Patienten, die vor der Entlassung zwei oder mehr Jahre im PKH Gütersloh waren, beträgt er immerhin zehn Jahre. Von dieser Gruppe waren 31 (gleich 31 %) während ihrer bisherigen Patientenkarriere schon einmal eine Zeitlang in einem Pflegeheim.

Von den Patienten, die zuletzt zwei oder mehr Jahre im PKH Gütersloh waren, bezogen 21 eine Wohnung für sich allein, 26 eine Wohnung zu zweit, 17 eine Wohngruppe, 11 eine Wohnung mit Angehörigen der Herkunftsfamilie (ganz selten auch mit Ehepartner), 5 eine Wohnung, die mit einem Pflegeangebot durch die Wirtsleute verbunden ist. 13 gingen in ein Übergangsheim, 6 in eine

WfB mit Heim und 3 in ein Altenheim. Diese Zahlen sind zugleich auch die Prozentzahlen. Überraschend war für uns, wie viele gerade der älteren Patienten die Wohnung für sich allein bevorzugten, noch überraschender, daß die Wohnung zu zweit am häufigsten gewählt wurde, eine Konstellation, die sich wohl auch als die stabilste inzwischen zu bewähren scheint. Erwartungsgemäß kommt eine Wohnmöglichkeit mit Angehörigen der Herkunftsfamilie eher für solche Langzeitpatienten in Betracht, die noch nicht so lange im Landeskrankenhaus waren. Die Wohnmöglichkeit mit Pflege durch die Wirtsleute scheint dann gut und ausbaufähig zu sein, wenn die finanzielle Konstruktion verbessert wird und wenn für eine konstruktive Tätigkeit tagsüber gesorgt ist. Das Übergangsheim ist ebenfalls bevorzugt von Langzeitpatienten mit kürzerer Aufenthaltsdauer. Die Wohnmöglichkeit „WfB mit Heim“ ist uns meist nur dann gelungen, wenn bei den betroffenen Langzeitpatienten eine geistige Behinderung überwiegend vorliegt. Ein normales Altenheim kann für einige Langzeitpatienten mit langer Aufenthaltsdauer eine deutliche Verbesserung an Lebensqualität bedeuten, vor allem, wenn Familien- bzw. Heimatbezüge bestehen. Hierbei muß erwähnt werden, daß in diesem Bericht die Entlassungen/Verlegungen von Patienten der geronto-psychiatrischen Abteilungen des PKH Gütersloh nicht berücksichtigt sind.

„Freies Wohnen“ umfaßt die Entlassungsrichtungen a) bis e), also die Wohnformen ohne Pflegesatz; Übergangsheim, WfB-Heim und Altenheim sind dabei ausgeklammert. Danach sind in der Berichtszeit 57 > -2-J.- Patienten in Formen des freien Wohnens im Kreis Gütersloh „angesiedelt“ worden. Dies geschah immer dann, wenn entweder ein Patient aus dem Kreis Gütersloh stammt oder wenn er nun schon so lange in Gütersloh lebt, daß er mit dieser Gegend sein überwiegendes Heimatgefühl verbindet. Nur zwei Patienten konnten wir in Bielefeld verwurzeln, was möglicherweise damit zusammenhängt, daß dort der „Markt“ von Bethel beherrscht wird, was regelhaft mit Pflegesatz-Angeboten verknüpft ist. Nach Herford und Lippe konnten neun bzw. acht Langzeitpatienten wieder eingemeindet werden, was sich vermutlich noch erweitern wird, da die dortigen modellregion-geförderten Dienste noch nicht so lange existieren.

Die Formen der ambulanten Nachsorge sind nach dem je vorwiegend wirksamen Anteil erfaßt. Von den Patienten mit einer letzten Aufenthaltsdauer von mehr als zwei Jahren werden 59 durch die Institutsambulanzen in Gütersloh und Detmold betreut, 12 davon zusätzlich mit der Konstruktion der „Übergangspflege“, wodurch ein Mitarbeiter des PKH Gütersloh im Nebenamt zwei bis fünf Stunden in der Woche mit der Betreuung beauftragt wird, was auf ein entsprechendes Attest hin vom Kreissozialamt auf der Basis von § 68/69 BSHG finanziert wird. In 14 Fällen ist der sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes (bzw. PSZ Herford) vorwiegend tätig. Nur in drei Fällen gilt dies für einen Nervenarzt. In sieben Fällen ist eine psychiatrische Fachbetreuung nicht mehr erforderlich. Nur in einem Fall ist uns die ambulante Nachbetreuungsform unbekannt, worauf wir wohl ein wenig stolz sein können. In den übrigen Fällen nimmt die jeweilige Institution die Betreuung wahr.

Ein dringend verbesserungsbedürftiger Bereich ist der des Tätigseins bzw. des Arbeitens. Von den Patienten mit einem letzten Aufenthalt im PKH Gütersloh von zwei und mehr Jahren haben ganze vier einen regulären Arbeitsplatz, wozu die sieben Patienten der Dalke-Werkstatt noch hinzugerechnet werden können, mit Einschränkung auch noch die drei Hausarbeiter und die neun Patienten, die von einer WfB akzeptiert werden. Die ambulante Arbeitstherapie für 12 Patienten ist zwar wichtig, jedoch noch eine Notlösung. Hier müßte ein einigermaßen gerechter Status erst noch entwickelt werden. Diese 12 Patienten, zuzüglich die 3 Patienten mit Gelegenheitsarbeiten sowie 63 Patienten, die außer ihrer Arbeit im eigenen Haushalt keine regelmäßige Tätigkeit haben, machen immerhin insgesamt 78 % aus. Auch wenn man berücksichtigt, daß insbesondere ältere Patienten durch ihre Arbeit im eigenen Haushalt hinlänglich beschäftigt sind, warten wir dringend auf die Erweiterung der Dalke-Werkstatt und die Schaffung der erwähnten Zuverdienst-Firma, wie am PKH Weinsberg erprobt. Ähnlich wie im Wohnbereich der „Wohn-Treff“ der Patienten zwecks Erfahrungsaustausch sich sehr bewährt hat, ist auch eine Art Arbeitsbüro wichtig, wo arbeitssuchende Patienten sich regelmäßig treffen und (gegenseitige) Beratung finden können.

Wiederaufnahmen (= stationärer Aufenthalt länger als ein halbes Jahr) gab es bisher nur bei 5 % der Patienten mit einem letzten PKH-Aufenthalt von mehr als zwei Jahren. Dabei handelt es sich überwiegend um Sucht-Langzeitpatienten, für die eine stabile Neu-Beheimatung ohnehin besonders schwierig ist — nicht zuletzt wegen mangelnder Tätigkeitsmöglichkeiten. Selbst bei diesen Patienten haben wir die Erfahrung gemacht: Wer einmal nach langer Zeit wieder eine eigene Wohnung gehabt hat, strebt beständig danach, diese Möglichkeit zu behalten oder neu zu verwirklichen. Krisenintervention (= stationärer Aufenthalt von weniger als einem halben Jahr) ist bisher einmalig in 16 Fällen und mehrfach in 7 Fällen vorgekommen. Die Aufenthalte werden jetzt regelmäßig von der Krankenkasse bezahlt, die Wohnmöglichkeiten aufrechterhalten, und die Patienten kommen dabei nicht wieder auf ihre Langzeitstation, sondern nur noch auf eine Aufnahmestation, die sie meist nach kurzer Zeit wieder verlassen können. In einiger Fällen begrüßen wir es geradezu, daß eine Krisenintervention nötig wird, da auf der Aufnahmestation eine angemessenere medikamentöse Einstellung leichter zu erreichen ist als auf einer Langzeitstation.

Im unteren Abschnitt der Tabelle sind die Entlassungen noch einmal nach Sektoren geordnet. Hier wird noch einmal deutlich, daß von Langzeitpatienten — namentlich von älteren — vor allem die Wohnung zu zweit mit einem Partner als beste und stabilste Lebensform gewünscht und gelebt wird, danach die Wohnung allein, und erst an dritter Stelle die Wohn-Gruppe. Es wird aber auch deutlich, daß der ganz überwiegende Teil der Patienten im Umkreis von Gütersloh angesiedelt wird. Dies liegt sicher z. T. daran, daß aus dem Kreis Gütersloh auch die meisten Patienten ursprünglich stammen, auch daran, daß andere Patienten hier ihr Heimatgefühl entwickelt haben. Zur Erklärung gehört jedoch noch ein dritter und wesentlicher Faktor: Die ganze in diesem Bericht beschriebene, ebenso erfolgreiche wie mühselige Arbeit der Vorbereitung und

längerfristigen Begleitung der Neuansiedlung wird von den normalen Mitarbeitern des PKH Gütersloh geleistet, wenn auch einige ABM-Kräfte wertvolle Hilfe geleistet haben. Die meiste Arbeit kann auch nicht einmal von den regulären Mitarbeitern der Institutsambulanz besorgt werden; vielmehr ist es erforderlich, daß die langjährig vertrauten Mitarbeiter der jeweiligen Station (Langzeitstation) diese Arbeit tragen. Diese Mitarbeiter können die Arbeit mit ihrem Dienst bzw. mit ihrer Freizeit aber nur vereinbaren, soweit es sich um den gemeindepsychiatrischen Raum des Kreises Gütersloh handelt. Für die komplexen, sensiblen und zeitaufwendigen Beziehungsknüpfern bis nach Bielefeld, Herford oder Lippe fehlten einfach die Kraft und die Zeit. Dies ist auch nicht durch Mitarbeiter aus den entfernteren Regionen zu ersetzen. Wir haben vielmehr die Erfahrung gemacht, daß von den 100 Schritten eines Brückenschlags zu einer Neubeheimatung eines Langzeitpatienten die ersten 60 oder 70 Schritte im Regelfall von den Mitarbeitern des Krankenhauses mitzuvollziehen sind. Es handelt sich hier um notwendige Krankenhausarbeit, die stellenmäßig zu berücksichtigen ist. Es läßt sich leicht ausrechnen, daß eine solche Berücksichtigung nicht nur das Psychiatrische Krankenhaus zeitgemäß funktionsfähig macht, daß dadurch nicht nur therapeutisch bessere und humanere Lebensformen für Langzeitpatienten bzw. seelisch Behinderte gefunden werden können, sondern daß dies auch volkswirtschaftlich ein nicht unbedeutender Gewinn ist.

letzter WLK-Aufenthalt in Gütersloh in Jahren:	27 Pat.	52 Pat.	16 Pat.	33 Pat.	Summen	
	1— <2	2— <5	5— <10	>10	alle (= 128)	alle > 2 J. (= 101 = %)
Ø-Entlassungsalter	38	42	39	51	42	44
Geschlecht (m/w):	14/13	32/20	9/7	15/18	70/58	56/45
Ø-Gesamt-PKH-Jahre/Leben	3	6	9	24	10	12,5
Ø-Dauer in GT-WLK vor Entl.: Pat. früher Pflegeheim	1,5 J. 3	3 J. 19	7 J. 6	22 J. 6	8 34	10 31
Entlassung wohin:						
a) Wohnung, allein	7	11	3	7	28	21
b) Paar-Wohnung	3	12	3	11	29	26
c) Wohn-Gruppe	5	10	3	4	22	17
d) Wohnung mit Familie	10	6	3	2	21	11
e) Wohnung mit Pflege	—	2	—	3	5	5
f) Übergangsheim	1	8	3	2	14	13
g) WfB mit Helm	—	2	1	3	6	6
h) Altenheim	—	—	—	3	3	3
Entlassung in freies Wohnen nach Sektor:						
a) Gütersloh	18	28	9	20	75	57
b) Bielefeld	4	2	—	—	6	2
c) Herford	—	3	2	4	9	9
d) Detmold/Lippe	2	6	1	1	10	8
e) andere Region	1	2	—	2	5	4

letzter WLK-Aufenthalt in Gütersloh in Jahren:	27 Pat.	52 Pat.	16 Pat.	33 Pat.	Summen	
	1— <2	2— <5	5— <10	>10	alle (= 128)	alle > 2 J. (= 101 = %)
amb. Nachsorge (vorwieg.)						
a) Instituts-Ambulanz	17	31	9	7	64	47
b) Ü-pflege (+ Amb.)	2	2	1	9	14	12
c) SpD/Gesundheitsaml/PSZ	3	6	2	6	17	14
d) Nervenarzt	2	1	1	1	5	3
e) Hausarzt	—	1	—	2	3	3
f) unnötig	—	2	—	2	4	4
g) unbekannt	1	1	—	—	2	1
Tätigkeit seit Entlassung						
a) Geleg.- oder Helmarbeit	—	2	—	1	3	3
b) amb. Arbeitstherapie	4	3	3	6	16	12
c) Dalke-Werkstatt	1	6	1	—	8	7
d) WfB	3	2	3	4	12	9
e) Hausarbeiter	—	—	—	3	3	3
f) sonstiger freier Markt	1	2	1	1	5	4
g) keine außer Hausarbeit	18	37	8	18	81	63
Nach Entlassung 82/83						
a) Wiederaufnahme (> 1/2 J.)	2	3	1	1	7	5
b) Kriseninterv. (< 1/2 J.)						
1. einmal	3	10	3	3	19	16
2. mehrfach	1	4	2	1	8	7
Entlassung nach Sektoren:						
	GT	BI	HF	DT	sonstige Reglon.	Summe
a) Wohnung, allein	20	1	1	5	1	28
b) Paar-Wohnung	25	2	—	1	1	29
c) Wohn-Gruppe	12	3	6	1	—	22
d) Wohnung mit Familie	16	1	—	2	2	21
e) Wohnung mit Pflege	4	—	1	—	—	5
f) Übergangsheim	10	1	—	—	3	14
g) WfB mit Heim	—	1	—	1	4	6
h) Altenheim	1	—	1	1	—	3
Summe	88	9	9	11	11	128

Diskussion über die Möglichkeiten beschützender Wohnformen

(gekürzte Fassung)

Moderation: G. Bosch

Frölich: Ich möchte einige allgemeine Eindrücke wiedergeben, die für mich bei den aus völlig verschiedenen Blickwinkeln kommenden, sich aber zu einem interessanten Gesamteindruck verbindenden Beiträgen entstanden sind: Erstens scheint sich so etwas anzudeuten wie die Rückkehr zur Einsicht, daß der seinerzeit zu Unrecht verteuflte Institution Großkrankenhaus doch wieder ihre Existenzberechtigung zugestanden wird. Das aus dem Munde sozialpsychiatrisch äußerst engagierter Vorkämpfer zu hören, tat mir gut, weil ich immer geglaubt habe, daß wir auf die Großklinik nicht ganz verzichten sollten. Sicherlich war sie zu vermenschlichen, sicherlich war sie zu verkleinern, sicherlich war vieles zu ändern, aber sie scheint uns jetzt nicht mehr in ihrem Bestand gefährdet zu sein.

Zweitens: das Gebot der Zukunft ist eine hoch differenzierte Versorgungsstruktur. Dies ist zweifellos nicht mit der Großklinik allein zu erreichen, wir brauchen gemeindenahere psychiatrische Einrichtungen in Allgemeinkrankenhäusern, die ja ganz andere Funktionen und Möglichkeiten haben. Wir brauchen offensichtlich auch äußerst differenzierte komplementäre Einrichtungen. Die doch recht einfach strukturierte Planungseuphorie der früheren Jahre scheint jetzt einer differenzierten Betrachtung zu weichen, die auch der Erkenntnis Rechnung trägt, daß krank sein manchmal ein nicht nur sozial-medizinisch sozusagen niederzuwalzendes Phänomen ist, sondern eines, dem man in seiner Differenziertheit nur adäquat begegnen kann, wenn man Freiräume läßt. Ich glaube, wir werden alle profitieren, wenn wir von der Konfrontation weg zu etwas mehr Kooperation kommen.

Schließlich noch etwas zu dem Kostengesichtspunkt. Man erkennt wohl immer mehr, daß eine Umstrukturierung, die gleichzeitig in eleganter Weise auch noch Kosten sparen soll, wohl nicht möglich ist. Infolgedessen sind vielleicht auch die Pflegekostensätze für solche Einrichtungen noch einmal zu überdenken. Dieser Gesichtspunkt ist auch bei der Versorgung der psychisch Alterskranken von Bedeutung, die ja nicht in besten Händen ist, wie wir gehört haben. Wir müssen sicherlich von der Vorstellung solcher „Pflegeheime“ weg, mit denen man sich auf billige Art und Weise einer adäquaten Versorgung dieser Klientel zu entziehen können meint. Wie dies zu bewerkstelligen wäre, ist allerdings noch dahingestellt.

Nouvertné: Was ich in meinem Referat gesagt habe, habe ich gerade deswegen gesagt, weil ich dem Großkrankenhaus alten Typus' die Existenzberechtigung abspreche. Ich möchte noch einmal betonen, daß gerade die Praxis — und auch die Finanzierung — bisheriger ambulanter und komplementärer Einrichtungen die Basis dafür geliefert hat, daß sich dieses Großkrankenhaus

berechtigterweise deswegen halten konnte, weil es viele Interessen und Bedürfnisse Betroffener abdeckte, die draußen keine Entsprechung gefunden haben. Will man das ersetzen, muß man im ambulanten und komplementären Bereich relativ radikal umstrukturieren — aber nicht, um dann dem Großkrankenhaus die Überlebensberechtigung zu geben, sondern um die Scheuklappen zu verlieren; nicht um sich negativ vom Großkrankenhaus abzugrenzen, sondern um eine positive Identitätsbestimmung vorzunehmen, was „draußen“ an Einrichtungen notwendig ist.

Frölich: Das Großkrankenhaus bietet in meinen Augen eine niemals zu ersetzende Pluralität an Möglichkeiten unter einem organisatorischen Dach. Herr Nouvertné hat ihm den Kampf angesagt und will es beseitigen, hat aber gleichzeitig gesagt, er brauche größere Einheiten, weil er in seinen Kleingruppen nicht genügend Flexibilität habe. Die wird er auch nie kriegen, wenn er nicht größer wird; und dann ist er ja schon auf dem Weg zum Großkrankenhaus. Es ist eine Utopie sondergleichen zu glauben, wir kämen ohne die Großkrankenhäuser aus. Im Gegenteil, sie sind das Rückgrat unserer Versorgung, machen Sie sich nichts vor. Das Großkrankenhaus hat heute so differenzierte und so spezialisierte Möglichkeiten, daß Sie gerade als engagierte Sozialpsychiater darauf nicht verzichten sollten. Wenn Sie an die Beschäftigungstherapie, Fertigungstherapie, Werktherapie, Gymnastik, Badeeinrichtung usw. denken, so können Sie das gar nicht alles dezentral aufbauen, Sie würden ja eine Milliardenkostenlawine in Gang setzen. Aber auf der anderen Seite kann das Großkrankenhaus in Zukunft nur sinnvoll existieren, wenn es von einem Kranz von solchen weiteren Einrichtungen umgeben ist und ein reger Wechselverkehr zwischen allen diesen Diensten besteht.

Bosch: Ich möchte davor warnen, daß wir jetzt statt über die komplementären Dienste zu viel über das Großkrankenhaus diskutieren. Wir fallen damit nur in alte Diskussionen zurück.

Lehmkuhl: Herr Nouvertné, Sie haben gesagt, daß für die ehemals Langzeitkranken aus Anstalten das betreute Einzelwohnen gegenüber dem Wohnen in Wohngemeinschaften oder Wohnheimen die geeignetere Form ist. Sie haben das damit begründet, daß die Großanstalt eine ganze Reihe positiver Funktionen beinhaltet: kulturelle Angebote, ein soziales Netz und Antwort auf Schutzbedürftigkeit. Wo finden denn die Langzeitpatienten in betreuten Einzelwohnungen nun das, was sie aus den Großanstalten an positiven Funktionen gewohnt waren und was ihnen nun im Einzelwohnen nicht mehr angeboten wird?

Als Zweites noch eine Bemerkung zu Herrn Frölich. Wir wissen doch, daß wir auf die Großkrankenhäuser verzichten können, das ist vielfach nachgewiesen worden. Es ist nur die Frage, welche Art der Versorgung wir *wollen* und das ist eine Werturteilsfrage. Ich denke, man kann alles das, was die positiven Funktionen des Großkrankenhauses im Rahmen seiner differenzierten Möglichkeiten ausmacht, auch dezentral in der Gemeinde vorhalten; man braucht nicht die künstliche Isolierung im Großkrankenhaus vornehmen, wo die meisten Bedürfnisse unter einem Dach befriedigt werden.

Mosch: Ich möchte ganz kurz auf Herrn Frölich eingehen. Was auch wir vorhin versucht haben deutlich zu machen, nämlich die Notwendigkeit, im komplementären Bereich mit einem größeren und dadurch auch flexibleren Personaleinsatz zu arbeiten, muß ja nicht bedeuten, daß man dadurch irgendwann automatisch wieder zu einer großen Klinik kommen müßte. Ich halte das nicht für die notwendige Konsequenz des Versuchs, eine adäquate Kostenregelung für die Arbeit außerhalb großer Kliniken zu realisieren. Es ist unsinnig, hier gleich wieder auf einen Träger wie eine Großklinik zurückzugreifen, nur weil der finanzierbar ist, ohne sich Gedanken zu machen, wie man vielleicht auch andere für sinnvoll erachtete Einrichtungen mit einer guten Kostenregelung ausstatten kann. Der „Rückschritt“ in die große Klinik, nur weil das finanzierbar ist, ist m. E. nicht notwendig; man sollte stattdessen nach Möglichkeiten suchen, wie man komplementäre Einrichtungen so finanzieren kann, daß sie den Bedürfnissen aller gerecht werden.

Dörner: Was Herr Lehmkuhl über die Situation der Heime sagte, war wieder ein Beispiel dafür, daß auf etwas hingewiesen wird, was jeder von uns eigentlich schon immer wußte und dann wieder wegsteckt, weil die Frage, wie man hier Abhilfe schaffen könnte, so ungeheuer schwer zu beantworten ist. Ich will deshalb darauf auch nicht weiter eingehen. Die Einrichtungen, von denen die ersten beiden Referate berichteten, haben es im Gegensatz dazu mit Leuten zu tun, die überwiegend aus Großkrankenhäusern oder klinischen Einrichtungen kommen. Nun ist es ja das große Problem, daß es bisher nur an ganz wenigen Stellen in der Bundesrepublik gelungen ist, systematisch die Möglichkeit zu schaffen, daß alle Langzeitpatienten eines Großkrankenhauses die Chance erhalten, in diese Möglichkeiten freieren Wohnens und Lebens hineinzukommen. Diese komplementären Einrichtungen — die man eigentlich lieber zu nennen sollte, weil wir irgendwann einmal dahin kommen werden, daß die klinischen Bereiche komplementär zu dem sind, was sich draußen ereignet — ob Bremer Werkgemeinschaft oder Solinger Trägerverein oder wo immer auch, haben es ja wahnsinnig schwer, sich systematisch für einen ganz bestimmten Teil der Langzeitpatienten eines Landeskrankenhauses zuständig zu fühlen. Zwar gibt es hier und da Ansätze dazu, das ist aber keineswegs überall der Fall. Ich meine, es wäre wichtig, daß wir dabei Fortschritte erzielen. Sonst kommen wir leicht dahin, daß ein fast zufälliges Quantum — sicher auch das leichter handhabbare Quantum an Langzeitpatienten — in privilegierten Wohngemeinschaften oder auch Einzelwohnungen betreuterweise wohnen. Wenn ich dazu noch höre, wie jetzt schon darum gerungen wird, daß der Pflegesatz entsprechend hoch werden muß, die Stellenpläne ausgeweitet werden müssen und die Supervision funktionieren muß, dann sehe ich darin schon wieder ein neues Stück Institution, und ich weiß nicht, ob das der richtige Weg ist.

Nieder: Ich fand es erfreulich, daß besonders in den ersten beiden Vorträgen das Wort flexibel so oft aufgetaucht ist. Gerade im Gegensatz zu der oft polemischen Abgrenzung zwischen Landeskrankenhaus und komplementären Einrichtungen in der Vergangenheit halte ich Flexibilität für eine wichtige Aufgabe

für die Zukunft. Ich glaube, daß wir auch in den komplementären Einrichtungen ein wenig dem Teufel aufgesessen sind, zu viele Schematismen zu entwickeln — vielleicht aufgrund anfänglich mangelnder Praxis. Ich finde es zunehmend wichtiger, Übergänge zu schaffen, so daß nicht die Bewohner im Rahmen der therapeutischen Kette die Institutionen wechseln, sondern umgekehrt der Platz des Bewohners umdefiniert werden kann. Ich sehe größere Zukunftschancen darin, daß jemand an einem Platz verschiedene Stadien seiner Rehabilitation durchmachen kann und nicht mit jedem neuen Stadium die Einrichtung wechseln muß.

Das wird mit Sicherheit Probleme in der Zuordnung zu den Kostenträgern schaffen. Es bringt schon sehr viele Schwierigkeiten mit sich, daß sich die Kostenträger, wie ich es immer wieder erlebe, auf die Festlegung in Schematismen berufen und danach auch Leistungen abfordern, die dann aufgrund ihrer formelhaften Starrheit ein Hindernis in der wichtigen Arbeit der komplementären Einrichtungen darstellen können.

Bosch: Ich denke auch, daß die beiden ersten Referate noch einmal deutlich machten, daß der Schematismus, wie er früher immer geschildert wurde, als „Reha-Kette“ oder ähnliches, nirgends funktioniert, wenn man starr daran festhalten will. Ich glaube, das haben alle erlebt, die solche Dinge versucht haben.

Lehmkuhl: Wir nehmen hier die Fakten über die Heimsituation zur Kenntnis, verdrängen sie wieder, und alles bleibt beim alten. Die Situation ist eigentlich noch schlimmer: In Berlin sind z. B. in den letzten Jahren Krankenhäuser für psychisch Kranke mit einem enormen Pflegesatz entstanden, der in der Größenordnung der psychiatrischen Krankenanstalten liegt, obwohl sich für die psychisch Kranken in diesen Heimen nichts geändert hat. Wir wissen das alle, wir weisen darauf hin, und trotzdem läuft es so. In den USA hat ja dieselbe fatale Entwicklung stattgefunden, wie sie Kunze sehr gut beschrieben hat, obwohl in diesem Land soviel Geld wie nirgends an Versorgungsforschung ausgegeben wurde und vor dieser Fehlentwicklung von kompetenter Seite in nicht zu überbietender Weise frühzeitig gewarnt worden war. Trotzdem ist es dazu gekommen. Vielleicht können wir auch darüber diskutieren, wie man das ändern kann.

Werner: Gerade bei uns in Bremen, wo wir schon relativ viel mit Wohngemeinschaften experimentiert haben, wird auch deutlich, daß die Klientel für freiere Wohnformen, Wohngemeinschaften, Einzelwohnungen und Paarwohnungen, in den Großkrankenhäusern doch begrenzt ist und daß man sehr schnell an eine Schallgrenze kommt. Etwa 50 bis 60 kann man entlassen, dann wird es aber schon schwierig. Damit kommt man wieder auf das Problem der Institutionen oder institutionalisierten Einrichtungen zurück, nämlich der Heime oder intensiveren Pflegeeinrichtungen bzw. Betreuungs- oder Behandlungseinrichtungen. Ich denke, die Wohngruppenformen sind hier ein Stück Hilfe, nachzudenken und zu experimentieren, aber auch nur ein Stück Hilfe. Wir sind im Grunde sehr viel weniger weit. Auch der Versuch mit den dezentralen Möglichkeiten von Heimeinrichtungen ist eigentlich noch ganz experimentell; wir wis-

sen noch nicht so richtig, ob das auch langfristig geht, wenn wir einmal einen höheren Betreuungsaufwand formulieren müssen.

Die große Gruppe der Langzeitpatienten, die nicht so ohne weiteres zu entlassen sind, die jetzt eigentlich zur Betreuung ansteht, stellt uns dann vor die komplizierte Frage nach den anderen komplementären Hilfen im Bereich der Arbeit und Beschäftigung. Während es bei den bisherigen freien Wohngemeinschaften und freien Wohnbereichen meistens um Patienten geht, die sich auch noch ein Stück selbst beschäftigen oder mit Beschäftigungslosigkeit leben können, kommt jetzt eine Gruppe, die das nicht kann. Bei dieser Gruppe sind wir stark gefordert, Struktur zu bieten oder als Institution irgendwelche Rahmenbedingungen und Verbindlichkeiten zu formulieren; und dann wird es sehr schwierig, weil hier die Erfahrungen mit den freien Wohngruppen zwar fruchtbar sind, aber nicht ausreichen, um mit den Problemen dieser neuen Gruppe fertig zu werden.

Nouvertné: Betreutes Einzelwohnen stellt ganz bestimmte Anforderungen an die betreuende Institution und die Art der Betreuung. Es reicht eben einfach nicht aus, jemanden in eine Wohnung zu setzen. Zwar sind wir oft auch viel zu pessimistisch bezüglich dessen, was denn jemand an Hilfe und Betreuung braucht. Das sind nämlich manchmal ganz andere Dinge als die, die wir als Angebote vorhalten. Es ist wirklich nicht wichtig, daß die betreuende Einrichtung ein Schwimmbad hat. Aber es ist wichtig, soviel Kommunikationsmöglichkeit, soviel Clubarbeit anzubieten, daß die Patienten auch nach 10 oder 20 Jahren in der Klinik irgendwann wieder in der Lage sind, auch ohne Sozialarbeiter mal ins Schwimmbad zu gehen. Das heißt, daß das Angebot gar kein so hochprofessionalisiertes, durchstrukturiertes Rehabilitationsprogramm sein soll, sondern sich auf das Schaffen von Nischen und Begegnungsmöglichkeiten in der Gemeinde konzentrieren soll: auf das Vorhalten von Teestuben, das Vorhalten von offenen Treffmöglichkeiten und auf kulturelle Angebote.

Auch hier haben wir oft die übersteigerte Erwartung, daß die Leute aus sich heraus das an kulturellen Angeboten benutzen, was die Gesellschaft vorhält. Da muß es Zwischenformen geben, es müssen immer wieder Rückzugsmöglichkeiten angeboten werden. Unter diesen Voraussetzungen kommen viele Leute besser alleine zu Hause klar als in einer Wohngemeinschaft. Sie können sich dann freiwillig aussuchen, wann sie wohin gehen, und sie haben die Sicherheit, daß auch jemand vorbeikommt, wenn sie anrufen und sagen, sie können nicht mehr kommen. In einer Wohngemeinschaft sind die Eingangsvoraussetzungen eben vielfältig anders. Eine solche Angebotspalette heißt aber keineswegs Rückkehr zur Großklinik; vielmehr ist es sehr wichtig, daß das kleinere Nester sind, die die Möglichkeit von weitgehender Autonomie, Mitbestimmung und Entprofessionalisierung bieten. Das kann man nicht laut genug sagen. Gerade auch durch das Modellprogramm sind wir im komplementären, ambulanten Bereich in einem Maße dabei zu professionalisieren, wie es gar nicht notwendig ist. Man sollte Laienhelfer nicht zu Handlangern der Profis machen, z. B. können die Clubs vollständig autonom arbeiten, ohne daß da Professionelle reinschauen, weil Laienhelfer das zum Teil besser können. Wir

Fachleute müssen auch in der Lage sein, uns und unser künstliches Hilffssystem wieder umzudefinieren in Richtung auf ein natürliches Hilffssystem, das in den letzten Jahrzehnten teilweise auch kaputt gemacht worden ist.

Gebner: Ich halte es für außerordentlich wichtig, daß man bei der Vermittlung von freien Wohnformen fragt, was die Leute selbst wollen. Ich bin jahrelang auch dem Trugschluß aufgesessen, daß Wohngemeinschaften etwas sind, was die Leute wollen. Ich merke aber immer mehr, daß das etwas ist, was ich will und was ich von meiner Sozialisation her für mich auch weiterhin will. Die bestehenden Finanzierungsmöglichkeiten und Richtlinien zwingen uns heute noch dazu, in festgelegten Kategorien zu denken, aber ich halte es für wichtig, daß in Bremen oder in Solingen andere Möglichkeiten erprobt werden, auf die Bedürfnisse der Patienten unterschiedlich und flexibel zu antworten und von der Praxis und nicht so sehr von diesen Schemata herzukommen.

Noch ein Wort zu den chronisch Kranken. Gütersloh ist ein Beispiel dafür, daß es möglich ist, nicht nur Helme zu haben. Das Problem angehen heißt aber auch zu sagen, was man anders machen muß und wie man das tun kann. Wenn wir das, was die Großkrankenhäuser als Antwort auf die Bedürfnisse ihrer Patienten aufgreifen und in andere Wohnformen in der freien Gesellschaft umsetzen wollen, dann heißt das für mich auch, daß wir in unseren Gemeinden mehr Unordnung und auch mehr Untätigkeit dulden müssen, solange die Wirtschaftslage so ist, daß wir auch ein Stück Nichtseßhaftigkeit, Obdachlosigkeit, Bettelwesen ganz einfach akzeptieren müssen. Dabei dürfen wir auf der anderen Seite aber nicht vergessen, daß wir alle Möglichkeiten ausschöpfen müssen, um jemandem, der da heraus will, das dann auch zu ermöglichen.

Crefeld: Herr Nouvertné hatte von der Notwendigkeit eines größeren Personalpools gesprochen; ich denke es geht in diesem Zusammenhang auch um die Frage der Leistungskapazität eines Trägers. Wenn man aus der ersten Gründerphase heraus ist, wo jede Idee und auch jede kleine Initiative wichtig ist, dann sollte man doch berücksichtigen, daß eine gewisse Mindestgröße eines Trägers gegeben sein sollte. Es gibt dafür viele Gründe; einmal die Frage der Kontinuität der Leistungsfähigkeit: wenn in der Urlaubszeit auch noch einige Mitarbeiter krank werden, darf die Versorgung nicht zusammenbrechen. Zum anderen ökonomische Gesichtspunkte für den Träger: je weniger er zu versorgen hat, desto mehr ist er darauf angewiesen, daß der Einzelne, der von ihm betreut wird und von dem er sein Geld bekommt, möglichst an ihn gebunden bleibt. Ebenso die Frage der Flexibilität: der Träger sollte seiner Klientel auch Alternativen anbieten können und nicht auf eine bestimmte Versorgungsform fixiert bleiben, nur weil er die gerade als einzige anzubieten hat. Weiterhin Fragen der fachlichen Kompetenz des Trägers: auch ein Träger muß ein bißchen davon verstehen, was seine Mitarbeiter in seiner Einrichtung machen; und schließlich auch psychohygienische Gründe für die Mitarbeiter, denn wenn jemand nur als Einzelkämpfer ständig die gleichen fünf Leute betreut, hospitalisiert er im Lauf der Jahre ebenso wie die von ihm betreuten Behinderten.

Ganz besonders in der Zeit der Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen sehe ich

darin eine Gefahr. Wenn ein Verein über diesen Weg auf dem Feld Psychiatrie tätig wird, nachdem er bisher überhaupt nichts damit zu tun hatte, so verstößt er gegen das wichtige Prinzip des multiprofessionellen Teams. Auf diese Weise werden Einzelkämpfer erzeugt, die ohne Weiterbildung, ohne spezielle Vorkenntnisse im Bereich der Psychiatrie und der Soziotherapie einfach rausgeschickt werden und dann irgendwie betreuen sollen. Ich halte das für sehr gefährlich; wenn man über die erste Gründerphase hinaus ist, sollte man als Kommune oder Sozialhilfeträger auch dafür sorgen, daß nach der psychiatrischen Leistungsfähigkeit eines Trägers gefragt wird. Das ist nicht wieder ein Plädoyer für Großkrankenhäuser, denn auch was in Solingen gemacht wird, ist durchaus ein positives Beispiel für einen leistungsfähigen Träger, der nicht so groß ist wie ein Landeskrankenhaus — aber ich halte es für sehr gefährlich, Mini-Einrichtungen im Bereich der psychiatrischen Versorgung zu fördern.

Berger: Wir sind in Offenbach seit drei Jahren dabei, den komplementären Bereich aufzubauen, und wir haben uns gerade für solche Mini-Einrichtungen entschieden. Wir halten die Gefahr für sehr groß, daß sich der komplementäre Bereich selber wieder institutionalisiert, wenn seine Träger eine gewisse Größe überschreiten. Die Leistungsfähigkeit ist sicher ein ganz wichtiges Kriterium, aber die kann man auch anders herstellen, indem man sich entsprechend mit den anderen Einrichtungen vor Ort vernetzt. Man braucht nicht die Trägervereine selbst zu großen organisatorischen Monstern machen, sondern muß einfach andere Formen der Kooperation finden und auch den Mut haben, auf diese Weise die eigenen Grenzen zu überschreiten.

Ein anderes Problem, das künftig auf den komplementären Bereich zukommen wird, je mehr er sich ausbaut, ist unter Umständen die Gefahr einer neuen Zweiklassenpsychiatrie. Es ist die Frage, wo denn die chronisch Kranken letztendlich bleiben. Gehen sie wieder in die Altersheime, um das mal ganz krass zu sagen, oder bleiben sie in den psychiatrischen Kliniken hängen? Denn alle komplementären Bereiche, einschließlich unserem eigenen, verlangen doch im Grunde sehr hohe Eingangsvoraussetzungen von den Patienten und betreuen eine sehr handverlesene Klientel. Man wird sich da Gedanken machen müssen: eine Sektorverpflichtung wird es für den komplementären Bereich im eigentlichen Sinne nicht geben können, aber vielleicht doch eine Art vertraglicher Vereinbarung zwischen Wohneinrichtungen, Kliniken und Kostenträgern. Wir versuchen das bei uns, indem wir uns bemühen, Menschen aus der Stadt Offenbach, die wir betreuen, immer aufzunehmen und möglichst andere nicht, so daß wir uns von daher selber zwingen, nicht so sehr auszulesen.

Schulte-Kemna: Ich möchte gern auf einen Aspekt aufmerksam machen, der hier noch nicht so deutlich geworden ist. Wir machen in Westfalen im Wohnheimbereich die m. E. fatale Erfahrung, daß von seiten des Kostenträgers, d. h. des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, der Einrichtungstyp Wohnheim sehr stark eingegrenzt wird und sich im Grunde hinentwickelt zur Werkswohnung für die Behindertenwerkstatt. Was man im stationären Bereich gerade versucht hat zu überwinden, nämlich die zwangsweise Koppelung von Arbeiten und Wohnen, wird im komplementären Bereich nun wieder neu eingeführt;

natürlich aus ganz auf der Hand liegenden Kostengründen. Selbst im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie werden solche Einrichtungen neu geschaffen: Wohnheime, die nur Leute aufnehmen können, die auch gleichzeitig in der Werkstatt arbeiten. Ich würde gerne wissen, ob das nur in Westfalen so ist, aber ich befürchte fast, daß dieser Trend überall anzutreffen ist.

Bosch: Vielleicht sollte dieser Gesichtspunkt in der Diskussion doch noch mal berücksichtigt werden, ob man Wohnen und Arbeiten zusammen anbieten soll oder nicht.

Becker: Die Zahl der Langzeitpatienten in den Großkrankenhäusern, die hinaus in die Gemeinde umziehen könnte, wird auch durch die Bedingungen begrenzt, die in der Gemeinde angeboten werden. Wenn man, was wir ja die ganze Zeit tun, nur von Wohnangeboten spricht, übersieht man die Bedeutung des Arbeitsbereiches im Landeskrankenhaus und der Arbeitsangebote draußen.

Die Arbeitstherapien, auch die klassischen Arbeitstherapien in den Landeskrankenhäusern bieten dadurch ein hohes Maß an Sicherheit und an zusätzlicher Lebensqualität für die Patienten, daß sie z. B. hier in Bonn momentan bis zu 120,— DM zusätzlich verdienen können, die sie dann einfach haben. Ein Sozialhilfeempfänger draußen wäre für so einen Betrag immens dankbar, wenn er ihn dazu verdienen könnte, aber solche Angebote existieren draußen relativ wenig. Gerade für Leute, die schon sehr lange in der Psychiatrie sind, ist diese Sicherheit draußen kaum zu finden, das sollten wir nicht vergessen.

Frau Haerlin: Es ist gut, daß die Diskussion jetzt auf Arbeiten und Wohnen kommt, weil jeder von uns weiß, daß sich die Wohnform oft nach dem Arbeiten richtet, obwohl das Wohnen im Grunde viel existentieller für die Menschen ist. Bei den psychisch Kranken schieben sich leider oft die Institutionen zwischen dieses Verhältnis, und je weniger das Arbeiten da eine konkrete Form annimmt, desto mehr übernimmt die Institution Ersatzfunktionen. Deshalb fand ich es wichtig, daß Herr Nouvertné berichtet hat, die therapeutischen Probleme hätten sich öfters in dem Moment gelöst, wo auch Arbeit angeboten wurde. Auch die meisten unter uns arbeiten in Institutionen irgendwelcher Art, aber auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt; Institution ist nicht gleich Großkrankenhaus. Viele Menschen, auch wir, haben gern eine Sicherheit am Arbeitsplatz, die eben auch zum Teil durch eine große sichere Institution repräsentiert wird. Je mehr nun das Bedürfnis nach sicherer Institution im Arbeitsbereich angesiedelt ist (aber so weit wie möglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt), desto eher ist es möglich, getrennt davon im Wohnbereich sehr individuell und nicht-institutionalisiert vorzugehen. Ich kann aus meiner Erfahrung beim Aufbau einer Institution, die eigentlich eine Nichtinstitution werden sollte — das Berufliche Trainingszentrum in Wiesloch — sagen, wie verführerisch es ist, sofort wieder institutionelle Strukturen für die eigenen Sicherheitsbedürfnisse nicht nur der Klienten, sondern auch der Mitarbeiter aufzubauen. Sobald man was aufgebaut hat, müßte man es eigentlich schon wieder abbauen. Der Ehrlichkeit halber ist es wichtig, auch unsere eigenen Sicherheitsbedürfnisse in die Diskussion einzubringen.

Schwendy: Wenn ich richtig informiert bin, sind im Augenblick ungefähr ein Dutzend Werkstätten für psychisch Behinderte im Aufbau oder in der Planung, und die meisten bekommen auch gleich ein Wohnheim dazu, Internat heißt das. Das kann man gut in einem Abwasch machen, weil hier die Fördertöpfe vorhanden sind. Ich finde das auch so lange nicht schlecht, wie damit beschützte Wohnangebote, vor allen Dingen Dauerwohnheime, geschaffen werden. Denn wenn wir die Fehlplatzierung in Alten- und Pflegeheimen abbauen wollen und wenn wir uns von dem Gedanken frei machen, daß alle, die mal im Landeskrankenhaus waren, in Wohngemeinschaften oder Einzelwohnungen leben könnten, dann brauchen wir mehr Dauerwohnheime. Wenn Werkstätten so etwas mit aufbauen, ist das solange in Ordnung, wie nicht dieser unheilvolle Zwang entsteht, „du darfst hier nur solange und nur dann wohnen, wenn du auch hier in unserer Werkstatt arbeitest“. Dagegen müßte man sich bei solchen Planungen und Überlegungen energisch wehren.

Noch eine Frage an Herrn Lehmkühl: Ist bei der Untersuchung auch diskutiert worden, wie das Problem der nichtfachärztlichen Behandlung eines erheblichen Teils der psychisch kranken Heimbewohner gelöst werden kann? Wir denken ja im Modellprogramm Psychiatrie darüber nach, ob solche Aufgaben von Institutsambulanzen und sozialpsychiatrischen Diensten wahrgenommen werden können, sofern die niedergelassenen Ärzte dazu nicht in der Lage sind. Nun gibt es in Berlin ein flächendeckendes System sozialpsychiatrischer Dienste: ist bekannt wie weit die in die Heime hineinwirken können?

Lehmkühl: Es gibt in Berlin verschiedene Modelle. Für einen niedergelassenen Arzt lohnt es sich in der Regel nur dann, wenn das Heim groß genug ist und er auch entsprechend Scheine abrechnen kann. Wir haben bei einzelnen Heimen als positive Ausnahmen festgestellt, daß sie von der gerontopsychiatrischen Abteilung der Universität betreut werden, die tagsüber auch zum Teil Tagesstättenfunktion übernimmt. Es gibt auch Einzelpatienten, die von Sozialarbeitern im sozialpsychiatrischen Dienst betreut werden, obwohl eine sozialarbeiterische Betreuung im Heim in der Regel überhaupt nicht gegeben ist. Ich denke, man müßte da vor Ort flexibel sein und sehen, ob man in Einzelfällen engagierte niedergelassene Nervenärzte finden kann, die dann beispielsweise indirekte Supervision machen — es braucht ja gar nicht unbedingt die direkte Betreuung der Patienten selbst zu sein —, oder ob der sozialpsychiatrische Dienst oder eben andere Institutionen die fachärztliche Betreuung übernehmen. In Berlin wären die Ressourcen dafür vorhanden. Dies zu koordinieren und die Lücken aufzudecken, ist einmal über die Heimaufsicht und vielleicht auch über die psychosozialen Arbeitsgemeinschaften möglich.

Frau Suchy: Ich habe oftmals die Erfahrung gemacht mit Patienten, daß sie einfach dieses therapeutische Überangebot in einer Wohngemeinschaft nicht ertragen konnten und deshalb schleunigst in die Klinik zurückgekommen sind, eben weil sie hier Rückzugsmöglichkeiten hatten. Zur Zeit haben wir einen ganz guten Mittelweg gefunden: Wir haben es so gemacht, daß die Patienten, die in der Lage sind, in therapeutischen Wohngemeinschaften zu wohnen, dort auch wohnen, aber gleichzeitig die Möglichkeit haben, den ganzen Tag bei uns

in der Klinik z. B. an der Arbeitstherapie teilzunehmen, dafür auch bezahlt werden, und dann nur den Abend zu Hause verbringen. Auf diese Weise ergänzen sich die freie Wohnform und das institutionelle Arbeitsangebot recht gut.

Dörner: Ein Wort zur Pflegeheim-Problematik. Von den hundert Langzeit-Patienten, die wir in den letzten zwei Jahren aus dem Psychiatrischen Krankenhaus in freie Wohnformen entlassen haben, waren vorher dreißig in Pflegeheimen untergebracht, also ein Drittel. Ihr Zustand hatte sich verschlechtert und sie waren deswegen ins Landeskrankenhaus gekommen, und von da aus haben wir sie in eigene Wohnungen entlassen können. Das macht ja Ihre Zahlen noch viel schlimmer, Herr Lehmkühl, wenn man auf diese Weise sieht, wieviel Leute in Pflegeheimen leben, die auch draußen leben könnten. Rein statistisch müßte es ja nicht nur Verschlechterungen von Heiminsassen geben, sondern auch Verbesserungen. Davon hört man aber nie etwas. Deshalb muß dann jemand da sein, der den Menschen, wenn es nicht schon direkt geht, eben über den Umweg über das fabelhaft differenzierte Landeskrankenhaus dann doch wieder in freiere Lebensmöglichkeiten hineinbringt. Die schwierige Frage ist nun, wie kriegt man da ein Bein in die Tür, denn ein sozialpsychiatrischer Dienst hat wahrscheinlich nicht die Kompetenz, da was zu machen. Eine Lösung ist wohl, wie das in Bayern gelegentlich, z. B. in Kaufbeuren gemacht wird: dort haben sie eine zusätzliche Arztstelle, die stundenweise aufgeteilt wird, um die nervenärztliche, psychiatrische Betreuung in den Heimen des Einzugsbereichs wahrzunehmen. Das wäre doch auch eine Möglichkeit, weil so auch die Kompetenz zur Verfügung steht.

Lehmkühl: Ein wohl unmittelbar gangbarer Weg ist das, was Herr Dörner aussprach und was ja auch in Weinsberg praktiziert wird, nämlich die Betreuung der Heime durch die Institution des Großkrankenhauses; durch Ärzte, die dafür zuständig sind, so daß im Zweifelsfall der Patient in einer Krise auf die Station des zuständigen Arztes im Krankenhaus auch wieder zurückgenommen wird und in der Regel nach kurzer Zeit wieder entlassen werden kann.

Was ich als zweites aber noch einmal betonen möchte, ist, daß tatsächlich zu befürchten steht, daß in den Heimen die Schwerstkranken sind. Kunze*) hat anhand der Symptomatologie nachgewiesen, daß in den Heimen die am schwersten gestörten Schizophrenen sind, ins Krankenhaus kommen schon weniger gestörte, und in Übergangseinrichtungen finden sich die leichtesten Fälle. Ich befürchte, daß die hier diskutierten komplementären Einrichtungen mit Wohncharakter eher diesen Übergangseinrichtungen entsprechen und die am wenigsten gestörte Klientel betreuen oder versorgen. Wir stehen vor dem Dilemma, daß wir auch im komplementären Bereich einerseits die im Lichte haben — das sind die Patienten in den Übergangseinrichtungen und in den geförderten Wohngruppen — und die anderen, die im Dunkeln sind — das sind die, die in den Heimen vegetieren. Ein möglicher Weg wäre hier vielleicht die Verpflichtung zur Sektorversorgung und, für die neu entstandenen komplementären Einrichtungen, daß sie ihre Selektionsschranken nicht so hoch schrauben.

*) K. Kunze, Psychiatrische Übergangseinrichtungen und Heime — Psychisch Kranke im Abseits der Psychiatrie-Reform, Stuttgart 1981

Willis: Die Untersuchung von Herrn Kunze war sicher sehr wichtig und sehr richtig, aber man muß der Fairneß wegen zugeben, daß sie schon eine Reihe von Jahren zurückliegt, und die damalige Aussage trifft für die untersuchten Heime weitgehend nicht mehr zu. Sie wäre jedenfalls falsch interpretiert, wenn man, wie es gelegentlich schon vorgekommen ist, daraus den Schluß herleiten würde, man könne die Patienten gleich in den Großkrankenhäusern lassen, weil die Heime auch nicht viel besser sind. Zum Teil hat sich die Situation in den Heimen verbessert. Die Heime sind so gut und so schlecht wie die Einrichtungen und Dienste, die Patienten dorthin schicken. Im Fall Weinsberg hat sich die Situation der Heime ganz entscheidend geändert, seit wir praktisch nur noch Heime belegen, die uns mehr oder weniger die Richtlinienkompetenz zugestehen; d. h. alle diese Heime werden regelmäßig von Ärzten, Sozialarbeitern und Psychologen der Klinik betreut. Dabei war überraschend für uns, wie groß die Bereitschaft der Heime war, sich positiv beeinflussen zu lassen.

Van Hout: Bei uns in München hat die Übergangseinrichtung eine eigene Rolle bekommen. Zunächst hatten wir gedacht, in unserem Heim auch noch eine Werkstatt haben zu müssen, und haben eine Werkstatt errichtet. Dann aber hat sich gezeigt, daß so eine Werkstatt besser auf einen eigenen Träger übertragen werden sollte. Mit diesem Träger, dem wir unsere Werkstatt übergeben haben, arbeiten wir sehr gut zusammen. In unserer Erfahrung war es notwendig, daß die Übergangseinrichtung, die freieren Wohnformen vorbereitet und auch weiter verfolgt, wenn möglich neue Wohnformen entwickelt. Im Moment bieten wir acht verschiedene Arten von Wohnformen an. Wir haben eine Wohnform mit einwohnender Betreuung, eine Wohnform für ältere Leute mit minimaler Betreuung, eine Wohnform für Leute, die alle in Arbeit stehen; wir haben eine Wohnform für Leute, die Rentner sind, und wir haben in München auch in bestimmten Häusern Paar- oder Einzelwohnungen angemietet, so daß ein sicherer Schutz, eine größere umgreifende Wohngemeinschaft gegeben ist und vier oder fünf psychisch Behinderte, die wenn notwendig einander helfen können. Auch mit Einzelwohnungen haben wir seit einigen Jahren experimentiert und hatten damit auch sehr guten Erfolg.

Ich würde Herrn Nouvertné recht geben; man muß Formen finden, die für die Rehabilitanden geeignet sind und sich nicht primär nach der Trägerinstitution richten. Als sehr hilfreich hat sich für uns die Einrichtung einer Art von Stubencafé erwiesen, wo gerade die Leute, die einzeln betreut werden, tagtäglich hingehen können, wenn sie Hilfe brauchen. Dort steht Fachpersonal zur Verfügung, dort können sie auch die Leute treffen, die wir „abgekoppelt“ haben, unsere letzte Wohnform: Am Ende sind wir nur noch der nominelle Mieter der Wohnung, bieten also nur Schutz gegenüber dem Hausbesitzer, d. h. wir übernehmen die Miete, und wir garantieren dem Hauseigentümer, daß seine Miete rechtzeitig kommt und daß sogenannte Schäden, die ein psychisch Behinderter anstellen kann, versicherungsmäßig von uns aufgefangen werden. Auf diese Weise findet man auch Eigentümer, die bereit sind, Wohnungen an psychisch Behinderte zu vermieten.

II. Die Rolle der Arbeit in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Berufliche Förderung und Eingliederung seelisch Behinderter Ein Überblick über die derzeitige Situation

A. Schwendy

I. Psychiatrie in der Wirtschaftskrise

1. Die Gefahr der Resignation

Jährlich werden über 20 000 Arbeitnehmer wegen psychischer Leiden zu Frühinvaliden. Der Anteil der Arbeitslosen an den Neuaufnahmen in psychiatrischen Landeskrankenhäusern steigt beängstigend. Übergangseinrichtungen und therapeutische Wohngemeinschaften sind vollgestopft mit Beschäftigungslosen. Durch das 4. Sonderprogramm des Bundes und der Länder wurden vom 1. Dezember 1981 bis zum 31. Dezember 1983 9173 Schwerbehinderte mit Hilfe von Lohnkostenzuschüssen beruflich eingegliedert. Nur 70 davon, also unter 1 %, waren seelisch Behinderte.

Wer heutzutage einen Arbeitsplatz oder Rehabilitationsplatz für jemanden sucht, der an einer schweren psychischen Erkrankung und deren Folgen litt oder leidet, ist nur zu bewundern. Er hat Hindernisse, wohin er auch blickt:

- die Betroffenen selbst haben kaum noch Zutrauen zu ihren Fähigkeiten, und wenn, dann sind die Ziele oft unrealistisch oder es fehlen konkrete Vorstellungen über das, was man will;
- das Dickicht der Fördervorschriften ist unüberschaubar und unterliegt einem raschen, verwirrenden Wechsel;
- auch wohlmeinende Arbeitnehmer signalisieren deutlich, daß der Arbeitsmarkt beim besten Willen in absehbarer Zeit keine Mitarbeiter braucht, deren Leistungs- und Anpassungsfähigkeit eingeschränkt, schwankend oder zumindest schwer kalkulierbar ist — es gibt genügend leistungsfähige Bewerber;
- die Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation verhalten sich — abgesehen von den Werkstätten für Behinderte und einigen Modellinstitutionen — so wie die Arbeitgeber, also ablehnend;
- die Berufsberater, Arbeitsvermittler oder Reha-Berater beim Arbeitsamt haben noch weniger Zeit als früher und sind zudem gehalten, sich zunächst um die Behinderten zu kümmern, deren Aussicht auf dauerhafte Eingliederung positiv zu beurteilen ist;
- die anderen Kollegen im therapeutischen Team (sei es in der Klinik, in der Übergangseinrichtung oder im ambulanten Dienst) haben es im Zweifelsfall schon immer gewußt, daß diese „unmenschliche Arbeitswelt“ nicht geeignet ist für „ihre“ Patienten. Sie wirken also häufig wenig unterstützend, wobei oft unbewußte Aversionen der therapeutisch-sozialen Berufe gegenüber von ihnen als langweilig und entfremdend empfundener Tätigkeit in Wirtschaft und Verwaltung eine Rolle spielen. Hinzu kommt die Angst um

Verlust des Klienten, die freilich artikuliert wird als Sorge vor der Überforderung desselben durch Arbeit;

- schließlich sind auch die Familienangehörigen hin- und hergerissen: kann er oder will er nicht arbeiten? Ist er krank, weil er nichts zu tun hat — oder kann er wegen der Krankheit nichts leisten? Sollen wir ihn drängen oder vor den Anforderungen schützen?

Wer auszieht, psychisch Kranke zu integrieren, kämpft also an vielen Fronten gleichzeitig: Warnungen, Mißerfolge, Rückfälle, Zweifel, Schadenfreude und Konkurrenzdenken begleiten seinen Weg. Vor allem das Konkurrenzdenken kann dabei lähmend auf die Initiative wirken. Ich komme darauf noch später zurück.

Es ist daher tatsächlich erstaunlich und bewundernswert, daß sich in psychiatrischen Einrichtungen und Diensten überhaupt noch Mitarbeiter finden, die sich dieser Aufgabe annehmen und sich nicht darauf beschränken, die Arbeits- und Beschäftigungslosigkeit und ihre psychischen und sozialen Folgen psycho- und soziotherapeutisch abzufedern und zu verwalten: problemzentrierte Gesprächsgruppen und permanente Freizeitangebote statt Arbeit.

Im psychiatrischen Bereich herrscht in Bezug auf die Beschäftigungschancen der Patienten eine Stimmung, die geprägt ist von Pessimismus und Resignation. Diese Stimmung ist genauso gefährlich wie die Arbeitslosigkeit in sich, denn sie blockiert die schwachen Kräfte zusätzlich. Wer heute über Arbeitsangebot für psychisch Kranke spricht, muß sich daher zunächst mit dieser Depression auseinandersetzen, denn sie wirkt ansteckend: Luc Chiompi's langjährigen Verlaufsstudien verdanken wir die Erkenntnis, daß eine optimistische Grundhaltung des Therapeuten-Teams eine der wichtigsten Voraussetzungen für erfolgreiche Rehabilitationsverläufe ist: So wie ich in den Wald hineinrufe, so schallt es heraus.

Ich möchte diesen Hinweis auf den zunehmenden Pessimismus nicht als Schelte verstanden wissen, sondern als besorgten Hinweis: Es mag durchaus sein, daß für viele Mitarbeiter im psychiatrischen Bereich die Grenzen der Zumutbarkeit bereits überschritten sind. Die Angst um den Arbeitsplatz trifft vielfach ja nicht nur ihre Klienten, sondern sie ganz persönlich, nämlich durch die Stellenstreichungen im Gesundheits- und Sozialbereich.

2. Mitarbeiter für berufliche Eingliederung freistellen

Erste Aufgabe bei der Verbesserung der beruflichen Chancen der psychisch Kranken oder Behinderten muß es daher sein, diese Themen in Einrichtungen und Diensten zu diskutieren. Wenn Ängste, Widerstände und Enttäuschungen nicht offen beim Namen genannt werden, wirken sie um so unheilvoller unterschwellig weiter und behindern die Arbeit. Ist dann in einer Einrichtung die Entscheidung gefallen, es trotz aller Schwierigkeiten noch zu versuchen, sind Mitarbeiter zu benennen, die sich nicht nur so nebenbei (sozusagen als Steckenpferd), sondern legitimiert durch einen eindeutigen Arbeitsauftrag der Institution schwerpunktmäßig nur noch um die Frage der beruflichen Eingliederung

kümmern. Die berufliche Integration ist zu komplex und zeitaufwendig, als daß sie heute noch von Sozialarbeitern, die hauptsächlich auf der Suche nach Heim- und Wohnplätzen sind, erledigt werden können. Ohne eine Personalisierung dieses Aufgabenbereiches geht es nicht, ohne Einbindung der Eingliederungsexperten in ein Team allerdings auch nicht.

Die Fachleute für berufliche Eingliederung, die jede Klinik, jede Übergangseinrichtung und jeder ambulante Dienst freistellen sollte, müssen Brückenkopf sein zwischen der Welt der Psychiatrie und der Welt der Arbeit: Von Habitus, Herkunft und Erfahrung her sind das eher Leute, die gern mal mit Schlips und Kragen Behördengänge und Firmenbesuche machen, die sich nicht scheuen, bei Arbeitgebern Klinken zu putzen, denen es leicht fällt, Kontakte nach draußen zu knüpfen. Sie sind vielleicht nicht supersensible Therapeuten, dafür verstehen sie etwas von Bildungs- und Ausbildungsgängen und den dazugehörigen Institutionen, vom Arbeits- und Rehabilitationsrecht, vom Wirtschaftsleben.

Überall dort, wo solche Eingliederungsexperten in der Psychiatrie aktiv werden, bewegt sich auch heute noch etwas. Dies belegen Beispiele in allen Teilen der Bundesrepublik, ob in Konstanz oder Weinsberg, Wiesloch oder Frankfurt, Köln oder Essen, Gütersloh oder Osnabrück, Bremen oder Berlin. Überall, wo in den letzten Jahren engagierte Mitarbeiter für diesen Aufgabenbereich freigestellt wurden, kamen Entwicklungen in Gang, und zwar auf allen wichtigen Ebenen:

- auf der individuellen Ebene, durch wirksame Hilfe im Einzelfall,
- konzeptionell durch Entwicklung neuer Angebote und Ausrichtung der therapeutischen, insbesondere der arbeitstherapeutischen Programme auf konkrete Ziele,
- auf der regionalen Ebene, durch systematische Erschließung des Feldes für Beschäftigungsangebote.

So hat — um nur ein Beispiel mit denkbar schlechten Startbedingungen zu nennen — eine Psychologin in der Karl-Bonhoeffer-Klinik in Berlin innerhalb eines Jahres für rund 30 Patienten Arbeitsplätze gefunden. Oder: Hier in Bonn vermitteln Angehörige aus dem Verein Hilfe für psychisch Kranke erfolgreich Praktikumsplätze für entlassene Patienten. In Essen hat der Psychosoziale Dienst im Rahmen des Modellprogramms sehr schnell eine Reihe von Arbeitgebern für die Bereitstellung von Arbeitserprobungsplätzen gefunden. In Gütersloh, Weinsberg oder Osnabrück wurden von Landeskrankenhaus-Mitarbeitern Firmen aufgebaut, in Freiburg, Berlin, Walldorf, Solingen, Münster, Tübingen und Lüneburg gab es ähnliche Initiativen, die von psychosozialen Hilfsvereinigungen in der Gemeinde ausgingen.

Es gibt angesichts dieser positiven Entwicklungen daher für mich keinen vernünftigen Grund und auch keine moralische oder fachliche Rechtfertigung, den verständlichen Pessimismus zum neuen Credo der Rehabilitationsstrategie zu machen; ich denke vielmehr, die wenigen, aber wirkungsvollen Beispiele sollten eine Ermutigung und Verpflichtung sein, jetzt das nachzuholen, was in den fetten Jahren der Hochkonjunktur leider versäumt wurde: nämlich Ange-

bote der beruflichen Förderung und Integration für psychisch Kranke systematisch zu nutzen oder neu zu schaffen. Diese Forderung richtet sich dabei nicht nur an die Psychiatrie, sondern genauso an die berufliche Rehabilitation und die Arbeitswelt, denn nur alle drei Bereiche können sie gemeinsam lösen.

II. Welche Möglichkeiten gibt es heute schon?

Über die vielfältigen Defizite der beruflichen und medizinischen Rehabilitation (ist andernorts*) schon so viel berichtet worden, daß ich mich hier zunächst darauf konzentrieren möchte zu skizzieren, was heute schon möglich ist, welche Ansatzpunkte die von mir geforderten Berufsexperten in den Kliniken und Diensten haben:

1. Sie haben zunächst einmal dafür zu sorgen, daß von jedem Patienten im erwerbsfähigen Alter eine gründliche Berufsanamnese erhoben wird.
2. Sie haben sich sodann dafür einzusetzen, daß diese Anamnese nicht tatenlos zur Krankenakte geheftet, sondern Teil eines Therapie- und Eingliederungsplanes wird.
3. Sie hätten dafür zu sorgen, daß bei jedem Patienten, der noch einen Arbeitsplatz hat, Kontakt mit dem Betrieb aufgenommen wird, um die Stelle zu retten und Modalitäten des Wiederbeginns auszuhandeln. Es gibt dabei unter anderem die Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung: dabei nimmt der Patient (möglicherweise nur wenige Stunden am Tag) die Arbeit bereits wieder auf, bleibt aber krankgeschrieben; die Krankenversicherung zahlt entweder volles Krankengeld oder reduziertes Krankengeld, nämlich dann, wenn der Arbeitgeber bereits Teile des Lohnes zahlt. Von diesem Instrument wird viel zu wenig Gebrauch gemacht. Ich empfehle jedem, dies an konkreten Einzelfällen mit der zuständigen Krankenkasse auszuhandeln.
4. Die Berufsexperten hätten schließlich und vor allem sich um die Patienten zu kümmern, die arbeitslos sind. Wobei sie als erstes einen, sich aus der Arbeitsanamnese und dem System unserer Arbeitswelt ergebenden, neuen Betrachtungswinkel in die klinische Psychiatrie zu tragen hätten: nämlich daß man die Kranken nicht mehr nur nach psychopathologischen und versorgungstechnischen Gesichtspunkten „sortiert“, sondern nach Kriterien der beruflichen Vorerfahrung bzw. Zukunft. Geht man so vor, ergeben sich — unabhängig von den psychiatrischen Diagnosen — drei Zielgruppen:

1. Jüngere Leute ohne berufliche Vorerfahrung oder Ausbildung

Mediziner nennen sie die „neuen Chronischen“, sie werden dies wohl auch, insbesondere dann, wenn es nicht gelingt, sie in Beschäftigungsverhältnisse zu bringen, die ihre Persönlichkeitsentwicklung stabilisieren oder fördern. Sie sind die Problemgruppe Nr. 1 in Wohngemeinschaften und Übergangseinrichtungen. Sie werden von den Kliniken heute oft und stolz schon nach wenigen Wochen wieder entlassen — Ins *Nichts*, denn die in der klinischen Akutbehandlung erzielte Symptomfreiheit sagt ja noch nichts über ihre Lebensfähig-

*) Siehe Anhang

keit oder Eingliederungsfähigkeit draußen aus: So pendeln diese Menschen zwischen Elternhaus, Wohneinrichtungen und Kliniken hin und her.

Die klinische Kurzzeitbehandlung ist nur dann zu verantworten, wenn die nächsten Schritte draußen bereits im Krankenhaus vorbereitet werden: Hat die Klinik eine qualifizierte, d. h. an der beruflichen Vergangenheit und Zukunft orientierte Arbeitstherapie, so ist eine mehrmonatige Förderung dort (sei es als stationärer oder teilstationärer Patient) meist besser als das untätige Herumgammeln im ambulanten Getto.

Am besten ist es dabei, wenn die letzte Phase der Arbeitstherapie extern in Betrieben außerhalb der Klinik stattfindet. Auch eine Werkstatt für Behinderte, die sich zumindest im Trainingsbereich auf die Förderung seelisch Behinderter spezialisiert hat, kann hier hilfreich sein, allerdings nur, wenn die WfB von allen Beteiligten (Patient, Familie, Team und Arbeitsamt) nicht als Endstation, sondern als erste Stufe der beruflichen Förderung mit der Aussicht auf weitergehende Maßnahmen je nach individuellem Verlauf verstanden wird.

Die Alternative zur WfB wären betriebliche Arbeitserprobungen. Wichtig ist, daß die Betroffenen Zeit haben, sich an den Arbeitsprozeß zu gewöhnen, daß sie Chancen bekommen, durch mehrere Versuche herauszufinden, für welche Tätigkeit, welchen Beruf sie sich eigentlich wirklich interessieren.

Ideal wäre hier eine etwa einjährige Fördermaßnahme, in die — je nach Verlauf — berufsfindungs- und ausbildungs- bzw. eingliederungsvorbereitende Angebote integriert wären. Kein Mensch kann genau voraussagen, ob und wann sich eine Person, die mehrfach psychische Krisen erlitten hat, so stabilisiert und entwickelt, daß schließlich eine reguläre Ausbildung in einer Reha-Einrichtung oder einem Betrieb möglich ist. Es gilt daher, diese Option auf jeder Stufe offen zu halten. Die Erfahrungen des Berufsförderungswerkes Heidelberg belegen dabei über viele Jahre, daß psychisch Behinderte durchaus erfolgreich ausgebildet werden können (nach entsprechender Vorbereitung, versteht sich) und hinterher auch Stellen finden: Sie haben sogar größere Chancen, Stellen zu finden, denn Arbeitslosigkeit ist nicht nur ein Problem von Leistungsminderung, sondern auch und vor allem von Minderqualifikation. Wo sich beides paart, sind die Chancen natürlicherweise gleich null.

2. Patienten mit beruflicher Vorerfahrung oder Ausbildung

Wer bereits einen Beruf erlernt hat oder mehrere Jahre erwerbstätig war, also eine berufliche Sozialisation durchschritten hat, braucht grundsätzlich andere Hilfen als die Gruppe Nr. 1. Gemeinsam ist in beiden Fällen lediglich das stufenweise Steigern der Anforderungen über einen längeren Zeitraum.

Die Zielgruppe Nr. 2 hat die Spielregeln des Berufslebens schon erlernt. Bei ihr gilt es, möglichst im erlernten Berufsfeld ein Niveau zu finden, das der häufig reduzierten Leistungsfähigkeit angemessen ist. Umschulung (eine für Körperbehinderte sinnvolle Maßnahme) ist dabei nur in wenigen Fällen indiziert, z. B. bei Berufen, bei denen die Kommunikation Hauptinhalt der Tätigkeit ist (Leh-

rer, Sozialarbeiter etc.). Die Umschulung dürfte hier in der Regel sogar kontraindiziert sein, da sie die ohnehin geschwächte Identität des Betroffenen zusätzlich ins Wanken bringt durch den erforderlichen Berufs- und Milieuwechsel.

Wer nicht das Glück hat, in seiner Region ein spezielles Zentrum für diese Zielgruppe zu haben, wie es etwa das Berufliche Trainingszentrum in Wiesloch ist, der muß sich mit dem Rehabilitationsberater des Arbeitsamtes zusammensetzen und ein Stufenkonzept ausarbeiten: Vorrang sollten dabei immer betriebliche Erprobungs- oder Einarbeitungsmaßnahmen haben, also mehrmonatige Tätigkeiten in Betrieben, wobei das Arbeitsamt die Kosten übernimmt. Diese betrieblichen Angebote können allerdings nur dann sinnvoll genutzt werden, wenn die Patienten zuvor in der Arbeitstherapie (oder einer Werkstatt) mehrere Monate lang möglichst bis zu sechs Stunden täglich beschäftigt waren. Sie sind sonst überfordert, und Mißerfolge sind vorprogrammiert.

Ich hoffe sehr, daß sich die sogenannten Selbsthilfefirmen, wenn sie sich erst einmal stabilisiert und im Angebot vergrößert haben, auch für derartige betriebliche Maßnahmen (hier handelt es sich ja zunächst meist nicht um Festanstellungen) in der Lage sehen. Ob hier oder in ganz normalen Firmen: derartige Angebote haben Aussicht auf Erfolg nur dann, wenn es für die Betroffenen und eine Schlüsselperson im Betrieb draußen einen Ansprechpartner gibt, der bei Schwierigkeiten zur Stelle sein kann und behutsam so interveniert, daß nicht der ganze Betrieb in Aufruhr gerät.

3. Die Langzeitpatienten

Patienten, die viele Jahre hospitalisiert sind in Landeskrankenhäusern, Anstalten oder Heimen, brauchen — unabhängig von ihrer beruflichen Vorgeschichte — eine besonders lange und intensive Aktivierungsphase, um überhaupt wieder Spaß am Tätigsein zu bekommen. Hier greifen alle zur Verfügung stehenden Rehabilitationsmaßnahmen des beruflichen Bereichs inhaltlich und zeitlich zu kurz. Man sollte den Krankenstatus dieser Patienten daher sehr ernst nehmen und versuchen, sie im Rahmen der medizinischen Heilbehandlung, also durch Sozio- und Arbeitstherapie, so weit zu fördern, daß sie draußen erste Versuche unternehmen können. Lebenspraktisches Training, allgemeinbildende und kulturelle Angebote sind dabei genauso wichtig wie die Wiedergewöhnung an Arbeit: alles im Rahmen eines medizinischen, zielgerichteten Behandlungsplanes!

Für diesen Personenkreis ist sicher vielfach die Werkstatt für Behinderte der gegebene Ort, wenn diese sich ihren speziellen Bedürfnissen anpaßt, aber auch hier sind Weiterentwicklungen individuell offen zu halten.

Diese Personengruppe hat besonders darunter zu leiden, daß wir in Deutschland die Begriffe Rehabilitation und Wiedereingliederung nicht sauber voneinander trennen. Rehabilitation wird hier meist gleichgesetzt mit Wiedereingliederung, und weil dieses Ziel bei vielen der Langzeitpatienten nur bedingt erreichbar ist, wird Rehabilitation unterlassen. Versteht man aber unter Reha-

blitation den Erhalt der vorhandenen Fähigkeiten bzw. die Förderung der vorhandenen Fähigkeiten bis zum individuell je erreichbaren Ziel, also unabhängig davon, ob sich daraus eine Wiedereingliederung ergibt, so macht es Sinn, gerade hier verstärkt rehabilitativ tätig zu werden. Dabei müssen wir lernen, auch Teilziele zu akzeptieren. Beispielsweise, daß jemand einen Vertrag als Hausarbeiter in der Einrichtung erhält, oder daß er, als Bewohner der Einrichtung, extern in einer Werkstatt arbeitet, oder daß er in einer Firma, die speziell für diesen Personenkreis bestimmt ist, eine Teilzeittätigkeit aufnimmt, sich also ein Zubrot zur Rente oder Sozialhilfe verdient.

III. Was brauchen wir für die Weiterentwicklung der beruflichen Förderung?

Die Bundesregierung und wohl auch alle Leistungsträger haben den Nachholbedarf, der sich in der Rehabilitation seelisch Behinderter zeigt, anerkannt. Was ist zu tun?

Neue Rehabilitationseinrichtungen brauchen wir meiner Meinung nach zu allerletzt und nur dann und dort, wo zuvor alle vorhandenen Ressourcen einer Region ausgeschöpft worden sind. Das heißt, das Öffnen vorhandener Einrichtungen für seelisch Behinderte sowie das Bereitstellen von betrieblichen Förder- und Dauerarbeitsplätzen muß unbedingt Vorrang haben vor dem Aufbau von Einrichtungen. Neue Einrichtungen sollten nur das tun, was andere nicht leisten können. Eine wichtige Funktion bei der Bestimmung dieses Bedarfs haben die von mir eingangs genannten Fachleute für berufliche Integration. Sie haben zusammenzuwirken mit der Arbeitsverwaltung, den Fürsorge- und Hauptfürsorgestellen, den Arbeitgebern und den Institutionen der beruflichen Rehabilitation. Sie müssen versuchen, hier ein Klima zu schaffen, daß die Integration erleichtert, also Nischen ausfindig machen. Sie werden in diesem Prozeß am besten herausfinden, für welche Lücken neue Institutionen geschaffen werden müssen.

Im klinischen Bereich muß die Arbeitstherapie den Anforderungen an eine beruflich orientierte Arbeit angepaßt werden. Eine Kommission hat für den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung dazu eine Konzeption erarbeitet, die nun umgesetzt werden sollte.

In jedem Einzelfall ist mit den Angehörigen der Patienten enger zusammenzuarbeiten. Dies mindert die Gefahr konkurrierender Zielvorstellungen und eröffnet die Chance, die Verbindungen der Angehörigen bei der Suche nach Arbeitsplätzen mit zu nutzen. Auch bei der Laienhilfe lohnt es sich, darüber nachzudenken, ob und wie Bürger bei der Arbeitsplatzsuche und bei der Betreuung am Arbeitsplatz mitwirken können.

Die Werkstätten für Behinderte müssen in die Lage versetzt werden, Spezialabteilungen oder Zweigstellen zu gründen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der WfB hat dazu dezidierte Vorschläge erarbeitet. Da bereits 10 % der über 70 000 Werkstattplätze mit seelisch Behinderten besetzt sind, ist es wichtig, daß diese Vorschläge von den Kostenträgern aufgegriffen werden.

Das Netz der 50 Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke muß in die Lage versetzt werden, sich für die Ausbildung seelisch behinderter Jugendlicher und Erwachsener zu öffnen. Vorschläge dazu haben insbesondere die Berufsförderungswerke erarbeitet, aber auch Berufsbildungswerke zeigen zunehmend Interesse, so laufen konzeptionelle Überlegungen in Bremen und Gütersloh. Die BBW's und BFW's brauchen in ihrem Vorfeld Satelliten (wie beispielsweise das Trainingszentrum Wiesloch für das BFW Heidelberg und das neue Zentrum in Straubing für das BFW Nürnberg), also kleine betriebsähnliche Zentren, die die seelisch Behinderten entweder unmittelbar eingliedern oder auf eine Ausbildung vorbereiten. Die Ausbildung selbst kann dann integriert, also zusammen mit anderen Behinderten erfolgen. Die Vorbereitung aber erfordert eine Spezialisierung.

Die Übergangseinrichtungen müssen endlich in das Rehabilitationssystem übernommen werden, also aus der Notfinanzierung durch die Sozialhilfe heraus, auch dazu liegen die Vorschläge seit vielen Jahren auf dem Tisch.

Teilzeitarbeit für Behinderte muß erleichtert werden, d. h. die knappen und begehrten Teilzeitplätze müssen vorrangig für Schwerbehinderte zur Verfügung gestellt werden.

Die Hauptfürsorgestellen sind durch Reform des Schwerbehindertengesetzes in die Lage zu versetzen, bei psychisch Behinderten statt technischer Hilfen persönliche Hilfen aus der Ausgleichsabgabe zu finanzieren: Erforderlich sind Fachkräfte für nachgehende Hilfen und finanzielle Zuwendungen für den besonderen Betreuungsaufwand, der sich aus der Beschäftigung seelisch behinderter Arbeitnehmer ergeben kann.

Schließlich ist zu wünschen, daß eine dauerhafte Lohnsubventionierung für dauerhaft leistungsgeminderte Mitarbeiter eingeführt wird. Bei der Diskussion um ein Nachfolgeprogramm für das 4. Sonderprogramm zur Eingliederung Schwerbehinderter in das Erwerbsleben sollte dies berücksichtigt werden.

Schließlich und vor allem aber sind das von mir eingangs schon erwähnte Konkurrenzdenken und die daraus resultierenden destruktiven Tendenzen bewußt zu machen, um reduziert zu werden. Möglich werden könnte dies durch eine sinnvolle Arbeitsteilung zwischen Sozialpsychiatrie einerseits und beruflicher Welt andererseits. Die berufliche Rehabilitation ist nicht zuständig für die Vollversorgung, wie die Sozialpsychiatrie sie zurecht einklagt. Dies bedeutet aber: wer beruflich fördern soll, muß selektieren dürfen, es ist ja niemandem geholfen, wenn alle Zielgruppen in einen Fördertopf geworfen werden. Der, der beruflich fördert, muß sich dabei auf die Basisversorgung stützen können. Krisen und Rückfälle, die in beruflichen Maßnahmen genauso geschehen wie im klinischen Bereich, dürfen nicht mehr als Argument gegen berufliche Förderung verwandt werden, sie sind vielmehr von vornherein als behinderungsspezifisch einzuplanen. Die Einrichtung der beruflichen Rehabilitation und vor allem auch die Betriebe sind von Anforderungen zu entlasten, die nicht ihre Sache, sondern Angelegenheiten der medizinischen Basisversorgung und der sozialen Rehabilitation sind:

- Stabilisierung durch Arbeits- und Soziotherapie einerseits sowie begleitende Therapie und Krisenintervention andererseits müssen primär Sache der Basisversorgung sein;
- zum anderen sind berufliche Reha-Einrichtungen sowie Betriebe von Behinderten zu entlasten, die nicht erwerbstätig sein können oder sein wollen: diese Menschen sind in Tagesstätten, die bei uns noch weitgehend fehlen, besser aufgehoben.

An die Instanzen der beruflichen Rehabilitation und die Betriebe ist umgedreht die Anforderung zu stellen, sich von psychiatrischen Institutionen beraten und begleiten zu lassen, bei ihren Versuchen, die seelisch Behinderten zu integrieren.

Mit anderen Worten: Wir brauchen Kooperation und Partnerschaft statt Konkurrenz. Dies gilt auch für die Angebote der beruflichen Rehabilitation untereinander. Streitigkeiten darum, ob eine Firma oder eine Werkstatt für Behinderte „besser“ sei, sind abwegig, denn sie verstellen den Blick dafür, daß wir die Vielfalt benötigen, wenn wir der Vielfalt der Lebensläufe seelisch Behinderter auch nur einigermaßen gerecht werden wollen. Dazu zählt auch die Vielfalt der Konzepte. Niemand hat bislang den Stein der Weisen gefunden, alle sind hier Suchende, es gilt auch, diese Vielfalt bei behördlichen Regelungen als positive Basis zu betrachten und offen zu halten: Wer diese, den Laien oft verwirrende Vielfalt als „Wildwuchs“ diskriminiert und Einheitsregelungen verlangt, handelt einfältig.

Abschließend müssen wir uns vor Augen halten, daß auch das Erreichen bescheidener Teilziele ein Erfolg ist:

- so steht ein Behinderter, der eine Berufsausbildung abgeschlossen hat, auch ohne Arbeitsplatz besser da, als jemand, der beruflich nicht qualifiziert ist;
- oder: es gibt auch Beschäftigung bei Arbeitslosigkeit. Wir müssen uns vor Augen halten, daß der Begriff Arbeit jetzt identisch ist mit Erwerbstätigkeit. Es gibt jedoch auch Arbeit außerhalb von Erwerbstätigkeit (z. B. Mitarbeit in sozialen und kulturellen Initiativen, im Haus, im elterlichen Betrieb etc.): Wir müssen hier Phantasie entfalten, denn die Hauptgeißel ist nicht die Erwerbslosigkeit, sondern die totale Beschäftigungslosigkeit, in der Zehntausende psychisch Kranker dahinvegetieren, wobei das Nichtstun und das Gefühl des Nichtgebrauchtwerdens sie immer kränker machen.

Arbeitstherapie — Berufliches Training — Arbeitsvermittlung am Beispiel des Beruflichen Trainingszentrums in Wiesloch

Ch. Haerlin

Während ich dieses Referat schrieb, fragte ich mich, wer heute wohl vor mir sitzen würde und aus welchem Winkel Sie Arbeit für psychisch Kranke betrachten:

- Sind Sie Leute, die es wegen der depressiven Wirtschaftsentwicklung für eine Illusion halten, den kleiner gewordenen Kuchen auch noch unter die ehemals psychisch kranken Arbeiter aufzuteilen?
- Oder sind Sie Leute, die — wie es der Liedermacher Biermann zur Zeit ausdrückt — mit „rabenschwarzer Zuversicht“ um das Stück Kuchen kämpfen, das diesen Betroffenen zusteht?

Sie können sich denken, daß ich zu letzterer Gruppe gehöre und natürlich hoffe, daß sich unter den Zuhörern eine entsprechend große Koalition findet. Meine kämpferische Haltung möchte ich mit den Argumenten der Sozialwissenschaftlerin Marie Jahoda begründen, die in ihrem Buch „Wieviel Arbeit braucht der Mensch“ fünf wichtige Faktoren benennt, die der Mensch braucht und durch die Arbeit sozusagen geliefert bekommt:

- Regelmäßige Tätigkeit
- Soziale Kontakte
- Adäquates Zeitgefühl
- Beteiligung an kollektiven Zielen
- Status und dadurch persönliche Identität

Da ich — wegen meines bevorstehenden Umzugs ins Rheinland — vor zwei Monaten meine Arbeit im BTZ beendet habe, also selbst z. Z. arbeitslos bin, kann ich aus eigener Erfahrung diese fünf Faktoren unterstreichen. Wieviel wichtiger sind sie für psychisch Kranke.

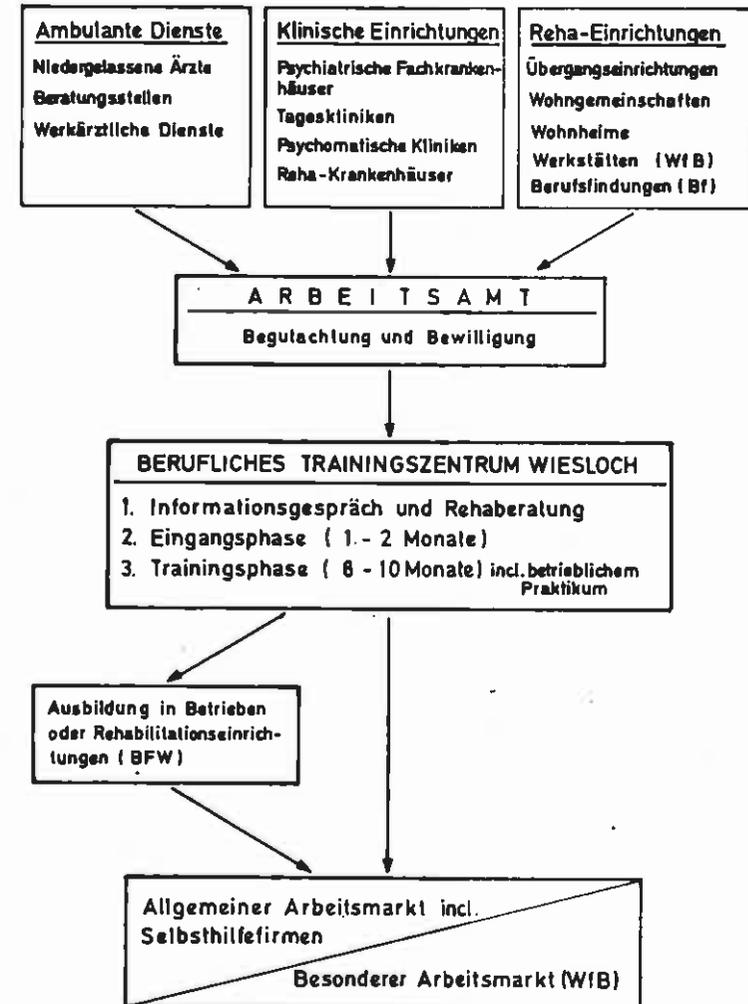
Nun — Arbeit ist immer noch zu haben, wenn wir die 90 % Bundesbürger, die eine solche haben, betrachten. Allerdings für psychisch Kranke, als durch Arbeitslosigkeit bedrohte Minderheit, ist sie nur noch zu haben, wenn wir und sie das Trainieren der Arbeit ernster nehmen und die Methoden verfeinern. Es ist notwendig, gezielter und raffinierter vorzugehen.

Das BTZ kommt mir in diesem Lichte als ein Ort vor, der es erlaubt, gleichsam wie unter einem Vergrößerungsglas, Arbeit mit all ihren Zusammenhängen zu betrachten. In Ruhe und Sorgfalt können hier Betroffene, Mitarbeiter und die psychosoziale Umwelt Erkenntnisse gewinnen und Wege finden, um feiner gezielt vorgehen zu können. Ich möchte Sie einladen, mit mir durch dieses Vergrößerungsglas zu schauen.

Struktur des BTZ

Das BTZ wurde 1980 in Betrieb genommen als Brücke zwischen klinischer Behandlung und Wiedereingliederung auf dem allgemeinen oder besonderen Arbeitsmarkt, in Ausnahmefällen über den Weg einer Ausbildung.

STELLUNG DES BTZ IM VERSORGUNGSSYSTEM UND ABLAUF DER REHABILITATION



Es bietet Erwachsenen mit psychotischen, neurotischen und psychosomatischen Krankheiten und Störungen (nicht aber Suchtkranken, hirnorganisch oder geistig Behinderten) ein 9—12monatiges praxisnahes Training an. Die Teilnehmer kommen überwiegend aus psychiatrischen Fachkliniken im Umkreis von 1—2 Std. Fahrzeit. Ein kleinerer Teil kommt von niedergelassenen Nervenärzten, Beratungsstellen, Übergangseinrichtungen oder dem Arbeitsamt.

Die meisten waren mehrmals durch die Drehtüren der Psychiatrie gewandert und bis zu mehreren Jahren hospitalisiert.

Das Training wird in drei Berufsfeldern angeboten:

- Kaufmännischer Bereich mit den Abteilungen Buchhaltung, Ein- und Verkauf, Personalwesen, allgemeine Schreibarbeiten.
- Dienstleistungsbereich mit Schwerpunkt Großküche, Kantine, Hauswirtschaft und Kiosk.
- Metallbereich mit Schwerpunkt zerspanende Verfahren auf Dreh-, Bohr- und Fräsmaschinen.

Dieses Training wird von der Arbeitsverwaltung genehmigt und finanziert als „Anpassungsfortbildungsmaßnahme“ nach dem Arbeitsförderungsgesetz (§ 34 und § 23 der A-Reha). Es ist deshalb notwendig, daß Teilnehmer bereits zwei Jahre gearbeitet oder einen Ausbildungsabschluß haben, um im BTZ gefördert zu werden. Sie erhalten, wie bei einer Ausbildung, ein monatliches Übergangsgeld, berechnet nach ihren früheren Einkünften. Seit den letzten Kürzungen vor 2 Jahren müssen allerdings jene von Sozialhilfe leben, die in den letzten 5 Jahren weniger als 2 Jahre gearbeitet haben. In diesen Bestimmungen liegen Härten, die schwer zu ertragen sind.

Das Zentrum besteht aus einer *Betriebsstätte* und einem *Wohnhaus*. Beides befindet sich in der Kleinstadt Wiesloch bei Heidelberg, an deren anderem Ende das 1400 Betten große psychiatrische Landeskrankenhaus ist. Wir wählten diesen Standort, um möglichst vielen Patienten von dort im Anschluß das Training im BTZ zu ermöglichen.

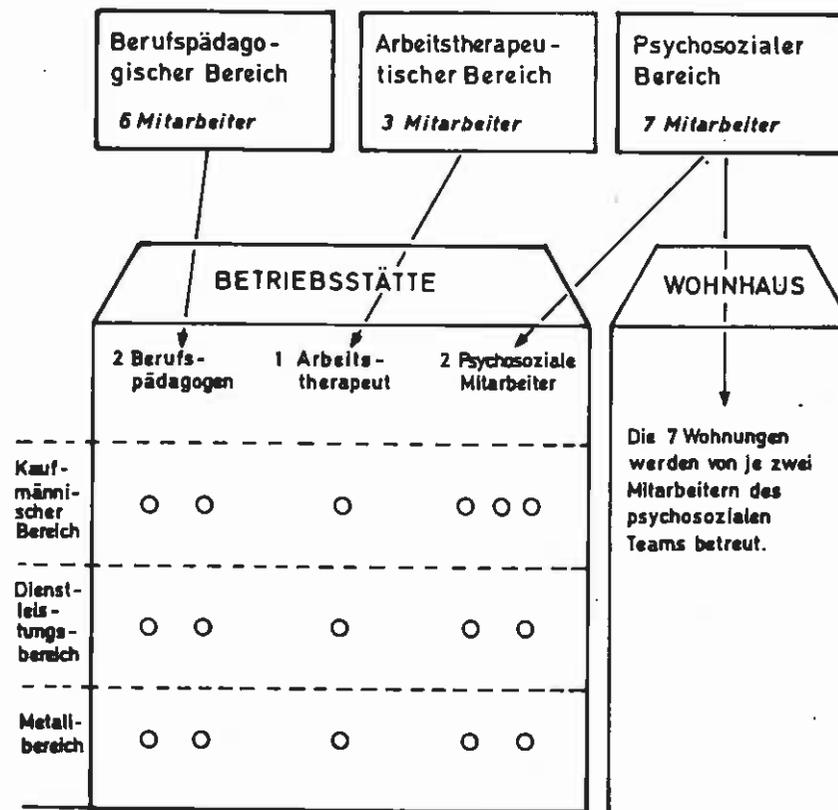
Die *Betriebsstätte* mit insgesamt 50 Plätzen liegt in einem Gewerbegebiet. Es freut mich, daß sie zwischen den anderen Betrieben kaum auffällt. Die Teilnehmer gehen wie andere auch morgens zur Arbeit. Das Milieu ist realistisch. In den drei Arbeitsbereichen wird am Anfang 4, später bis zu 7 Stunden täglich praktisch gearbeitet. Dies geschieht an Hand von trainierenden Übungsarbeiten für den Anfang und an Hand realistischer Auftragsarbeiten für den weiteren Verlauf. Einmal in der Woche findet ein theoretischer Unterricht statt. Die Gestaltung der berufsfachlichen Arbeitsvorgänge liegt vor allem in den Händen der Berufspädagogen.

Zur praktischen Arbeit kommen tägliche Arbeitsgespräche mit den Arbeitstherapeuten hinzu. Die tägliche Arbeitsplanung in der ersten Zeit während der 4—8wöchigen Eingangsphase, die Reflexion des Arbeitsverhaltens, das Erstellen der Arbeitsanamnese sind wichtige Elemente des Trainings.

Zum Tages- und Wochenprogramm gehören auch Einzel- und Gruppengespräche, die die psychosozialen Mitarbeiter führen. Dabei geht es um problemorientierte Gespräche bei persönlichen Konflikten, Familienproblemen und zwischenmenschlichen Problemen im Zentrum. Lebenspraktische Schwierigkeiten beim Wohnen gehören ebenfalls dazu.

Die mehr diagnostisch und erprobend ausgerichtete Eingangsphase wird durch eine Rehabilitationskonferenz mit dem Teilnehmer und den zuständigen

ZUSTÄNDIGKEITEN DES FACHPERSONALS IM BTZ



Erläuterungen

1. Je Trainingsbereich (15—20 Plätze) gibt es ein interdisziplinäres Team, bestehend aus 2 Berufspädagogen, 1 Arbeitstherapeuten, 2 psychosozialen Mitarbeitern.
2. Die Mitarbeiter einer Fachrichtung bilden einen Fachbereich
3. Das psychosoziale Team hat darüber hinaus die Betreuung des Wohnhauses inne.

Mitarbeitern beendet. Dort berichtet der Teilnehmer über seine berufliche Vergangenheit, die Erfahrungen der Eingangsphase werden von allen erörtert, und die Schritte für die nächsten Wochen und Monate werden individuell festgelegt.

In jedem der drei Berufsfelder lassen sich die Aufgaben der fünf Mitarbeiter, die für jeweils 15—20 Teilnehmer zuständig sind, so beschreiben:

- 1 Arbeitstherapeut ist vor allem für die 4—8wöchige Eingangsphase zuständig, für ihre langsame Stufung im instrumentellen, vor allem aber auch im sozio-emotionalen kommunikativen Bereich. Der AT bezieht alle täglich auftretenden Arbeitsprobleme voll in die Arbeit ein.
- 2 Berufsfachleute mit pädagogischer Erfahrung sind vor allem für die Trainingsphase nach 4—8 Wochen zuständig und gestalten die berufsfachlichen Anforderungen.
- 2 Psychosoziale Mitarbeiter (Psychologen, Sozialarbeiter, Krankenschwester) sind als therapeutische Bezugsperson die gesamte Zeit zuständig für die privaten Belange des Wohnens, der Familie, der Partnerschaft und des sozialen Umfeldes.

Gemeinsam ist dieses Team in jedem Berufsfeld für folgendes verantwortlich:

1. Die Auswahl der Teilnehmer durch ein oder mehrere sorgfältig geführte Aufnahme- bzw. Informationsgespräche.
2. Für die Planung und Gestaltung der individuellen Förderprogramme wie sie oben skizziert wurden.
3. Für die Vorbereitung und Durchführung der Reha-Konferenz, der Betriebspraktika im letzten Drittel des Trainings, für die Vorbereitung auf eine Arbeitsstelle oder Ausbildungsstätte.
4. Für die Vorbereitung auf eine Wohnmöglichkeit.
5. Für die Nachbetreuung im beruflichen und psychosozialen Bereich. Diese gestaltet sich freiwillig, weil das Arbeitsamt dafür kein Personal vorsieht, und individuell verschieden je nach Teilnehmer. Auch Kontakte zu Therapeuten und betreuende Stellen sind hierbei notwendig.

Diese sehr weitreichenden Aufgaben jedes der drei Teams des Zentrums werden durch wöchentliche Teamsitzungen koordiniert. Sie dienen auch dazu, die Mitarbeiter zu unterstützen bei den oft belastenden Problemen.

Das *Wohnhaus* liegt 10 min. von der Betriebsstätte entfernt in einem Wohngebiet. Es bietet 39 Plätze in 7 Wohnungen. 11 Teiln. pendeln täglich von zu Hause. Die 7 Wohnungen des Hauses haben vorwiegend Einzelzimmer, jeweils Küche, Wohnzimmer, Bad gemeinsam. Zwei psychosoziale Mitarbeiter sind jeweils für eine Wohnung zuständig und halten einmal wöchentlich eine Besprechung über organisatorische und zwischenmenschliche Probleme der Teilnehmer. Das Wohnhaus ist also weitgehend auf die gegenseitige Hilfe der Teilnehmer gerichtet, die sich auch Frühstück und Abendessen selbst machen. Trotz anfänglicher Bauchschmerzen der Mitarbeiter hat sich dieses freizügige Konzept bewährt. Es ermöglicht den Teilnehmern im privaten Bereich neue Erfahrungen zu machen, die zu Hause, in Kliniken oder Wohnheimen unmöglich sind.

Einige *Zahlen* sollen die Beschreibung des Zentrums abrunden. Sie sind aus einer Nachuntersuchung im Herbst 1983, nach fast vierjährigem Bestehen gewonnen:

In diesem Zeitraum haben 163 Teilnehmer das Training des BTZ durchlaufen. Bei der Befragung konnten Daten von 126 Teilnehmern ausgewertet werden. Davon waren

Ca. 60% Männer, 40% Frauen

Der Altersschwerpunkt lag bei 20—30 Jahren, ein 2. Schwerpunkt bei 30—40 Jahren.

Etwas mehr als 50 % psychisch, der Rest neurotisch und psychosomatisch gestört.

40 % waren vorher dreimal und häufiger in psychiatrischen Krankenhäusern.

Die meisten davon mit Verweildauern von einem Jahr oder länger.

17 % waren zweimal,

22 % waren einmal,

21 % noch nicht in stationärer Behandlung gewesen.

Das heißt, daß 40 % als ehemals Langzeitkranke definiert werden können. Allerdings waren nur zwei darunter, die 10 Jahre im Landeskrankenhaus gewesen waren. Bei einer Trainingsdauer von 9—12 Monaten kann das BTZ diesen Menschen nicht gerecht werden. Die Grenze liegt etwa bei bis zu fünf Jahren Hospitalisierung. (In Klammern sei vermerkt, daß gerade diese beiden Teilnehmer auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten.)

Die Hälfte aller Teilnehmer war 12 Monate im BTZ. Davon durchlief etwas mehr als ein Drittel das Training im kaufmännischen Bereich, ein Drittel im Metallbereich und etwas unter einem Drittel im Dienstleistungsbereich.

Sicherlich sind für Sie die folgenden Zahlen am wichtigsten:

87 % der Teilnehmer waren im Anschluß entweder berufstätig auf dem allgemeinen oder besonderen Arbeitsmarkt, in Ausbildung oder als vermittelbar und arbeitssuchend registriert. Diese Gesamtzahl schlüsselt sich auf in

39 % auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt berufstätig

10 % in Ausbildung

8 % auf dem besonderen Arbeitsmarkt (WfB)

2 % als Hausfrauen tätig

28 % als Arbeitssuchende registriert

13 % der Teilnehmer waren arbeitsunfähig krank oder Rentner.

Am meisten bedrückten uns die 28 % Arbeitssuchenden, die zur Zeit der Vollbeschäftigung sicherlich Arbeit gefunden hätten. Durch diese Gruppe entstand eine starke Motivation unter BTZ-Mitarbeitern, Vertretern der Kirche und Wirtschaft, im Nachbarort den Verein INTEGRA e. V. zu gründen als Träger für einen Metallbetrieb „Walldorfer Industrie Service“, der seit Januar 1984 arbeitet und zunächst acht, später bis zu zwanzig Arbeitsplätze für ehemalige BTZ-Teilnehmer bereit stellen soll.

Aus meiner Sicht war dieser äußerst schwierigen aber interessante Schritt zur Gründung der Selbsthilfefirma notwendig, um der gesamten Arbeit des BTZ weiterhin einen Sinn zu geben.

Erkenntnisse und Schwachstellen

Nach dieser Beschreibung des Zentrums möchte ich einige, nicht immer erfreuliche Erkenntnisse mitteilen über Faktoren, die ich bei ähnlichen Unternehmungen nicht mehr gerne in Kauf nehmen oder anders beurteilen und behandeln würde:

1. Wir haben uns über die lange Belegungs-Anlaufzeit oft den Kopf zerbrochen, die Träger waren darüber irritiert. Inzwischen ist mir klar, daß solch ein neuartiges Zentrum mindestens 2—3 Jahre braucht, bis die überweisenden Stellen wissen, welche Patienten sie schicken können. Diese Anfangsschwierigkeiten, die übrigens auch Tageskliniken und Übergangswohnheime haben, darf man keinesfalls mit mangelndem Bedarf verwechseln.
2. Wir wollten das BTZ klein und überschaubar halten, was vor allem für die stärkste Gruppe der psychotisch Gestörten wichtig ist. Deshalb sahen wir nur drei Berufsfelder vor mit dem Nachteil, daß sich für diese speziellen Berufsangehörigen das Einzugsgebiet nicht auf 1 Std. wie geplant, sondern auf 2 Std. ausweitete. Im ursprünglich sehr gemeindenah angelegten Bereich konnten wir nicht genügend Teilnehmer finden. Für jeden, der ein berufliches Angebot im Rahmen der Rehabilitation aufbaut, sind in diesem Zusammenhang wichtige Vorüberlegungen notwendig, ohne daß ich hier eine schlüssige Antwort geben könnte.
3. Ich würde heute viel stärker als vor Jahren versuchen, die Vorbedingungen von drei Jahren Berufstätigkeit oder abgeschlossener Ausbildung mit der Arbeitsverwaltung zu verhandeln. Es ist dem BTZ bis heute eine bittere Pille, daß sie Patienten, die weniger Arbeitsgeschichte vorweisen können und das Training notwendig hätten, nicht nehmen können.
4. Zuletzt ein Punkt der Ratlosigkeit: Das BTZ hat sich in die gleiche Stadt wie das PLK begeben, und es ist dennoch nicht gelungen, überwiegend von dort Teilnehmer zu bekommen. Fachleute sind sich sicher, daß genügend der fast 4000 Patienten, die jährlich dort aufgenommen werden, für das BTZ infrage kämen. Auch war unsere Zusammenarbeit schon vor der Existenz des Zentrums gut. Die Funktionsträger wollten das Zentrum, und wir hatten immer ihre Unterstützung. Trotzdem konnten wir nur $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{3}$ der Teilnehmer vom PLK bekommen. Ich muß sagen, daß mein Respekt vor der eisernen Beharrlichkeit solch einer Großinstitution noch größer geworden ist und mir die gemeinsam möglichen Wege der Rehabilitation keineswegs gelöst zu sein scheinen.

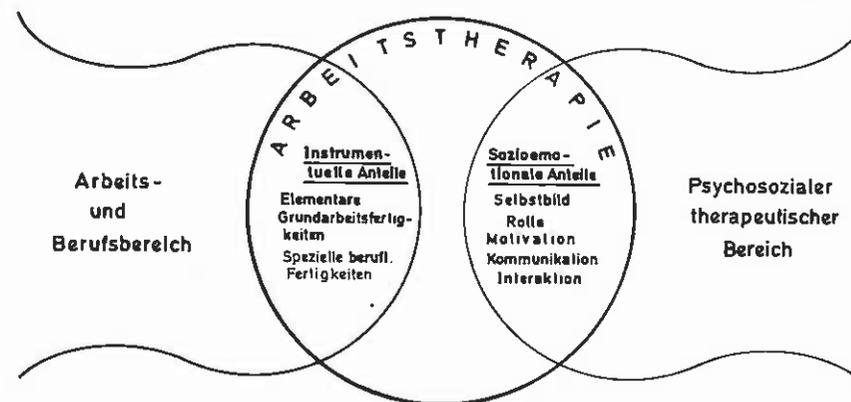
Hoffnungen und Ermutigung

Nach dieser Beleuchtung der Schwachstellen möchte ich endlich zu jenen Faktoren im BTZ kommen, die mich sehr zufrieden machen, manchmal sogar

begeistern und die ich Ihnen für ähnliche Angebote an Ihrem Arbeitsort wünsche; denn ich bin der Meinung, jedes Bundesland sollte mindestens ein BTZ haben:

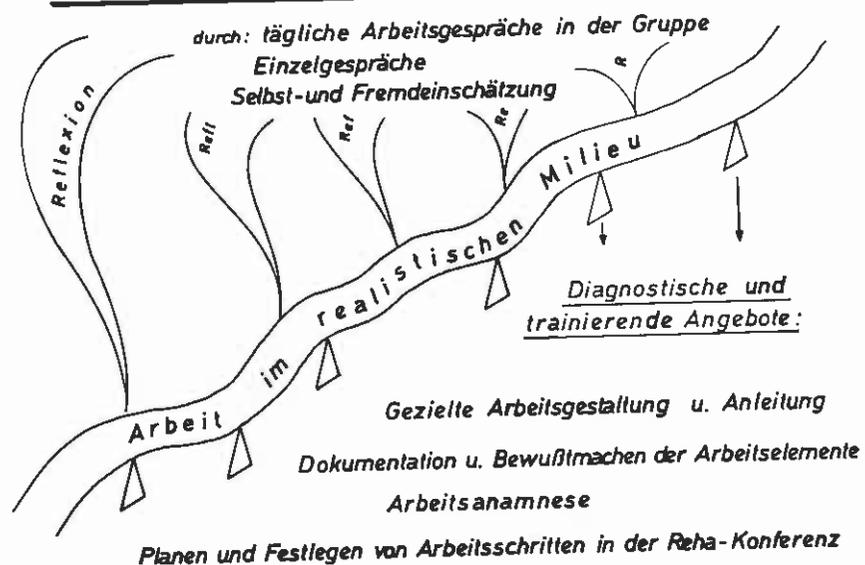
1. Die interdisziplinäre Teamarbeit steht nicht wie meistens in rehabilitativen Einrichtungen auf einem beruflichen und einem therapeutischen Bein, sondern auf drei Beinen: Einem berufsfachlichem, einem arbeitstherapeutischen und einem psychosozialen Bein. Diese Struktur verhindert Polarisierung zwischen Arbeit und Therapie, ermöglicht stattdessen verschiedenartige Variationen, die für den Rehabilitationsprozeß und das Wachstum der Betroffenen förderlich sind. Der Arbeitstherapeut steht zwar manchmal im Kreuzfeuer zwischen hartem Beruf und weicher Therapie, ist aber für den Teilnehmer ein guter Begleiter auf dem mühsamen Weg vom Patientsein zum Arbeiterwerden.

STANDORT DER ARBEITSTHERAPIE



2. Die klaren Strukturen, die wir versucht haben zu schaffen, sind vor allem für die größte Gruppe der ehemals Psychosekranken heilsam im Sinne von Ciompi's Ausführungen (Nervenarzt 52: 506—515, 1981). Zu diesen transparenten, orientierenden Strukturen rechne ich
 - die Trennung der Häuser und damit Trennung der privaten und Berufsrolle
 - die klar zu identifizierenden Berufsfelder und das Aufbauen auf früheren Berufserfahrungen (Umschulung nur in Ausnahmefällen)
 - die Einteilung in Eingangs- und Trainingsphase und die Stufung nach individuellen Gesichtspunkten
 - die klar definierten Rollen der Mitarbeiter. Dazu gehört vor allem die Trennung von therapeutischer und beruflicher Rolle zwischen Arbeitstherapeuten und Berufspädagogen.

DIE WIRKUNG DER ARBEITSTHERAPEUTISCHEN ANGBOTE



3. Sie werden sich nicht wundern, wenn ich Sie als Arbeitstherapeutin zu der Art und Weise ermutigen möchte, vielleicht sogar begeistern möchte, wie das BTZ Arbeit als therapeutisch-pädagogischen Prozeß gestaltet ohne seinen Realitätsbezug zu verlieren: Als einen Dialog zwischen konkreter, berufsfachlicher Arbeit und entsprechendem Arbeitsmilieu — und der Reflexion über dieses Tun. Die Reflexion hat ihren festen Platz in den täglichen Arbeitsgesprächen, die sorgfältig geführt werden und die Wahrnehmung der Teilnehmer über ihr Arbeitsverhalten schärft. Durch die stattfindende Selbst- und Fremdeinschätzung vor allem der sozio-emotionalen Anteile der Arbeit kann ein heilsamer Einfluß auf die konkrete Arbeit ausgehen. Ich plädiere also weder für das einseitige Handeln noch für das einseitige Sprechen und Reflektieren. Die Mischung und der bewußte Dialog zwischen beidem macht den Kern therapeutisch-pädagogischen Vorgehens aus.
4. Eine der wichtigsten Erfahrungen, die für mich Rehabilitationsarbeit wesentlich verfeinert, ist die Arbeit mit der Familie. Mein Blickfeld hat sich erweitert, seit berufliche Rehabilitation eng verzahnt mit den Erfahrungen und Einstellungen der Familie stattfindet. Seither sind auch manche Ziele bescheidener geworden. Berufliches Fortkommen bei psychotisch Erkrankten, die noch in erwachsenem Alter bei den Eltern leben, kann für diese auch eine Bedrohung ihres inzwischen gewohnten Familiengefüges werden. Wir gehen in unserer systemisch angelegten Familienarbeit, bei der der BTZ-Teilnehmer immer mit dabei ist, ab und zu so weit, die Gegenposition zum Ziel des Zentrums einzunehmen. Das heißt, daß die psychosozialen Mitarbeiter, die mit

der Familie sprechen, vor beruflichem Fortkommen warnen, um Familienkrisen und weiteren psychotischen Erkrankungen vorzubeugen. Ich kann mir heute keine berufliche Rehabilitation ohne Einbeziehung der Familie vorstellen.

5. Ich möchte mit eigenen Überlegungen zur Rolle der Teilnehmer abschließen und damit im Sinne des englischen Sozialpsychiaters Douglas Bennett und seinem sehr lesenswerten neuen Buch („Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation“, Verlag John Wiley & Sons, Chichester, 1983) dazu ermuntern, bei der psychiatrischen Rehabilitation immer mehr auf die Ausübung sozialer Rollen zu achten als auf instrumentell technische Vorgänge.

Das BTZ bietet dem ehemals psychisch Kranken eine Rolle, die jeder von uns gerne hat, manche hier im Augenblick einnehmen: die Rolle eines Menschen, der sich fortbildet, offiziell im beruflichen, wie jeder von uns weiß aber auch im persönlichen Bereich. Was mich an dieser Rolle überzeugt, ist die Mischung aus Arbeitsrolle mit festgelegten Rahmenbedingungen, an der sich der Teilnehmer des BTZ halten muß, und der gleichzeitigen Mitbestimmung des Geschehens. Dies äußert sich beim ersten Informationsgespräch mit dem Teilnehmer, dies äußert sich bei den Familiengesprächen mit dem Teilnehmer oder bei den Reha-Konferenzen, wo der Teilnehmer durch seine Anwesenheit Einfluß ausübt auf die nächsten Schritte. Auch die Übernahme verantwortlicher Tätigkeiten wie z. B. der Lebensmittelverkauf im Kiosk oder die selbständige Produktion eines Metallauftrags oder das Praktikum in der Telephonzentrale des BTZ, unterstreichen diese Rolle.

Jeder von uns kennt die gute Wirkung einer Besinnungspause, die wir genießen auf einer Fortbildung. Für viele der BTZ-Teilnehmer erscheint mir die Zeit ebenfalls als Zeit der Besinnung. Sie können nach ihren individuellen Kräften arbeiten, sie können in einer Gemeinschaft wohnen, in der sie Freunde und Partnerschaft finden, oft weit über die BTZ-Zeit hinaus. Sie können in dieser Gemeinschaft mit Hilfe anderer Verhalten erproben und Weichen stellen für zukünftiges Wohnen und Arbeiten. Sie können dies tun, ohne Patient sein zu müssen und ohne schon die volle Verantwortung des Arbeiters zu haben. Trotz aller Zwänge, die auch diese Institution aufweist, versuchen die Teilnehmer dort — um mit dem Liedermacher Biermann zu schließen — „mehr Leben ins Leben zu kriegen“. Die Hoffnung ist, daß einiges von diesem Mehr an Leben erhalten bleibt.

Arbeitsangebote für psychisch Kranke: Formen der Therapie — Möglichkeiten für ein menschlicheres Leben*)

I. Steinhart

Bei Diskussionen über Arbeitsangebote für psychisch Kranke steht zumeist der Gesichtspunkt einer beruflichen Rehabilitation im Vordergrund. Während Hilfsmöglichkeiten und Bemühungen zur Eingliederung bzw. Wiedereingliederung psychisch Kranker in den allgemeinen Arbeitsmarkt in den vorangegangenen Beiträgen detailliert beschrieben sind, sollen nun zwei andere Aspekte — die Nutzung der Arbeitsangebote als Formen der Therapie sowie deren Beitrag zu einem menschlicheren Leben — im Vordergrund der Überlegungen stehen. Hierzu wurden zwei Thesen formuliert, die im Grunde so getrennt voneinander nicht betrachtet werden können:

1. Arbeitsangebote können therapeutische Angebote sein und somit andere institutionelle Therapieangebote ergänzen oder ersetzen.
2. Arbeitsangebote können entscheidend zu einem menschlicheren Leben für psychisch Kranke beitragen.

Diese Thesen sind — im Kontext aller komplementären Einrichtungen gesehen — sicherlich nicht spezifisch für die Arbeitsangebote, sondern besitzen auch für die (betreuten) Wohnformen ihre Gültigkeit. So existieren therapeutische Wohngemeinschaften, die von ihrem Selbstverständnis und ihrem Personalschlüssel her auf eine Substitution stationärer Behandlung abzielen und somit — auch zeitlich sehr begrenzte — therapeutische Angebote für Krisenzeiten darstellen. Ebenso müssen wir davon ausgehen, daß die in anderen Referaten angesprochenen Dauerformen beschützten Wohnens einen Beitrag zu einem menschlicheren und normaleren Leben für den betroffenen Personenkreis bieten, vor allem in Anbetracht anderer verfügbarer Alternativen, wie z. B. der Reha-Station in einem Landeskrankenhaus.

Zurückgreifend auf die überwiegend positiven Erfahrungen in unserer Arbeitstherapeutischen Werkstatt in Berlin sowie die Ergebnisse unserer Begleitforschung stellt sich die Frage, warum nicht Arbeitsangebote ebenso wie Wohnformen zur Krisenintervention und Behandlung dienen können (These 1). Daher soll zunächst diese Arbeitstherapeutische Werkstatt kurz beschrieben und das Ergebnis eines Rückblicks auf den Dreijahreszeitraum 1978—1981 mit einigen Zahlen erläutert werden.

Die Arbeitstherapeutische Werkstatt ist Bestandteil des gemeindenahen, sektorbezogenen, psychiatrischen Versorgungssystems der Abteilung für Sozialpsychiatrie (FU Berlin), die zur Zeit vor allem schizophrene Patienten mit einer zumeist längeren „Psychiatrie-Karriere“ unter Wahrung der Behand-

*) Ohne die vielen vorangegangenen Diskussionen mit meinem Kollegen Dieter Stahlkopf wäre die Abfassung dieses Beitrages nicht möglich gewesen. Ihm gilt mein besonderer Dank!

lungs- und Betreuungskontinuität behandelt. Dabei wird im allgemeinen von der Notwendigkeit einer langfristigen, ja zum Teil lebenslangen Betreuung dieser Patientengruppe ausgegangen. Das Behandlungsangebot der Abteilung besteht zur Zeit aus einer Tagesklinik, einer Nachtklinik, der Arbeitstherapeutischen Werkstatt, mehreren Wohngemeinschaften, einem Club, ambulanten Patienten- und Angehörigengruppen sowie einer poliklinischen Ambulanz. Die Arbeitstherapeutische Werkstatt ist somit kein isoliertes Angebot für psychisch Kranke, sondern arbeitet eng mit den anderen genannten therapeutischen Institutionen im Versorgungsnetz zusammen.

Die Arbeitstherapeutische Werkstatt bietet als Offsetdruckerei 15 psychisch Kranken (Arbeits-)Plätze unterschiedlicher Art an. Auf dem freien Arbeitsmarkt akquirierte Auftragsarbeiten werden von den ersten Kundengesprächen und der Bestellung über den Fotosatz, die Montage, die Druckplattenerstellung und den Druck bis hin zu Versand, Auslieferung und dem Rechnungswesen durchgeführt. Die Arbeitszeit beträgt 29,5 Stunden in der Woche. Neben einer kurzen morgendlichen Arbeitsbesprechung für den Tag findet einmal pro Woche eine Besprechung aller Werkstattmitarbeiter statt. Die geschäftliche Seite wird über einen Hilfsverein abgewickelt. Der jährliche Umsatz beträgt etwa 120 000 DM, wovon die Hälfte zur Bezahlung eines therapeutischen Mitarbeiters (Sozialarbeiter) sowie für die Anwesenheits- und Leistungsprämien der psychisch kranken Mitarbeiter verwandt wird. Der übrige Teil der Mittel dient zur Finanzierung von Material und sonstigen Kosten. Die Räume und Maschinen sowie der zweite therapeutische Mitarbeiter und Werkstattleiter (Repro-Fotograf) werden durch die Freie Universität Berlin zur Verfügung gestellt und bezahlt.

Aus den o. g. Zahlen ergibt sich, daß die monatliche Auszahlung von Anwesenheits- und Leistungsprämien in Höhe von insgesamt 1000,— bis 2000,— DM (in Abhängigkeit vom Umsatz) — für jeden der 15 psychisch kranken Mitarbeiter etwa 70,— bis 140,— DM — nur einem Taschengeld gleichkommt. Sie bestreiten ihren Lebensunterhalt aus Mitteln wie Krankengeld, Rente oder Sozialhilfe, die nicht über die Arbeit in der Werkstatt erwirtschaftet wurden. Die Kombination einer großen Zahl schwer psychisch kranker Mitarbeiter mit der vorhandenen Größe und Kapazität des Betriebes sowie die Finanzierung eines therapeutischen Mitarbeiters aus den Mitteln der Werkstatt lassen zur Zeit eine Entlohnung, die für den einzelnen psychisch Kranken ein unabhängiges Leben ermöglichen würde, nicht zu.

Historisch gesehen hat sich diese Werkstatt im Jahre 1978 aus der Arbeitstherapie unserer Tagesklinik entwickelt. Nachdem insbesondere durch die veränderte Situation auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt die Hilfsmöglichkeiten bei der Vermittlung eines geeigneten Arbeitsplatzes immer schwieriger geworden waren, haben wir die Druckerei mit ganz spezifischen Gesichtspunkten und Hoffnungen eröffnet:

1. Wir wollten zuverlässigere Aussagen über die Arbeitsfähigkeit der Patienten erhalten. Speziellere Aussagen über Fähigkeiten und Defizite sollten eine

Abb. 1: Unterschiedliche Funktionen der Arbeitstherapeutischen Werkstatt

	Funktion	Ziele	Patienten	Zeit	Bedeutung der Arbeitstätigkeit u. d. Arbeitsleistung
Behinderter-werkstatt	Beschütztes Arbeiten	Langfristige Arbeit in der Werkstatt; keine über die Arbeit in der Werkstatt hinausgehenden Ziele	Eingeschränkt arbeitsfähige Patienten	Längerer unbegrenzter Zeitraum	Patient hat Rolle des „Werkstätigen“. Eingeschränkte Leistungsanforderung
Tagesstätte	Angebot einer Tagesstruktur	Aufenthalt in der Werkstatt zur Stützung des Patienten und Entlastung des Umfeldes; keine über die Arbeit in der Werkstatt hinausgehenden Ziele	Nicht arbeitsfähige Patienten, die tagsüber den festen Rahmen der Werkstatt als Aufenthaltsort und/oder Freizeitangebot brauchen	Unbegrenzter Zeitraum	Arbeitstätigkeit spielt keine Rolle. Keine Leistungsanforderung
Arbeitstherapeutische Werkstatt	Berufsspezifische Vorbereitung einer Arbeitsaufnahme auf dem freien Arbeitsmarkt	Training der Belastbarkeit; Verbesserung des Konzentrationvermögens, der Durchhaltefähigkeit und des Sozialverhaltens. Wiedereingliederung in das Berufsleben	In absehbarer Zeit arbeitsfähige Patienten	Begrenzter Zeitraum	Arbeitstätigkeit hat Übungs- und Trainingsfunktion. Leistungsanforderung
Arbeitstherapeutische Werkstatt	Arbeits-erprobung	Feststellung der realen Möglichkeiten des Patienten; Gelegenheit zur realistischen Selbsteinschätzung des Patienten	Patienten, bei denen diagnostisch unklar ist, welche Arbeitsleistung sie erbringen können	Kurzer, begrenzter Zeitraum	Arbeitstätigkeit haben diagnostische (Test-) Funktion. Leistungsanforderung
Tagesklinik	Soziotherapeutische Behandlung im Sinne einer Tagesklinik	Krisenintervention; Aktivierung; Strukturierung des Tagesablaufs; Verbesserung der sozialen Kompetenz; (Wieder)eingliederung in das „Alltagsleben“	1. Patienten und Mitarbeiter der Tagesklinik durch die Art ihrer Störung überfordernde Patienten 2. Vom Tagesklinikprogramm überforderte Patienten 3. Patienten, für die das TK-Programm aus anderen Gründen ungeeignet ist 4. Patienten aus der Nachklinik, die eigentlich eine (vorübergehende) TK-Behandlung brauchen	(Kurzer) begrenzter Zeitraum	Arbeitstätigkeit hat therapeutische Funktion. Leistungsanforderungen können gestellt werden

gezielte Vermittlung ermöglichen. Fehlschläge sollten nach Möglichkeit vermieden werden.

- In der Werkstatt sollten psychisch Kranken Hilfen angeboten werden, sich auf eine Arbeitsaufnahme auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Sinne von Training und Belastungserprobung vorzubereiten.
- Wir wollten nach sinnvollen Alternativen für die berufliche Rehabilitation psychisch Kranker und nach neuen Formen beschützter Dauerarbeitsplätze suchen.

Alle drei genannten Punkte beinhalten den Wunsch nach einer Verbesserung der beruflichen Rehabilitation (Training, Erprobung und Vermittlung) bzw. nach dem Aufbau einer Alternative zur beschützten Werkstatt (WfB). Nach drei Jahren haben wir uns in einer Rückschau gefragt, wie sich unsere Werkstatt tatsächlich entwickelt hat. Welche Fragen, Zielvorstellungen und Indikationen haben die Aufnahmen psychisch kranker Mitarbeiter in die Werkstatt bestimmt? In unserer Analyse unterschieden wir zunächst fünf Funktionen, die die Arbeitstherapeutische Werkstatt nach unseren praktischen Erfahrungen im Zeitraum 1978—1981 für Ihre psychisch kranken Mitarbeiter übernommen hat: Beschütztes Arbeiten, Tagesstrukturierung, Arbeitstraining, Arbeitserprobung, Soziotherapie im Sinne einer Tagesklinik. Diese recht unterschiedlichen Funktionen, die im allgemeinen von räumlich getrennten Einzelinstitutionen übernommen werden, haben wir anhand einiger Kategorien zu beschreiben versucht und das in Abbildung 1 dargestellte Schema entwickelt. Die gewählten Beschreibungsmerkmale — mit der Arbeit in der Werkstatt verbundene Ziele, Patienten, zeitliche Perspektiven, Bedeutung von Arbeitstätigkeit und -leistung — hielten wir zur inhaltlichen Differenzierung der Funktionen für entscheidend und zur Gruppierung der Aufnahmen aus dem Untersuchungszeitraum für ausreichend. Für die Zuordnung der Patienten wurden die Bezugstherapeuten und der Werkstattleiter befragt sowie die entsprechenden Einträge in den Krankengeschichten der Abteilung analysiert. In Zweifelsfällen wälzten wir die alten Teambücher nach den Entscheidungen, die damals zur Aufnahme in die Werkstatt geführt haben. Quantitative Analysen in unserer Begleitforschung konnten die Validität der Kategorien und die Zuverlässigkeit unserer retrospektiven Zuordnung zu den einzelnen Funktionen zusätzlich bestätigen.

Die Gruppierung aller 116 Aufnahmen aus dem Dreijahreszeitraum (1978—1981) hinsichtlich der für jeden einzelnen psychisch Kranken bei seiner Aufnahme in die Werkstatt intendierten Funktionen zeigte ein überraschendes Ergebnis (Abb. 2): Die Funktion einer soziotherapeutischen Behandlung im Sinne einer Tagesklinik steht mit 45 % deutlich an der Spitze, während die ursprünglich intendierten Angebote Arbeitstraining, -erprobung, beschütztes Arbeiten deutlich abfallen. Dies hat uns in unserer Auffassung gestärkt, daß wir das Arbeitsangebot „Offsetdruckerei“ weit anders als geplant genutzt hatten. Die Bewertung einer solchen Verschlebung fällt sicherlich schwer, zumal wenig objektive Erfolgskriterien zur Verfügung stehen. Aus der Sicht einer auf Produktivität und Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Institution ist die beschriebene Tendenz sicherlich als sehr gefährlich anzusehen, zumal diese Patienten-

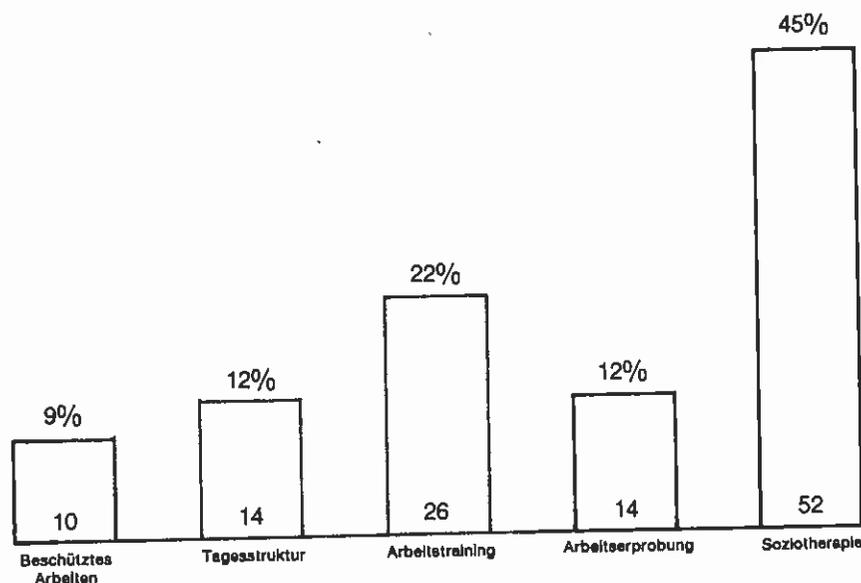


Abb. 2: Funktion der Arbeitstherapeutischen Werkstatt (116 Aufnahmen 1978—1981)

gruppe im allgemeinen gestörter und weniger leistungsfähig ist. Das finanzielle Risiko wird somit schwerer kalkulierbar. Aus der Sicht der Patienten betrachtet, sind die Erfahrungen und Einschätzungen dagegen überwiegend positiv. Wir glauben, daß bei einer Vielzahl von Patienten, die die Werkstatt im Sinne einer soziotherapeutischen Behandlung besucht haben, über die Teilnahme am Produktionsprozeß und den Aufenthalt in der Werkstatt an sich eine Stabilisierung erreicht werden konnte.

In Anbetracht dieser Ergebnisse haben wir nach Hintergründen gesucht und mögliche Erklärungsansätze formuliert, die sicher auch für andere Arbeitsangebote gelten könnten:

1. Die verstärkte Nutzung der Werkstatt als Behandlungsinstrument — insbesondere als Alternative zur Tagesklinik — ist sicher durch die Einbettung in das Gesamtversorgungssystem bedingt, das in jedem Fall eine ausreichende medizinische, psychologische und soziale Betreuung sicherstellt. Darüber hinaus setzt sich die Zahl der Aufnahmen mit dem Ziel einer soziotherapeutischen Behandlung überwiegend aus Wiederaufnahmen zusammen; die psychisch Kranken kannten also die Werkstatt von früheren Aufenthalten.
2. Für die Werkstatt sehen wir im Vergleich zur Behandlung in unserer Tagesklinik u. a. folgende Vorteile:
 1. Die Aufnahme in eine Werkstatt ist für viele psychisch Kranke leichter zu akzeptieren als die Behandlung in einer Klinik, und sei es in einer Tagesklinik.

2. Der kleine Betrieb mit 15 psychisch kranken und zwei therapeutischen Mitarbeitern ist übersichtlicher, einfacher und eindeutiger strukturiert als die Tagesklinik mit ihrem differenzierten Programmangebot. Die Hierarchiefrage ist durch einen eindeutig definierten Werkstattleiter klar gelöst.
3. Nähe und Distanz sind für den psychisch Kranken leichter zu kontrollieren und zu dosieren als in der Tagesklinik, wo durch die verpflichtende Teilnahme an den Gruppenaktivitäten ein gewisses Ausmaß an Nähe bereits zwangsläufig hergestellt wird.
4. Die Arbeitsbelastungen für den einzelnen psychisch Kranken sind leichter abzustufen und seinen jeweiligen Bedürfnissen anzupassen als in einer Programmtagesklinik.
5. Die Arbeit und der gesamte Tagesablauf sind weit weniger auf verbale Interaktionen ausgerichtet als in anderen therapeutischen Einrichtungen.
6. Die Interaktionen zwischen therapeutischen und psychisch kranken Mitarbeitern sind arbeitsorientiert und nicht krankheitsbezogen. Durch sachbezogene Arbeitsanweisungen wird ein quasi-normales und kein therapeutisches Milieu erzeugt. Dies scheint für eine bestimmte Patientengruppe die bessere und akzeptablere Möglichkeit zur Stabilisierung und Behandlung zu sein.
7. Die Arbeit selbst hat — eingebettet in das Gesamtgefüge der Arbeitstherapeutischen Werkstatt — einen stärkeren Aufforderungscharakter als die Teilnahme an therapeutischen Programmen in der Tagesklinik.

3. Auch im Hinblick auf eigene Erfahrungen aus den verschiedensten Situationen glauben wir, daß Arbeit durchaus stabilisierend wirken kann und nicht zwangsläufig einen destabilisierenden Effekt haben muß. Der (fast) normale Umgang in unserem Druckereibetrieb — allerdings unter therapeutischer Leitung — bietet dem psychoseerkrankten Patienten offenbar genügend Rückhalt, wieder in die Realität zurückzufinden. Wichtig ist dabei allerdings, daß das psychische Ungleichgewicht durch die Teilnahme am Produktionsprozeß nicht vergrößert, sondern durch die Arbeitssituation, die Art der Arbeit und den sozialen Umgang gemildert wird. Die Nutzung von Arbeitsangeboten im Sinne eines therapeutischen Instrumentes scheint uns also nur dann sinnvoll zu sein, wenn dadurch die „pathogene“, die destabilisierende Situation also, nicht verstärkt oder wiederholt wird und gleichzeitig soviel Normalität wie möglich durch die Teilnahme am Arbeitsprozeß erhalten bleibt. Somit ist die Arbeit als eine Form von Tätigkeit — im Gegensatz z. B. zu Tätigkeiten im kreativen künstlerischen Bereich — eine Möglichkeit, Krisensituationen zu überwinden, und trägt wesentlich zur Aktivierung, zur Strukturierung des Tages und Verbesserung sozialer und interaktioneller Kompetenzen bei.

Als Ergebnis unserer Analyse bleibt also festzuhalten, daß Arbeitsangebote ebenso wie beschützte Wohnformen durchaus einen Beitrag zur Therapie und Behandlung psychisch Kranker leisten und für eine bestimmte Klientel Aufnahmen in stationäre oder teilstationäre Einrichtungen ersetzen können.

Während sich diese Ausführungen auf eine im allgemeinen zeitlich befristete Nutzung von Arbeitsangeboten zu therapeutischen Zwecken beziehen, zielt die zweite These eher auf Arbeitsangebote im Sinne längerfristiger bzw. zeitlich unbegrenzter Angebote, die zu einem menschlicheren Leben für psychisch Kranke, zu mehr Lebensqualität also, beitragen können. Dieser Aspekt ist besonders bedeutsam, da auch heutzutage — in einer Zeit der Verknappung der Arbeitsplätze — Lebensqualität, Sozialprestige und Selbstwertgefühl deutlich mit den Begriffen Arbeit, Arbeitsmöglichkeiten, Arbeitsfähigkeit und Arbeitsangeboten gekoppelt sind. Dagegen scheint, einhergehend mit dem Konjunkturtief, in der Psychiatrie in den vergangenen Jahren eine Tendenz in eine ganz andere Richtung deutlich geworden zu sein. Wir alle kennen das breite Spektrum von Projekten, Versuchen und Alternativen, psychisch Kranken Lebensqualität *ohne* Arbeit zu vermitteln. In der täglichen Arbeit ist dieses Problem ständig präsent bei den Fragen nach Beratungen, beim Aufbau von Patientenclubs, Tageszentren, Kontaktstellen und anderen Freizeitangeboten. Dort bieten wir Teegruppen, Sportgruppen, Lesezirkel und ähnliche Aktivitäten an. In den beschützten Wohnformen bemühen sich die Betreuer nicht selten um eine Vielzahl von Freizeitangeboten. Wir selber — die wir im allgemeinen gutbezahlte Arbeitsstellen haben — versuchen, dem psychisch Kranken eine Lebensform anzupreisen, die wir aus den unterschiedlichsten Gründen für uns nicht verwirklichen wollen oder können. Ist das Leben ohne Arbeit das für die psychisch Kranken anzustrebende? Warum sollen aber gerade die Schwächsten und die Unproduktivsten der Gesellschaft die Vorreiter auf dem Gebiet der Freizeitnutzung sein? Warum sollen gerade die, die wir als nicht belastungsfähig einstufen, die Innovateure auf dem Weg von der Arbeitsgesellschaft zur Freizeitgesellschaft sein? Warum sollen gerade die psychisch Kranken den Sprung von der Arbeit hin zu anderen Tätigkeiten, z. B. kreativer Art, leicht bewältigen, wenn die meisten Gesunden dies nicht schaffen können oder wollen? Insofern scheint die Frage nicht unberechtigt, warum nicht gerade Arbeitsangebote sehr viel zu einem menschlicheren und damit auch normaleren Leben für psychisch Kranke beitragen könnten. Es soll hier nicht der Begriff „menschlicheres Leben“ mit dem „Besitz“ von Arbeit, also einer Volltags- oder Halbtagsstelle gleichgesetzt werden. Auch Arbeitsangebote, die nur stundenweise bezahlte Tätigkeiten anbieten, könnten einen wertvollen Beitrag leisten. Begrenzte oder befristete Arbeitsmöglichkeiten würden für manche u. U. mehr Lebensqualität vermitteln als der Besuch einer Tagesstätte. Beide Alternativen könnten sich mit Sicherheit auch ergänzen. Allerdings sollte die generelle finanzielle Absicherung dieser nur stundenweise tätigen psychisch Kranken gewährleistet sein, und zwar so, daß sie deutlich über dem Sozialhilfesatz liegt. Zu möglichen Arbeitsangeboten sollten auch Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote gezählt werden. So werden auch heute noch Studenten ausgebildet, obwohl diese wissen, daß sie keinen Arbeitsplatz bekommen. Warum sollen nicht psychisch Kranke bestimmte Ausbildungs- oder Umschulungsmöglichkeiten erhalten, auch wenn sie wahrscheinlich keinen entsprechenden Arbeitsplatz finden werden? Auch eine Umschulung oder Ausbildung wäre ein Beitrag zu einem menschlicheren Leben. Andere Arbeits-

angebote, die in diesem Zusammenhang zu erwähnen sind: u. a. AB-Maßnahmen, Selbsthilfefirmen oder der Aufbau eines zweiten Arbeitsmarktes.

Bei der Diskussion dieser Probleme taucht im allgemeinen die Frage nach einer dauerhaften Subvention solcher Arbeitsangebote auf (vgl. auch den Beitrag über die Selbsthilfefirmen). Es gibt auch hier eine Vielzahl von Parallelen zur Dauerfinanzierung von Tagesstätten, Clubs und Freizeitangeboten. Aus dieser wohl eher politischen Diskussion soll nur ein Aspekt herausgegriffen werden: Es gibt viele Bereiche in der Wirtschaft, wo Arbeitsplätze subventioniert werden, um für die einzelnen Arbeitnehmer einen bestimmten Teil von Lebensqualität — den Arbeitsplatz — zu erhalten. Dies geschieht, obwohl die Gesellschaft an der Produktivität dieser Arbeitnehmer kein Interesse haben kann, da die Auszahlung des gleichen Lohnes ohne Arbeit volkswirtschaftlich viel billiger wäre (Beispiele: Landwirtschaft, Weinbau, Bergbau, Stahl). Da werden Unterschiede zwischen psychisch kranken und normalen Arbeitnehmern gemacht, die einfach nicht einleuchten und plausibel sind! Fehlt nur die Lobby? Oder warum werden Arbeitsangebote für psychisch Kranke nicht dauerhaft subventioniert?

Abschließend soll noch die Frage nach dem Stellenwert von Arbeit und Freizeit in unserem Wertesystem diskutiert werden. Muß denn — wie bisher — relativ eindeutig zwischen Arbeit und Freizeit differenziert und abgegrenzt werden? Die fließenden Übergänge zwischen diesen beiden Bereichen bzw. die dazwischenliegenden Möglichkeiten sind weitgehend ungeklärt und werden zur Zeit noch viel zu selten diskutiert. Es ist durchaus denkbar, daß in Zukunft Tätigkeiten in einem Bereich, den man mit *Aufgaben* umschreiben könnte — um von der engen Koppelung des Arbeitsbegriffes mit der Bezahlung wegzukommen — zu mehr Lebensqualität für psychisch Kranke beitragen können. Die Freizeitgestaltung allein wird viele nicht ausfüllen, ja sie könnte sogar für einige zur Belastung werden. Diese verpflichtenden Aufgaben könnten in Bereichen liegen wie Selbsthilfe, Nachbarschaftshilfe, Bürgerinitiativen oder auch im ökologischen Bereich. Man wird hier sicherlich genau auf die Grenzbereiche achten müssen, denn die Gefahr der Ausbeutung oder der Versuch von Einsparungsmaßnahmen durch unbezahlte Arbeit psychisch Kranker besteht selbstverständlich immer. Wir in der Charlottenburger Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft haben uns in einer Arbeitsgruppe zusammengefunden, um gemeinsam mit im Bezirk nicht in der Psychiatrie Tätigen über Alternativen und neue oder alte Wege und Möglichkeiten für das gesamte Spektrum von bezahlter Arbeit über die beschriebenen Aufgaben bis hin zum Freizeitbereich nachzudenken und diese, wenn irgend möglich, zu realisieren.

Nach all diesen Überlegungen schien es dringend geboten, die Eingangsthese zusammenzufassen und neu zu formulieren: Die beste Therapie ist ein menschlicheres Leben, und hierzu können Arbeits- und Wohnangebote entscheidend beitragen!

Diskussion zur Rolle der Arbeit in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

(gekürzte Fassung)

Moderation: Frau Mütter-Lange

Dörner: Ich bin Herrn Steinhart dankbar dafür, in diesem tagesklinischen Bereich das Element des Arbeitens so stark zu betonen. Das haben wir in Hamburg ja auch gemacht, und ich bin traurig darüber, daß das sonst in der Bundesrepublik selten benutzt wird. Ich wünsche mir sehr, daß das Beispiel aus Berlin Schule macht.

Ich möchte jetzt an Zahlen aufzeigen, was bei sehr langfristigen Langzeitpatienten, die draußen leben, in puncto Arbeitsvermittlung möglich ist. Wir haben in den letzten zwei Jahren hundert Langzeitpatienten mit einer Aufenthaltsdauer von zwei bis vierzig Jahren entlassen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Landeskrankenhaus betrug bei dieser Gruppe zwölf einhalb Jahre. Die „Alterspräsidentin“ ist mit 73 Jahren und einem Aufenthalt von 41 Jahren im Landeskrankenhaus in eine eigene Wohnung gezogen. Was den Bereich der Tätigkeit angeht, sind wir im Augenblick mit dieser Gruppe bei folgendem Stand: Etwa 10 % haben normale Arbeitsverträge, sei es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder als Hausarbeiter im Krankenhaus, also als Mitarbeiter des Krankenhauses; etwa 10 % in unserer Selbsthilfefirma, der Dalke-Werkstatt beschäftigt und etwa 10 % in der WfB. Bei wiederum 10 % schließlich verordnen wir ambulante Arbeitstherapie, das bezahlen die Kassen; das kann also verschrieben werden. Dabei geht der Patient in die ihm vertraute Stelle zur Arbeitstherapie, in die Wäscherei oder in die Schreinerei, die er von früher, von seinem stationären Dasein her kennt, und kann dafür zumindest seine Arbeitsprämie kassieren, die er früher auch gehabt hat. Bleiben also 60 % übrig. Davon fallen 30 % wieder raus, für die aufgrund ihres Alters oder ihrer Behinderung das Arbeiten auch im erweiterten Sinne nicht mehr in Betracht kommt — gottseidank gibt es auch Leute, die mit der Bewohnung ihrer Wohnung und der Eroberung der Nachbarschaft auch ganz gut ausgelastet sind.

Für die 30 %, die jetzt übrig bleiben, entsteht gerade das letzte uns noch fehlende Element — eine Idee, die wir von Herrn Willis in Weinsberg geklaut haben. Wir sind jetzt gerade dabei, so eine Art „Zuverdienstfirma“ aufzumachen; ein Ort, wo man entweder Kaffee trinken oder Skat spielen kann, wo aber auch immer Arbeitsaufträge herumliegen und wo man sozusagen nach Lust und Laune arbeiten kann. Wir wissen alle, daß gerade psychisch Kranke und besonders auch Langzeitpatienten sehr stark davon abhängig sind, ihren individuellen Lebensrhythmus zu leben; deswegen kommen ja diese ganzen Unregelmäßigkeiten rein, aufgrund derer viele für einen genormten Achtstun-

dentag nicht in Betracht kommen. Dennoch sollen auch diese Menschen die Möglichkeit zur Arbeit haben, nach Lust und Laune oder Kraft und Vermögen oder wenn der Rhythmus nun gerade stimmt. Auch in Weinsberg ist ja die Erfahrung gemacht worden, daß ein solches Arbeitsangebot genau für dieses mittlere Spektrum zwischen denen, die voll arbeiten, und denen, die überhaupt nicht arbeiten können, wahrscheinlich unter den obwaltenden Gegebenheiten heutzutage die brauchbare Lösung ist.

Schwendy: Über den Vortrag von Herrn Steinhart habe ich mich gefreut, denn er hat wissenschaftlich etwas herausgekriegt, was wir in Heidelberg in einer Werkstatt für seelisch Behinderte in der Praxis erfahren haben. Die Werkstatt hatte das Scheinproblem, daß manche nicht regelmäßig kamen; wir versuchten dann, dieses Problem anzugehen, indem wir den Werkstattleuten einfach sagten, ihr braucht nicht unbedingt nur zum Arbeiten zu kommen, es reicht, wenn ihr einfach so herkommt. Daraufhin stellte sich heraus, daß ungefähr ein Drittel unserer Patienten eigentlich eine Tagesstätte mit Arbeitsangeboten suchten; doch in eine Tagesstätte zum Halma spielen hätte man sie nicht schicken können. Dies hat zu einer großen Entlastung der Gruppenleiter geführt, weil sie nicht mehr anrufen und ihren Leuten hinterherlaufen mußten. Es war schon genug, wenn die Leute nur zum Mittagessen kamen. Auf diese Weise haben manche dann auch wieder angefangen, vor und nach dem Mittagessen freiwillig zu arbeiten.

Ich finde es traurig, daß wir Millionen ausgeben für Werkstätten für Behinderte, die diese Freiräume auf satten finanziellen Polstern hätten, aber in einer nicht zu überbietenden Stupidität darauf beharren, daß einer morgens um acht auf der Matte steht, obwohl der sowieso schon weiß, daß er ohnehin nie über seine 100,— bis 120,— DM im Monat rauskommt. Die Werkstätten für Behinderte selbst erkennen die Mängel nicht, sondern meinen jetzt, man brauchte im Werkstattbereich für seelisch Behinderte einen Personalschlüssel von 1 : 4, um die Motivationsprobleme zu lösen. Ich glaube, man brauchte nur mal die Behinderten zu fragen, wie sie so eine Werkstatt für sich nutzen wollten, dann kommt man mit dem jetzigen Personalstand und einer flexiblen Nutzung aus.

Steinhart: In einer Zeit, in der es uns finanziell sehr schlecht ging, in der wir nicht einmal Anwesenheitsprämien auszahlen konnten, haben wir die Erfahrung gemacht, daß die Patienten trotzdem gekommen sind, und in einer Zeit, als wir Prämien ausgezahlt haben, war die Anwesenheit auch nicht viel höher als in anderen Zeiten. Es kommt wohl sehr stark auf das Selbstverständnis derjenigen an, die dahin kommen, und das hängt auch entscheidend von dem Angebot ab, das gemacht wird.

Lehmkuhl: Für mich löst sich jetzt so allmählich ein Widerspruch. Herrn Schwendys Vortrag habe ich zunächst als Provokation erlebt, daß der Pessimismus in Bezug auf Rehabilitation von psychisch Kranken nicht angebracht sei. Ich habe unter Rehabilitation immer die Wiedereingliederung in den freien Arbeitsmarkt verstanden. Jetzt aber stellt sich heraus, daß der überwiegende Teil immer in Arbeitsverhältnisse des Sonderarbeitsbereiches oder in Nischen

auf dem Arbeitsmarkt vermittelt wird. Auch der sozio-emotionale Anteil, den Frau Haerlin beschrieben hat, kommt in diesen Nischen der Arbeitsverhältnisse sicher eher zum Tragen, als in vielen Arbeitsverhältnissen auf dem freien Arbeitsmarkt. Unter diesem Gesichtspunkt glaube ich, kann die Rehabilitation von Langzeitkranken in der Tat ein realistisches Ziel sein.

Frau Mütter-Lange: Was Herr Schwendy sagte, bedeutet ja auch, daß man nicht nur die institutionellen Angebote nutzt, sondern jemanden braucht, der sich um die Arbeitsvermittlung kümmert und sich wirklich etwas einfallen läßt. Dazu müssen die Kliniken auch die Zeit und die Möglichkeit haben, tatsächlich Leute abzustellen, obwohl das keine „pflegesatzrelevante“ Leistung der Klinik ist, wie das so schön heißt. Diesen Luxus muß die Klinik sich schon erlauben, dann kann man auch was tun.

Mosch: Herr Dörner, Sie sprachen vorhin von der Arbeitstherapie oder von den Arbeitsmaßnahmen, die teilweise über Krankenkassen finanziert werden. Wenn ich das richtig verstanden habe, kann der Arzt also Arbeitstherapie oder eine Arbeit „verschreiben“ — wie sieht das konkret bei Ihnen aus? Zahlt da die Krankenkasse einen ganz regulären Arbeitslohn, und trifft das auch, wie Sie das nannten, für die „Zubrot-Arbeit“ zu, wird die ebenfalls über die Krankenkassen finanziert?

Dörner: Also die Krankenkasse kann keinen Lohn ausspucken, soweit sind wir noch nicht. Insofern hat Herr Lehmkuhl recht, es ist nur ein Notbehelf; aber für viele einzelne Betroffenen ist dieser Notbehelf so wahnsinnig wichtig, daß wir froh darüber sind, solange wir nichts Besseres haben. Die Bedingungen muß man jeweils mit den örtlichen Krankenkassen aushandeln, das geht nur über gute Beziehungen, die man vorher herstellen muß. Bei uns sieht das folgendermaßen aus: der Arzt verschreibt die Arbeitstherapie und die Krankenkasse zahlt 13,— DM pro Tag. In den 13,— DM sind die Betriebskosten, die Arbeitsprämie und das Mittagessen enthalten. Daneben gibt es neuerdings auch die ambulante Beschäftigungstherapie; die ist ein bißchen billiger und bringt nur 9,— DM am Tag.

Frau Mütter-Lange: Auch im Rheinland ist eine ähnliche Regelung möglich, das ist also nicht auf Westfalen beschränkt.

Dörner: Der Zuverdienst andererseits läuft entweder über eine GmbH oder über einen Verein, also eine Firma, die aber in diesem Fall keine komplette Selbsthilfefirma ist. Das ist der bei uns angewendete Typ. Der andere Typ, der wohl in Weinsberg erfunden worden ist, hat diesen großen Anspruch nicht; dort schafft man eben Arbeitsmöglichkeiten in dem Umfang, wie jemand erstens Lust und Kraft hat zu arbeiten und zweitens von seiner sonstigen finanziellen Situation — Rente, Sozialhilfe oder Arbeitslosengeld etc. — her zu verdienen darf.

Ducho: Ein englischer Kollege sagte mir einmal, ich sei ein Exote, weil ich nämlich niedergelassener Nervenarzt bin. Ich komme mir auch heute so vor, denn sie sprechen von einer Klientel, die wir nicht bekommen, nicht haben oder nur durchgehend bekommen; wir erleben den Mangel, daß wir Ihre Insti-

tution nicht erreichen oder diese auch mit Mängeln behaftet sind, und darunter leiden wir. Ich möchte an Sie alle die Bitte richten, ganz gleich aus welchen Ländern und Landesteilen sie kommen, dann auch irgendwie Kontakte mit den niedergelassenen Ärzten aufzunehmen oder ihnen Mitteilungen zukommen zu lassen, denn wir wissen oft nicht wohin mit den Patienten.

Frau Haerlin: Ich wäre froh, wenn Sie, Herr Ducho, in der Nähe von Wiesloch gewesen wären, denn wir haben uns besonders in den ersten zwei Jahren mit großem Optimismus an alle Nervenärzte gewandt, mit der illusionären Hoffnung, die kämen mal zu uns. Das haben wir dann bald aufgegeben und auch eingesehen, daß einfach die Zeit dafür nicht da ist. Es war wirklich nur mit ganz großen Anstrengungen möglich, mit Nervenärzten überhaupt einen Kontakt herzustellen. Erst am Schluß, ungefähr im letzten Jahr, haben sich zwei, drei herauskristallisiert, mit denen es uns gelungen ist, regelmäßige Besprechungen zu machen; bei den anderen ist so etwas einfach nicht zustande gekommen. Ich sehe das als ein ganz großes Problem an, wobei ich durchaus anerkenne, was es an Zeitfragen oder ganz anderen Arten der Arbeitsweise auf Ihrer Seite gibt, im Unterschied zu solchen Institutionen, wie wir es sind. Dennoch wäre es ein sehr lohnenswertes Thema, nach möglichen Verbindungsbrücken zu suchen. Wir haben uns daran ein bißchen die Zähne ausgebissen, muß ich sagen.

Ducho: Vielleicht haben Sie die falschen Adressaten gewählt. Es sind gewisse Verbände und Institutionen, die angesprochen werden müssen, weil Sie für die Niedergelassenen alle fremd sind. Ich habe auch selbst sehr böse Erfahrungen gemacht mit solchen Gruppen. Deshalb bitte den richtigen Adressaten.

Becker: Immens wichtig für alles, was hier im Bezug auf Arbeitsplätze diskutiert wurde, ist die Novellierung des Schwerbehindertengesetzes. Alle Bemühungen, die wir heute angesprochen haben, sind sicher für die Beschaffung von Arbeitsplätzen und Beschäftigungsmöglichkeiten erheblich weniger wirksam als die Erhöhung der Schwerbehindertenabgabe auch nur um ein paar Zehnmark. Ich persönlich denke, daß die Erhöhung dieser Abgabe von 100,— auf 150,— DM, die jetzt im Gespräch ist, immer noch viel zu wenig ist; wenn sie aber durchgesetzt wird, so ist das trotzdem ein viel größerer Schritt als die 100 Arbeitsplätze in Selbsthilfefirmen, die wir schon in der Bundesrepublik haben. Denn angesichts der vielen Leute in den Landeskrankenhäusern oder in anderen Nischen und Ecken ist das sehr wenig; dasselbe gilt für die anderen Förderungsmöglichkeiten, die noch vorgesehen sind, und vielleicht auch durchkommen. Ich möchte alle Anwesenden auffordern, sich dafür einzusetzen, daß diese Änderung auch wirklich durchkommt.

Thomas: Unser sozialer ambulanter Beratungsdienst in Köln besteht seit 1977. Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Nervenärzten ist denkbar schlecht und ungünstig. Ich würde mich freuen, wenn wir mit Ihnen, Herr Ducho, Verbindung aufnehmen könnten, damit Sie uns helfen, diese Situation zu verbessern. Wir haben einige Anstrengungen gemacht, aber der Block kam von der anderen Seite.

Wir haben als ambulanter Beratungsdienst versucht, Arbeitstrainingsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu finden, und dabei in puncto Entgelt ganz andere Erfahrungen gemacht, als Herr Steinhart berichtet hat. Wir haben mit großen Anstrengungen einige Trainingsplätze in Behörden und in Betrieben gefunden; aber letzten Endes ist unser Versuch daran gescheitert, daß nirgendwo ein Entgelt gezahlt werden kann, und das machen unsere Leute nicht mit. Deshalb kann ich Ihre Erfahrung nicht verstehen; ohne Entgelt geht von unseren Leuten niemand mehr in einen Arbeitstrainingsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Van Hout: Unsere Erfahrung mit den niedergelassenen Ärzten ist sehr positiv. Wir haben gerade auf dieser Zusammenarbeit mit Niedergelassenen unser Zentrum aufgebaut, und haben vier niedergelassene Ärzte mit Honorarvertrag bei uns verpflichtet, die auch wie die anderen Mitarbeiter ins Team gehen. Ein Therapiepunkt unseres Zentrums ist gerade der Umgang des Rehabilitanden mit dem Arzt. Er kann sich seinen Arzt immer selbst wählen, auch einen Niedergelassenen in der Umgebung. Wir bitten die Ärzte, wenn sie einen Patienten unseres Hauses behandeln, auch in unser Team zu kommen. Sehr viele Initiativen sind gerade von solchen Niedergelassenen ausgegangen. Wenn man die richtigen Leute anspricht, finden die auch Zeit für so etwas. Unsere niedergelassenen Ärzte mit Honorarvertrag halten sich einen Tag für die Institution frei und arbeiten dort dann mit. Das ist ein Modell, das man auch in Belgien und in den Niederlanden findet.

Ein anderes Problem ist die Frage mit der Arbeitsentlohnung. Leute, die nach der Rehabilitation bei uns in die Werkstatt gehen, sind oft sehr schlecht für die Arbeit zu motivieren. Im Grunde haben sie den Anspruch, in der Werkstatt auch ein Gehalt zu bekommen, und sehen nicht ein, daß sie nur 150,— bis 200,— DM bekommen und dafür trotzdem voll arbeiten sollen. Ganz anders ist das in einer Alternativeinrichtung, wo wir für fünfzehn Leute die Möglichkeit anbieten, tagsüber hinzugehen und dort auf freiwilliger Basis 100,— DM zu verdienen. Da haben wir keine Schwierigkeiten, obschon sie weniger Geld verdienen. Aber es ist merkwürdig, daß, sobald der Titel „Behindertenwerkstatt“ auftaucht, bei den psychisch Behinderten der Anspruch auf ein volles Gehalt da ist, während sie bei diesen eher freien Angeboten außerhalb der Sozialhilfe, wo sie zusätzlich zu ihrem Taschengeld 100,— DM bekommen, immer da sind und es sehr wenig Ausfallzeiten gibt. Wie erklären Sie sich das in Berlin, nennen Sie das eine Werkstatt oder ein Therapieangebot?

Steinhart: Wir nennen es „Arbeitstherapeutische Werkstatt“ und die meisten, die dort hinkommen, gehen nach meinen Erfahrungen von ihrem Selbstverständnis her zur Arbeit oder bereiten sich auf irgendwas vor, d. h. das Selbstverständnis geht schon eher in Richtung Arbeit als in Richtung Freizeit. Gleichwohl ist das nach unseren Erfahrungen erst einmal unabhängig von dem Geld, obwohl das Geld eine ganz wichtige Rolle spielt. Wir haben jedoch Anwesenheitspflicht und insgesamt in etwa auch dieselben Ausfallzeiten wie andere Werkstätten auch, also einen Durchschnittswert von 70 % Anwesenheit. Ich denke, daß die entlohnungsunabhängige recht konstante Anwesen-

heitsquote sehr mit der Institution, mit dem kleinen Betrieb und auch mit dem Selbstverständnis, wie man an der Arbeit beteiligt wird, wie entfremdet die Arbeit ist, wie durchsichtig das alles ist usw., zusammenhängt, und da sehe ich auch wichtige Unterschiede zur Behindertenwerkstatt.

Dörner: Einiges von dem, was hier erzählt wird, machen wir ja als Freizeitunternehmer. Ich bin beispielsweise Gesellschafter in einer GmbH, ich bin Vorstandsmitglied eines Vereins, der Häuser kauft und vermietet und trägt, und wahrscheinlich werde ich bald noch eine Gastwirtschaftskonzession haben. Alles Dinge, die ich wahrscheinlich von Herrn Ducho als einem freiberuflich niedergelassenen Nervenarzt hätte besser lernen können und mir sehr mühsam angeeignet habe. Man hat manchmal den Eindruck, daß man mit unternehmerischen Mitteln in gewissen Bereichen leichter, besser und auch humaner Rehabilitation machen kann, als mit diesen schwerfälligen institutionellen staatlichen Mitteln.

Was die konkrete Zusammenarbeit vor allem mit den nervenärztlichen Kollegen angeht, so haben wir die Erfahrung gemacht, daß die Zusammenarbeit um so leichter ist, je mehr die Klientel der Nervenärzte derjenigen gleicht, die wir aus den Institutionen sonst kennen. Ich würde mir sehr wünschen und habe auch den Eindruck, daß sich die Klientel im Grunde im Laufe der Zeit eher annähert, so daß von daher auch die Zusammenarbeit wahrscheinlich noch wesentlich besser werden wird.

Frau Ott: Ich möchte gern die sozialpolitische Forderung von Herrn Becker aus Köln über die notwendigen Änderungen des Schwerbehindertengesetzes noch ergänzen. Was mir in dem Zusammenhang auch wichtig erscheint, ist eine Änderung der Ausgleichsabgabeverordnung, und zwar hinsichtlich der Verwendung der Mittel. Wir versuchen in unserem Arbeitskreis, Selbsthilfefirmen aufzubauen, und sehen, daß neben den individuellen Hilfen für Schwerbehinderte und den Investitionskostenzuschüssen für Firmen hier einfach eine Lücke ist und der behindertenbedingte Mehraufwand an Personalkosten von der Hauptfürsorgestelle nicht finanziert wird. Für mich wäre wichtig, langfristig zu überlegen, ob nicht auch da eine Veränderung möglich und durchsetzbar ist.

Schwendy: Soviel ich weiß, ist dieser Wunsch, den behinderungsbedingten Mehraufwand der Arbeitgeber künftig leichter zahlen zu können, in der Novellierung drin. Das ist ein ganz wichtiger Punkt.

Zur Frage der Trainingsplätze auf dem freien Arbeitsmarkt, die vom Arbeitsamt nicht bezahlt werden, weil sie noch keine richtige „Maßnahme“ sind, wo jedoch diejenigen arbeiten können, die noch nicht wieder ganz gesund, aber schon wieder erwerbsfähig sind, möchte ich auf das Beispiel des Bonner Vereins der Angehörigen hinweisen: der macht das in Selbsthilfe, d. h. der Verein zahlt den Leuten, die so ein berufliches Praktikum machen, eine Prämie und kriegt dafür inzwischen auch einen Zuschuß von der Stadt. Für mich ist das ein eindrucksvolles Beispiel von Selbsthilfe, auf das Angehörige gekommen sind, während sich die Fachwelt seit Jahren die Haare rauft und nicht weiterkommt in dieser

Frage. Auf dieses Problem haben die einfach so geantwortet, daß sie Spenden gesammelt und erst einmal selber bezahlt haben. Dadurch wurden Fakten geschaffen, wobei zu hoffen ist, daß ihnen das einmal abgenommen wird. Auf die Dauer aber ist so etwas natürlich eine Ausbeutung von Selbsthilfepotential, wenn die öffentliche Hand und die Sozialversicherung für solche Reha-Hilfen diese wenigen Mittel nicht aufbringen wollen, sondern die Familien das selbst bezahlen müssen.

Ein anderer Weg könnte auch sein, daß man das Instrument der ambulanten Arbeitstherapie noch intensiver nutzt. Da liegen einfach Defizite unserer Phantasie. Ich kann jedem nur empfehlen, mehr Kontakt mit den Leuten von der Krankenkasse zu pflegen. Alle Krankenkassen stellen jetzt Reha-Berater ein. Das ist zwar eine doppelbödige Sache, denn einerseits wollen sie den Patienten helfen, daß sie weiterkommen, aber andererseits wollen sie natürlich auch nachprüfen, ob sie nicht zu lange für irgend etwas bezahlen, für das Andere zuständig sind. Doch diese Reha-Berater sind häufig motivierte Sozialarbeiter, die durchaus ansprechbar sind und denen daran etwas gelegen ist. Ich denke, es ist im Augenblick leichter, am Einzelfall oder an mehreren Einzelfällen so ein paar Dinge vor Ort durchzuboxen, als auf bundesgesetzliche Regelungen in diesem Bereich zu warten.

Frau Neef: Hier wird sehr häufig nur von den in den Kliniken befindlichen arbeitslosen psychisch Kranken gesprochen; ich möchte auch für die noch in Arbeit befindlichen Kranken sprechen, die seelische Krisen produzieren. Denn die fallen heraus, wenn wir nicht schon in den Kliniken aufpassen. Dort muß schon geklärt werden, ob noch ein Arbeitsplatz da ist, ob der geschützt werden muß, auch wenn der jetzt während des Klinikaufenthalts noch nicht wackelt; denn spätestens, wenn er draußen ist, ist keine Betreuung mehr da. Die Hauptfürsorgestellten müssen aufgerufen werden, analog dem technischen Dienst Berater bereitzustellen, die seelische Krisen am Arbeitsplatz erkennen und auffangen können, denn sonst haben wir es demnächst nur noch mit arbeitslosen psychisch Kranken zu tun.

Frau Müther-Lange: Aus diesem Grunde werden ja auch im Rheinland die Aufnahmebögen verändert, damit solche Informationen, die jetzt überhaupt noch nicht erfragt werden, mit aufgenommen werden.

Bosch: Ich möchte noch einmal auf die gegensätzlichen Erfahrungen bezüglich der Arbeitsmotivation von Patienten in beschützter Arbeit eingehen. Diese Werkstatt, von der Herr Steinhart sprach, ist ja keine isolierte und von einem völlig fremden Träger verwaltete Institution, sondern eingebaut in das ganze von ihm geschilderte Netz. Die kranken Mitarbeiter der Werkstatt sind gleichzeitig ambulante Patienten der Abteilung. Sie haben dort ihre beiden Betreuungspersonen, einen Arzt und einen Sozialarbeiter, und sie können dort jederzeit persönliche Gespräche führen. Ich will nicht ausschließen, daß die höhere Motivation in unserer Einrichtung auch bei schlechter Bezahlung oder bei Ausfall von Bezahlung etwas damit zu tun haben könnte, daß deren Patienten überwiegend schon andere Bereiche der Abteilung kennen und durchlaufen

haben und dadurch eben auch leichter motivierbar sind, als wenn man Patienten in eine Ihnen fremde Institution schicken will oder ihnen das nur anbietet.

Hohenbrinck: Auch in Münster gibt es psychisch Kranke, die man „Reisende in Psychiatrie“ nennen kann; die sind überall, wo im ambulanten Ghetto etwas los ist, ob jetzt in der Tagesstätte, in der Tagesklinik oder bei unserem Betrieb Rumpelfix zu finden. Was daran eine sehr wichtige Funktion für diese Einrichtung ist, die Patienten kommen bei Krisen zu uns und wissen auch, wo sie anlaufen sollen.

Zur Motivationsfrage möchte ich nur darauf hinweisen, daß die psychisch Kranken ja auch nicht außerhalb der Welt sind; wenn wir etwas als Arbeitstherapie verkaufen, dann verlangen die nicht sehr viel und erwarten auch nicht viel, wenn wir aber etwas als Arbeit verkaufen, dann verlangen sie auch Geld, das ist doch selbstverständlich.

Wedekind: Ein paar generelle Fragen zur Arbeitsproblematik: Was soll Arbeit für psychisch Kranke bedeuten — bekommt Arbeit, ob sie innerhalb von Arbeitstherapie oder auch an beschützten Arbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt durchgeführt wird, für sie eine andere Qualität als für uns, die wir auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sind, und worin besteht diese andere Qualität? Der Anstoß für diese Frage waren auch die Erfahrungen, die Sie aus Berlin berichtet haben. In dieser arbeitstherapeutischen Werkstatt rückt doch eine ganze Menge Soziotherapie und begleitende Therapie in den Vordergrund, während in Selbsthilfefirmen, z. B. der Dalke Werkstatt in Gütersloh die Arbeit ganz klar im Vordergrund steht; es erfolgen wohl auch begleitende Maßnahmen, die aber zweckgerichtet auf das Funktionieren dieser Werkstatt und der dort vorgenommenen Arbeit ausgerichtet sind. Zielt in so einer Einrichtung wie in Berlin die Ausrichtung in erster Linie auf Arbeit, oder wird dort Arbeit vielmehr als ein therapeutisches Mittel genommen, während das in Selbsthilfefirmen u. U. umgekehrt ist? Dahinter steht vielleicht noch grundsätzlicher die Frage, die zum Teil die Motivationsproblematik berührt, unter welchen Bedingungen für psychisch Kranke auch auf dem besonderen Arbeitsmarkt Arbeitsbedingungen geschaffen werden können, die denen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vergleichbar sind. Ist das Entgelt bzw. die Entlohnung ein entscheidender Faktor oder gibt es auch andere Faktoren und Arbeitsbedingungen, die dort verändert werden können und die u. U. in ihrer heutigen Form dazu führen, daß die Motivation in diesem Bereich geringer ist als z. B. in Selbsthilfefirmen.

Schwendy: Die Frage von Herr Wedekind scheint mir so ein bißchen aus Kostenträgersicht gestellt zu sein. Das ist legitim, die habe ich erwartet. Wenn Herr Steinhart berichtet hat, einige Patienten kommen zur Soziotherapie in die Werkstatt, dann wird ja mit den Leuten nicht plötzlich Soziotherapie gemacht, sondern die arbeiten da; nur hat diese Arbeit bei Einzelnen im Grunde genommen eher eine soziotherapeutische Zielsetzung, aber gleichwohl ist es Arbeit, und wenn ich die Arbeit wegnehme, fällt auch das soziotherapeutische Gebäude in sich zusammen.

Und dann zu der Frage der Qualität und der Bedeutung der Arbeit für psychisch Kranke. Ein Gesunder mag es aushalten können, mal ohne Arbeit zu leben, obwohl es jetzt ganz eindeutige Untersuchungen des Forschungsinstituts der Bundesanstalt für Arbeit gibt, daß längerfristige Arbeitslosigkeit auch bei bisher psychisch stabilen Leuten nach ungefähr einem halben Jahr psychiatrische Symptome hervorrufen kann. Wenn schon ein Gesunder Arbeitslosigkeit nicht aushalten kann und darüber psychisch krank wird, wie ist das dann erst bei psychisch Behinderten! Und so erkläre ich mir auch, daß diese Leute, die ja auch Anwälte ihrer eigenen Gesundheit sind — psychisch Behinderte wissen manchmal recht gut, was ihnen gut tut und was nicht —, auch dann zur Arbeit gehen, wenn sie dafür nichts kriegen. Aber etwas müssen sie immer bekommen, wenn sie arbeiten gehen. Entweder müssen sie etwas lernen, wie im Berufsförderungswerk, auch wenn es da gar nicht schön ist, oder sie müssen Zuwendung erfahren und sozialen Kontakt haben, wie sie das vielleicht in der Berliner „Platane 19“ haben; oder sie müssen wie in einer Selbsthilfefirma auch wirklich ein Gehalt kriegen, das annähernd dem auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bezahlten entspricht.

Aber in der normalen psychiatrischen Arbeitstherapie und in der normalen Werkstatt für Behinderte geht ja keine dieser drei Rechnungen auf. Sie kriegen keinen richtigen Lohn, sie lernen nichts, und sie werden mies behandelt. Ich muß das hier so hart sagen, denn die Rolle, die jemand hat, der in eine Werkstatt für Behinderte geht, ist doch von vorneherein negativ, da beim Arbeitsamt die Entscheidung gefallen ist: du bist aus dem Spiel, d. h. sämtliche Motivation ist untergraben. In der Regel werden die Leute, wenn sie in einer Werkstatt für Behinderte arbeiten, ja auch nicht in der Arbeitslosenversicherung geführt, d. h. sie können da jahrelang arbeiten und erwerben gar keine Ansprüche mehr. Sie sind raus; deswegen hat auch das Sonderprogramm für die nicht gegriffen, und deshalb ist die gegenwärtige Praxis für diese Gruppe ungeeignet. Wenn die zum Arbeitsamt gehen und sagen, sie möchten auf Sonderprogramm eingegliedert werden, dann heißt es: Wieso, Sie stehen ja gar nicht mehr in meiner Liste, Sie sind doch gar nicht arbeitslos gemeldet. D. h. der Status eines Menschen, der in unserer Gesellschaft sowieso schon nicht mehr als arbeitsfähig betrachtet wird, baut doch bei diesen Leuten eine derartige Entwertung auf, daß sie gar nicht arbeiten können.

Es ist ja eine völlig verrückte Situation, wenn man mir einerseits sagt, ich kann nicht arbeiten, und andererseits soll ich in einen Laden gehen, wo ich arbeiten soll, und dann arbeitet dieser Laden noch mit Möglichkeiten, wo ich auch bei 100 % Leistungsfähigkeit meistens nicht mehr als 200,— DM im Monat verdienen kann! Wir haben in unserer Selbsthilfefirma, der Integra in Walldorf, jetzt einen Auftrag erhalten, der sonst an Werkstätten für Behinderte geht. Wir sind dort in der Lage, 8,50 DM Stundenlohn zu bezahlen. Dann kriegen unsere Mitarbeiter am Monatsende ungefähr 1000,— DM netto raus. Die Frauen, die daselbe in der Fabrik machen, sind sehr viel fixer und bekommen ungefähr 12,— DM in der Stunde Akkordlohn, und in der Behindertenwerkstatt gehen sie mit 100,— DM aus dem Hause. Da kann doch was nicht stimmen!

Frau Mütter-Lange: Wenn ich mir überlege, daß in den Kliniken demnächst die Patienten von ihrer Arbeitsbelohnung auch noch Geld wieder abführen müssen, so wird die Situation dadurch noch problematischer.

Frau Haerlin: Zwei der wichtigsten Aufgaben für uns sind doch einerseits, bei den Patienten die Beteiligung an kollektiven Zielen zu erreichen und ihnen andererseits eine klare Rolle anzubieten. Eine klar umschriebene Rolle kann die therapeutische Arbeit ebenso unterstützen, wie eine widersprüchliche sie boykottiert. Wenn den Mitarbeitern einerseits die Rolle des hilfsbedürftigen Patienten zugeschrieben wird, sie aber trotzdem schaffen müssen wie Gesunde, dann entsteht ein Zielkonflikt, der mit dazu führt, daß Abwesenheiten von über 50 % produziert werden. Der institutionelle Rahmen mag manchmal mies sein, aber selbst innerhalb eines solchen institutionellen Rahmens ist es trotzdem möglich, auch klare Ziele und Rollen herzustellen. Bei uns stimmt es mit dem Geld für die meisten, aber für eine Minderheit überhaupt nicht, weil die nämlich von Sozialhilfe leben. Die kriegen 100,— DM oder 120,— DM, während der daneben dieselbe Arbeit macht und je nachdem, was er früher gearbeitet hat, zwischen 1000,— und 2000,— DM Übergangsgeld im Monat bekommt. Und das merkwürdige Phänomen für mich ist, daß es trotzdem nicht zu einem Aufstand kommt oder die Leute nicht sofort kündigen, die bloß 100,— DM kriegen, sondern daß es irgendwo möglich ist, trotzdem die Ziele dieses einzelnen Menschen, seine Rolle und auch die Miesheit seiner Situation gegenüber den Anderen irgendwie transparent zu machen. Damit kann einiges für den Moment kompensiert werden an dieser Ungerechtigkeit.

Natürlich ist das im Moment unpolitisch gedacht, im Grunde muß man darum kämpfen, diese Rahmenbedingungen zu verbessern; aber das heißt nicht, daß man dann warten muß, bis das neue Gesetz kommt und gar nichts tun kann. Ich glaube, es ist auch möglich, mit den einzelnen Betroffenen ständig diese Ungerechtigkeiten transparent zu machen und dann auch irgendwie zu einem Arbeitsbündnis zu kommen. Das jedenfalls ist unsere Erfahrung, und die Abwesenheiten bei uns sind nicht größer als bei gesunden Arbeitern, also so um die 10 %. Ich persönlich bin davon überzeugt, daß auch die schwer Langzeitkranken ganz gern einen stabilen, verlässlichen Rhythmus haben; aber von dem, was sie dann am Arbeitsplatz erwartet, hängt dann allerdings ihre Anwesenheit ab. Meiner Ansicht nach spiegelt die Abwesenheitsquote der Einrichtungen nur den Grad der Unter- oder Überforderung wider, und ist ein großes Fragezeichen an die Therapeuten, die das ganze gestalten, und nicht ein unumstößliches Faktum, daß diese Leute eben nicht kommen wollen.

Frau Neef: Ich kann diese Erfahrung nur bestätigen. Nicht die Frage nach dem Arbeitsentgelt ist das erste, wenn sich jemand für die Arbeitstherapie meldet, sondern was darf ich dort tun, wie wird mir der Tag strukturiert, was darf ich dort geben; d. h. es ist für sie von großer Bedeutung, daß sie sich wichtig fühlen, etwas produzieren dürfen und erkennen können, daß sie noch etwas leisten können. Wir sollten das positive Potential eines psychisch Kranken stabilisieren, statt ständig festzustellen, daß er eben psychisch krank ist.

Peters: Die Dinge, die hier genannt worden sind, sind sicherlich wichtig für die Patienten, nämlich etwas zu bekommen, Zuwendung zu haben und zu spüren, man wartet auf mich. Aber bei alledem spielt das Finanzielle doch eine wesentliche Rolle. Bei der uns benachbarten Werkstatt für Behinderte erlebe ich, daß der geistig Behinderte zu Feierabend sieht, eine bestimmte Menge Arbeit geleistet zu haben, und damit zufrieden ist. Bei uns ist das ganz anders, der psychisch Behinderte sieht auch, was er geleistet hat, aber zählt als erstes durch, wieviel Teile er montiert hat und wieviele Pfennige das sind.

Willis: Ein Aspekt scheint uns in Weinsberg ganz besonders wichtig zu sein, daß insbesondere Patienten oder ehemalige Patienten, die allein in möblierten Zimmern wohnen, eine starke Tendenz haben, die Zuverdienst-Angebote zu nutzen, weil für sie der Arbeitsplatz doch häufig die wichtigste soziale Bezugsebene ist und sie auf dieser Ebene dann auch einen Ausgleich suchen. Eine Ergänzung noch zu Frau Neef: Wir müssen uns tatsächlich viel mehr als bisher um die in Arbeit stehenden psychisch Behinderten kümmern. Wir haben bei einer Stichprobenerhebung über mißglückte Arbeitsversuche feststellen müssen, daß über die Hälfte der Fälle letztlich im Verschulden der Patienten gescheitert sind. Die haben sich beispielsweise nach einer Grippeerkrankung überhaupt nicht mehr in die Firma getraut, obwohl die Arbeitgeber in den meisten Fällen der Meinung gewesen wären, es hätte sich gelohnt, das Arbeitsverhältnis weiter zu führen. In einer Zeit wie jetzt können wir es uns gar nicht leisten, daß die Hälfte der Fälle durch Dummheiten und Ungeschicklichkeiten scheitern. Allerdings, inwieweit die Hauptfürsorgestelle unbedingt jemand dafür abstellen kann oder soll, tangiert natürlich auch das Problem, daß wir nicht unbedingt alle unsere ehemaligen Patienten zu anerkannten Schwerbehinderten machen wollen.

Frau Neef: Nicht die förmliche Anerkennung macht jemanden zum Schwerbehinderten, sondern die Krankheit bzw. deren Feststellung; hat also jemand eine stationäre oder ambulante Behandlung wegen einer Depression oder Schizophrenie hinter sich und will sich nicht deswegen als Schwerbehinderter anerkennen lassen, dann können Sie dem trotzdem helfen. Nur Sie können natürlich nicht vor Gericht ziehen und den besonderen Arbeitsschutz einklagen oder die Kündigung aufheben, weil er nicht die erforderliche Anerkennung hat. Aber auch da wird großzügig verfahren, und die beratende Hilfe durch die Hauptfürsorgestellen im Hinblick auf die Möglichkeiten des Schwerbehindertengesetzes wird deswegen nicht verweigert.

III. Neue Formen komplementärer Hilfen

Clubs — Tagesstätten — Kontaktstellen — Laienhilfe — Selbsthilfe: Ein Überblick

A. Köhl

Dieser dritte Themenbereich des heutigen Tages umfaßt komplementäre Hilfen außerhalb der beiden vorigen Bereiche, nämlich Arbeit und Wohnen, die in den bisherigen Referaten behandelt wurden. Was bleibt eigentlich, so müssen wir uns zunächst fragen, an Hilfsbedarf für psychisch Kranke, Gefährdete oder Behinderte, wenn sie eine Wohnmöglichkeit innerhalb der Gemeinde gefunden haben und einer regelmäßigen Beschäftigung nachgehen können, sei es nun an einem regulären Arbeitsplatz, in einer Werkstatt für Behinderte, in einem alternativen Arbeitsprojekt oder in einem beruflichen Trainingsprogramm? Natürlich vereinfacht diese Frage den Sachverhalt unzulässig: In welchem Ausmaß kann man wohl heute schon die Erfüllung dieser beiden Voraussetzungen annehmen? Für den Bereich des Modellprogramms Psychiatrie, den ich einigermaßen übersehen kann und der auch in meinen folgenden Ausführungen als Erfahrungsbasis dient, ist heute, nach mehr als dreijähriger Laufzeit des Programms, noch nicht einmal absehbar, welcher Bedarf an dezentralen Wohnformen in den einzelnen Modellregionen existiert. Es gibt Modellregionen, in denen die Zahl der jetzt schon eingerichteten Wohngemeinschaften den ursprünglich geschätzten Bedarf weit übertrifft, und ein Ende dieser Entwicklung ist noch nicht absehbar. Für den Bereich der Arbeitsangebote kann man leider keine vergleichbar dynamische Entwicklung konstatieren. Auf diesem schwierigen Feld droht auch in den Modellregionen vielfach die Entwicklung im Korsett einer Planung von Werkstattplätzen für seelisch Behinderte zu erstarren.

Aber nehmen wir einmal an, auch wenn es für viele psychisch Behinderte oder Gefährdete noch unrealistisch ist, daß die Wohn- und Arbeitssituation geklärt ist. Stellen wir uns also einen Menschen vor, der nach einer vielleicht längeren Behandlungsphase in psychiatrischen Institutionen nun einen Platz zum Wohnen in der Gemeinde und eine regelmäßige Beschäftigung gefunden hat. Ein jüngst erschienener Beitrag von Angermeyer trägt den bezeichnenden Titel „Mitten in der Gemeinde und doch allein?“ Es ist eine aufschlußreiche empirische Untersuchung des sozialen Netzwerks von Bewohnern psychiatrischer Übergangsheime. Der Autor konstatiert aufgrund von Befragungen der Bewohner einen deutlichen Mangel. Und dieser Mangel gelte sowohl für die quantitativen und qualitativen Aspekte enger Bindungen an andere Menschen, als auch für Freundschaften und für Beziehungen, die für die Erhaltung des Selbstwertgefühls und das Gefühl, von anderen gebraucht zu werden, wichtig sind (Angermeyer 1984). Beziehen wir Angermeyers Ergebnisse auf unseren eben vorgestellten, hypothetischen ehemaligen Psychiatrie-Patienten, so ergibt sich als typische Situation:

Wenn er in einer zum Modellprogramm gehörigen Region wohnt, kann er das Glück haben, in einer dank der Modellmittel gekauften und von einem psychosozialen Hilfsverein betreuten Wohnung zu leben, die zu einer nobel renovierten und gutbürgerlich gelegenen alten Villa gehört. Soweit so gut und fast beneidenswert, wenn man an den Sozialwohnungsstandard hierzulande denkt. Aber auch die teure Einbauküche aus Eichenholz, der warme Teppichboden und die freundlich-helle Möblierung können allenfalls davon ablenken, daß dieser Mensch am nächsten Morgen mangels geeigneter öffentlicher Verkehrsmittel abgeholt und zu einer Werkstatt für Behinderte gefahren werden muß, daß er diese Werkstatt voller Widerstand betritt und häufig krankheitsbedingt fehlt, daß er am Feierabend auf den Wohngemeinschaftsbetreuer und dessen Anregungen wartet und schließlich nach dem Abendessen und einer gelegentlichen Gruppenaktivität die Mitbewohner vor dem gemeinsamen Fernsehapparat wieder trifft. Seine Beziehungen zu Angehörigen sind schon seit geraumer Zeit weitgehend abgebrochen, von seltenen Besuchen abgesehen. Alle Personen, zu denen er Bindungen verspürt, sind entweder Mitpatienten oder Angehörige des therapeutischen Personals. Er ist eingebunden und gefangen in einem psychiatrischen Subsystem innerhalb der Gemeinde. Der Unterschied zur früheren Patientensituation besteht darin, daß dieses psychiatrische Subsystem nicht mehr konzentriert ist auf das weitläufige Areal zwischen den Anstaltsmauern, sondern daß es jetzt als unauffälliges Netz über die Stadt verteilt ist. Zu diesem Subsystem gehörig kann er mitten in der Gemeinde, aber dennoch in sozialer Isolation leben.

Ich möchte mit dieser, vielleicht etwas polemischen Vorbemerkung nicht mißverstanden werden: Ein psychiatrisches Subsystem in der Stadt ist allemal ein Fortschritt gegenüber dem geschlossenen Subsystem vor den Toren! Es läßt sich nämlich nicht so reibungslos behüten, begrenzen oder verbergen. Es kann sich in der Stadt vielfältiger entwickeln, unterschiedliche Komponenten erhalten. Und zugleich schärft es den Blick für die wesentlichen Probleme: Mitten in der Gemeinde und doch allein? Bevor ich meinen Auftrag zu erfüllen suche und die Komponenten dieses psychiatrischen Subsystems (mit Ausnahme des Arbeits- und Wohnbereichs) zu beschreiben beginne, möchte ich deshalb als allgemeine Prämisse für diese komplementären Hilfen betonen, daß sie Teile eines in die Gemeinde integrierten psychiatrischen oder besser psychosozialen Subsystems sind. Patientenclubs und bestimmte Formen von Laienhilfe beispielsweise existieren ja schon seit langer Zeit. Wenn also in diesem Themenbereich von „neuen Formen komplementärer Hilfen“ die Rede sein soll, dann im Sinne von modernen, gemeindebezogenen Hilfen. Im abstrakten Bild vom psychiatrischen Subsystem gesprochen, verdienen also nur solche Hilfen das Prädikat „neu“, die als Elemente des komplementären Netzes zugleich Knoten- und Berührungspunkte zu anderen Subsystemen der Gemeinde, zu anderen Lebensbereichen und sozialen Partizipationsmöglichkeiten darstellen.

Doch nun zu den einzelnen Formen wie sie in der Ankündigung meines Übersichtsreferates genannt sind. Klubs und Tagesstätten stehen nicht ohne

Grund am Anfang. Sie werden schon in den Enquête-Empfehlungen unter der Rubrik „sonstige komplementäre Dienste“ aufgeführt und sollen „Teilzeithilfen und therapeutisch strukturierte Freizeitveranstaltungen anbieten“ (Enquête, S. 227). In der Realisierung dieser beiden Empfehlungen gibt es nach meinem Eindruck jedoch einen großen Unterschied. Während die Klubarbeit mittlerweile eine große Verbreitung gefunden hat und heute wohl als obligatorisch gelten kann in einer den Enquête-Prinzipien verpflichteten Versorgungsstruktur, ist die Situation bei den Tagesstätten ganz anders. Diese Form ist bisher nur wenig verbreitet, was ohne Zweifel an der ungeklärten Finanzierungsfrage liegt, aber vielleicht auch an unklaren Abgrenzungen zur Tagesklinik, die innerhalb des Modellprogramms eindeutig favorisiert wurde.

Zur begrifflichen Klärung möchte ich jetzt kurz skizzieren, was unter diesen einzelnen Formen zu verstehen ist. Für die Klubs ist nach wie vor die Enquête-Definition brauchbar, die lautet: „Patientenclubs sind Einrichtungen, die ambulanten und aus stationärer Behandlung entlassenen Kranken, ihren Angehörigen und Freunden zusammen mit anderen Bürgern die Möglichkeit zu Kontakten und zu gemeinsamen Veranstaltungen überwiegend geselligen Charakters bieten“ (Enquête, S. 227). Es hat sich allerdings als sinnvoll erwiesen, die einengende Bezeichnung „Patientenclub“ zugunsten einer allgemeinen Klub-Bezeichnung (z. B. Klub 55 in Freiburg) aufzugeben.

Die Aktivitäten solcher Klubs sind wohl hinreichend bekannt und auch in der Literatur beschrieben. In der Regel treffen sich die Klub-Mitglieder wöchentlich, manchmal auch vierzehntägig am späten Nachmittag oder abends und bemühen sich, „aus Kontaktverlust und Isolation erwachsene Probleme ihres realen Alltags gemeinsam zu meistern“ (Busch 1977, S. 20). Zwanglose Gespräche und mannigfache gesellige Aktivitäten (z. B. Spiele, Musik machen oder hören, Kochen, Feste feiern) schaffen eine Atmosphäre familienähnlicher Intimität und können dem einzelnen ein wenig Zuhause und Gruppenrückhalt vermitteln.

Wenn man die bisherigen Erfahrungen mit Klubarbeit zu resümieren versucht, läßt sich meines Erachtens bei aller Unterschiedlichkeit in den einzelnen Verläufen doch im allgemeinen eine positive Bewertung folgern. Wichtig scheint allerdings zu sein, daß in der Anfangsphase eine oder mehrere Bezugspersonen, möglichst freiwillige Helfer, die regelmäßigen Klubtermine garantieren, im Bedarfsfall auch einen Hol- und Bringdienst organisieren oder auch einmal sich nach einem Besucher erkundigen, der plötzlich nicht mehr kommt. Aber das muß alles behutsam erfolgen, die Klubs entwickeln häufig intern allmählich einen eigenen Stil mit bestimmten Gepflogenheiten. Formelle Regeln sollten möglichst nur dann eingeführt werden, wenn sie von den Besuchern selbst aufgrund von Unzufriedenheiten mit bisherigen Verläufen intendiert werden. Vereinsähnliche Strukturen eignen sich für den Klub selber kaum, wohl aber ist der Träger von Klubs häufig ein Verein mit anerkannter Gemeinnützigkeit. Ansonsten ist die Trägerschaft bzw. Anbindung von Klubs sehr heterogen. Im Prinzip kann und sollte jede Einrichtung, die mit sozial isolierten psychisch Kranken oder Behinderten zu tun hat, eine solche Klubarbeit entweder selber

beginnen oder aber in Zusammenhang mit anderen Diensten initiieren und unterstützen. Dies ist meines Erachtens eine typische Aufgabe, die aus der gemeinsamen Versorgungsverantwortung für einen Stadtteil oder eine Region resultiert und als solche insbesondere in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft aufgegriffen werden kann. Es gibt übrigens einige Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, die die Klubarbeit zum Schwerpunkt ihrer Tätigkeit gemacht haben. Schließlich soll nicht unerwähnt bleiben, daß die Klubarbeit in der Regel von gravierenden Finanzierungsproblemen nicht bedroht ist; häufig reichen Spenden oder Zuschüsse des örtlichen Sozialhilfeträgers aus. Was die Spenden angeht, so ist manchmal zu beobachten, daß sie ironischerweise gerade von solchen gesellschaftlichen Zirkeln stammen, die sich auch in Klubs zusammengeschlossen haben. Der entscheidende und für das erfreuliche Spendenverhalten möglicherweise unbewußt verantwortliche Unterschied liegt darin, daß die Exklusivität des einen Klubs auf bewußter und gewollter Abgrenzung, die des anderen jedoch auf unfreiwilliger und erlittener Ausgrenzung zu beruhen pflegt.

So sehr sich die verschiedenen Klub-Varianten als sinnvolle Ergänzung des ambulanten Versorgungsnetzes erwiesen haben mögen, für die große Zahl von Menschen, die aufgrund äußerer oder innerer Schwierigkeiten, aufgrund ihrer Behinderung oder auch aus freien Stücken tagsüber keiner Arbeit nachgehen, für diese Menschen ist der Klub als Treffpunkt und Ort des sozialen Lebens allein zu wenig. Sie müssen gemäß ihren Bedürfnissen und Fähigkeiten tagsüber sinnvolle Angebote der Beschäftigung, der Begegnung, des Spiels und der Erholung wahrnehmen können. Solche Angebote finden sich in Tagesstätten, die in der Enquête definiert werden als „Einrichtungen für nicht arbeitsfähige seelisch und geistig Behinderte, deren Angehörige tagsüber nicht zur Verfügung stehen oder entlastet werden müssen. Sie unterscheiden sich von Tageskliniken durch ihren überwiegend versorgenden Charakter“ (Enquête, S. 227). Dieser letzte Satz der Enquête-Definition ist mißverständlich, wie mir scheint. Er erweckt den Eindruck, als hielten die Tagesstätten ein Arsenal konsumtiver Möglichkeiten parat, das die Besucher je nach Bedürfnis in Anspruch nehmen könnten. Betrachtet man die heute existierenden Ansätze zur Tagesstättenarbeit (manchmal wird der Begriff Tageszentrum synonym dazu gebraucht, z. B. in Bremen und Zürich), so fällt gerade im Unterschied zur tagesklinischen Arbeit auf, daß in den Tageszentren oder Tagesstätten die aktive Beteiligung der Besucher an der Programmentwicklung und Programmgestaltung im Vordergrund steht. Unmittelbar evident wird dies beim Vergleich der Personalausstattung — die Tagesstätten verfügen meist nur über 1—2 hauptamtliche Mitarbeiter und müssen den größten Teil ihrer Aktivitäten auf nebenamtliche oder freiwillige Mitarbeiter und vor allem auf die Besucher selber verteilen. Wenn man schon den ohnehin problematischen Versorgungsbegriff verwendet, dann wäre hier also eher von Selbstversorgung zu sprechen. Im Gegensatz zu den Tageskliniken ist es bekanntlich in den Tageszentren üblich, daß sich die Patienten ihr Mittagessen selber kochen, um es nur an einem Beispiel zu illustrieren.

Ich sehe mich noch nicht in der Lage, über die bundesrepublikanischen Erfahrungen mit Tagesstätten eingehend berichten zu können. Hinweisen möchte ich darauf, daß zwei Modell-Tagesstätten vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit im Rahmen des kleinen Modellverbundes „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung“ gefördert wurden und demnächst ihre Ergebnisse vorlegen werden. Es sind dies die Tagesstätten in Hagen und Bremerhaven. Im großen Modellprogramm Psychiatrie sind nur wenige Tagesstätten in der Förderung, wobei es sich teilweise um spezielle gerontopsychiatrische Begegnungsstätten handelt. Die vielleicht fortgeschrittensten Erfahrungen liegen bisher aus dem Tageszentrum Bremen vor. Diese Einrichtung in unmittelbarer Nachbarschaft zu einer Beratungsstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes bietet begleitende Hilfen, Unterstützung in der Bewältigung lebenspraktischer Probleme, Förderung sozialer Verhaltensweisen, Kontaktförderung zwischen den Besuchern, Anregungen zu sinnvoller Freizeitgestaltung und Anleitung zu gemeinschaftlichen Projekten, insbesondere zum Aufbau eines von den Besuchern selbst geführten Cafés. Zu diesem Komplex „Tagesstätten“ möchte ich abschließend noch die Frage formulieren, welchen systematischen Stellenwert die Tagesstätte in einem sozialpsychiatrischen Versorgungssystem hat. Mir selbst ist aus den mir zugänglichen Erfahrungen noch nicht erkennbar, ob sie eine wünschenswerte Ergänzung, ein notwendiges Element oder eine entbehrliche Zusatzeinrichtung des Versorgungsnetzes darstellt.

Im Modellprogramm hat sich unterdessen für diesen Bereich in einigen Regionen eine kombinierte Lösung ergeben, das heißt es werden psychosoziale Kontaktstellen oder auch Kontaktzentren favorisiert, die unter ihrem Dach sowohl Klubangebote als auch Elemente der Tagesstätten verwirklichen. Beispiele dafür finden sich im Oberbergischen Kreis, in Duisburg, in Hamburg, in Darmstadt und in Berlin. Von Vorteil scheint dabei zu sein, daß diese Kontaktzentren relativ flexibel ihre Angebote kombinieren und je nach Bedarf weiterentwickeln können. So umfaßt beispielsweise das Sozialpsychiatrische Kontaktzentrum Gummersbach ein Tagesstättenangebot, eine Teestube, Patientenklubs, die Betreuung von Wohngruppen, die Betreuung am Arbeitsplatz und die Koordination der Laienhilfe. Einen weiteren Vorteil dieser Konstruktion sehe ich in der Möglichkeit, Funktionen aus dem Vorfeld psychiatrischer Fachdienste zu integrieren und damit eine Verbindung zu schaffen zwischen vor- und nachsorgenden Funktionen. In der Realität ist die Vorstellung eines linearen Verlaufsprozesses im Sinne einer Kette, deren einzelne Glieder nacheinander durchlaufen werden, ohnehin unzutreffend. Komplementär-rehabilitative Hilfen sind immer gleichzeitig auch präventive Hilfen, indem sie die eine Wiedererkrankung fördernden Bedingungen zu minimieren versuchen.

Das psychosoziale Kontaktzentrum in Duisburg-Nord ist in diesem Zusammenhang noch zu erwähnen, weil es ausdrücklich die Zielsetzung verfolgt, eine Verbindung zu schaffen zwischen dem ambulanten Vorfeld und den komplementären Einrichtungen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung. Schwerpunkte der Arbeit sind

- offene Gruppenangebote im Freizeitbereich;
- Gesprächsgruppen;
- Beratung in Konflikt- und Krisensituationen, bei sozialen Problemen und Vermittlung an andere Einrichtungen;
- Aufbau von Wohngruppen;
- Öffentlichkeitsarbeit.

Es bleiben mir noch die Stichworte Laienhilfe und Selbsthilfe, zu denen ich nur einige kurze Anmerkungen machen will. War bisher von bestimmten Formen komplementärer Hilfen die Rede, so geht es mit diesen beiden Begriffen um die möglichen Arten von Hilfe. Die uns allen geläufige, hier nicht erwähnte Art ist natürlich die professionelle Hilfe; sie ist auch in den hier erwähnten Formen komplementärer Hilfen vertreten, doch wird sie wie nirgends sonst in diesem Bereich ergänzt und dadurch auch vergleichsweise relativiert durch das Hinzutreten von Laien- und Selbsthilfe. Beide Arten der Hilfe sind heute prinzipiell unumstritten; es existiert eine umfangreiche Literatur dazu, in der sich viele Belege für die Wirksamkeit und Angemessenheit dieser Art von Hilfestellung finden lassen.

Heute wird die Diskussion um Laien- und Selbsthilfe bisweilen ideologisch geführt; im sozialpolitischen Raum dominieren die Gesichtspunkte der Kapazität und Effektivität. Ich möchte noch einmal auf meine Vorbemerkung zum psychiatrischen Subsystem in der Gemeinde zurückkommen und daran zeigen, daß bestimmte Formen gemeindepsychiatrischer Aktivität ohne die Einbeziehung von Laienhelfern ihren Sinn verfehlen. Aus fachlicher Sicht besteht der Wert von Laienhilfe nämlich nicht in der kostensparenden Ergänzung der knappen professionellen Ressourcen, sondern darin, daß die Laienhelfer in der helfenden Zuwendung zugleich und vor allem reale Repräsentanten der Gemeinde sind, daß sie als Wegbereiter und Begleiter aus dem psychiatrischen Subsystem heraus und in die Gemeinde hinein fungieren, daß sie gewissermaßen die Knotenpunkte darstellen, an denen das eingangs erwähnte feingespinnene psychiatrisch/psychosoziale Netz mit der Fülle der nicht-psychiatrischen Lebenswelten Verbindung hat. Deshalb sind Laienhelfer oder (wie man sie besser nennen sollte) freiwillige Helfer so bedeutsam und deshalb müssen wir uns um sie bemühen.

Schließen möchte ich mit einer kritischen Bemerkung zur Selbsthilfe. Es soll hier nicht die Rede sein von der Selbsthilfe als einem therapeutischen Prinzip. Daß jede professionelle Helferbeziehung ihre Erfüllung letztlich erst in der Selbst-Therapie, Selbstveränderung, Selbstbejahung und Selbsthilfe findet, braucht hier nicht weiter betont zu werden. Problematisch scheint mir in unserem Zusammenhang nur zu sein, daß bestimmte Formen von Selbsthilfe in der psychiatrischen Versorgung schwer zu realisieren sind. Ich kenne zum Beispiel einige Versuche mit Selbsthilfegruppen, die alle scheiterten. Und wenn man die Verbreitung von Selbsthilfegruppen betrachtet, so ist auffallend, daß es auf psychiatrischem/psychotherapeutischem Gebiet außer Alkoholikergruppen und Neurotikergruppen kaum nennenswerte Ansätze gibt.

Insbesondere für die große Gruppe der psychotisch Kranken scheint im allgemeinen ein „reines“ Selbsthilfegruppenkonzept nicht angemessen zu sein. Einige Versuche, von denen ich mündlich Mitteilung erhielt, scheiterten unter anderem deshalb, weil die für den Erhalt der Gruppe notwendigen Ich-Funktionen von den Patienten allein nicht erfüllt werden konnten. Soweit ich diese gescheiterten Versuche übersehe, scheint dabei auch kaum eine Rolle gespielt zu haben, daß — worauf von den Selbsthilfegruppentheoretikern zu Recht hingewiesen wird — die professionellen Initiatoren ihre eigenen Bemühungen dadurch selbst oft zum Scheitern bringen, daß sie unbewußt ihre Patienten in Abhängigkeit halten und die autonomen Selbsthilfebestrebungen nicht ausreichend radikal zulassen.

Angesichts der in ihrem Ausmaß ständig wachsenden Selbsthilfebewegung im gesamten Gesundheitswesen ist zum jetzigen Zeitpunkt ein Urteil über Selbsthilfegruppen in der Psychiatrie verfrüht.

Ich plädiere unter Bezug auf die mir bekannten Ansätze für eine behutsame und den psychiatrischen Patienten angemessene Entwicklung der Selbsthilfformen. Völlig autonome Selbsthilfegruppen scheinen schwer realisierbar zu sein; sobald jedoch ein gewisses Maß an Schutz und Unterstützung gewährt wird, sind erfolgreiche Selbsthilfeinitiativen möglich, so zum Beispiel in Verbindung mit den erwähnten Tagesstätten und Kontaktstellen. Zahlreiche Patientenclubs kommen den Intentionen des Selbsthilfekonzpts wohl am nächsten; von vielen wird deshalb die Clubarbeit als die sinnvollste Verwirklichung des Selbsthilfegedankens im psychiatrischen Bereich angesehen.

Literatur

- ANGERMEYER, M. C.: Mitten in der Gemeinde und doch allein? In: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, Band 19, S. 313—333, 1984
- BUSCH, W.: Der Patientenclub. In: Sozialpsychiatrische Informationen Nr. 37, 7. Jg., März 1977, S. 19—25
- MOELLER, M. L.: Anders helfen. Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen, Stuttgart 1981
- WEBER, WEBER, SCHWERDTFEGER: Hamburger Patientenclubs. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 7. Jg., Nr. 40/41, August 1977, S. 31—33

Diskussion über Neue Formen komplementärer Hilfen

(gekürzte Fassung)

Moderation: C. Kulenkampff

Kulenkampff: Wenn Variabilität ein Reichtum ist, wie Herr Schwendy mit Recht gesagt hat, dann trifft das natürlich auch auf den hier angesprochenen Themenbereich in ganz erheblichem Umfang zu. Die Spannbreiten sind wirklich immens, und meiner Meinung nach ist das auch gut so.

Werner: Die verblüffende Erfahrung, die wir in Bremen gemacht haben — es gibt dort seit fast zehn Jahren Clubs, und das Tageszentrum als Tagesstätte auch schon seit einigen Jahren — ist die, daß die Entwicklung dieser beiden Einrichtungen und der komplementären Zusatzeinrichtungen ganz anders verlaufen ist, als wir es indendiert hatten. Wir haben z. B. festgestellt, daß in den fünf Clubs, die regional in Bremen verteilt sind, eigentlich immer die gleichen vierzig Patienten von einem Club zum anderen gehen. Bei ca. 3000 Patienten pro Jahr allein in der Klinik und dazu der großen Masse, die zu den Nervenärzten und zu anderen Einrichtungen geht, verblüfft es schon, daß nicht immer mehr Leute hinzustoßen.

Die Tagesstätte oder das Tageszentrum der Bremer Werkgemeinschaft ist aus unserer Tagesklinik erfahrung heraus entstanden. Wir haben in den Tageskliniken festgestellt, daß sich dort immer mehr Patienten ansammelten, die dort bleiben wollten und dauerhaft so etwas wie tagesklinische und tagesstrukturierende Hilfen oder Beschäftigung brauchen. Deshalb gingen wir an die Idee dieses Tageszentrums. Aus diesem Tageszentrum ist jedoch wieder etwas ganz anderes geworden. Die Patienten, die wir in der Tagesklinik als dauerhaft betreuungsbedürftig erleben, gehen nicht ins Tageszentrum, weil dort das Angebot zu stark auf Selbständigkeit oder Eigenmotivation aufgebaut ist. Das sind nämlich die mehr stillen, schüchternen, mit Familienproblemen belasteten jüngeren Psychosekranken, die sehr schwer ohne sehr intensive Fremdhilfe oder sehr persönliche Bindung zu Therapeuten überhaupt irgendwo hingehen.

In der Tagesstätte oder im Tageszentrum hat sich wiederum eine Klientel gesammelt, die nicht unähnlich zur Clubklientel relativ konstant bleibt und — was ein Stückchen mit der Region zu tun hat — fast eine Art subkulturellen Teil hat. Es kommen viele, die früher in der forensischen Abteilung waren, es kommen viele, die mit Alkohol und Drogen Probleme hatten, es kommen viele, die recht dynamisch, aber sozial sehr schwierig sind und keine Anlaufpunkte haben. Es sammeln sich nicht unbedingt psychisch Kranke, aber an der Grenze zum psychisch Kranksein stehende Arbeitslose oder Jugendliche, die

kein Jugendzentrum finden. Wir finden ja auch beim Wohnen und in den verschiedenen komplementären Wohnformen in unseren neuen Einrichtungen eine ganz bestimmte Klientel immer wieder. Ich glaube, daß wir wahrscheinlich für gesamt Bremen auf 100 Leute kommen, die all diese komplementären Teile immer wieder benutzen, während die ganzen restlichen Leute dort nicht auftauchen. Aufgrund dieser Erfahrungen stellt sich immer noch die Frage, wo diese Anderen hingehen.

Am ehesten registriere ich eine Art Treue zu den Institutionen, die alle so etwas wie Nachsorgeclubs haben; in die Tageskliniken kommen täglich alte Bekannte, die dort einen Kaffee trinken, auf die Stationen kommen sie, in die Wohnheime kommen sie, in bestimmten Wohngemeinschaften treffen sich Ehemalige. Dies Phänomen ist insbesondere dann anzutreffen, wenn die Ehemaligen dort intensive therapeutische Beziehungen zu Therapeuten hatten. Es gibt also noch ein ganzes Feld von Angeboten, die den Kontaktstellen, Tagesstätten und Begegnungsmöglichkeiten vergleichbar sind, aber gebunden sind an therapeutische Beziehungen zu den in den Institutionen Tätigen. In diesen Institutionen treffen wir viel eher die etwas Stilleren, die nicht so fähig sind zur gemeinsamen Selbstregulation.

Holzbach: Ich hatte eigentlich erwartet, daß Sie mir einige Tips geben, wie die Selbsthilfegruppen zu fördern sind, aber da wissen Sie offenbar auch keinen Rat. Ich könnte mir vorstellen, daß Selbsthilfegruppen aus den Laienhelferclubs hervorgehen und Laienhelferclubs darauf angelegt sein könnten, den Patienten die Möglichkeit zu eröffnen, sich nach einer gewissen Zeit in eigenen Clubs abzulösen. Oder man könnte einen Kompromiß schließen, daß die Patienten sich selbständig treffen und nur etwa jedes Vierteljahr mit dem Therapeuten oder mit dem Laienhelferclub zusammenkommen, so daß der Kontakt nicht verloren geht und die Patienten doch relativ selbständig sind.

Schwendy: Der Begriff der Selbsthilfe wird natürlich im Augenblick sehr vielfältig verwandt. Clubs und Tagesstätten haben m. E. die Aufgabe oder auch die Wirkung, das Selbsthilfepotential der Betroffenen zu mobilisieren oder zu verstärken; sie sind aber keine Selbsthilfegruppen im klassischen Sinne, wie z. B. die Anonymen Alkoholiker oder Selbsthilfegruppen von Neurosekranken. Mir ist keine echte Selbsthilfegruppe von Psychosekranken bekannt, es sei denn, es sind Leute, die sich als Interessengemeinschaft ehemaliger Psychiatriepatienten verstehen wie die „Irrenoffensive“ in Berlin oder die „Aktion 71“ in Hamburg. Aber davon gibt es in der Bundesrepublik im Unterschied zu anderen Ländern, wo die psychiatrische Entwicklung weiter fortgeschritten ist, recht wenige. Im Bereich der Psychiatrie, wo es primär um Psychosekranken geht, sind die ersten und echtsten Selbsthilfegruppen, die wir in der Bundesrepublik haben, die Angehörigenvereinigungen, wo sich im echten Sinne von Selbsthilfe die Familie selber hilft und das auch ohne Professionelle kann.

Jetzt aber noch etwas in Ergänzung zu dem Vortrag von Herrn Köhl. Wir vom Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen haben ungefähr 100 Vereine bei uns organisiert und korrespondieren mit weiteren 100 bis 150, die solche

Angebote wie Clubs und dergleichen machen. Wenn man diese Vereine befragt, wer echte Tagesstätten oder Tageszentren hat, so sind das nur wenige, die Patientenclubs aber entfalten sich mehr und mehr, indem sie ihr zeitliches Angebot in den Tag und ins Wochenende hinein verlängern. Es werden Mittagstische entwickelt, Teestuben entstehen, Cafés, Läden und all so etwas. Die Vielfalt der Angebote ist da sehr viel größer, als wenn nach so einem Einrichtungsrastrer vorgegangen würde, wie es aus der Enquête überliefert worden ist. Ich finde das auch ganz erfrischend, denn ich möchte die provozierende Behauptung aufstellen, daß wir bei den Clubs und Tagesstätten im Grunde genommen das psychiatrische Versorgungssystem verlassen sollten. Das sind vor allem Dinge der Nachbarschaftshilfe, wo sicherlich Leute aus der Psychiatrie im Hintergrund mitwirken können und müssen, sich aber wahnsinnig zurückhalten sollten. Ich kenne einige Beispiele, auch aus dem Modellprogramm, wo das Hinzukommen professioneller Helfer Clubs und Tagesstätten ihres eigentlichen Sinnes beraubt hat, dadurch daß angefangen wurde, die ganzen schrecklichen Trainingskataloge, wie wir sie im Reha-Bereich nun einmal brauchen, auch diesen Tagesstätten aufzupropfen. Es muß doch irgendwo einen Platz im Leben für die psychisch Kranken und Behinderten geben, wo sie einfach nur hinkommen und eine Tasse Kaffee trinken können, ohne daß da schon eine Kompetenz vermittelt werden muß.

Wenn wir es aber ernst damit meinen, daß Langzeitkranke in der Gemeinde leben sollen, dann hat natürlich diese Art von Angebot im Grunde genommen höchste Priorität, noch vor Werkstätten und Firmen und allen anderen Dingen. Auch hier müssen wir die positiven Anteile der Großinstitution sehr aufmerksam sehen, wo gerade Langzeitpatienten tagsüber im Anstaltgelände herumarschieren können und eine Menge Nischen und Kontaktmöglichkeiten haben, wie sie sie in der Stadt nicht ohne weiteres finden. Wir sollten verstärkt versuchen, solche Möglichkeiten auch in der Gemeinde zu schaffen, aber bitte nicht als psychiatrische Fachangebote, sondern möglichst als ganz normales Angebot, wie es eine Gemeinde für andere Leute, vom Kindergarten bis zur Altentagesstätte, schon hat. In England gibt es beispielsweise 300 Tagesstätten und Tageskliniken, die im Grunde genommen den Grundstock für all die anderen Angebote bilden, die dort gemacht werden. Erst wenn man solche Angebote hat, kann man eigentlich guten Gewissens über so differenzierte Angebote beruflicher Förderung reden, wie sie vorhin diskutiert wurden, denn es hat keinen Sinn, beides zu sehr miteinander zu vermischen; eine Firma für seelisch Behinderte kann nicht Tagesstättenfunktion erfüllen und umgekehrt auch nicht.

Frau Gaßner: Unser Club 69 (Gründungsjahr!) vom Bezirkskrankenhaus Haar in München ist aus der Idee entstanden, daß die meisten psychisch Kranken draußen sehr isoliert leben. Wir laden nur chronisch-psychisch Kranke ein, weil wir meinen, daß z. B. die Alkoholiker genug Möglichkeiten mit ihren eigenen Selbsthilfegruppen haben. Wichtig ist uns dabei, daß innerhalb dieser Clubtreffen sich kleine Unterclubs bilden und die ehemaligen Patienten, die sich teilweise schon von der Klinik her kennen, dort aber nie Kontakt hatten, sich ver-

abreden können, auch unter der Woche mal etwas gemeinsam zu unternehmen. Die ehemaligen Patienten sollen einmal in der Woche eine Anlaufstelle haben, um ihre Alltagsorgen am Arbeitsplatz oder in der Familie los zu werden.

Im Gegensatz zu dem, was Herr Schwendy gerade sagte, nimmt bei uns immer Fachpersonal am Club teil, ein Sozialpädagoge, ein Arzt und auch Psychiatriefachpfleger; wenn wir sehen, daß einer psychisch wieder etwas „wackelt“, machen wir an einem der nächsten Tage noch einen Hausbesuch. — Aus der Psychiatrieszene in München ist der Club eigentlich nicht mehr wegzudenken; es gibt inzwischen mehrere Clubs von verschiedenen Vereinen und von einer niedergelassenen Kollegin; von den sozialpsychiatrischen Diensten werden jetzt auch vermehrt solche Clubveranstaltungen regional angeboten und Tagesstätten errichtet. — Allerdings müssen auch wir beobachten, daß in unserem Club im Grunde doch immer nur der gleiche Stamm kommt und daß manche Clubmitglieder auch von einer Veranstaltung zur anderen und von einem Clubtreffen zum anderen pendeln.

Nouveau: Uns Professionellen macht es doch immer noch Angst, daß so eine Basisversorgung, Clubs, Tagesstätten und diese ganzen Subsysteme, allein durch Laienhilfe organisiert werden könnte und wir dabei gar nicht gebraucht werden. Ich glaube in der Tat, daß es auch außerhalb von Regionen, die irgendwie im Lichte der fachspezifischen Öffentlichkeit stehen, auch in den entlegensten Gebieten, sehr gut funktionierende komplementäre Versorgungssysteme gibt, die außerhalb der professionellen Hilfeschiene laufen, die sehr gut arbeiten und eine wichtige Basis in der Region darstellen. Aber uns als Menschen, die davon leben und dafür bezahlt werden, anderen zu helfen, fällt es oft schwer, uns auf diesem Gebiet mit genügend Kreativität, Phantasie und auch der Fähigkeit, uns überflüssig zu machen, zu engagieren. Wir haben sehr viel Talent, solche Tagesstätten zum Teil zu funktionalisieren, ihnen den üblichen Rehabilitationsanspruch und Katalog aufzuzukroyieren und dadurch ein Stück des Lebens und der Kultur dieser Einrichtungen auch kaputt zu machen.

Es macht auch mit Sicherheit einen Unterschied, ob ein Club als erstes da war und all das, was heute morgen geschildert wurde, als letztes, oder ob als erstes die Klinik da war und der Club als letztes — sozusagen als Anhängsel, was die Therapeuten noch nach Feierabend als Abrundung ihrer Region geplant haben. Bei uns in Solingen war der Club als erstes da, und das heißt auch, daß als erstes nicht-professionelle Helfer, Bürger und Laienhelfer da waren, die ein sehr starkes eigenes Selbstbewußtsein entwickelt haben und im Gegensatz zu anderen Regionen sich auch nicht von den Profis in irgendeiner Weise bevormunden lassen. In den sieben oder acht Clubs, die bei uns existieren, werden von den Laienhelfern zwischen zwei- und dreihundert Patienten betreut, die keinen Profi zu Gesicht bekommen. Es sind dies vorwiegend Menschen, die zu den Stilleren, zu den Zurückgezogenen, zu denen gehören, die man auch mal zu Hause besuchen muß, wenn sie nicht kommen, und die auch unter der Woche und samstags und sonntags noch Besuche vertragen kön-

nen. Ich bewundere immer wieder, in welchem Maße auch die Betroffenen in der Lage sind, sich untereinander kurz zu schließen, Telefonketten einzurichten, wie ich die nie planen und aktivieren könnte.

Früher haben auch wir immer gesagt, die schlimmen Patienten, die Querulanten, die so ausflippen, die laut sind, die zu verrückte Vorstellungen äußern, blieben bei uns hängen. Wir haben uns als professionelle Mitarbeiter ähnlich, wie das auch ein Landeskrankenhaus tut, immer darauf zurückgezogen, daß wir eben nur der Notstopfen seien. Dabei haben wir ganz vergessen, daß wir dafür ja auch bezahlt werden, die Laienhelfer keinerlei Entgelt für ihre Tätigkeit bekommen und man ihnen deswegen auch nicht die Aufgabe zuschustern kann, Ordnungsfaktor in einer Gemeinde zu sein. Ich bin der Meinung, daß wir die Clubs und auch die Tageszentren wirklich in einem unnötigen Ausmaße professionalisieren und ihnen dadurch eine ganz andere Qualität und Funktion geben. Auf diese Weise ermöglichen wir es dem Betroffenen z. B. auch nicht, sich aus der Psychiatrie zu lösen. Clubs und Tagesstätten sind für mich nicht ein Teil des psychiatrischen Versorgungssystems, sondern Organisationsformen von Nachbarschaftshilfe, die sich sehr stark am natürlichen Hilfesystem organisieren und auch orientieren. Wir sollten den Mut haben, das auch zuzulassen und unsere Versorgungsaufgaben in ganz anderen Bereichen zu sehen.

Wir haben auch noch immer unsere Aufgabe in den Clubs, sei es, daß wir die Räume für diese Clubs bereitstellen, sei es, daß wir es diesen Clubs z. B. durch Organisation von Fahrtendiensten ermöglichen, daß auch die zuständigen Patienten aus dem Landeskrankenhaus die Gelegenheit haben, diesen Club zu besuchen, sei es durch die Bereitstellung von technischen Hilfen. Aber unsere professionelle Kenntnisse sollten in diesen Clubs nicht gefordert werden.

Dörner: Wir sind ja ursprünglich alle sehr stark von den Vorstellungen der Enquête ausgegangen, denen zufolge ganz bestimmte Institutionen erst einmal zu schaffen waren, die es noch überhaupt nicht gab; heute denke ich, sollten wir vermehrt versuchen, einmal umgekehrt zu denken; nämlich sich als Mitbürger in einer Stadt oder einem Kreis zu verstehen, die mit anderen zusammen darüber nachdenken müssen, wie diese Stadt, diese Gemeinde so gestaltet werden kann, daß sie gastlich wird für die, die bis dahin nicht Mitbürger sein durften. Das sollte die primäre Leitfrage sein, und daran gemessen sollten wir uns bemühen, schon organisatorisch und durch das Schaffen von Rahmenbedingungen, also durch indirektes Tun, diese „Landschaftsgestaltung“ zu betreiben. Dabei aber müssen wir auch darauf achten, daß wir wirklich nur in dem Bereich als Spezialisten und Profis tätig werden, in dem es unumgänglich ist, und das übrige so indirekt wie möglich zu beeinflussen versuchen, damit es sich selbsttätig entwickeln kann. Sich so zurückzunehmen und zu disziplinieren bei dem ganzen Drive, den man so hat, ist allerdings schwer und ungewohnt für uns. Doch dieses Bild von der Landschaftsgestaltung scheint mir ganz brauchbar zu sein und ist mir inzwischen auch lieber als das Bild von der Organisation eines Versorgungssystems.

Kulenkampff: Ich überblicke jedenfalls in den Modellregionen wohl so ziemlich alle Unternehmungen, die sich Kontaktstellen nennen, und habe durchaus das Gefühl, daß sich hier Landschaft sehr selbständig gestaltet hat; denn ich wäre nicht in der Lage, Ihnen hier einen gemeinsamen Nenner zu sagen. Alles, was in den Topf „Kontaktstelle“ hinein gehört, begreift sich als ein schwellenniedriges, offenes System, in dem alles mögliche stattfinden kann: einfach Kaffee trinken, freie Angebote von Gruppenaktivitäten, Stammgästerversorgung, das ist überall dasselbe. Vielleicht sind das bei Ihnen, Herr Nouvertné, so viele, daß Sie sie nicht mehr als Stammgäste identifizieren können; aber alle Clubs sagen, es seien so 40 bis 60, die immer wieder kommen.

Daneben werden dann aber auch, und da kommt ein Anteil Profession rein, präventive Möglichkeiten sehr rationell erkennbar, weil nämlich die Leute früh kommen, wenn es ihnen schlechter geht. Sie gehen dann, wenn solche Kontakte bestehen, nicht in die Klinik; in der Regel tauchen sie dann in den Kontaktstellen auf, und da können auch erste Kontakte gestiftet werden, um sehr frühzeitig intervenieren zu können, also vor irgendwelchen Feuerwehrmaßnahmen. Schließlich haben sie alle irgendwelche Klamottencafés oder Secondhandshops wie in Bremen, oder sie kochen sich etwas. Es sind also ganz multivariable Gebilde, die sicher in das Gebiet der Stadtteilarbeit gehören und primär nicht organisatorische Elemente psychiatrischer Versorgung im eigentlichen Sinne sind und auch nicht sein sollen. Dadurch fallen sie auch ein Stück in kommunaler Zuständigkeit, denn es gibt oft „offene Türen“ für Jugendliche und viele Unternehmungen, die ja auch von den Kommunen oder von den freien Trägern vorgehalten werden. Aber wenn Modellprogramme kommen und plötzlich Geld von oben da ist, so hat das eben leider häufig zur Folge, daß in manchen Stellen der professionelle Anteil stark überzogen wird; andererseits macht es natürlich auch Spaß, so etwas zu entwickeln, denn irgendeiner muß das ja auch mal anleiern.

Die Tagesstätte läuft im Unterschied dazu nach dem Modell der Altentagesstätte, und das ist eine bewährte Einrichtung, die es schon lange gibt und dadurch gekennzeichnet ist, daß sie eben nicht wie ein Club einmal oder zweimal die Woche stattfindet, sondern ständig offen ist. In Hamburg gibt es eine Tagesstätte, die sich mit Sozialarbeitern und einem Psychologen auf die langfristige und sehr geduldige sozio-therapeutische Begleitung von relativ schwer gestörten chronisch Kranken spezialisiert hat. Sie hat ein festes täglich Angebot und unterscheidet sich wohl dadurch von einer Tagesklinik, daß sie eben nicht diesen Krankenhauscharakter und diesen medizinischen Anteil hat, sondern im wesentlichen ein sehr langfristiges Training macht. Das habe ich sonst so nicht gefunden; aber so etwas kann man als Tagesstätte durchaus als Alternative zur Unterbringung in Wohnangeboten, aber auch zu der distinkteren Lösung einer Tagesklinik machen. Dabei denke ich natürlich auch an die Kostenträger, denn es ist ja gar nicht einzusehen, warum man nicht eine Tagesstätte für andere Populationen vorhalten soll, wenn man eine Altentagesstätte macht. Ich fände es z. B. sehr wünschenswert, wenn auch die sozial-psychiatrischen Dienste als kommunale Gebilde sich entschließen könnten,

sich durch solche offeneren Angelegenheiten zu ergänzen. Das fällt denen enorm schwer. In Bremen haben sie so etwas versucht, das ist aber so eine schicke Etage geworden, daß da keiner hingehet — vielleicht gehen sie inzwischen doch —, aber ich finde es ganz verdienstvoll, das einmal im öffentlichen Dienst zu versuchen, der ja sonst so starr in seinen Funktionen und Handlungsweisen ist.

Steinhart: Auch ich denke, daß nicht das Modellprogramm Psychiatrie die Landschaft gestalten sollte — in diesem Punkt zumindest nicht —, sondern der kommunale Träger. Uns ist es jetzt in Berlin gelungen, einen solchen Treffpunkt mit zwei Personalstellen in den Haushalt des Senats zu bringen, so daß nun die Kommune und nicht mehr die Psychiatrie dafür verantwortlich ist, und das finde ich einen ganz entscheidenden Punkt. Wir dürfen so etwas nicht immer nur fordern und sagen, es soll gemeindenah sein, sondern sollten das auch als eine Aufgabe der Gemeinde sehen und durchzusetzen versuchen.

Frau Ziskoven: Daß es so wenig Ansätze zu Selbsthilfegruppen in der Psychiatrie gibt, hat sicher auch damit zu tun, daß es für Profis im Verhältnis zu Selbsthilfegruppen noch einige Probleme gibt. Außerdem sind Selbsthilfegruppen im eigentlichen Sinne, abgesehen von den anonymen Alkoholikern, in erster Linie im Nachsorgebereich bekannt geworden. Deshalb ist die Formulierung, die Herr Kulenkampf verwendet hat, mir sehr wichtig, nämlich der Hinweis auf den präventiven Charakter von Selbsthilfegruppen; denn hier kann man auch als Profi noch sehr viel tun, gerade im Hinblick auf die Befähigung des Bürgers, selbständig mit seinen Problemen umzugehen. Die bestehenden natürlichen Hilfspotentiale sind doch je nach Gebiet sehr unterschiedlich ausgeprägt, und für uns Professionelle stellt sich durchaus die Frage, inwieweit wir Selbsthilfegruppen anregen sollen. M. E. gehört das zum Aufgabengebiet der Mitarbeiter sozialpsychiatrischer Dienste, wobei man sicherlich ständig vor dem Dilemma steht, wie man etwas professionell anregen soll, was im Grunde ein natürliches Hilfsangebot sein könnte und sollte.

Hoffmann: Ich wollte genau in diese Kerbe schlagen. Herr Dörner, Herr Nouvertné und Herr Schwendy haben davon gesprochen, daß die Formen komplementärer Hilfen doch eigentlich im Sinne der Nachbarschaftshilfe die Basis einer Versorgung psychisch Kranker sein sollten. Sie sind es aber nicht. Also ist dieses eine enorm wichtige Frage, wie man solche „natürlichen“ Hilfen fördern kann — moralisch im Sinne einer Anregung, finanziell in dem Sinn, daß man ihnen Geld und Räume zur Verfügung stellt, und professionell, ohne sie zu professionalisieren. Es wäre zu überlegen, ob in diesem Bereich nicht die niedergelassenen Nervenärzte einen wichtigen Beitrag leisten könnten, denn die gibt es inzwischen fast in jeder Region, aber sozialpsychiatrische Dienste oder psychiatrische Krankenhäuser nicht.

Frau Haerlin: Ich würde eigentlich gern mal hören, ob es auch Leute im Saal gibt, die zu diesen sogenannten Laien oder Bürgern gehören, und wie das auf sie wirkt, wenn Professionelle beteuern, sie möchten etwas ankurbeln, sich dann gleich wieder zurückziehen — eine wirklich paradoxe Aufgabe. Können

Laien auf diesem Gebiet nicht im Grunde viel besser selbständig arbeiten, oder gibt es vielleicht doch eine gewisse Sehnsucht nach professioneller Hilfe, nach einem Doktor, der einem erzählt, wie man's machen soll.

Sander: Ich kann nicht bestätigen, daß sich in unseren Clubs in Düsseldorf immer die gleichen Klienten aufhalten. Wir haben im vergangenen Jahr erstmalig ein Koordinationstreffen der über zehn Patientenclubs in Düsseldorf organisiert, bei denen sich herausstellte, daß wir unsere ursprüngliche Annahme revidieren müßten, es handele sich immer um die gleichen Patienten oder Klienten. Nur ein ganz kleiner Prozentsatz unserer Klienten nimmt mehrere dieser Angebote wahr; insofern wurden wir bestärkt, diese Angebote aufrecht zu erhalten, obwohl wir vorher leichte Zweifel hatten, weil wir immer einzelne Klienten kennen, die viele solcher Angebote zu nutzen.

Geßner: Ich bin zwar heute kein Laienhelfer mehr, aber ich war es vor 17 Jahren, denn ich habe als Student angefangen, ins Psychiatrische Landeskrankenhaus Emmendingen zu gehen und dort auf Station mit Patienten zu spielen, Plattenkonzerte zu hören und dergleichen mehr. Aus der Erfahrung in dieser Studentengruppe heraus haben wir auch Bürger gewonnen und mit ihnen zusammen das Begegnungszentrum „Club 55“ gestaltet. Ein solcher Treffpunkt war notwendig geworden, weil wir durch das übergroße Kontaktbedürfnis der Patienten selbst an den Rand dessen kamen, wo wir noch existieren konnten. Wir brauchten eine Stätte, wo wir uns in einem neutraleren Rahmen treffen konnten, damit nicht der Laienhelfer sich wieder in die Privatsphäre zurückziehen muß, wenn es schief geht, und der Klient in die Klinik zurückkommt, sondern wo es selbst beim Auseinandergehen von Beziehungen weiter möglich ist, Kontakt zu haben. Wir hatten ein ziemlich starkes Selbstbewußtsein und verstanden uns als eigenständige Kraft; insofern haben wir auch die Professionellen als das Komplement zu uns angesehen — in dem Sinne, wie das hier schon gesagt wurde, daß das Verhältnis von stationären Einrichtungen und komplementären Diensten eigentlich genau umgedreht sein müßte. Die Profis waren für uns das Komplement zum Bürger, nämlich als diejenigen, die fachlichen Rat und fachliche Hilfe geben können, wenn es nicht mehr weitergeht. Die Ausgebildeten sehen auch Möglichkeiten, dem Bürger in schwierigen Situationen weiterzuhelfen, auch mit schwierigen Menschen umzugehen, und das heißt letztlich doch, die Verantwortung für die Beziehung in der sie sich befinden, auch weiterhin zu tragen. Bei einer Familie z. B. heißt das, daß den Angehörigen geholfen wird, die Verantwortung, von der man sie nicht befreien kann, auch zu übernehmen und zu tragen, und daß sie damit nicht allein gelassen werden. So könnte ich mir die Hilfe von Professionellen für Laienhilfe und Selbsthilfe wirklich vorstellen.

Bosch: Ich bin Herrn Geßner dankbar, daß er auf ein wichtiges Problem indirekt hingewiesen hat: Diese Trennung zwischen Selbsthilfe, Laienhilfe und professionelle Hilfe, läuft in der Praxis dann gar nicht gut, wenn man sie starr festschreiben will. Man sollte auch gerade in diesen sogenannten neuen komplementären Diensten gar nicht so exakt bestimmen wollen, wo Laien, wo Profis, wo Selbsthilfeinitiative in den Vordergrund treten sollen. Das ist in der Tat eine

Landschaft, die sich entwickelt; und ich halte es für gut, daß sie sich derart vielfältig entwickelt, wie sie sich hier darstellt. Daß das auch beunruhigend ist, kommt in unserer Diskussion heute zum Ausdruck. Aber ich denke, das ist die Beunruhigung der Profis: Eine ganz spezifische Art, unruhig zu werden, wenn sich etwas entwickelt, wo man nicht so recht beteiligt ist, wo die Grenzen verfließen, wo es Grauzonen gibt, wo man nicht recht weiß, soll man da rein oder soll man draußen bleiben. Aber wir Professionelle müssen mit diesem Problem fertig werden und können nicht aus unseren planerischen Impetus heraus die Dinge in einer Weise ordnen und strukturieren wollen, die sie kaputt machen.

Frau Klezath: In Bremen hatte ursprünglich der Sozialpsychiatrische Dienst den Club gemacht. Er hat ihn dann uns im Zentralkrankenhaus Bremen-Ost überlassen, da er — neben der Beratungsstelle — keine Zeit hatte. Jetzt machen wir den Club mit drei Professionellen und drei Laienhelfern. Dabei haben wir die Schwierigkeit erlebt, daß die Laienhelfer mit manchen Problemen nicht fertig wurden, wenn sie den Club allein gestaltet haben. Sie griffen dann auf uns zurück, und wir mußten unsere Klienten wieder zurechtstupsen. Um solche Schwierigkeiten möglichst auszuschließen bzw. klein zu halten, treffen sich die Professionellen und die Laienhelfer jetzt einmal monatlich.

Köhl: Die Gefahr ist in der Tat, wie Herr Bosch sagte, daß Profis leicht in einen planerischen Hochmut geraten und denken, sie müßten jetzt diese Landschaft durchplanen und umgestalten oder zumindest die Umgestaltung planen. Aber es gibt auch das Umgekehrte, daß ambulante Dienste sich zurückziehen auf ihren „Vorgarten“ mit dem Argument, das müsse sich irgendwie selbstständig entwickeln und sie müßten abwarten. Wenn man genau hinguckt, ist es doch häufig so, daß die Selbst- und Laienhilfe-Initiativen im Zusammenhang mit professionellen Einrichtungen entstanden sind und es dann recht bald schwierige Emanzipationsprobleme gab. Die Profis wollten dann vielleicht manches weitermachen und sich nicht so zurückziehen. Dennoch sollte man sich nicht in einer Überreaktion auf diese Erfahrungen nur darauf verlassen, daß dies ein Prozeß sei, der sich sozusagen naturwüchsig in der Region vollzöge und bei dem wir Professionellen einfach auf all diese „natürlichen“ Nachbarschafts- und Selbsthilfepotentiale vertrauen müßten.

Nouvertné: Ich möchte nicht falsch verstanden werden. Ich bin der Überzeugung, daß man sich als jemand, der in der Psychiatrie im ambulanten und komplementären Bereich arbeitet, nicht zurückziehen darf. Aber wir stehen mit unserem psychiatrischen Wissen sehr hilflos da und müssen umlernen und uns vielmehr an Methoden der Gemeinwesenarbeit orientieren, wie wir sie nun einmal nicht gelernt haben. Sehr viele Gemeinwesenarbeiter haben viel zu wenig psychiatrischen Sachverstand, um in der Lage zu sein, auch sehr schwierigen Menschen oder Menschen in Krisensituationen helfen zu können. Ich finde es relativ schwierig, in einer anderen Stadt zu arbeiten, als in der, in der ich groß geworden bin. Denn ich kann nicht dieselbe Arbeit, die ich jetzt mache, denselben Arbeitsstil und denselben Arbeitsansatz beliebig irgendwo importieren. Ich war früher als Mitarbeiter in Solingen tätig und bin das heute nur noch als verantwortliches Vorstandsmitglied; gleichzeitig bin ich mit Pla-

nungs- und Fortbildungsaufgaben in einer anderen Region, nämlich Duisburg, betraut und sehe, daß in Duisburg alles anders läuft, weil da die Prinzipien der Gemeinwesenarbeit, die ich in meiner Region entdeckt habe, gar nicht mehr greifen und funktionieren.

Ich will es an einem Beispiel ganz plastisch machen. Wir haben bei uns in Solingen eine gewachsene Hofschaffsstruktur. Das ist so etwas wie eine kleinere, dörflichere Struktur, die sich in der vorindustriellen Zeit entwickelt hat. Da wohnen meinerseits 50 bis 60 Leute zusammen, da gibt es dann den Schleifer, den Schuster und die Schneidwarenindustrie, die bei uns heimisch ist und ursprünglich dezentral organisiert war. Das ist eine relativ gewachsene Struktur, da gibt es keine Neubausiedlung, und so eine Hofschaff hat auch eine eigene kulturelle Identität. In diesen Hofschafften, die sozial sehr intakt sind, wird jemand, der psychisch sehr auffällig reagiert, nehmen wir jemanden mit einer paranoiden Psychose, extrem lange von den Nachbarn behalten. Er kann schon stärkste Symptomatik zeigen, in diesen Hofschafften ist es immer noch möglich, daß weder Ordnungsamt noch das Gesundheitsamt, noch irgend ein anderer professioneller Hilfsdienst verständigt wird, die Hofschaff regelt das unter sich.

Als Professionelle sind wir dann auch versucht, deren Bereitschaft, jemanden mit extremen Verhaltensweisen zu akzeptieren, sehr lange auszunutzen. Wir sind froh, daß wir nicht intervenieren müssen, den Kranken nicht aus dem sozialen Umfeld herausnehmen und keine Krisenintervention machen müssen. Kommt es allerdings zu einem Bruch und derjenige muß ins Krankenhaus, dann ist es uns nachher fast unmöglich, seine Reintegration in diese Hofschaff zu erreichen. Zum Teil, weil der Betroffene zu starke Schuld- und Schamgefühle entwickelt hat bezüglich dessen, was da gelaufen ist, zum Teil auch, weil die Hofschaff sehr starke Abwehrmechanismen zeigt. Das bedeutet aber, daß wir diese Tragbereitschaft, die wir vorfinden, gerade nicht ausnutzen dürfen, sondern früher reagieren müssen, als in einer Hochhaussiedlung, wo sofort, wenn in der Nacht die Möbel verrückt worden sind, die Nachbarn schon am nächsten Tag am Telefon hängen. Das hat überhaupt nicht mehr mit psychiatrischem Fachwissen zu tun, denn in beiden Fällen sagt mir mein psychiatrisches Fachwissen: das ist eine paranoide Psychose. Das hat damit zu tun, daß ich Gemeinwesenarbeiter sein muß, und das ist in unserer Ausbildung nicht integriert; das setzt andere Arbeits- und Denkstile voraus, und da haben wir noch viel zu lernen.

Duisburg dagegen ist auch eine reine Arbeiterstadt mit einer ganz starken Trennungslinie in der Mitte. Diese Trennung in Nord und Süd, in Arbeiter- und Bürgerschicht gibt es übrigens im ganzen Ruhrgebiet. Der sozialpsychiatrische Dienst in Duisburg-Süd und der in Duisburg-Nord müßten, wollten sie sich an Methoden der Gemeinwesenarbeit orientieren, vollkommen unterschiedliche Arbeitsstrategien im Bezug darauf haben, wie sie Gemeinwesenarbeit machen. In Duisburg-Süd ist es z. B. wichtig für die Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes und der psychosozialen Kontaktstellen, Kneipen aufzusuchen, um die Multiplikatoren und Meinungsmacher dieser Region

für ihre Öffentlichkeitsarbeit sinnvoll mit einzubeziehen. Das funktioniert auch, wenn man deren Sprache sprechen kann, nur muß man dann auch Ruhrgebietsdialekt verstehen, und genau das tun wir ja alle nicht; die meisten Psychiatriemenschen, auch im Modellprogramm, sind ja eingeflogene Spezialisten, die ihr einmal erworbenes Know-how auf andere Regionen transferieren. Ich glaube, daß wir da an unsere Grenzen stoßen.

Kulenkampf: Was Herr Nouvertné jetzt zum Schluß gesagt hat, kann durchaus als Resultat der Diskussion gelten: Psychiatrie findet im Gemeinwesen statt, denn das Gemeinwesen ist die Basis, und wenn wir eine sinnvolle Arbeit leisten wollen, müssen wir an dieser Stelle aufbauen.

IV. Formen institutioneller Realisierung

Heime und Wohngemeinschaften in isolierter Trägerschaft oder im Verbund

G. Struckmeier

1. Vorbemerkung zum Thema

1. In der Psychiatrie-Enquête wird gegen isolierte Trägerschaften und eindeutig für einen Verbund der komplementären Dienste votiert. Es heißt dort: „Um eine möglichst effektive und differenzierte Form dieser (komplementären) Dienste in einem Versorgungsgebiet zu erzielen, ist mindestens eine enge Zusammenarbeit zwischen den Trägern erforderlich. Besser wäre unseres Erachtens ein Verbundsystem, das in Ballungsräumen mehrere an verschiedenen Standorten, aber in vertretbarer Entfernung voneinander befindliche Übergangsheime, Wohnheime, beschützende Wohngruppen, Wohnungen, Patientenclubs, Tagesstätten und Werkstätten für Behinderte und gemeinsame Versorgungseinrichtungen unter einem zentralen Leitungsgremium umfaßt.“ (Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Bundestags-Drucksache 7/4200, Seite 118).
2. In Bremen wird die Schaffung eines derartigen Verbundsystems angestrebt. Das heißt Pläne, die schon eine relativ klare Gestalt angenommen haben und die ich am Schluß meines Vortrages in Umrissen darstellen werde, liegen vor; mit ihrer Realisierung muß noch begonnen werden.
3. Mit dem Aufbau neuer komplementärer Dienste in unterschiedlichen Trägerschaften sind in den vergangenen 2 bis 3 Jahren jedoch bereits prägende Impulse für die Ausgestaltung des künftigen Verbundsystems gegeben worden.
4. Über diesen Weg, der in Bremen von — wenn auch nicht isolierten so doch getrennten — Trägerschaften zu einem Verbund im komplementären Bereich führen soll, wird im folgenden berichtet.

2. Die Ausgangslage für den Aufbau komplementärer Dienste in Bremen

1. Bis Ende der 70er Jahre richtete sich die Psychiatriereform in Bremen — ebenso wie in anderen Regionen — primär auf Verbesserungen im stationären Bereich.
Durch die finanzielle Förderung im Rahmen des „Modellprogramms Psychiatrie“ konnten ab 1981 die Reform-Akzente deutlich zugunsten des ambulanten und komplementären Bereichs verschoben werden:
Mit der Erweiterung des Sozialpsychiatrischen Dienstes auf jeweils rd. 10 Mitarbeiter in 5 Beratungsstellen (pro Stadtbezirk mit rd. 100 000 Einwohnern 1 Beratungsstelle) wurde die personelle Voraussetzung für ein stärkeres Engagement auch bei dem Aufbau und der Betreuung von Wohngemeinschaften gegeben.

Das entscheidende Signal zur Reform des komplementären Bereichs wurde mit dem Beschluß zur Auflösung der Klinik „Kloster Blankenburg“ gegeben — einem rd. 50 Kilometer von Bremen entfernt gelegenen Langzeitkrankenhaus mit damals ca. 270 Betten.

Es wurde an dieser Klinik eine „Enthospitalisierungs“- oder „Übergangsstation“ eingerichtet, die die Klinikstrukturen durchlässig machen und die Patienten befähigen sollte, nach häufig jahrzehntelangem stationärem Aufenthalt in ihren Herkunftsort Bremen zurückzukehren.

2. Wohn- und Betreuungseinrichtungen für diese Patienten gab es bis dahin in Bremen nicht. Außer nach Blankenburg waren in der Vergangenheit die chronisch Kranken und Behinderten in die rd. 50 gewerblich betriebenen Heime des nahe bei Bremen gelegenen niedersächsischen Städtchens Oyten verlegt worden.
3. Aufgrund der fehlenden Arbeitstraditionen im Wohnbereich für psychisch Behinderte konnten Initiativen für den Aufbau von Heimen, Wohngemeinschaften, Tagesstätten, usw. von den etablierten Wohlfahrtsverbänden nicht erwartet werden und blieben auch aus.
4. Die Wohn- und Betreuungseinrichtungen für chronisch Kranke, die im Rahmen des „Modellprogramms Psychiatrie“ und den dadurch ausgelösten Reformschub neu geschaffen wurden, verdanken ihre Entstehung dem Engagement von Psychiatriemitarbeitern, die auch die hierfür erforderlichen Trägerstrukturen z. T. erst neu schaffen mußten. Zu nennen sind hier:
 - a) Die Bremer Werkgemeinschaft e. V., die sich als Zusammenschluß von Psychiatriemitarbeitern, Angehörigen psychisch Kranker und Laien, ursprünglich als Hilfsverein für psychisch Kranke und Behinderte verstand und nun Trägerfunktionen für
 - ein Tageszentrum
 - ein Kleinwohnheim mit angegliederten betreuten Wohnungen und Wohngemeinschaften — das Projekt „Dezentrales Wohnen“ (Startphase 10 Plätze; geplanter Endausbau 42 Plätze) und
 - eine Wohngemeinschaft für Patienten des Maßregelvollzugs (5 Plätze) übernahm.
 - b) Das Sozialwerk der Freien Christengemeinde e. V. als Träger eines Heimes für alte und psychisch kranke Menschen mit insgesamt 60 Plätzen, davon 39 für psychisch Behinderte unterschiedlicher Altersgruppen.
 - c) Die Initiative zur sozialen Rehabilitation und Vorbeugung psychischer Erkrankungen e. V., die im Umfeld der bereits erwähnten Enthospitalisierungsstation entstand und durch deren Mitarbeiter mit initiiert wurde. Die Initiative hat in knapp 1 ½ Jahren 8 Wohngemeinschaften für ehemalige — z. T. über Jahrzehnte hospitalisierte — Blankenburger Patienten aufgebaut und bereitet den Aufbau einer Möbelreparaturwerkstatt vor.
 - d) Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Süd, die zwar formal nicht als Träger wohl aber als Initiator für eine Wohngemeinschaft und ein sogenanntes „Klamotten“-Café auftrat.

5. Die Bedeutung der zuvor genannten Vereine und Initiativen liegt — angesichts des großen Nachholbedarfs — nicht so sehr in ihrem quantitativen Beitrag zur Ausstattung der Region mit komplementären Diensten, obwohl sie hier eine durchaus imponierende Dynamik entwickelt haben. Bedeutung kommt diesen Trägern vor allem deshalb zu, weil sie Dienste entwickelt haben, die Vorbereitungs- und Pilotfunktionen für das geplante Verbundsystem haben.

Im folgenden möchte ich daher zeigen, daß zunächst vereinzelte Initiativen und getrennte Trägerschaften sinnvolle und wünschbare Durchgangsstufen beim Aufbau und bei der Entwicklung eines Verbundsystems sein können. In Regionen, wie in Bremen, wo es keine oder nur sehr wenige Erfahrungen mit gemeindenahen und offen arbeitenden komplementären Diensten gab, sind sie als Vorläufer größerer Planungen unverzichtbar. Sie sind geeignet in überschaubarem Rahmen Erfahrungen zu sammeln, die für eine konzeptuelle Weiterentwicklung fruchtbar gemacht werden und Fehlplanungen verhindern können.

Ob und inwieweit derartige Organisationen geeignet sind, solche Pilot-Funktionen wahrnehmen zu können, hängt u. a. wesentlich von ihrer Mitarbeiterstruktur und Arbeitsweise ab.

3. Strukturmerkmale und Arbeitsweise der „neuen“ Träger und Dienste im komplementären Bereich

Bei allen Unterschieden, die es auch bei diesen Trägern gibt, lassen sich doch — mehr oder weniger stark ausgeprägt — folgende Gemeinsamkeiten feststellen.

1. Statt der sonst üblichen Trennung und arbeitsteiligen Wahrnehmung von administrativen Trägerfunktionen und fachlichen Betreuungsfunktionen werden diese Aufgaben weitgehend in Personalunion von einem oder mehreren Mitarbeitern wahrgenommen. Die berufliche Herkunft der Mitarbeiter verbürgt dabei, daß der Primat bei der fachlichen Betreuung liegt.
2. Da die in den Initiativen und Vereinen zusammengeschlossenen Mitglieder beruflich in unterschiedlichen psychiatrischen Bereichen verankert sind, tragen sie ein sehr breites Erfahrungswissen und unterschiedliche Sichtweisen für den Umgang mit psychisch Kranken zusammen. Dies wird teilweise noch erweitert durch die Einbindung von Laien oder Angehörigen von psychisch Behinderten.
3. Als drittes Moment ist das gemeinsame Interesse der Vereinsmitglieder an einer Reform der psychiatrischen Versorgung zu nennen.

Diese drei Faktoren — weitgehender Verzicht auf Hierarchisierung und Arbeitsteiligkeit, breite Fächerung beruflicher Qualifikationen und fachlicher Verankerungen und Reform-Impetus — bilden die Grundlage für die kooperative Handlungsfähigkeit und -bereitschaft der Träger nach innen und außen.

Dieses spiegelt sich in der Arbeitsweise der Träger wider:

— Die Planung und Realisierung der Dienste wurde durch breite, auch institu-

tionsübergreifende Mitarbeiterdiskussionen begleitet und mitgetragen. Fachdienste und Krankenhäuser wurden bei der Planung immer wieder beteiligt (z. B. bei der Zusammenstellung künftiger Bewohner, die gemeinsam auf ihre neue Wohnsituation vorbereitet wurden).

- Bei den Projekten war vom Beginn der Planung bis zur späteren Leitung der Einrichtungen die personelle Kontinuität durch die Hauptinitiatoren gegeben, die sich unbeschadet ihrer eigentlichen therapeutischen Qualifikation auch um die Probleme der technischen, administrativen und finanziellen Abwicklung der Projekte kümmerten, also Organisation geeigneter Räume, bauliche Planungen, Verhandlungen mit Kostenträgern, usw.
- Die späteren Bewohner oder Nutzer der Wohngemeinschaften und Tageszentren wurden — soweit dies möglich war — in die Gestaltung der Einrichtungen mit einbezogen.

Diese auf Partizipation und Kooperation angelegte Arbeitsweise der Träger hat auch eine „neue“ Qualität in der Planung und Realisierung der Dienste hervorgebracht.

4. Die „neue“ Qualität in der Planung und Realisierung der komplementären Dienste

1. Je nach Träger unterscheiden sich die realisierten Dienste durchaus hinsichtlich der Intensität der Betreuung und therapeutischen Zuwendung und der für erforderlich gehaltenen beschützenden Strukturen und werden damit möglicherweise auch eher den unterschiedlichen Betreuungsbedürfnissen gerecht, als dies ein Einheitskonzept könnte.

So hat die Heimstätte Am Grambker See — verglichen mit den anderen Diensten — stärker beschützende Strukturen, bietet aber den psychisch Behinderten durch die gemeinsame Unterbringung mit körperlich Betreuungsbedürftigen gleichzeitig ein „normales“ Lern- und Lebensumfeld.

Die „Initiative zur sozialen Rehabilitation . . .“ betreut in sehr offen geführten Wohngemeinschaften ehemalige Blankenburger Patienten mit z. T. massiven psychischen und sozialen Auffälligkeiten oder starker Pflegebedürftigkeit. Patienten, deren Unterbringung in Wohngemeinschaften zuvor kaum für möglich gehalten wurde, die aber trotz Krisen — bei Betreuten wie Betreuern — bisher in dieser offenen Betreuungsform gehalten werden konnten.

Das Projekt „Dezentrales Wohnen“ der Bremer Werkgemeinschaft e. V. bemüht sich um die stufenweise Rehabilitation ehemaliger stationärer Langzeitpatienten durch eine zunächst starke, dann sich allmählich verringernde Betreuung. Dabei soll nicht den Patienten zugemutet werden, mit dem Gang durch Wohnheim, Übergangsheim und Wohngemeinschaften jeweils auch ihr stabilisierendes Wohn-Umfeld zu verlieren, sondern es soll sich stattdessen der Einsatz der Betreuer flexibel an die wechselnden Betreuungsbedürfnisse der Bewohner anpassen.

2. Bei dieser konzeptionellen Vielgestaltigkeit der Dienste gibt es jedoch, neben der Bereitschaft sich um besonders schwierige, ehemalige Langzeit-

patienten zu kümmern, noch eine Reihe weiterer wichtiger Gemeinsamkeiten.

a) Die Träger beschränken sich nicht auf „künstliche“ Versorgungssegmente wie „Wohnen“, sondern erweitern ihre Dienste um sinnvolle, an den Bedürfnissen der Bewohner orientierte, lebensfeldbezogene Angebote.

Die Bremer Werkgemeinschaft hat neben dem Projekt „Dezentrales Wohnen“ im gleichen Stadtbezirk ein „Tageszentrum“, dem bald nach Eröffnung eine Fahrradwerkstatt und eine Nähwerkstatt angegliedert wurden.

Die „Initiative zur sozialen Rehabilitation . . .“ ist dabei, eine Möbelreparaturwerkstatt aufzubauen, um den von ihr betreuten Bewohnern Arbeitsmöglichkeiten zu schaffen.

Die Heimstätte Am Grambker See hat ebenfalls bereits kurz nach Eröffnung einen Druckereibetrieb aufgebaut und außerdem ein provisorisches Tagesheim errichtet. Außerdem liegen realisierungsreife Planungen für zwei beschützende Wohngruppen und zwei offen geführte Wohngemeinschaften vor, die bisher aber aus finanziellen Gründen nicht realisiert werden konnten.

Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle „Süd“ hat neben dem Aufbau einer Wohngemeinschaft auch die Einrichtung des „Klamotten“-Cafés, einer Mischung aus Second-Hand-Laden, Café und Tagesstätte, bewirkt. Das „Klamotten“-Café ist sowohl Arbeits- wie Betreuungsstätte für psychisch Behinderte, bietet aber auch Chancen für den normalen, alltäglichen Umgang und Austausch mit „gesunden“ Bürgern, die es als Käufer oder Spender gebrauchter Kleidung oder als Café-Besucher aufsuchen.

b) Durch die Einbeziehung sowohl der Betreuer wie der späteren Bewohner und Nutzer in die Planung und Mitgestaltung der Einrichtungen — Renovierungsarbeiten, Ausschauen des Mobiliars, Zusammenstellung von Wohngruppen, usw. — konnten diese relativ stark an die Arbeitserfordernisse der Betreuer und an die Wohnbedürfnisse und Handlungswünsche der Bewohner oder Nutzer angepaßt werden. Außerdem bot dies gute Chancen, die in z. T. 10 bis 20jährigen Klinikaufenthalten verlorengegangenen Fähigkeiten der Patienten wieder zu aktivieren.

Sowohl die Arbeiten der Patienten, wie Fahrradreparatur, Essenskochen, Kleiderverkauf, usw., bezahlt werden konnten und können, setzt sich zumindest tendenziell eine Veränderung im Verhältnis von Betreuer und Betreuten durch: Der Gegensatz von Leistungsanbietern und Leistungsempfängern wird überbrückt durch das partnerschaftliche Zusammenwirken unterschiedlich Leistungsfähiger.

c) Positiv hat sich auch ausgewirkt, daß administrative Aufgaben und fachliche Betreuung in Personalunion wahrgenommen wurden. Administrative Kontakte, wie sie beim Aufbau von Diensten ohnehin zu Baubehörden, Kostenträgern, Ortsbeiräten, usw. erforderlich werden, konnten so gleichzeitig dafür genutzt werden, um für diese Einrichtungen und ihre Bewohner oder Benutzer zu werben.

In Fällen, in denen die Arbeitsweise oder Struktur dieser neuen Dienste mit bestehenden administrativen Regelungen nur schwer in Einklang zu bringen waren, konnten fachliche Überzeugungskraft und administrative Kenntnisse für sinnvollere Regelungen eingesetzt werden (z. B. beim Aushandeln von Betreuungsschlüsseln oder der Wahl geeigneter Finanzierungsformen).

3. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die so gewachsenen Dienste, trotz ihrer unterschiedlichen und phantasievollen regionalen Zusammensetzung, sich dadurch gemeinsam auszeichnen, daß sie betreutes Wohnen, tagesstrukturierende Hilfen und Arbeitsangebote zu sinnvoll aufeinander abgestimmten regionalen Betreuungsangeboten für psychisch Behinderte bündeln.

Die dabei zum Zuge kommenden Handlungsprinzipien, der Aktivierung ehemaliger langzeithospitalisierter Patienten und des partnerschaftlichen Zusammenwirkens von Betreuern und Betreuten, stellen dabei gleichzeitig ein therapeutisches Agens dar, auf dem der Erfolg dieser Dienste wesentlich mit beruht.

5. Der Beitrag dieser komplementären Dienste zur Gesamtversorgung

1. Die Einbindung der Wohn- und tagesstrukturierenden Angebote in regionale Versorgungsverpflichtungen ist — in der Regel — durch Kooperationsverträge zwischen den einzelnen Trägern dieser Angebote, dem Krankenhaus und dem Sozialpsychiatrischen Dienst sichergestellt.

Die Kooperationsverträge regeln in erster Linie die Verlegung von Patienten, über die zwischen den genannten Kooperationspartnern Einigkeit hergestellt werden muß. Dadurch sollen Selektionsmechanismen, die sich etwa einseitig am Schweregrad der Behinderung orientieren, vermieden werden. Diese Kooperationsverträge haben sich bisher bewährt.

2. Der Beitrag der Vereine und Initiative zur komplementären Versorgung kann trotz ihrer beeindruckenden Dynamik — gemessen an dem Nachholbedarf in diesem Bereich — nur gering sein. Mit dem Beschluß zur Auflösung der Klinik „Kloster Blankenburg“ bis spätestens 1990, stellen sich als kurzfristig zu lösende Aufgaben:
 - Die Schaffung von Nachfolgeeinrichtungen für rd. 150 Blankenburger Patienten, darunter vor allem auch schwer Geistig- und Mehrfachbehinderte, die eine intensive Pflege und heilpädagogische Betreuung benötigen, und
 - die Erarbeitung eines Personalkonzeptes sowohl für die neu zu schaffenden Einrichtungen, als auch für das in Blankenburg z. Z. noch tätige Pflegepersonal.
3. Es wäre unrealistisch, würde man von den bestehenden, relativ kleinen Trägern und Diensten die Lösung dieser gewaltigen Aufgabe erwarten. Dies müßte ihre organisatorischen, personellen und finanziellen Ressourcen gleichermaßen überfordern — eine Sichtweise, die von den Trägern geteilt wird.

Die weitere Beteiligung dieser Träger an der komplementären Versorgung wird jedoch auch in Zukunft, ebenso wie ihre ideelle und fachliche Partnerschaft für die künftigen Verbundsysteme, erhalten bleiben.

6. Umriss der künftigen regionalen Verbundsysteme

1. Die Überlegungen zur Gestaltung regionaler komplementärer Dienste, die eine Betreuung auch der schwer Geistig- und Mehrfachbehinderten gewährleisten können, sind noch nicht abgeschlossen und es sind hier demgemäß auch noch keine definitiven politischen oder administrativen Entscheidungen getroffen worden.
2. Es liegt jedoch inzwischen ein Konzept vor, das gute Chancen der Realisierung hat und in dem sich die wesentlichen Elemente wiederfinden lassen, die auch für die zuvor beschriebenen Einrichtungen konstitutiv sind:
 - a) Es ist an die Schaffung mehrerer — eventuell drei — regionaler Verbundsysteme gedacht, die jeweils die Versorgungsverpflichtung für insgesamt 50 Personen, vor allem schwer Geistig- und Mehrfachbehinderte, übernehmen sollen.
 - b) Der Verbund soll sich aus kleinen Wohn- und Pflegeeinheiten mit familienähnlichen Strukturen, Tageszentren und Arbeitsstätten zusammensetzen.
 - c) Wohnen, Arbeit und Freizeit sollen räumlich getrennt, aber regional aufeinander bezogen angeboten werden.
 - d) Die Einrichtungen sollen nach Pflege- und Trainingsbedarf differenziert sein und von betreuungsintensiven Pflegeeinheiten bis zu sehr offenen und betreuungsarmen Wohngruppen reichen.
 - e) Einrichtungsübergreifend soll — auch aus ökonomischen Gründen — ein flexibler Einsatz des Betreuungspersonals möglich sein.
3. Wenn diese z. Z. diskutierte Planung trotz Ihrer engen konzeptionellen Anlehnung an die bereits realisierten komplementären Dienste einer starken Kritik ausgesetzt ist, dann liegt dies nach meinem Eindruck nicht so sehr an unterschiedlichen fachlichen Bewertungen und Einschätzungen — auch wenn diese dafür geltend gemacht werden.

Die Kritik leitet sich vermutlich vielmehr aus der Sorge und den Zweifeln ab,

 - ob es auch bei der Realisierung der geplanten komplementären Verbundsysteme gelingen kann, eine ähnlich starke Partizipation und Aktivierung von Betreuern und Betreuten zu erreichen, wie sie sich bei den bestehenden kleinen Trägern bewährt hat, und
 - ob es gelingt, für den Aufbau und die Entwicklung dieser Verbundsysteme jene konkrete Planungslogik fruchtbar zu machen, die sich aus den Betreuungsbedürfnissen und Handlungsmöglichkeiten der Patienten, den Arbeitsanforderungen der Betreuer und den realen Bedingungen der Region ableitet. Eine Planungslogik, die in der Vergangenheit zu unterschiedlichen und phantasievoll komponierten Betreuungsangeboten im komplementären Bereich geführt hat.

Selbsthilfefirmen und Werkstätten für seelisch Behinderte — ein Vergleich

E. Seyfried

Ich möchte in diesem Beitrag therapeutische und gesundheitspolitische, ökonomische und juristische Fragen dieser beiden Formen der Arbeit für seelisch Behinderte thematisieren. Aus Gründen der zeitlichen Beschränkung werde ich mich insbesondere auf den zuerst genannten Aspekt konzentrieren und die übrigen Punkte mehr implizit behandeln. Diesen Schwerpunkt wähle ich auch deshalb, weil mir als Psychologe, der in einer Selbsthilfefirma beschäftigt ist, der therapeutische Aspekt der unterschiedlichen Arbeitsbedingungen besonders im Blickfeld liegt, und weil ich davon ausgehe, daß gerade die Arbeitsbedingungen in ihrer Bedeutung für die beschäftigten Menschen auch Dreh- und Angelpunkt aller weitergehenden Überlegungen sein sollten.

1. Allgemeine Charakterisierung

Selbsthilfefirmen sind in der Regel nicht — wie es der Begriff vielleicht irrtümlich nahelegen könnte — Initiativen von ehemaligen psychiatrischen Patienten selbst. Die meisten Firmen wurden von professionellen Gesundheitsarbeitern geplant und realisiert. Es handelt sich bei den Firmen also eher um die Selbsthilfe von psychosozialen Helfern, die bei den Bemühungen, ihre Klienten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu vermitteln, an die Grenzen desselben gestoßen sind. Nur in Selbsthilfe war es möglich, das Ziel der therapeutischen Absichten, die Integration und Vernetzung der anvertrauten Klienten, auch auf dem Gebiet der Arbeit zu erreichen.

Von dieser Absicht her gesehen sind die Firmen besondere Unternehmen. Ihr Ziel ist nicht die Gewinnmaximierung, wie im Wirtschaftsleben üblich. Im Vordergrund steht die Integration seelisch behinderter Menschen; der wirtschaftliche Zweck dient diesem Ziel.

Selbsthilfefirmen sind also Firmen mit besonderen Unternehmenszielen. Aber sie sind Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes. Sie sind — anders als die Werkstätten für Behinderte — keine Betriebe eines besonderen Arbeitsmarktes. Die Werkstätten für Behinderte sind Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Die Selbsthilfefirmen sind allgemeiner Arbeitsmarkt. Arbeitgeber, die an Werkstätten für Behinderte Aufträge erteilen, können sich unter bestimmten Voraussetzungen 30 % des Rechnungsbetrages auf ihre zu zahlende Ausgleichsabgabe anrechnen; dadurch ergibt sich auch ein Wettbewerbsvorteil für die Werkstätten. Die Selbsthilfefirmen unterliegen hingegen denselben Gesetzen und wirtschaftlichen Zwängen wie andere Unternehmen auch; sie stellen Produkte her oder übernehmen Dienstleistungen zu den gleichen Bedingungen (vgl. Saljevic/Seyfried 1984).

2. Abgrenzung der Personenkreise

Mit der Zugehörigkeit der Selbsthilfefirmen zum allgemeinen Arbeitsmarkt bestimmt sich auch ihre Klientel. Während die Werkstätten *allen* Behinderten unabhängig von Art oder Schwere ihrer Behinderung offenstehen (vgl. § 52 Schwerbehindertengesetz), bieten die Selbsthilfefirmen Arbeitsangebote für solche psychisch behinderten Arbeitslosen, die bis vor einigen Jahren noch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelbar waren. Die Ursachen der Arbeitslosigkeit liegen für diesen Personenkreis weniger in subjektiven Defiziten begründet, als in den objektiven Mängeln des Arbeitsmarktes.

Die Werkstätten sind von ihrem gesetzlichen Auftrag her für solche Personen gedacht, „die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können“ (a.a.O.). Anders sind die Voraussetzungen beim Personenkreis, für den die Selbsthilfefirmen gedacht sind: Die für die Firmen in Betracht kommenden Arbeitssuchenden stehen dem Arbeitsmarkt grundsätzlich zur Verfügung, „ihre Leistung ist zwar vermindert, Hauptursache ihrer Arbeitslosigkeit ist jedoch nicht der Grad der Behinderung, sondern der Mangel an Arbeitsplätzen, verursacht insbesondere durch den zunehmenden Fortfall von Beschäftigungsmöglichkeiten für Arbeitnehmer mit gesundheitlichen Einschränkungen“ (Schwendy 1984).

3. Zwischenergebnis

Als Zwischenergebnis können wir demnach festhalten:

Selbsthilfefirmen und Werkstätten für seelisch Behinderte stehen in keinem Konkurrenzverhältnis zueinander: sie stellen einander ergänzende Arbeitsplatzangebote für unterschiedliche Personenkreise dar. Oder anders, unter dem Gesichtspunkt der Entwicklung ein und derselben Person gesehen: Selbsthilfefirmen können die Rehabilitation, die in einer Werkstatt für seelisch Behinderte eingeleitet wurde, zu einem angemessenen Ende führen. Denn die Rehabilitation eines arbeitsfähigen psychisch Behinderten, die an die Strukturen einer Werkstatt gebunden bleibt, kann diesen Namen nicht wirklich verdienen. Von daher gab und gibt es immer wieder Bemühungen, bspw. in Nagold und augenblicklich in Frankfurt, Selbsthilfefirmen im Umkreis von Werkstätten für seelisch Behinderte zu errichten, mit der Zielvorstellung, Arbeitsplatzangebote für jene Mitarbeiter zu schaffen, deren Rehabilitation in der Werkstatt selbst nicht mehr sinnvoll weitergeführt werden kann. Denn: „Die Rehabilitation eines psychisch behinderten Menschen ist nur insoweit erfolgreich verlaufen, als Freiheitsgrade erworben werden, die auch die soziale Teilhabe außerhalb einer Subkultur gestatten“ (Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für Behinderte 1983).

4. Bedingungen der Arbeit

Selbsthilfefirmen sind Firmen, die einen Platz in der Gesellschaft zur Verfügung stellen. Von Rehabilitationsfachleuten wird den Firmen manchmal der

Vorwurf gemacht, daß sie ihre Beschäftigten nicht vor den Stürmen des freien Arbeitsmarktes zu schützen vermögen. Beim Deutschen Fürsorgerat 1983 in Berlin wurde formuliert, diese Firmen seien von zu vielen „nicht kalkulierbaren Zufälligkeiten abhängig“, zur Werkstatt für Behinderte gäbe es deshalb auch für seelisch Behinderte „keine Alternative“ (Marx 1983). Richtig ist sicher, daß die Firmen nicht die Gewähr der Dauer bieten können, wie man sie bei Behindertenwerkstätten gewohnt ist, die gestützt auf ein eingefahrenes und reichlich bemessenes Selbstkostenfinanzierungssystem allen nicht kalkulierbaren Zufälligkeiten trotzen können. Die derzeitige Realität auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist hingegen, daß es Garantien für Arbeitsplätze nirgends geben kann. Diese Garantie können auch wirtschaftliche Großbetriebe nicht übernehmen.

a. Status

Man kann der Meinung sein, daß psychisch Behinderte eines besonderen Schutzes bedürfen, der über den erweiterten gesetzlichen Kündigungsschutz hinausgeht. Andererseits erleben wir in der Praxis der Selbsthilfefirmen täglich, daß allein die Zugehörigkeit zu einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes ein elementarer Faktor der seelischen Gesundheit ist. Der ehemalige Patient wird in Zusammenhänge gestellt, in denen ihm nicht mehr nur als Behinderter oder als Rehabilitand, sondern in erster Linie als Mitarbeiter und Kollege begegnet wird; in Zusammenhänge, die sich jenseits der Abhängigkeiten psychosozialer Versorgungsinstitutionen bewegen.

Der Eintritt in eine Selbsthilfefirma bedeutet für den seelisch Behinderten die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft, außerhalb einer psychosozialen Subkultur. In diesen Bezügen kann der Mitarbeiter ein neues Bild von sich selbst aufbauen, das auf den gesunden Anteilen seiner Persönlichkeit fußt. Von einem Arbeitsplatz ist auch der soziale Status abhängig, den man in der Gesellschaft einnimmt. Und auch der soziale Status wirkt wieder zurück auf das Selbstwertgefühl.

Aus einem Interview mit einem seelisch behinderten Mitarbeiter einer Selbsthilfefirma, der vorher in einer Werkstatt für Behinderte beschäftigt war: „Man stellt wieder was dar, auch so unter Freunden. Und dann mal vielleicht eine Braut finden. Vorher hab ich mir gar nicht getraut, eine zu suchen, in der WfB. Erstmal wegen des Geldes und zweitens weil ich in der Behindertenwerkstatt war. Da habe ich mir gedacht, was wollen Frauen mit mir zu tun haben“ (Seyfried 1984 a).

Auch Douglas Bennett, Pionier auf dem Gebiet der beruflichen Rehabilitation psychiatrischer Patienten, hält die Status-Frage für das entscheidende therapeutische Element. Nach seinen Erfahrungen ist „weniger der Arbeitsinhalt bedeutsam, als das Vorhandensein eines Arbeitsplatzes“ (1975). Mit anderen Worten: Es geht um die Umkehrung einer Rolle im eigenen Selbstverständnis, weg von der Rolle des Patienten oder Rehabilitanden, hin zur Rolle des Mitarbeiters. Die Selbsthilfefirmen ermöglichen ihren Beschäftigten genau diesen Rollenwechsel. Wir erleben täglich, wie damit auch eine Umkehrung der Per-

spektiven verbunden ist. Die Fixiertheit auf die eigenen Defizite während der Periode psychischer Erkrankung wird abgelöst durch Optionen auf die eigene Zukunft. Mit der neuen sozialen Position entwickeln sich neue Perspektiven, auch außerhalb des eigentlichen Arbeitsplatzes (zum Verhältnis von Optionen und sozialen Positionen vgl. auch Badura 1981).

„Die in der Werkstatt tätigen Behinderten sind überwiegend formell nicht Arbeitnehmer“ (Landschaftsverband Rheinland 1980). D. h. bestimmend für ihren Status ist allein die Tatsache der Behinderung, bezogen auf die Arbeitsfähigkeit wird nur ausgesagt, was der Beschäftigte *nicht* ist. Eine Negativ-Bestimmung, die als nicht ausreichend empfunden werden kann, da der Behinderte auch produktive Arbeitsleistungen erbringt, die in gleichem Maße Basis einer positiven Bestimmung seiner Rechtsposition sein könnten. In bezug auf die Arbeit und in Konsequenz auch auf die Bezahlung (s. u.) ist die Werkstatt eine Art „rechtsfreier“ Raum.

b. Bezahlung

Es gibt eine Reihe von Untersuchungen, die im Bereich der Arbeitstherapie durchgeführt wurden und die nachweisen, daß die Bezahlung eine entscheidende Rolle für die therapeutische Bedeutung der Arbeit, für die Motivation und das Selbstverständnis der Beschäftigten besitzt (vgl. Dilling, Albrecht, Deneux 1973; Goldberg 1967). Auch die in den Selbsthilfefirmen gemachten Erfahrungen zeigen, daß die Lohn-Dimension an erster Stelle einer Prioritätenskala für neu hinzukommende seelisch behinderte Mitarbeiter steht (vgl. Seyfried 1984 b).

Die Selbsthilfefirmen ermöglichen es ihren ehemals psychisch kranken Mitarbeitern, sich ihren Lebensunterhalt selbst zu verdienen. Sie ermöglichen damit auch die Unabhängigkeit von Sozialhilfe oder Arbeitslosenunterstützung. In allen Projekten mit Firmencharakter sind die Mitarbeiter nach geltendem Arbeits-, Sozial- und Tarifrecht beschäftigt. Natürlich steht überall die Höhe der Arbeitsentgelte auch im Verhältnis zum Betriebsertrag; deshalb liegt die Bezahlung häufig unter den vergleichbaren, meist übertariflichen Verdienstmöglichkeiten in der Industrie. In wenigen Firmen wird die etwas geringere Bezahlung auch als Anreiz gesehen, die Selbsthilfefirma wieder zu verlassen und in einen anderen Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes überzuwechseln.

Die Bezahlung in den Werkstätten gestaltet sich wesentlich komplizierter. Auch wenn sie formell nicht in einem Arbeitsverhältnis stehen, sind die in einer Werkstatt für Behinderte Beschäftigten gesetzlich kranken- und rentenversichert. Die Beiträge zahlt die Werkstatt, erbracht werden diese Leistungen aber von der Bundesanstalt für Arbeit oder den Sozialhilfeträgern.

Im Arbeitstrainingbereich wird der Behinderte zumeist vom Arbeitsamt in einer sogenannten Maßnahme der beruflichen Rehabilitation gefördert. Hat der Behinderte während der letzten fünf Jahre mindestens zwei Jahre gearbeitet, so erhält er ein Übergangsgeld, das abhängig vom letzten Bruttoeinkommen (65 %) festgesetzt wird. Andernfalls erhält er während dieser Zeit ein Ausbil-

dungsgeld von DM 70,— bzw. DM 90,— monatlich. Im Produktionsbereich der Werkstatt erhält der Behinderte ein Entgelt, das abhängig ist von den erbrachten Leistungen, allerdings nur bis zum maximalen Sozialhilfesatz steigen darf. Diese Regelung ist Zielscheibe massiver Kritik (vgl. Krüger, in: Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für Behinderte 1982). In der Rangfolge der Forderungen nach einem Wandel der Werkstätten steht die Klärung der Entlohnung der beschäftigten Behinderten ganz oben. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für Behinderte stellt selbst dazu nüchtern fest: „Die Entgeltsumme für behinderte Menschen in der WfB ist die einzige Kostenart, die keiner vertraglichen, tarifvertraglichen oder gesetzlichen Bindung unterliegt. Damit ist sie allen innerbetrieblichen und außerbetrieblichen Zugriffen offen. Dies ist ein unerträglicher Zustand, dem dringend abgeholfen werden muß“ (1983).

c. Dauerarbeitsplätze

Im Zusammenhang mit der finanziellen Absicherung der Beschäftigten taucht eine zusätzliche Problematik auf: Während einer Förderung durch das Arbeitsamt darf ein Behinderteter nicht länger als sechs Wochen krank werden, ohne daß das Arbeitsamt die Maßnahme aussetzt. Nach der Genesung des Behinderten können oft Monate vergehen, bis das Arbeitstraining wieder aufgenommen werden kann.

Die Selbsthilfefirmen bieten ihren Mitarbeitern Dauerarbeitsplätze. Es gehört zur Konzeption, den Arbeitsplatz auch bei erneuter psychischer Erkrankung und auch bei längerem Klinikaufenthalt offen zu halten. Das Wissen darum, daß auch bei lang andauernder Krankheit und damit verbundener stationärer Behandlung nicht alle Brücken brechen, gibt dem Patienten Sicherheit. Die Existenzgrundlage draußen gibt den Mut, es auf's Neue zu probieren, sie ist eine der Voraussetzungen dafür, wieder gesund zu werden.

d. Arbeitsinhalte

In bezug auf die Arbeitsinhalte bestehen zwischen den Selbsthilfefirmen und den Werkstätten für Behinderte vielleicht die größten Gemeinsamkeiten, z. B. sind Montagearbeiten im Metall- und Elektrobereich hier wie dort vertreten. Ein Unterschied läßt sich höchstens darin feststellen, daß manche Firmen direkter am Verbraucher agieren als die Werkstätten. Eine Bäckerei, eine Wäscherei, ein Naturkostladen bieten vermehrt die Möglichkeit zu direktem Kundenkontakt und bieten so ein Mehr an Normalisierung.

Alle bisherigen Erfahrungen, sowohl in den Werkstätten als auch in den Firmen, lassen aber vermuten, daß der Art und dem Inhalt der konkreten Tätigkeiten eher weniger Bedeutung zukommt, als dies allgemein angenommen wird. Auch die extensive Debatte um ganzheitliche Arbeitsbedingungen erweist sich als eher akademisch relevant. Wichtig für seelisch Behinderte scheint jedoch die Möglichkeit zu sein, zwischen Arbeiten wechseln zu können, die ein unterschiedliches Maß an sozialem Kontakt bzw. an sozialem Rückzug erlauben. Nicht ein „Höchstmaß an sozialer Interaktion“ (Bennett 1972) sollte demnach Ziel der Arbeitsgestaltung sein, sondern je nach aktueller Problemlage sollten

die Beschäftigten ihre Tätigkeit unter dem genannten Aspekt wechseln können.

e. Arbeitsorganisation/Mitbestimmung

Die Selbsthilfefirmen versuchen die ehemaligen Patienten so weit wie möglich in die Gestaltung der Arbeitsbedingungen einzubeziehen. In ihren Fähigkeiten, Verantwortung zu tragen, darf man seelisch behinderte Menschen allerdings nicht überfordern; hier wie in allen anderen Bereichen gilt es, die Grenzen ihrer Belastbarkeit anzuerkennen. Dennoch scheint die Bereitstellung von formalen Mitbestimmungsrechten nicht unbedeutend, auch wenn diese nur gelegentlich wahrgenommen werden. Wie die Erfahrungen in den Firmen zeigen, können hier Schritte auf dem Weg zu einer selbstbestimmteren Lebenshaltung auch in den übrigen Lebensbereichen erprobt werden.

Die Frage der Mitbestimmung seelisch Behinderter findet in den Diskussionen um die Werkstätten einen sehr breiten Niederschlag. Zwar hat die Werkstatt den Behinderten „eine angemessene Mitwirkung in den ihre Interessen berührenden Angelegenheiten der Werkstatt zu ermöglichen“ (vgl. § 14 der Werkstättenverordnung). Doch es wäre verfehlt, daraus Mitbestimmungsrechte i. S. des Betriebsverfassungsgesetzes abzuleiten. Dazu ist der tarifrechtliche Status der Beschäftigten, wie bereits erwähnt, zu unbestimmt. Es zeigt sich, daß in der Mehrzahl der Werkstätten eine Mitbestimmung oder Mitwirkung der Behinderten faktisch nicht vorhanden ist (vgl. Krüger a.a.O.). Wo diese Frage nicht von vornherein mit dem Hinweis auf den Behindertenstatus der Beschäftigten tabuisiert wird, scheint eine Mitwirkung zumindest unter pädagogisch-therapeutischen Gesichtspunkten als sinnvoll angesehen zu werden. Diese findet ihre Grenzen allerdings meist in der Mitgestaltung beim Essensplan oder bei der Urlaubsregelung. Allerdings soll nicht verschwiegen werden, daß die Werkstätten hier vor sehr viel schwierigeren Problemen stehen als die Selbsthilfefirmen. Da es kaum Werkstätten für ausschließlich seelisch Behinderte gibt, stellt sich den komplexen Einrichtungen das Problem, eine Mitarbeitervertretung zu bilden, die der Vielschichtigkeit der Behinderungsarten gerecht wird.

5. Finanzierungsprobleme

Als letzten Punkt möchte ich noch einige Probleme der Finanzierung beleuchten.

Während für die Werkstätten als Rehabilitationsrichtungen hier relativ eindeutige Modalitäten bestehen — zuständig sind die Bundesanstalt für Arbeit und die überörtlichen Träger der Sozialhilfe —, bewegten sich die Firmen recht lange im Dschungel unvorhergesehener Zuständigkeiten. Die Anfangsinvestitionen mußten auf manchmal recht abenteuerliche Weise gesichert werden; sie kamen zustande über Spenden, durch Zuschüsse und Kredite privater Stiftungen, kirchlicher oder kultureller Einrichtungen. Allmählich kristallisiert sich aber sehr deutlich eine Teil-Verantwortlichkeit der Hauptfürsorgestellen für die Kosten heraus, die mit der Schaffung von Arbeitsplätzen für seelisch Behin-

derte auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, also auch in Selbsthilfefirmen, verbunden sind.

Auch der pädagogisch-therapeutische Betreuungsaufwand, der in den Selbsthilfefirmen notwendig wird, scheint über die Hauptfürsorgestellten finanzierbar zu sein. Grundlage einer Finanzierung können dabei „die Kosten der Betreuung bzw. des Betreuers (nicht die Kosten z. B. der Minderleistung des Behinderten)“ sein (Heuser 1983).

Offen bleibt für die Selbsthilfefirmen demnach das Problem des Ausgleichs einer (vorübergehenden) Minderleistung der seelisch behinderten Mitarbeiter (z. B. in Zeiten einer persönlichen Krise). Jedes Unternehmen kennt dieses Problem. Allerdings können größere Betriebe in den meisten Fällen ein gewisses Maß (vorübergehender) Minderleistung verkraften und auffangen. Dennoch wird dieses Problem nicht nur bei den Selbsthilfefirmen bewegt. Auch die öffentliche Hand wäre hier aufgerufen, im Interesse einer dauerhaften Rehabilitation psychisch Behinderter über Hilfen für die Betriebe nachzudenken, so daß (vorübergehende) Minderleistungen nicht mehr ausschließlich von diesen zu tragen wären.

Angesichts einer eher rückwärtsorientierten Gesundheits- und Sozialpolitik bleiben solche Aufforderungen aber wohl folgenlos, obwohl leicht nachzuweisen wäre, daß ein arbeitender seelisch Behinderter, der Sozial- und Rentenversicherungsbeiträge abführt und Steuern zahlt, für die Allgemeinheit einen ganz anderen Stellenwert hätte, selbst wenn laufende Zuschüsse zu seinen Lohnkosten geleistet würden.

Was diese Zuschüsse zu den laufenden Lohnkosten anbelangt, bewegen sich die Werkstätten auf gesichertem Terrain. Ein Arbeitsplatz im Trainingsbereich wird mit ca. DM 1200,— monatlich bezuschußt; im Produktionsbereich beträgt der Zuschuß ca. DM 1000,— im Monat. Und für die Dauer einer Rehabilitation in der Werkstatt für Behinderte gibt es faktisch keine zeitlichen Begrenzungen. Der allgemeine Arbeitsmarkt dagegen kennt lediglich einmalige, zeitlich befristete Einarbeitungszuschüsse.

6. Fazit

Obwohl die Selbsthilfefirmen oft unkonventionell und spontan entstanden sind, für die Werkstätten andererseits eine ganze Reihe von Richtlinien und Vorgaben existieren, ist die Arbeitssituation selbst in den Selbsthilfefirmen für die seelisch behinderten Mitarbeiter eindeutiger definiert und geregelt als in den Werkstätten für seelisch Behinderte. Zurückführbar scheint dies darauf, daß in den Firmen, aufgrund ihrer Zugehörigkeit zum allgemeinen Arbeitsmarkt, der seelisch Behinderter primär als Mitarbeiter, nur sekundär als Behinderter tätig ist. Damit ist seine Stellung eindeutiger definiert, als in den Werkstätten, in denen für die Position des Beschäftigten allein der Aspekt der Behinderung ausschlaggebend ist. An einigen Punkten erweist sich diese Bestimmung für den Behinderten durchaus als Nachteil.

Andererseits kann gesagt werden, daß die Institution Werkstatt selber eindeutig bestimmt ist, was sich in den gesicherten Modalitäten ihrer Finanzierung ausdrückt, während wir uns bei den Selbsthilfefirmen hier noch auf recht unsicherem Gelände bewegen.

Literatur:

- BADURA, B.: Zur sozialespidemiologischen Bedeutung sozialer Bindung und Unterstützung. In: Badura, B. (Hrsg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit, 1981, Frankfurt, Suhrkamp, S. 13—39
- BENNETT, D.: Die Bedeutung der Arbeit für die psychiatrische Rehabilitation. In: Cranach, M. / Flinzen, A.: Sozialpsychiatrische Texte, Berlin 1972, S. 68—78
- DERS.: Techniques of Industrial Therapy, Ergotherapy, and Recreative Methods. In: K. P. Kisker, J. E. Meyer, u. a. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis, Bd. III, 2. Aufl., S. 743—778, Berlin, Heidelberg, New York 1975
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für Behinderte: Dokumentation Werkstatttag '82. 3. Bundeskonferenz der Werkstätten für Behinderte, Osnabrück 1982
- DIES.: Arbeit und Förderung psychisch behinderter Menschen in Werkstätten für Behinderte. Hilfen für die Praxis. Kommissionsbericht, Osnabrück 1983
- DILLING, H., ALBRECHT, J., DENEUX, R.: Untersuchung zur Leistungsbeurteilung und Bezahlung in der Arbeitstherapie chronisch Schizophrener. Social Psychiatry 8, 41, 1973
- GOLDBERG, D.: Rehabilitation of the chronically mentally ill in England. Social Psychiatry 2, 1, 1967
- HEUSER, K.: Hilfen für Arbeitgeber, die psychisch Behinderte beschäftigen. In: DGSP-Rundbrief 23, 1983
- KRÜGER, F.: Werkstatt im Wandel — Der Tag der Gruppenarbeit in Kassel. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für Behinderte, 1982 a.a.O.
- Landschaftsverband Rheinland: Mittellungen Hauptfürsorgestelle, Sonderreihe Nr. 7, Köln 1980: Die Werkstatt für Behinderte
- MARX, P.: Psychisch Kranke / seelisch Behinderte und Werkstatt für Behinderte — Möglichkeiten und Alternativen. Vortrag beim Deutschen Fürsorgetag Berlin 1983, unveröffentlichtes Manuskript
- SALJEVIC, M., SEYFRIED, E.: Die Bedeutung von Selbsthilfefirmen für psychisch Kranke. In: Wir stelgern das Bruttosozialprodukt. Firmen für psychisch Kranke. Hrsg.: Arbeitskreis Firmen in der DGSP, Wunstorf 1984
- SCHWENDY, A.: Problemskizze: Firma für seelisch Behinderte. In: Psychosoziale Arbeitshilfen 1, 1984, Rehburg-Loccum
- SEYFRIED, E.: Lebenswelten — Initiierung von sozialen Netzwerken für psychiatrisch Betroffene. Am Beispiel der Vollkornbäckerei „Backstern“. Beitrag zum Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Berlin 1984 a
- DERS.: Dimensionen der Arbeit und ihre Bedeutung für psychisch Behinderte. Unveröffentlichtes Manuskript, 1984 b

Arbeit und Wohnen als Teil eines gemeindenahen Versorgungsnetzes*

R. Seidel

Wo aber ist das *Reale*?

(Vorausgegangene Ausführungen über Krieg und Politik, den Tod und die Pest).

Das Reale besteht in einem Zimmer, das sein muß: geschlossen, beleuchtet, nicht zu klein, mit Morgenessen versehen um 5 oder 6 Uhr, im Winter geheizt, mit Getränken und Wasser versehen, täglich (Tisch, nicht zu klein, Papier etc., versteht sich von selbst; — aber das vorher Genannte . . . etwa nicht?)

Darin ist das Reale.

Ludwig Hohl

Wohnen und arbeiten heißt sich im Leben einrichten. Tätig bei sich sein. Wirklich leben und wirkliches Leben vollzieht sich — zumeist — gemeinschaftlich, „in der Gemeinde“.

Die Gemeinde als „Versorgungsnetz“, soll Sicherheit, wie das so viel beschworene und zunehmend beschnittene „soziale Netz“ andeuten — und verbirgt auch Kontrolle. Gemeindepsychiatrie vollzieht öffentlich kontrollierte, fürsorgliche Hilfe für Menschen in psychosozialer Not, in Rückführung psychischen Leidens an den Ort seines Entstehens: Familie, Arbeitsplatz, Stadtteil, Kneipe, Fußballplatz, Kirche, Nachbar, Freund; oder die Abgeschiedenheit, Verlassenheit der Einzelnen von alledem. Auf die Funktionsprinzipien einer entwickelten Gemeindepsychiatrie habe ich an anderer Stelle verwiesen¹⁾. Ich werde mich im folgenden auf die Mönchengladbacher gemeindepsychiatrische Versorgung berufen, da sie in ihrer Ausgestaltung (A. Veltin) und den damit verbundenen Problemen beispielgebend ist. (Schaubilder und Tabellen s. S. 188 ff.)

Wohnen

Wohnen in der Klinik ist die beschützte, für Patienten, in der Psychiatrie Arbeitende und die Gemeinde selbst sicherste Wohnform für psychisch kranke Menschen. In Mönchengladbach leben alle, außer gerontopsychiatrischen Patienten, auf weitgehend offenen Stationen. Und alle Stationen sind gemischtgeschlechtlich belegt. Bei vergleichsweise bescheidenem Komfort und zum Teil eher ärmlicher räumlicher Ausstattung in den zu groß geratenen Zimmern des alten Stadtkrankenhauses haben wir den Versuch unternommen,

¹⁾ Herr Dipl. Soz. B. Dimmek, jetzt Westfälisches Zentrum für forensische Psychiatrie, Lippstadt, bin ich für vielfältige Hinweise dankbar.

¹⁾ in: Bosch, G. und Veltin, A., 1983.

eine erträgliche Balance zwischen Rückzugsräumen, Platz auch intensiver medizinischer Versorgung — und Überwachung — und Stätten der Begegnung im Stationsalltag zu schaffen. Wobei der Schwerpunkt bei den allgemeinen Aufnahmestationen und dem gerontopsychiatrischen Bereich zunächst auf die Gewährleistung medizinisch-psychiatrischen Handelns abzielt, während die Sucht- und die Übergangsstation schon in ihrem räumlichen Milieu eine sozio- bzw. psychotherapeutische Gruppenarbeit fördernde Atmosphäre bereitzustellen bemüht sind.

Im Gegensatz zum „Wohnen in der Klinik“, mit allen — trotz des gemeinschaftstherapeutischen Konzepts — verbleibenden Einschränkungen einer institutionsabhängigen, in vielen Bereichen reglementierenden Lebensform, bleibt das „ungeschützte“ Wohnen im eigenen Zuhause die Idealvorstellung „guten Wohnens“ auch für psychisch kranke oder behinderte Menschen. Unsere in der Gründerzeit der Klinik, vor knapp 12 Jahren gehegten Hoffnungen möglichst allen Patienten zur Verwirklichung dieser institutionsunabhängigen Lebensform zu verhelfen, erwiesen sich bald als allzu kühner Wunsch. Familien hielten den auf sie, durch ihr psychisch krankes Familienmitglied, zukommenden Belastungen nicht stand, Beziehungen lösten sich auf, Arbeitsverhältnisse zerbrachen. Viele ehemalige Patienten mußten unter dem Bild wieder aufgetretener akut psychotischer Symptome in die Klinik zurück. Nach Abklingen des oft bedrohlichen Zustandsbildes stellte sich uns immer häufiger die Frage, wo der Patient nach der Entlassung leben solle. Zuhause, wenn dies bei oft dichter nachgehender ambulanter Betreuung möglich war. In der — damals noch bestehenden — Nachtambulanz, zunächst, falls ein Arbeitsplatz vorhanden war oder einer Ausbildung nachgegangen wurde.

Für viele „Patienten“, die einer Krankenhauspflege nicht mehr bedurften, gab es kein „tragfähiges Zuhause“. Mit Unterstützung von Stadt und Landschaftsverband begannen wir Mitte der 70er Jahre in der Trägerschaft eines von Mitarbeitern gegründeten gemeinnützigen Vereins („Verein zur Rehabilitation psychisch Kranker e. V.“) Häuser, bzw. Wohnungen für ehemalige Patienten anzumieten. Die notwendige Betreuung übernahm die Ambulanz der Klinik sowie das dem Patienten bisher vertraute Pflegepersonal der Stationen. Später konnte eine Sozialarbeiterin eigens für diese Aufgaben eingestellt werden. Die erste Wohngemeinschaft (Dahlener-Straße) zog in ein durch den Autobahnbau freigewordenes Haus. Hier erwies sich die kuriose Situation, daß bei unserem kommunalen Spitzenverband Straßenbau und Psychiatrie unter einem Dach verwaltet werden als Glücksfall. Über die „Straßenbauer“ erhielt die „Psychiatrie“ das Haus. Einzug hielt eine reine Männergemeinschaft. Das brachte erhebliche Schwierigkeiten in der Haushaltsführung — die meisten der Bewohner hatten viele Jahre im Landeskrankenhaus gelebt. Beklagt wurde von den Bewohnern außerdem die relativ große Entfernung zur Klinik. Aufnahmekriterium war lediglich die Fähigkeit, außerhalb der Klinik, wenn auch betreut, leben zu können und alleine in einer eigenen Wohnung leidlich zurecht zu kommen. Dazu bestand der Anspruch, daß die Bewohner einer regelmäßigen Beschäftigung nachgingen oder in einem Arbeitsverhältnis stünden. Zur Pflicht

wurde neben der monatlichen Mietzahlung die Teilnahme an den wöchentlichen Hausversammlungen gemacht.

In enger Anlehnung an die nach einem rehabilitativ orientierten soziotherapeutischen Konzept arbeitende Übergangsstation wurde die zweite Wohngemeinschaft in Trägerschaft des „Vereins zur Rehabilitation psychisch Kranker“ im Nachbarhaus unserer Tagesklinik (Brucknerallee) gegründet. Alle Patienten sollten nun in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis stehen. Die Mitarbeiter der Rehabilitationsstation übernahmen engagiert die Begleitung der Bewohner durch die Mühsal des Alltags, putzten und planten mit ihnen, bestellten mit ihnen — und häufig ohne sie — den Garten, kümmerten sich um ausstehende Mieten, sorgten für Klinikaufnahme im Krisenfall, wiegelten leise Proteste aus der Nachbarschaft geschickt ab und leiteten die Hausversammlung. Problematisch war, daß sich hier von Anfang an die zum Teil „schwierigsten“ Langzeitkranken der Klinik fanden, die Spannung unter den gelegentlich auch akut kranken Bewohnern beträchtlich war und so die Betreuung oft äußerst intensiv sein mußte. Die Gemeinschaftsräume, wie die Küche, wurden kaum genutzt und noch weniger gepflegt, und das Problem der Hausreinigung löste sich erst spät, als einem Bewohner Hausmeisterfunktionen — gegen Mietnachlaß, der anteilig den anderen Bewohnern aufgeschlagen wurde, übertragen wurden. — Die krankheitsbedingt häufigen Aus- und Einzüge zogen eine erhebliche Belastung des Vereinsbudgets nach sich.

Relativ unproblematisch gestaltete sich dagegen die erste Wohngemeinschaft für Suchtkranke (Trimpelshütter-Straße). Eine sorgsame Auswahl der Bewohner, sowie die hohen konstanten Selbsthilfefähigkeiten und die ebenfalls regelmäßige, wenn auch weniger dichte Betreuung durch die Suchtstation dürften hierfür ausschlaggebend gewesen sein. — Ein von Suchtkranken, die seit Jahren trocken sind, in Zusammenarbeit mit der Suchtstation gegründeter Arbeitskreis („MAKS“) hat mit Unterstützung der Stadt und des Landschaftsverbandes als überörtlichem Sozialhilfeträger eine weitere Wohngemeinschaft mit kleiner Arbeitstherapie und einem Kontaktzentrum für Suchtkranke eröffnet.

Nach jeweils entstandenen Bedürfnissen wurden weitere kleinere Wohngruppen für langfristig psychisch Kranke gegründet, manche z. T. auch wieder aufgegeben.

Als ungeschütztes, aber dennoch „gesichertes“ Wohnen kann die Tendenz mehrerer ehemaliger Patienten angesehen werden, sich in unmittelbarer Nachbarschaft, vorwiegend im Nachbarhaus, der Klinik einzumieten und so auch für die Ambulanz rasch und unkompliziert erreichbar zu sein und Freizeitangebote der Klinik und der Patientenclubs unkompliziert wahrzunehmen.

Gemeinsame formelle Basis für alle Wohngemeinschafts- und Wohngruppenbewohner ist ein Mietvertrag zwischen Bewohner und Verein. In den Vertrag werden neben der an den Verein zu entrichtenden Miete auch gewisse „Pflichten“, wie die Teilnahme an den Hausversammlungen, aufgenommen. Regelmäßige Beschäftigung, wenn möglich Arbeit ist erwünscht jedoch nurmehr im Wohnheim (Burgheim) Bedingung.

Schließlich wurde 1977 als Teil der Klinik in Kostenträgerschaft des Landschaftsverbandes, finanziert nach den §§ 39, 100 BSHG, das „Burgheim“ gegründet. Hier zogen 9 ehemalige Patienten der Nachtklinik (2 Männer, 7 Frauen) ein. Ihnen folgten Patienten der Landesklinik Viersen. Alle hatten eine längere oder lange Landeskrankenhauskarriere hinter sich und wiesen neben chronisch psychotischen Erkrankungen häufig auch Minderbegabungen erheblichen Ausmaßes auf. Tagesablauf und Personalbestückung des Heimes setzten eine kontinuierliche Tätigkeit außerhalb des Wohnhelms voraus. Fast alle Bewohner besuchen eine Werkstatt für Behinderte (Hemmerden, Hephata). Die Ferien werden, soweit sich nicht Familienmitglieder darum kümmern, weitgehend zu einem gemeinsamen auswärtigen Aufenthalt genutzt. — Für chronisch psychisch Kranke, die einer engeren Betreuung als der der Wohngemeinschaften bedürfen, wurde schließlich das Schwesternhaus eines inzwischen zu einem Altenheim umgewandelten Stadtteilkrankenhauses (Odenkirchen) als Kleinwohnheim (Theresienhaus) eingerichtet. Es entspricht in seiner Organisationsform dem Burgheim, fast alle Bewohner haben ebenfalls eine langjährige Klinikkarriere hinter sich. Sechs der derzeit 13 Bewohner besuchen halbtags die Arbeitstherapie der Klinik.

Nach der Beschreibung der Wohnmöglichkeiten für psychisch kranke oder behinderte Menschen im Bereich des Mönchengladbacher-Rheydter Versorgungsgebietes, möchte ich auf einige Punkte gesondert eingehen.

— Aufnahmevoraussetzungen

Die Aufnahmevoraussetzungen werden eher unkonventionell, operational, dem gemeindepsychiatrischen Kontext entsprechend gehandhabt. Wer einer Krankenhausbehandlung nicht (mehr) bedarf und (noch) nicht selbständig wohnen kann, erfüllt die groben Eingangsbedingungen in die zur Verfügung stehenden betreuten Wohnformen. Der Aufnahmeprozess sei an einem Schema verdeutlicht.

— Bewohnermerkmale

Psychiatrische Diagnosen der Bewohner, ihr Alter, ihr Zivilstand, ihre Schul- und Berufsbildung und ihre Wohnsituation vor dem Einzug, bzw. nach einem eventuellen Auszug sind auf mehreren Tabellen dargestellt (S. 192 ff.).

— Betreuung

Zu den wesentlichen Merkmalen der Betreuung der Wohngemeinschaften und der Wohnheime gehört neben somatotherapeutischen Maßnahmen und soziotherapeutisch bzw. psychotherapeutisch orientiertem Helfen ein zielgerichtetes Heranführen an ein selbständiges Besorgen der eigenen Angelegenheiten — oder wo dies nicht möglich ist, eine dauernde Hilfe in diesen Abläufen; dazu zählen

- Regelung des Tagesbeginns
- Einnahme der Mahlzeiten
- Bewältigung individueller und gemeinschaftsbezogener Probleme
- Sorge für Arbeit, Beschäftigung und Freizeit
- Bewältigung lebenspraktischer Aufgaben

Es hat sich gezeigt, daß gerade die Bewältigung von Gemeinschaftsaufgaben (Putzen, „Küchendienst“, Fernsehprogrammauswahl, Musik, Besucher) zu den sensibelsten, die Betreuer am meisten fordernden Problemen gehört. Daneben wird das Personal häufig im Bereich individuell lebenspraktischer Fragen und zur Vermittlung von Angehörigenkontakten benötigt.

Krisen, Konflikte

Bei der zum Teil erheblichen Ausprägung der aus der Grundkrankheit resultierenden Defizite sozialkompetenten oder zumindest -akzeptierten Verhaltens, die bei vielen Bewohnern unserer Wohngemeinschaften und Wohnheime nicht zu übersehen ist, konnten Konflikte und Krisen nicht ausbleiben. Sie sind anzuedeln

- im Bereich krankheitsbedingter Behinderungen oder persönlicher Eigenarten der Bewohner;
- im Bereich des Zusammenlebens in der Gruppe bei oft äußerst unterschiedlichen Einstellungen im Blick auf die persönliche Lebensgestaltung Einzelner im Wohnverbund;
- im Bereich der knappen materiellen Ressourcen der Bewohner, die sich durch die einschneidenden Kürzungen im Sozialhilfereich weiter verknappten und eine würdige Lebensgestaltung zunehmend erschweren;
- im Bereich der Kommunikation zwischen Bewohnern und Angehörigen, Institutionen und der Nachbarschaft.

Zur Beseitigung dieser Konflikte und Krisen werden oft hohe Anforderungen gestellt. Lösungsstrategien werden gemeinsam mit den Bewohnern zu entwickeln versucht. Gelegentlich nehmen Therapeuten Stellvertreterfunktionen ein. Manchmal ist eine vorübergehende Aufnahme in die Klinik, im Sinne einer Krisenintervention, nicht zu vermeiden.

Wohngemeinschaften und Wohnheime wurden aus der Erkenntnis, daß es psychisch kranke oder behinderte Menschen gibt, die nach der Klinikentlassung noch nicht selbständig alleine leben können, gegründet. Es galt die Lücke zwischen ungeschütztem Wohnen in der eigenen Wohnung und der Institution psychiatrische Klinik zu schließen. Unsere bisherigen Erfahrungen sind ermutigend, sicher kann von einem Gewinn an Lebensqualität der Betroffenen gesprochen werden. Beweisbar können solche Erfolge nicht sein, bestenfalls aufweisbar.

Außer Zweifel steht, daß die Einbindung der beschriebenen Wohnangebote in ein bewegliches System gemeindepsychiatrischer Hilfsmöglichkeiten mit einer ausgebauten Nachsorgeambulanz unsere Arbeit im außerstationären Wohnbereich erheblich erleichtert, Konflikte mit anderen Institutionen verringert und durch die enge Verbindung zu den sozialen und Gesundheitsdiensten der Stadt der Aufbau dieser Wohnformen wesentlich gefördert wurde.

Arbeiten

„Was also auf dem Arbeitsamt eine Behinderung ist, bestimmt sich nicht so sehr objektiv — d. h. vom Zustand des einzelnen Individuums in Bezug auf

definierte Aufgabenstellungen —, sondern ist immer auch von Bewertungen abhängig, die mit der Konjunkturlage auf- und abschwanken. In jeder dieser Bewertungen gehen Kosten- und Nutzenerwägungen, Risiko- und Ertragskalkulationen der Unternehmer mit ein. In der Krise werden — bei praktisch unbegrenztem Arbeitskräftereservoir — nur diejenigen nicht psycho-physisch (als behindert) oder moralisch (als arbeitsscheu) stigmatisiert sein, die so gut wie gar keine Risiken im Hinblick auf krankheitsbedingte Ausfälle, seelische Belastbarkeit, schwierigen Charakter, kurz im Hinblick auf optimales, reibungsloses, anpassungsbereites Funktionieren im Betrieb bieten und zugleich Spitzenleistungen zu erbringen in der Lage sind.“ Diese Ausführungen E. WULFF's bilden den Hintergrund zur vorgegebenen Thematik: Arbeit und psychosoziale Not, Erkrankung, Behinderung.

Beim Aufbau der Mönchengladbacher Gemeindepsychiatrie (ab 1972/73) herrschte Vollbeschäftigung. Arbeitnehmereigenschaften wie „ein wenig Unpünktlichkeit, Schusseligkeit, Aufmüpfigkeit“ (E. WULFF), Ungeschick, Unstetigkeit wurden in Kauf genommen. Fast jeder entlassene Patient fand seinen Arbeitsplatz. In die Tagesklinik kam in 14tägigem Rhythmus eine Abordnung des Arbeitsamtes, um für vor der Entlassung stehende Patienten Arbeitsmöglichkeiten zur Auswahl anzubieten. Alle soziotherapeutischen Programme, insbesondere der Tagesklinik, waren ganz als Arbeitstrainingsprogramme angelegt. Suche nach Arbeitsplätzen, Kontakte mit Arbeitgebern von Seiten der Klinikmitarbeiter schienen überflüssig, unsere Bemühungen waren ganz auf den Wohn- und Freizeitbereich konzentriert.

1974, von uns mit einem Jahr Verspätung wahrgenommen und noch später wahrgemacht, handelnd begriffen, trat die Wende am Arbeitsmarkt ein. Psychisch Kranke waren mit die ersten, die den Ansprüchen des verschärften Leistungskampfes am Arbeitsmarkt nicht mehr entsprechen sollten. Resignation machte sich unter Patienten breit — wieso Arbeitsfähigkeit wieder erlernen, trainieren, wenn die Betriebe doch verschlossen bleiben? Die steigende Arbeitslosigkeit schien eine Verlängerung der Krankheitsphasen und gehäufte Rückfälle nach sich zu ziehen.

Es fiel uns schwer, auf diese sozioökonomische Vorgabe therapeutisch wirksam zu antworten. Einmal erschien dies uns zunächst politisch widersinnig, zum anderen sahen wir jedoch die Not des Einzelnen und fühlten uns, spät, zum Reagieren veranlaßt. Die daraus entwickelten sozialtechnischen Hilfen waren vereinzelte Aktionen für einzelne Betroffene. Allerdings kam uns auch hier wieder die Vertraulichkeit mit den entsprechenden Stellen der Gemeinde entgegen. Wir vereinbarten mit Kassen und Arbeitgebern Arbeitsversuche, als „teilzeitig ausgelagerte Arbeitstherapien“ — bei halber Bezahlung durch den Arbeitgeber, halber durch die Kassen, verhandelten gelegentlich mit Personalchefs und Vertrauensleuten der Schwerbehinderten, im öffentlichen Dienst häufig erfolgreich, warben bei Gewerkschaftsvertretern um Verständnis.

Der Anteil, der in einem Arbeitsverhältnis stehenden Patienten stellte sich bei den Aufnahmen in den Jahren 1973—78 wie folgt dar: 31 % Erwerbstätige,

36 % Rentner, Berufs- und Erwerbsunfähige, 22 % Hausfrauen, 8 % Arbeitslose, 3 % in der Ausbildung Befindliche. Wobei bei Dritt- und Mehraufnahme die Zahl der Nicht-Beschäftigten erheblich zunahm.

Die oben skizzierten, politisch bedingten Entwicklungen führten schließlich zu erheblichen Änderungen unseres soziotherapeutisch orientierten Behandlungs-Regimes. Das Üben instrumenteller Fertigkeiten zur rascher Rückführung an den angestammten Arbeitsplatz nach Abklingen der Krankheitsphase trat zurück gegenüber Programmen zum Erwerb allgemeiner sozialer Kompetenz. Hier steht heute der Erwerb einer widerstandsfähigen, Halt vermittelnden sozialen Rolle mit einlösbaren Erwartungen an die Umgebung und eine, sich leider zunehmend trüber darstellende Zukunft im Vordergrund. Dazu mußten vermehrt Angehörige in die therapeutische Arbeit einbezogen werden und Kontakte zu den weiteren sozialen Diensten der Stadt — vor allem über die seit 1977 kontinuierlich zusammentreffende „Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft“ (PSAG) — ausgebaut werden.

Im stationären Bereich dient die Beschäftigungstherapie für einige Patienten als Vorstufe einer im strengeren Sinn arbeitsbezogenen Tagesstrukturierung. Im Verkauf der Produkte mag zumindest ein Teil Anerkennung für die geleistete „Arbeit“ widergespiegelt sein. Die eigentliche „Arbeitstherapie“ für Klinikpatienten findet als Gruppenarbeit, nach einem beengten Intermezzo im Keller des Personalwohnheimes, in einer neuerrichteten und in Anwesenheit von F. BASAGLIA und D. BENNETT 1978 eröffneten Werkhalle der Klinik statt. Sie enthält gestufte Angebote von leichter bis mittelschwerer Industriearbeit, zu einer Fahrradwerkstatt und einer Druckerei u. a. Die Bezahlung ist schlecht und steht dennoch bei den Patienten als willkommenes Zugeld hoch im Kurs. Aufträge gehen aus der näheren Umgebung und der Stadt ein. Neben dem seltener gewordenen Training auf einen Platz am freien Arbeitsmarkt, steht konzeptionell die Arbeitstherapie als bescheidene Alternative zu einem regulären Arbeitsverhältnis mit von den Benutzern als sinnvoll empfundener Tagesstrukturierung im Vordergrund.

Rehabilitationszentren, wie Heidelberg oder seltener Köln, früher als Sprungbrett ins Erwerbsleben gern genutzt, haben wegen der verminderten Vermittlungsperspektive bei nicht unerheblichem Abbruchrisiko im heimatfernen Milieu deutlich an Attraktivität eingebüßt.

Geschützte Werkstätten besuchen fast alle Bewohner des Burghelmes und einige ambulante Patienten. Über deren Probleme, insbesondere für psychisch Kranke hat W. STREHSE (in: Haselbeck, H., 1984) unlängst berichtet. Sie werden auf subjektiver Ebene durch wöchentliche Beschäftigung mit einer engagierten Sozialarbeiterin des WfB-Teams einigermaßen aufgefangen. Sicher war zur Eingliederung unserer — meist auch geistig behinderten — Patienten wichtig, daß in der Eingewöhnungsphase stets ein vertrauter Mitarbeiter der Klinik in der Werkstatt mitarbeitete und so die Nöte der dort Arbeitenden an Ort und Stelle kennenlernte. Viele der Burghelmbewohner fühlen sich heute an ihrem Arbeitsplatz „zu Hause“.

Die „ambulante Arbeitstherapie“, in die gegliederten Arbeitsgruppen des stationären Bereichs integriert, bietet etwa 15 Patienten, meist Bewohnern der Wohngemeinschaften oder des Theresienhauses, Platz. Sie wird von den wenigsten dort Tätigen als echter Ersatz eines regulären Arbeitsplatzes, von fast allen jedoch als sinnvolle Form der Tagesstrukturierung und Stätte kommunikativer Betätigung in einem sonst eher monotonen Lebensablauf gesehen, bei dem wiederum ein bescheidener finanzieller Zugewinn abfällt. — Die Finanzierung dieser Plätze wird noch verhandelt.

Traurig sieht die Situation psychisch Kranker und Behinderter am „normalen Arbeitsplatz“ aus, selbst wenn die kurzen Wege unserer gemeindepsychiatrischen Dienste schon immer Kontakte zu betrieblichen Hilfsgruppen, wie Vertrauensleuten der Schwerbehinderten, Personal- und Betriebsräten ermöglichten und gelegentlich drohende Entlassungen abwenden halfen. Diese Tätigkeiten werden nun mit Unterstützung des Sozialdezernenten der Stadt und der Hauptfürsorgestelle in einem „Psychosozialen Dienst“, der ebenfalls beim „Verein zur Rehabilitation psychisch Kranker“ angesiedelt ist, gebündelt. Seine Finanzierung ist bisher nur einzelfallbezogen über die Abtretung des besonderen Betreuungsaufwandes der Betriebe für Schwerbehinderte zugunsten des Dienstes nach dem SchwBG möglich, soll jedoch in eine Pauschalfinanzierung übergeführt werden. Ähnliche Dienste bestehen u. a. in Gummersbach und Köln²⁾.

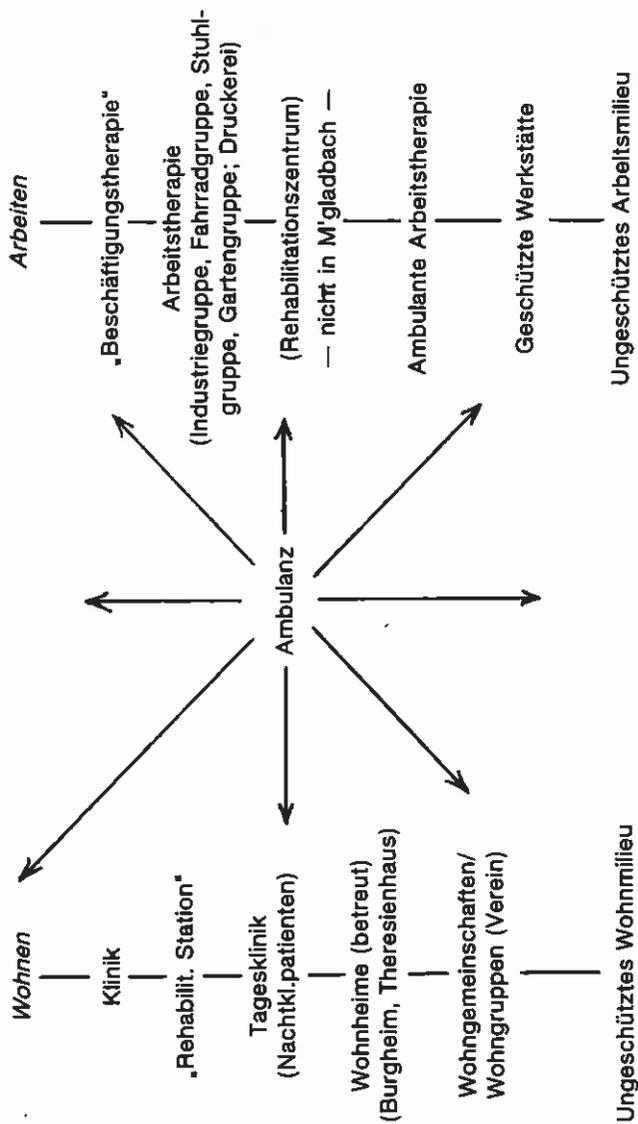
Sicher werden wir über „alternative Arbeitsplätze“, wie sie bisher bei uns nur in der Institutionsabhängigen ambulanten Arbeitstherapie gegeben sind, weiter nachdenken müssen. Kirchliche Initiativen für Arbeitslose, wie sie in Mönchengladbach in Tradition des alten „Volksvereins“ bestehen, könnten hier als Beispiel dienen.

Literaturverzeichnis:

- BOSCH, G. und VELTIN, A. (Hrsg.): Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung. Köln (Rheinland-Verlag), 1983.
- HASELBECK, H. (Hrsg.): Tagungsbericht „Arbeit und Psychiatrie“ — Tagung der Psychiatrischen Klinik der Med. Hochschule Hannover (K. P. KISKER) am 12. u. 13. 2. 1982. In: Soz. psych. Inform. 70, Nov. 1982.
- LANDSCHAFTSVERBAND RHEINLAND, Hauptfürsorgestelle: Psychosozialer Dienst Köln: Modellversuch eines ambulanten Fachdienstes zur Sicherung der beruflichen Eingliederung psychisch Behinderter. Köln (Rheinland-Verlag), 1983.
- SCHULTE, B.: „Wohngeld — ein Instrument der Armutsbekämpfung.“ In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 5/1984, S. 116.
- THUST, W.: „Die rechtliche Problematik der Wohngemeinschaften für psychisch Kranke und Behinderte — Versuch einer Bestandsaufnahme.“ In: DPWV-Nachrichten, 4, 1981.
- WENDT, W. R.: „Lebenslagen und Not.“ In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 5/1984, S. 107.
- WULFF, E.: „Arbeitsethos, Krise der Arbeitsgesellschaft und Rehabilitation.“ In: Soz. psych. Inform., 4, 1984.

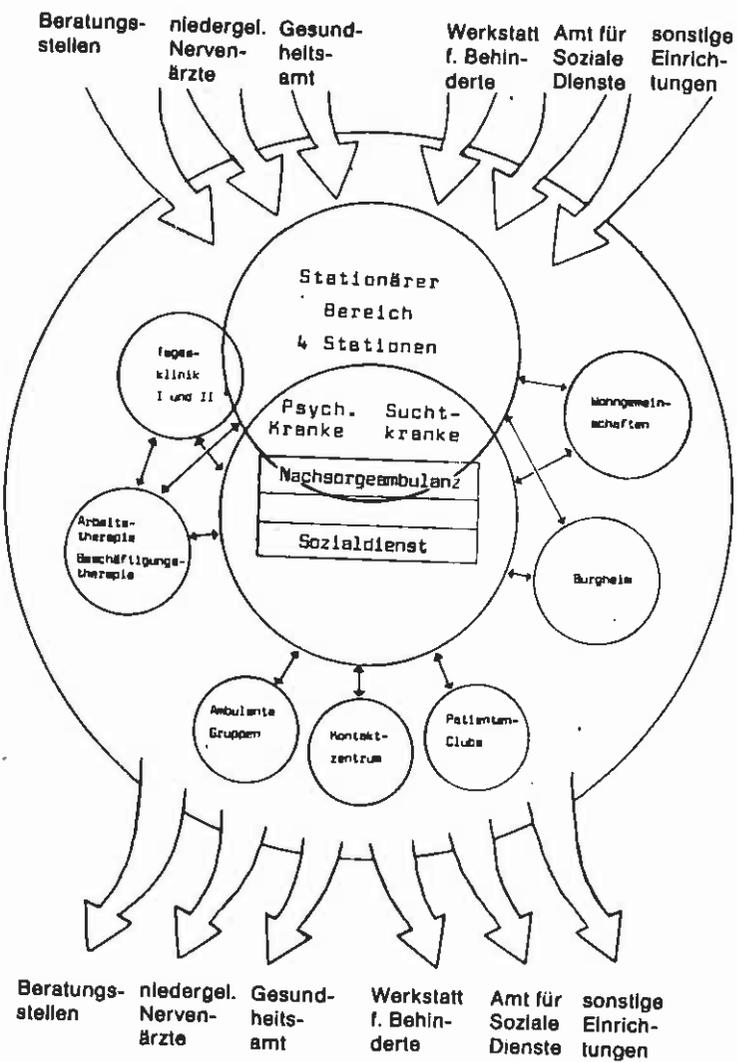
²⁾ s. Bericht von 1983.

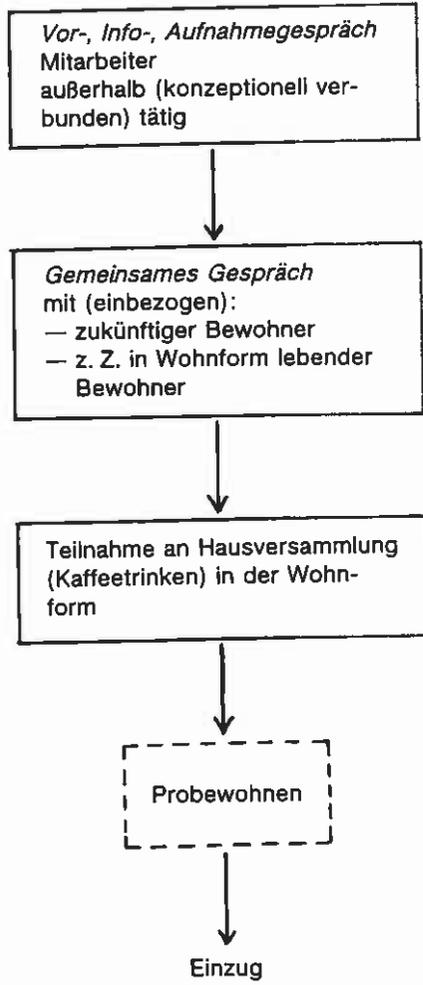
Gemeindepsychiatrie Mönchengladbach-Rheydt
(Ps AG)



Modifiz. n. L. Ciompi
Soz.psych. Infos 70/82

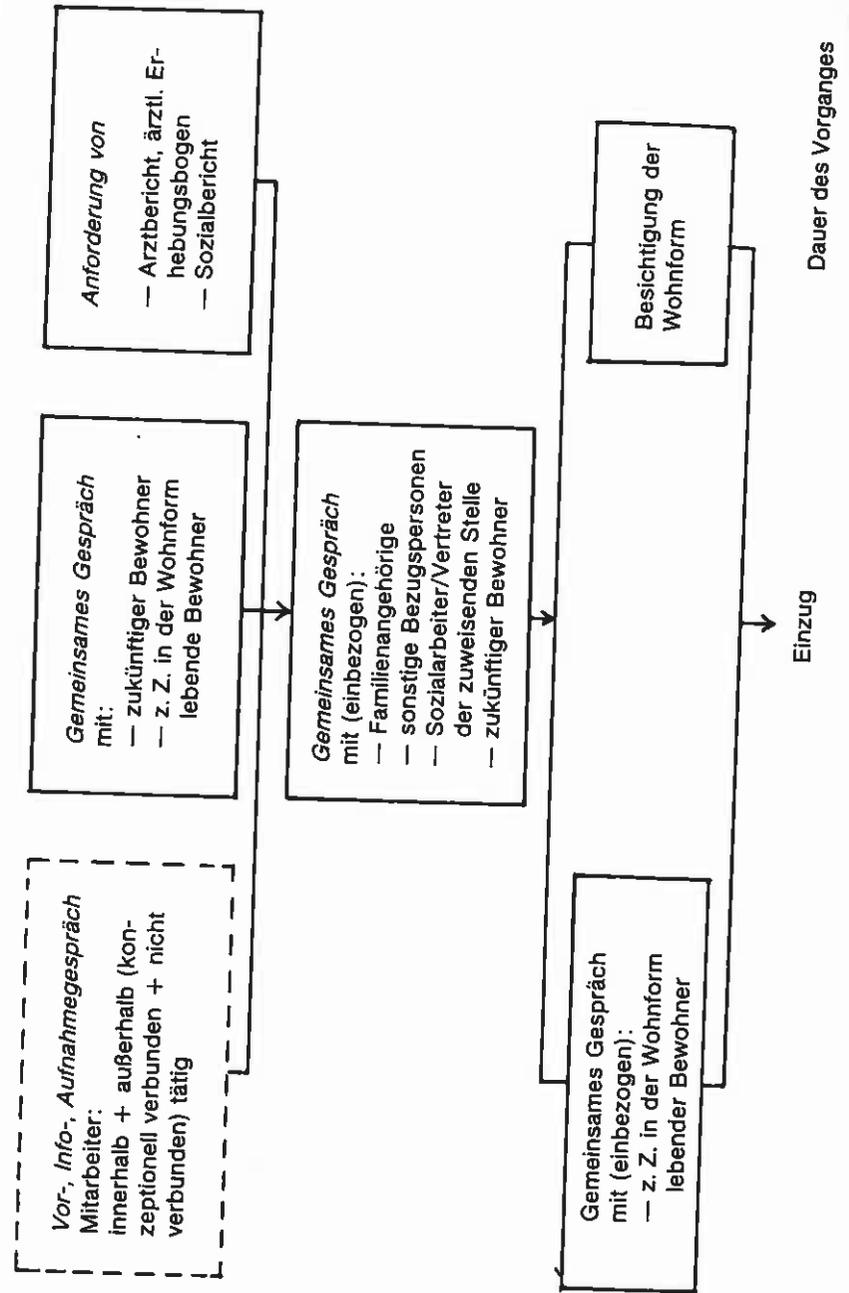
Schematische Darstellung des psychiatrischen Behandlungszentrums Mönchengladbach und seiner Einbindung in das psychosoziale Versorgungssystem der Stadt





Stationen des Aufnahmeprozesses: M4

D-H



* = Diagnose 1st (Z) Zusatzkriterium, (G) Grenzfall, (A) Anlehnungskriterium
 ET = Diagnose aller am 1.1.81 in der Wohnform lebenden und seither einbezogenen Bewohner
 ST = Diagnose aller am Stichtag 31.12.82 in der Wohnform lebenden Bewohner

Dauer-Wohn- meinschaft	Anzahl der Bewohner insgesamt		Schizo- phrenien		Affektive u. andere nicht organische Psychosen		Neurosen/ Persönlich- keitsstörun- gen		Alkoholab- hängigkeit		Medikamenten- abhängigkeit		Dilegophrenien		Epilepsien		Borderline/ nicht ein- deutig abgrenz- bar		keine psychiat- rische Diagnose		
	ET N	ST N	* ET %	* ST %	* ET %	* ST %	* ET %	* ST %	* ET %	* ST %	* ET %	* ST %	* ET %	* ST %	* ET %	* ST %	* ET %	* ST %	* ET %	* ST %	
MG 1	10	4	Z 40	50	Z 30	25	0	20	25												
MG 2	6	5	Z 66	60						A 17	20										
MG 3	12	8	Z 83	75	Z 8,5	12,5	G 6,5	12,5													
MG 4	35	29	Z 40	38						A 3	3,5			Z 54	55	G 3	3,5				

Psychiatrische Diagnose
 Diagnostische Zusammensetzung nach den einzelnen Wohnformen in %

Alter	Alter aller seit 1.1.81 in die Wohnform ein- gezogenen Bewohner u. derjenigen, die am Auf- nahmetag in der Wohnform lebten.										Alter aller am Stichtag (31.12.82) in der Wohnform lebenden Bewohner.										
	unter und bis 20	21 bis 30	31 bis 40	41 bis 50	51 bis 60	61 bis 70	unter und bis 20	21 bis 30	31 bis 40	41 bis 50	51 bis 60	61 bis 70	über 70	unter und bis 20	21 bis 30	31 bis 40	41 bis 50	51 bis 60	61 bis 70	über 70	
MG 1	1	4	2	2	1	-	1	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MG 2	-	2	3	1	-	-	-	1	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MG 3	1	2	4	3	2	-	1	-	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MG 4	-	13	13	6	3	-	-	9	11	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Schulbildung

Schulbildung aller am 1.1.81 in der Wohnform lebenden und seit dem eingezogenen Bewohner

Dauer-Lohn- meinschaft	abgeschl.	abgebrochen				In Schulausb.				abgeschl.	abgebrochen				In Schulausb.			
		Sonderschule Hauptschule mittl. Reife Real/Handels- schule/Gymn. Gymn. m. Abi	INSGESANT	Sonderschule Haupt/Grundsch. ohne mittl. R. Real/Handels- schule/Gymn. Gymn.oh. Abi.	INSGESANT	Sonderschule Hauptschule Real/Handels- schule Gymnasium	INSGESANT	keine Schulausb. begonnen	Sonderschule Hauptschule Real/Handels- schule/Gymn. Gymn. m. Abi		INSGESANT	Sonderschule Hauptschule ohne mittl. R. Real/Handels- schule/Gymn. Gymn. oh. Abi	INSGESANT	Sonderschule Hauptschule Real/Handels- schule Gymnasium	INSGESANT	ohne Schulausb- bildung		
MG 1	14	1	6	2	1	3	-	-	-	1	1	3	1	1	1	-	-	-
MG 2	4	1	5	1	-	1	-	-	-	4	-	4	1	-	-	-	-	-
MG 3	5	3	8	1	-	2	-	-	-	2	3	5	-	-	-	-	-	-
MG 4	12	1	19	10	6	-	16	-	-	4	8	13	6	-	16	-	-	-

* von einer Person in MG 1 war die Schulausbildung nicht bekannt
 ** von zwei Personen in MG 3 war die Schulausbildung nicht bekannt

Zivilstand	Zivilstand aller am 1.1.81 in der Wohnform lebenden und seitdem eingezogenen Bewohner						Zivilstand aller am Stichtag (31.12.82) in der Wohnform lebenden Bewohner						Veränderung des Zivilstandes während des Aufenthaltes				
	ledig	in Paar- beziehung	verheiratet	getrennt lebend	geschieden	verwitwet	ledig	in Paar- beziehung	verheiratet	getrennt lebend	geschieden	verwitwet	keine Kinder	1 und mehr Kinder	w. Aufenthalt Beziehung ein- gegangen	w. Aufenthalt geheiratet	w. Aufenthalt Beziehung oder Ehe gelöst
MG 1	6	-	-	4	-	9	5	4	-	-	1	-	3	1	2	-	-
MG 2	5	-	-	1	-	-	-	2	-	-	1	-	-	-	2	-	1
MG 3	7	3	-	4	-	4	3	3	-	3	2	3	2	5	-	-	-
MG 4	32	-	-	1	2	-	6	28	-	-	1	-	5	12	-	-	3

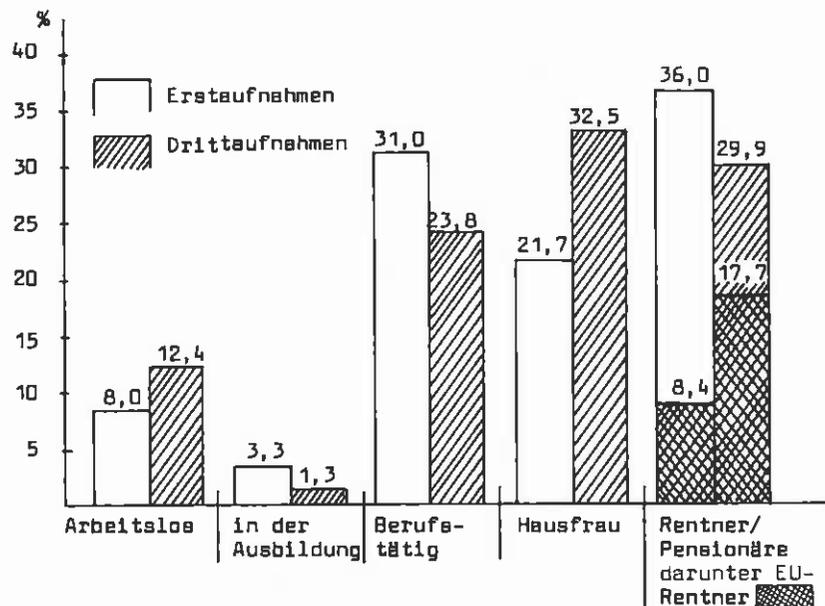
Anm.: Kriterium für Beziehung: Mindestdauer 1 Jahr

Wohnsituation

Dauer-Wohn-gemeinschaft	MG 1	seit mehr als 6 Mo. in psych. Kl.	Wohnsituation vor Einzug in die Wohnform aller am 1.1.81 in ihr lebenden und selbster eingez. Bewohn.	Wohnsituation nach Auszug aus der Wohnform aller am 1.1.81 in ihr lebenden und selbster eingez. Bew.
		in einem sonst. Heim	im Gefängnis	psychiatrische Klinik
		in einer Reha-Einr. - sonstige beschützte Wohnf. eines anderen Trägers	beschützte Wohnf. beschützte Wf des-selben Trägers	sonstiges Heim
		beschützte Wf des-selben Trägers	Ursprungsfamilie	Gefängnis
Dauer-Wohngruppe	MG 2	Ursprungsfamilie	Sonstige Angehörige	sonst. Reha-Einrichtung
		Sonstige Angehörige	Eigene Familie/Ehe/Beziehung	beschützte Wohnf. anderer Träger
		Eigene Familie/Ehe/Beziehung	mit Freunden/Bekanntem	beschützte Wohnf. selber Träger
		mit Freunden/Bekanntem	allein lebend	Ursprungsfamilie
Dauer-Heim	MG 3	ohne Wohnung	UNBEKANNT	Ursprungsfamilie
		Nachtklinik	Nachtklinik	Sonstige Angehörige
		Pflegeeltern	Pflegeeltern	Eigene Familie/Ehe/Beziehung
		psychiatrische Klinik	psychiatrische Klinik	mit Freunden / Bekanntem
Dauer-Heim	MG 4	sonstiges Heim	Gefängnis	allein lebend
		Gefängnis	sonst. Reha-Einrichtung	ohne Wohnung
		sonst. Reha-Einrichtung	beschützte Wohnf. anderer Träger	UNBEKANNT
		beschützte Wohnf. selber Träger	Ursprungsfamilie	verstorben

Berufsausbildung

Dauer-Wohn-gemeinschaft	MG 1	Berufsausbildung aller am 1.1.81 in der Wohnform lebenden und selbster eingezogenen Bewohner				Berufsausbildung aller am Stichtag (31.12.82) in der Wohnform lebenden Bewohner					
		abgeschlossene				abgebrochen					
		Anlernberuf	Lehre/Berufschule	Fachschule	Uni/Hochsch. Fachhochsch.	INSGESAMT	Anlernberuf	Lehre/Berufschule	Fachschule	Uni/Hochsch. Fachhochsch.	INSGESAMT
		2	1	1	4	1	1	-	-	2	1
Dauer-Wohn-gruppe	MG 2	abgeschlossene				abgebrochen					
		Anlernberuf	Lehre/Berufschule	Fachschule	Uni/Hochsch. Fachhochsch.	INSGESAMT	Anlernberuf	Lehre/Berufschule	Fachschule	Uni/Hochsch. Fachhochsch.	INSGESAMT
		1	1	-	2	-	1	-	2	-	
		1	1	-	2	-	1	-	2	-	
Dauer-Heim	MG 3	abgeschlossene				abgebrochen					
		Anlernberuf	Lehre/Berufschule	Fachschule	Uni/Hochsch. Fachhochsch.	INSGESAMT	Anlernberuf	Lehre/Berufschule	Fachschule	Uni/Hochsch. Fachhochsch.	INSGESAMT
		2	3	1	6	-	1	-	2	-	
		2	3	1	6	-	1	-	2	-	
Dauer-Heim	MG 4	abgeschlossene				abgebrochen					
		Anlernberuf	Lehre/Berufschule	Fachschule	Uni/Hochsch. Fachhochsch.	INSGESAMT	Anlernberuf	Lehre/Berufschule	Fachschule	Uni/Hochsch. Fachhochsch.	INSGESAMT
		2	-	-	2	-	1	-	2	-	
		2	-	-	2	-	1	-	2	-	



Erst- und Drittaufnahmen in der Landes Klinik Mönchengladbach 1973—1978 nach Erwerbsstatus gruppiert (incl. Nachtklinik und Burgheim)

Diskussion über die Formen institutioneller Realisierung

(gekürzte Fassung)

Moderation: G. Bosch

Steinhart: Nachdem wir in der bisherigen Diskussion zu dem Ergebnis kamen, Tagesstätten, Clubs und dergleichen sollten im Grunde die Basis einer gemeindenahen Versorgung sein und sollten gar nicht unbedingt einzig in der Psychiatrie angesiedelt werden, sondern ein bißchen außerhalb stehen, so stellt sich jetzt die Frage, wie nah und fern sollen nun das Wohnen und Arbeiten eigentlich an ein Behandlungszentrum angeschlossen sein; also wieviel Psychiatrie ist notwendig, und wieviel andere Initiativen, von der Gemeinde oder von freien Vereinen, sind erforderlich. Müssen die Initiativen unbedingt von der Klinik ausgehen, müssen auch die Mitarbeiter exportiert werden, oder wäre nicht eine andere Ebene ausreichend und sogar sinnvoller, und müßte man nicht die Gemeinde zwingen, auf diesem Gebiet initiativ zu werden?

Seidel: Genau kann ich das natürlich nicht quantifizieren. In Mönchengladbach ist die Entwicklung zumindest zu Beginn weitgehend von der Klinik ausgegangen. Inzwischen hat sich eine vielleicht nicht unproblematische, aber für die konkrete Arbeit sehr hilfreiche Vermischung von Initiativen aus dem kommunalen Bereich und aus dem Klinikbereich ergeben, und die sozialpsychiatrischen Dienste der Stadt und unsere Dienste sind zum Teil auch personell sehr eng verknüpft. Im Verein gibt es Überschneidungen, und auch in den Trägerschaften gibt es Überschneidungen zwischen Landschaftsverband, also überörtlicher Sozialhilfe, und Gesundheitsabteilung einerseits und andererseits kommunaler Trägerschaft. Die Stadt ist trägerschaftlich in all den Bereichen des Wohnens, die ich so genannt habe, irgendwo finanziell mit eingebunden und damit auch engagiert beteiligt. Sie war in allen Vorgesprächen immer mit dabei gewesen, und die Sozialarbeiterin, die die Wohngemeinschaften betreut, wird auch von Stadt und Landschaftsverband gemeinsam finanziert. Für mich ist dabei eine wichtige Frage, wie weit können wir uns wieder zurücknehmen, wo kann man sich als Klinik rausziehen, um sich anderswo wieder schwerpunktmäßig zu engagieren.

Wedekind: Ich möchte mich vor allem an Herrn Seyfried wenden. Wenn ich mir den Vergleich, den Sie zwischen den Selbsthilfefirmen und den Werkstätten gezogen haben, vor Augen führe, dann sind unter Normalisierungsgesichtspunkten sicherlich die Arbeitsbedingungen und Arbeitsinhalte in den Firmen für psychisch Kranke viel normalitätsnäher als in den Werkstätten, und die negativen Auswirkungen der Arbeit in den Werkstätten, die Sie genannt haben, sind sicher einigermaßen schwerwiegend. Auf der anderen Seite steht allerdings, daß es eine relativ geringe Zahl von Selbsthilfefirmen gibt, mit recht

wenigen Plätzen. Sie haben weiterhin gesagt, die Personenkreise in beiden Einrichtungstypen unterschieden sich; aber gibt es nicht unter Umständen eine sehr viel größere Zahl psychisch Kranker und Behinderter, die unter Arbeitsbedingungen, wie sie in diesen Selbsthilfefirmen vorhanden sind, auch sehr viel größere Arbeitsleistungen und sehr viel größere Effektivität bringen könnten und dadurch in die Nähe kämen, ihren Lebensunterhalt selbst zu bestreiten, wenn das Angebot größer wäre? Sind die Arbeitsbedingungen in den Selbsthilfefirmen ein Moment, das u. U. einen größeren Teil von psychisch Kranken und Behinderten befähigen würde, größere Arbeitsleistungen zu erbringen? Wenn dies tatsächlich so wäre, woran liegt es, daß die Zahl der Selbsthilfefirmen so gering ist? An den ökonomischen und regionalen Bedingungen, daß man in bestimmten Orten nur bestimmte Nischen findet, in denen solche Firmen existieren können, oder liegt es tatsächlich an den unterschiedlichen Personenkreisen, die dort arbeiten, d. h. daß es eine begrenzte Anzahl psychisch kranker Menschen gibt, die für die Arbeit in den Selbsthilfefirmen geeignet ist?

Seyfried: Ich glaube, daß die Arbeitsbedingungen in den Selbsthilfefirmen oft so sind, daß man sich dort zu Hause fühlen kann. Das ist vielleicht die wichtigste Sache überhaupt, ein Stück Heimat zu haben, einen Ort, an den man hingehen kann. Wir haben es auch erlebt, daß Beschäftigte in ihrem Urlaub zur Arbeit gekommen sind, und gesagt haben, Arbeit ist viel schöner als Urlaub zu haben, wo ich sowieso nicht weiß, was ich mit meiner Zeit anfangen soll. Das soziale Beziehungsnetz eines seelisch kranken Menschen ist ja meistens sehr ausgedünnt, und insofern stellt der Arbeitsplatz oft die einzige Möglichkeit dar, überhaupt soziale Beziehungen zu haben. Es wurde ja auch aus anderen Einrichtungen berichtet, daß dieser Aspekt ausschlaggebend ist. Es geht also nicht nur darum, daß der Mitarbeiter eine Arbeit erhält. Entscheidend ist, daß damit auch so etwas wie soziale Zuwendung verbunden ist, oder überhaupt eine Struktur und eine Aufgabe am Tag zu haben.

Die Anzahl der Personen in den Selbsthilfefirmen ist wohl deshalb nicht unbeschränkt ausweitbar, weil die Selbsthilfefirmen zunächst einmal ganz normale Betriebe sind und als solche unter den Bedingungen des Marktes produzieren müssen. Von daher ist es auch nicht ohne Weiteres möglich, den Mitarbeiterkreis auszuweiten, ohne die ökonomische Basis zu gefährden. Das ist wohl das Wichtigste. Alle Selbsthilfefirmen gehen in die Richtung, zuerst die ökonomische Basis zu sichern. Wenn es dann noch möglich ist, sogenannte „Grazonenerbeitskräfte“ einzustellen, dann wird das gemacht; soweit es also von der ökonomischen Basis her möglich ist, wird versucht, die Beschäftigungsmöglichkeiten auszuweiten.

Was die Anzahl der Firmen und möglichen Arbeitsplätze betrifft, so ist das allerdings eine Frage, die sich nicht nur für die Selbsthilfefirmen stellt. Wenn wir hier sozusagen eine Patentlösung hätten, in welchem Bereich man eine Firma aufmachen kann, die todsicher läuft und wo man todsicher Menschen beschäftigen kann, ohne Gefahr zu laufen, in Konkurs zu gehen, dann würde diese Idee sicher überall sofort aufgegriffen werden, aber praktikable Ideen

sind schwer zu finden. Da gibt es auch regionale Unterschläge, beispielsweise haben wir in Berlin mit unserer Vollkornbäckerei eine Marktnische gefunden, da werden täglich bis 700 Ein-Kilo-Brote produziert und noch vieles mehr. Das ist woanders einfach unmöglich und nur von den spezifischen Bedingungen Berlins her erklärbar. Eine Fahrradwerkstatt wäre andererseits etwas, was in Berlin überhaupt nicht laufen würde, weil dort der Markt bereits gesättigt ist.

Berger: Eine Frage direkt an Herrn Seidel. Die Frage nach der zukünftigen Gewichtung zwischen komplementärem Bereich und Klinik ist ja in der Diskussion angeklungen: ich meine die Vision, daß der heutige komplementäre Bereich später einmal zur Grundlage der Versorgung werden und die Klinik eine komplementäre Funktion haben sollte. In Mönchengladbach betreiben Sie ja den Ausbau des komplementären Bereiches schon über sehr viele Jahre; wie sieht das denn heute in Mönchengladbach aus, wie nehmen es die Patienten und die Mitarbeiter wahr? Ist die Klinik nach wie vor das Zentrum, sozusagen die Sonne, um die der komplementäre Bereich kreist, oder hat sich dort die psychiatrische Basis tatsächlich schon aus der Klinik heraus in die Gemeinde verlagert, so daß die Klinik eher an den Rand gekommen ist? Mein persönlicher atmosphärischer Eindruck war anders: die Klinik in Mönchengladbach ist sehr groß und liegt so mächtig da, daß ich mir allein vom Bild her einen komplementären Bereich gar nicht vorstellen konnte, obwohl er natürlich vorhanden ist.

Frau Haerlin: Zur Frage, wie nah oder wie fern die Initiativen in der Gemeinde zum klinischen Bereich liegen sollten, unsere Erfahrungen aus Heidelberg: Wir hatten uns anfangs über Berufsförderungswerk und berufliches Training ziemlich vom klinischen Bereich entfernt und haben uns dann wieder in die Nähe des Landeskrankenhauses begeben; wir mußten dann feststellen, daß das eigentlich gar nichts geholfen hat. Es scheint immer so ein paradoxes Pendelsystem zu sein, und das finde ich auch gut so. Am meisten habe ich darüber beim Aufbau unserer Selbsthilfefirma im Nachbarort Walldorf gelernt. Zunächst wollten wir uns mit unseren psychiatrischen und beruflichen Kompetenzen eng ans berufliche Trainingszentrum anschließen und mit dem Landeskrankenhaus zusammen arbeiten. Dann hat sich aber herausgestellt, daß es notwendig und wichtig war, einen ganz anderen Verstärkerkreis in Aktion zu bringen. Das gelang uns in einem Industriegebiet in Walldorf. Es war ein Glück, daß wir dort unseren Standort gefunden haben, denn das Wirkungsfeld dieser Nachbarfirmen ist jetzt viel größer. Auf diese Weise beginnt unsere Firma ein Selbstrenner zu werden: die nächste Metallfirma oder der Eisenbahnhändler oder die Kantine von einem anderen Betrieb, wo unsere Mitarbeiter essen können, liegen um die Ecke, so daß sich berufliche und zwischenmenschliche Kontakte entwickeln und Wirkungsfelder in Kraft treten, die außerhalb der Psychiatrie liegen. Die Rolle der Psychiatriearbeiter ist in solch einer Lage, den Leuten, die diese neuen Verstärkerkreise in Gang bringen können, immer wieder Mut zu machen, gerade den Wirtschaftsfachleuten, die wir im Beirat haben, und unseren eigenen Metallmeistern im beruflichen Trainingszentrum, die das ganze know-how über die Firma hatten, mußten wir Mut machen, das war das aller-

wichtigste. Und jetzt, wo sie Mut gefaßt haben, läuft es von selbst, und die Psychiatriearbeiter können sich auch wieder zurücknehmen.

Ich glaube, daß es überhaupt die Sache der nächsten Jahre ist, uns weiterhin Mut zu machen, denn dies ist eine der schwierigsten und intensivsten Nahtstellen zwischen dem Psychiatriefeld und den Wirkfeldern des allgemeinen Arbeitsmarktes. Bei uns hat es drei Jahre gebraucht, bis die Nahtstellen wirklich funktionieren.

Schwendy: Es gibt ja auch im Bereich der Körperbehinderten Selbsthilfefirmen, und ich weiß z. B. aus dem Bereich der Eltern von Lernbehinderten oder auch von Spastikern, daß man da darüber nachdenkt, solche Firmen zu gründen. Das ist ja alles ein Hinweis nicht so sehr auf die Defizite der Werkstätten für Behinderte, als vielmehr auf die Defizite des allgemeinen Arbeitsmarktes, und ich möchte deswegen ein paar Zahlen nennen. Wir haben im Augenblick rund 2,5 Millionen Arbeitslose — eigentlich sind es 5 Millionen, viele sind ja durch statistische Bereinigungen herausgefallen — und unter diesen 2,5 Millionen registrierten Arbeitslosen sind 140 000 Schwerbehinderte. Hinzu kommen aber nach Angaben der Bundesanstalt ungefähr 300 000 Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen, die nur bedingt vermittlungsfähig sind. Zusätzlich werden jährlich 20 000 Arbeitnehmer auf Grund psychischer Krankheiten zu Frühinvaliden. Das sind meistens Leute, die nicht schon an die sechzig sind, sondern der Schwerpunkt liegt hier bei fünfunddreißig bis fünfundvierzig. Das sind irrsinnige Zahlen, und die können nie gemeint gewesen sein, als man das Werkstätzensystem erdacht hat. Wir haben heute 70 000 Werkstattplätze und eigentlich kann man davon ausgehen, daß die erste Versorgungsstufe damit erreicht ist. Manche meinen, man braucht doppelt so viel, aber selbst wenn es 140 000 wären, so würden ja diese irrsinnigen Zahlen, die ich eben genannt habe, damit nicht abgedeckt. Es kann also nicht angehen, daß man diese Leute auf die Werkstätten verweist, das wäre ein Mißbrauch der Werkstattidee.

Daß es mit den Selbsthilfefirmen nicht schneller geht, finde ich auch ganz gut, denn ich habe ein bißchen Sorge, daß es jetzt zu leicht gemacht wird, solche Selbsthilfefirmen zu gründen. Die Initiativen, die das auf die Beine gestellt haben, waren durch den Geldmangel auch gezwungen, sich in ihren Regionen Verbündete zu suchen und sehr viel Phantasie und sehr viel Mut aufzubringen, das zu starten, und das ist so eine Art Ausleseprinzip. Auch die Werkstattbewegung hat einmal mit sehr selbstgestrickten Sachen angefangen, und als das nachher so eine Gießkannenförderungssache war, hat es wahrscheinlich auch qualitative Mängel gegeben. Deswegen halte ich es für ganz gut, wenn die Hürden zur Gründung solcher Selbsthilfefirmen nicht zu niedrig werden und auch die Zahl der Mitarbeiter pro Betrieb nicht so groß wird, denn diese Betriebe müssen sehr klein und überschaubar bleiben. Die Initiativen, die jetzt schon die ersten Kinderkrankheiten überwunden haben, bilden ja auch Filialen oder gründen neue kleine Betriebe, denken aber nicht an die Ausdehnung vorhandener Betriebe.

Krauthausen: Wenn Sie in die einzelnen Marktnischen gehen, lassen Sie sich dann vorher meinetwegen von Industrie- und Handelskammer oder von Handwerkskammern beraten, um auch den wirtschaftlichen Aspekt zu prüfen, ob sich eine Firma in dieser Nische auch längerfristig halten kann? Und wenn die Lage bei der Firma schlechter wird, wie bewerkstelligen Sie es dann, daß Sie die Leute, die psychisch wieder labiler werden, trotzdem halten und ihnen nicht kündigen müssen? Denn das ist ja meines Erachtens eine der wesentlichen Aufgaben der Selbsthilfefirmen, und wenn dieses nicht gewährleistet wäre, wäre das ganze Projekt in Frage gestellt.

Mosch: Drei Fragen an Herrn Seidel: Erstens ist mir diese Trennung zwischen der Trägerschaft seitens der Klinik bei ihren Versorgungsaufgaben und des Vereins, von dem Sie sprachen, noch nicht ganz klar geworden; vielleicht können Sie das ein bißchen näher erläutern. Zweitens, wenn es einen Verein gibt, der aktiv ist, und die Klinik ebenso, wie sieht dann da eine Zusammenarbeit aus? Gibt es auch Schwierigkeiten, etwa daß sich die Klinik abgrenzt oder umgekehrt? Drittens fiel mir auf dem einen Schaubild das „Probewohnen“ auf. Welchen Stellenwert hat das für Sie? Wir in Bremen stoßen zumindest seitens der Klinik oft auf Mißmut, wenn wir möchten, daß die Bewerber, die zu uns kommen wollen, erst einmal uns kennenlernen, die Wohnformen kennenlernen und auch wir sie kennenlernen. Wie sehen Ihre Erfahrungen damit aus?

Schulte-Kemna: In dem Referat von Herrn Seyfried ist das Spannungsverhältnis, in dem die Firmen stehen und das auch nicht ohne Weiteres aufhebbar ist, sehr deutlich geworden. Aus Gründen der Finanzierung ist es notwendig, immer wieder deutlich zu machen, daß diese Firmen zum allgemeinen Arbeitsmarkt gehören, aber ebenso wichtig ist die ständige Abgrenzung gegenüber den Werkstätten für Behinderte. Wir wollen geschützte Arbeitsbedingungen schaffen, ohne anerkannte Werkstatt für Behinderte werden zu müssen. Einige Firmen sind ja davon bedroht, Werkstatt werden zu sollen und nur unter den Bedingungen noch weiter öffentliches Geld zu kriegen, wie etwa „Rümpelfix“ in Münster, wo diese Entwicklung am weitesten gediehen zu sein scheint. Ich glaube auch, daß die Perspektiven des Anbietens von befriedigender Arbeit und von einem Stück Heimat in diesen Selbsthilfefirmen nicht ausreicht. Denn diese Selbsthilfefirmen existieren in Marktlücken, die sich irgendwann auch wieder schließen, und das alleine ist keine tragfähige Basis. Selbsthilfefirmen sind m. E. vor allem ein Vehikel, sozialrechtlich etwas Neues durchzusetzen, nämlich die Institutionalisierung einer anderen Förderung von geschützter Arbeit, die auch und gerade auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und für betriebliche Integration übertragbar sein muß. Es geht ja auch im Zusammenhang mit der Novellierung des Schwerbehindertengesetzes darum, den erhöhten Betreuungsaufwand für psychisch Behinderte besser abzusichern. Der Effekt für die Selbsthilfefirmen ist dabei der Nebeneffekt; der Haupteffekt davon wäre, daß Entsprechendes dann auch in größeren Betrieben möglich wäre, die keine Selbsthilfefirmen sind. Und von daher meine ich, daß die Perspektive der Selbsthilfefirmen vor der quantitativen Perspektive die Katalysator-Funktion ist. Daß sie sowohl eine heilsame Provokation für die Werkstätten darstellen,

als auch, was den allgemeinen Arbeitsmarkt betrifft, ständig den Finger auf die Wunde legen und auch da eine Herausforderung darstellen.

Ridder: Warum haben Sie eine Unterscheidung gemacht in der Führbarkeit, Finanzierbarkeit und Auslastung von Wohngemeinschaften für Suchtkranke auf der einen Seite und für psychisch anderweitig Erkrankte auf der anderen Seite? Sie haben das begründet mit der wesentlich größeren Ausformung von Selbsthilfe im Suchtbereich. Für mich ist aber nicht klar, warum das allein ein Grund ist, eine Wohngemeinschaft besser und kostendeckend zu führen.

Seyfried: Auf Ihre Frage nach der Beratung und der Ansiedlung von Firmen in dauerhaften Marktnischen, Herr Krauthausen, kann man sagen, je solider die Firmen geplant wurden, je solider Marktforschung betrieben wurde und mit je mehr unternehmerischem Sachverstand an die Bildung von Firmen herangegangen wurde, desto stabiler sind sie wirtschaftlich. Das soziale Engagement der Menschen, die in der Psychiatrie tätig sind, reicht dazu allein nicht aus; es ist eben etwas anderes, eine Firma zu machen, als jemanden zu betreuen. In Heidelberg wurde beispielsweise zusammen mit einem Beirat von Industriellen geplant, in Berlin mit Beratung durch die Wirtschaftsförderungs GmbH.

Auf zurückgehenden Umsatz wurde bisher so reagiert: Die Dalke-Werkstatt hat eine Vereinbarung zwischen den Beschäftigten und den Gesellschaftern getroffen, daß die Ausweitung des Umsatzes — bisher haben sie lediglich das erlebt — den Beschäftigten als Lohnerhöhung, sprich Gewinnbeteiligung zu Gute kommt. Gleichzeitig mit dieser Gewinnbeteiligung wurde aber auch vereinbart, daß ein zurückgehender Umsatz auch gemeinsam getragen wird, also auch im möglichen Maße die Löhne gesenkt werden. Hadie in Freiburg hat es meistens geschafft, durch Spenden die Löcher in der Kasse zu stopfen.

Herrn Schulte-Kemna kann ich eigentlich nur zustimmen. Auch ich sehe eine wichtige Katalysatorfunktion in den Selbsthilfefirmen. Sie können inhaltliches Wissen gewinnen und Beispiele dafür geben, wie eine Integration von seelisch Behinderten in ganz normale Firmen stattfinden kann, welche finanziellen und arbeitsgestalterischen Voraussetzungen dafür notwendig sind und wie eine arbeitsplatzbezogene Betreuung aussehen kann usw.

Seidel: Daß die Klinik die Sonne sei, die über Mönchengladbach scheint, ist mächtig übertrieben, aber die Zentrale der Versorgung ist schon die Klinik. Andererseits, wenn man einfach durch die Gemeinde fährt, merkt man, daß man überall Leute grüßt und kennt und natürlich überall auch viele Mitarbeiter sieht. Auch wenn man zu den Wohngemeinschaften und Wohnheimen fährt, sieht man durchaus, daß sich enorm viel nach draußen verlagert hat. Trotzdem liegt das Gewicht noch sehr bei der Klinik, wobei ich immer wieder betonen möchte, daß die Tagesklinik, auch von ihrer Geschichte her eine ganz zentrale Binderolle zwischen drinnen und draußen einnimmt.

Die Frage nach der Trägerschaft von Klinik und Verein kann man relativ klar beantworten: die Wohnheime sind formal der Betriebsleitung der Klinik unterstellt, in finanzieller Trägerschaft allerdings des überörtlichen Sozialhilfeträ-

gers. Die Wohngemeinschaften sind alle in Trägerschaft des Vereins. Nun wird es komplizierter: bei der Zusammenarbeit zwischen Klinik und Verein geschieht vieles in Personalunion, auch von der Stadt wird immer deutlich gemacht, daß sie das gerne hätten, weil dann die Verhandlungen einfacher liefen. Das ist einmal sicher ein großes Problem, weil sich da natürlich die „Sonne“ wieder deutlich zeigt, aber auf der anderen Seite hat es natürlich im technischen Ablauf große Vorteile.

Probewohnen ist kein Problem, weil die Station, auf die ein Bewohner dann zurück sollte, vorher auch den ganzen Aufnahmeprozeß mitbetrieben hat; und ihre Mitarbeiter begleiten im wesentlichen auch in der Anfangszeit den Bewohner und sehen, ob es geht oder nicht, und nehmen ihn wenn nötig auch zurück.

Zur Frage aus Langenberg über die Unterscheidung zwischen Suchtkranken und psychisch anderweitig Erkrankten: Man weiß in Langenberg sicher am allerbesten, daß das Selbsthilfepotential Suchtkranker, die oft jahrelang in Selbsthilfegruppen geschult sind, miteinander und ohne Expertenhilfe Probleme des Lebens zu bewältigen und sich oft auch starre Strukturen aufzuerlegen, daß dieses Selbsthilfetraining natürlich gerade so ein gemeinsames Gestalten einer Wohnform enorm erleichtert. Die sind einfach daran gewohnt, sich gewisse Regularien aufzuerlegen und durchzuziehen. Und sie wählen vorher auch sehr genau aus, wer da reinkommt, das machen die alle unter sich, damit haben Professionelle eigentlich gar nichts zu tun. Und wenn jemand auszieht, zieht er nicht plötzlich aus; sondern das wissen die anderen vorher und haben meistens schon jemand auf der Reserveliste, der nachziehen kann, so daß auch keine Mietausfälle entstehen, denn das ist dann unser Problem: dieses Defizit müssen wir dann mit dem Verein decken. Natürlich gibt es auch im Suchtbereich Krisen, die schwierig werden können, aber vom reinen Träger-Gesichtspunkt sind Wohngemeinschaften für Suchtkranke doch meist weniger problematisch als für psychisch andersartig Erkrankte.

V. Das Problem der Finanzierung

Finanzierungsmöglichkeiten komplementärer Angebote

M. Nowak

1. Auf der Suche nach Finanzierungsmöglichkeiten komplementärer Angebote

(1) Ausführlich beschäftigte sich die Psychiatrie-Enquête mit komplementären Diensten. Sie verstand hierunter Einrichtungen zur Versorgung von nicht krankenhausbedürftigen psychisch Kranken. Sie sollten das Gesamtversorgungssystem — ambulante, stationäre und teilstationäre Dienste — vervollständigen. Danach sind zu unterscheiden:

- A) Einrichtungen mit voller Patienten- und Behindertenversorgung
 - Übergangsheime
 - Wohnheime
 - Einrichtungen für Mehrfach- und Schwerstbehinderte
- B) sonstige komplementäre Dienste
 - Beschützende Wohngruppen und Wohnungen
 - Patientenclubs
 - Tagesstätten

(2) Diese an die Beschreibung der jeweiligen Einrichtung geknüpfte Diskussion hat mittlerweile insofern eine Änderung erfahren, als nicht mehr die Einrichtung, sondern vielmehr die jeweiligen Angebote, zunächst unabhängig davon, wo und von wem sie erbracht werden, im Vordergrund stehen. Die Beraterkommission zum Modellprogramm Psychiatrie betont z. B. weniger die Unterscheidung zwischen komplementären und speziell rehabilitativen Versorgungseinrichtungen, sondern anstelle dessen komplementär-rehabilitative Versorgungsleistungen, und zwar nicht unmittelbar verknüpft damit, ob sie neben den bereits genannten Einrichtungen z. B. auch in Werkstätten, Selbsthilfefirmen, berufsbegleitenden psychosozialen Diensten oder generell im Arbeitsbereich erbracht werden.

Wir können insofern von einem Wandel des Denkens weg von den Institutionen hin zu den Funktionen — nämlich den verschiedenartigsten Angebotsleistungen in den Bereichen Arbeiten und Wohnen — ausgehen.

Bezogen auf die Bedarfe des einzelnen psychisch Kranken erscheint diese Entwicklung durchaus konsequent. Denn für den Kranken ist es entscheidend, daß er die für ihn notwendigen Hilfen erhält. Die Frage, von wem er sie erhält, ist zweifelsohne für die Angebotsplanung des Gesundheitssystems insgesamt von entscheidender Bedeutung, für den einzelnen psychisch Kranken allerdings von nachgeordneter Bedeutung.

(3) Komplementäre Angebote für psychisch Kranke sind, von eher vereinzelt und häufig genug unstrukturierten Vorläufern abgesehen, neueren Datums. Für neue Angebotsleistungen müssen Finanzierungsformen gefunden werden, erst dann wird eine Strukturierung des gesamten Angebots unter Beachtung von Bedarfskriterien möglich.

(4) Die Finanzierung von Angebotsleistungen im Gesundheitswesen hängt, wenn man von der Alternative einer vollständigen staatlichen Bezuschussung absieht, davon ab, ob sich für diese Angebotsleistungen Finanzierungsgrundlagen im bestehenden Sozialleistungsrecht finden lassen. Für den psychisch Kranken als Nachfrager von Gesundheitsleistungen stellen sich somit zwei entscheidende Fragen:

- Lassen sich im Sozialrecht Anspruchsgrundlagen für die für ihn erforderlichen Angebotsleistungen finden?
- Werden die notwendigen z. B. versicherungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen von ihm erfüllt?

Bei der Untersuchung der Finanzierungsmöglichkeiten komplementärer Angebote (und auch aller anderen Angebote im Gesundheitswesen) haben diese beiden Fragen fundamentale Bedeutung. Sie geben uns Antwort auf die Frage, ob eine Finanzierung überhaupt möglich ist. Beantwortet ist damit allerdings noch nicht, ob die Finanzierung vom Umfang her ausreichend ist.

(5) Wenn wir nach Finanzierungsmöglichkeiten für komplementäre Angebote suchen, dann bietet sich folgender Weg an: Man versucht, die einzelnen Angebotsleistungen präzise mit dem Ziel zu definieren, daß sie für sozialrechtliche Kategorien operationalisierbar werden. Man definiert bspw. den Begriff der medizinischen Rehabilitation präzise und verankert ihn gegebenenfalls im Sozialrecht. Dies läßt sich als leistungsbezogene Einordnung im Sozialrecht bezeichnen. Die Folge davon wäre, daß jeder Patient, der die sozialrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, einen Anspruch auf medizinische Rehabilitationsleistungen hätte, unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (Einrichtungstyp). Dieser an und für sich plausible und einfache Weg — von der Angebotsdefinition zur Bestimmung der Anspruchsgrundlagen hin zur Finanzierung — ist selbstverständlich, von Ausnahmen (z. B. im Bereich der Sozialhilfe) abgesehen, im Sozialleistungsrecht keineswegs üblich. Hierfür gibt es eine Reihe guter, insbesondere aber historischer Gründe, die hier nicht näher erläutert zu werden brauchen.

Üblich ist hingegen ein anderer Weg, der sich als einrichtungsbezogene Einordnung bezeichnen läßt. Die Finanzierung wird nicht ausschließlich von der Leistung, sondern von der Kombination zwischen Leistung und Einrichtung abhängig gemacht. Dabei besteht häufig auch ein wechselseitiges Definitionsverhältnis, z. B.: Krankenhauspflege wird durch Krankenhäuser erbracht, und Krankenhäuser definieren sich u. a. durch die von ihnen erbrachte Leistung Krankenhauspflege. Diese einrichtungsbezogene Einordnung mit ihrem wechselseitigen Definitionsverhältnis hat zwar erhebliche Vorteile, indem sie bspw. genügend Raum gibt für durch medizinisch-technischen Fortschritt bedingte Änderungen der Angebotsleistungen (mögliche Innovationen können also nicht an einem zu engen Begriffsverständnis scheitern), sie hat aber auch den Nachteil, daß für notwendig erachtete Angebote in ihrer Finanzierung zu scheitern drohen, wenn sie nicht unmittelbar an zu benennende und zu definierende Einrichtungen gekoppelt werden.

(6) Was aber nun bedeutet das für die Finanzierung komplementärer Angebote? Zwar ist die Notwendigkeit komplementärer Angebote unstrittig. Für ihre Finanzierung sind jedoch noch keine endgültigen Lösungen in Sicht. Die Entwicklung in den letzten Jahren krankte unter anderem daran, daß man zum Teil erfolglos versuchte, sowohl eine leistungs- als auch eine einrichtungsbezogene Einordnung komplementärer Angebote zustande zu bringen, ohne daß man sich jeweils genau darüber bewußt war, welchen Weg man gerade einschlug. Überspitzt läßt sich sagen, daß das aus fachlich-psychiatrischer Sicht wünschenswerte funktionale Denken sich an der sozialrechtlich dominanten institutionell ausgerichteten Systematik reibt.

(7) Um beiden Denkansätzen gerecht zu werden, greife ich aus der Fülle der möglichen Einrichtungen, die komplementäre Leistungen erbringen, die Übergangseinrichtung heraus. Denn erstens hat hier die Diskussion die weitesten Fortschritte genommen, und zweitens ist die Übergangseinrichtung durch ein besonders breites Spektrum komplementärer Hilfen und Angebote gekennzeichnet.

2. Finanzierung komplementärer Angebote als Problem der Erfüllbarkeit individueller Anspruchsgrundlagen

(1) Bei der Inanspruchnahme von Leistungen ist zunächst zu prüfen, welche Anspruchsvoraussetzungen der unterschiedlichen Sozialleistungsträger erfüllt werden:

- Hat der Betroffene Anspruch auf Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung?
- Hat der Betroffene Anspruch auf Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung?
- Hat der Betroffene Anspruch auf Leistungen der Bundesanstalt für Arbeit?

Eine Verneinung der Fragen bedeutet für die psychisch Kranken, daß sie in der Regel auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind.

Die sozialrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen unterscheiden sich nicht nur in Abhängigkeit von den angesprochenen Sozialversicherungsträgern, sondern auch in Abhängigkeit von der beantragten Leistung. Berücksichtigt man neben den Sozialversicherungsträgern auch andere Sozialleistungsträger, dann ergibt sich für den psychisch Kranken insbesondere folgendes Spektrum an Angebotsleistungen:

- Medizinische Behandlung
- Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation
- Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation
- Nachgehende Hilfen im Arbeitsleben
- Hilfen zur sozialen Wiedereingliederung
- Pflege (i. S. d. Versorgung von Pflegefällen)

Zusätzlich können für psychisch Kranke noch Hilfen zur Vor- und Nachsorge auf Basis der PsychKG'e der Länder erbracht werden, die jedoch im komplementären Bereich nur von marginaler Bedeutung sind.

(2) Generell läßt sich feststellen, daß insbesondere chronisch psychisch Kranke häufig nicht die notwendigen sozialversicherungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen erfüllen. Nehmen wir als Beispiel die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Rentenversicherung i. S. d. § 1236 RVO. Die Gewährung dieser Leistung ist unter anderem an die Voraussetzung einer „günstigen Prognose“ geknüpft, d. h. Leistungen können nur erbracht werden, wenn nach ärztlicher Einschätzung eine „wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit“ zu erwarten ist. So weist die Statistik des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) aus, daß chronisch psychisch Kranke im erwerbsfähigen Alter zu einem hohen Prozentsatz

ÜBERSICHT 1: HÄUFIGKEIT DER FRÜHBERENTUNGEN UND MEDIZINISCHEN REHABILITATIONSMAßNAHMEN BEI PSYCHISCHEN UND PSYCHIATRISCHEN DIAGNOSEN IM JAHRE 1983

Diagnosen-schlüssel-zahl	Diagnose	Frührenten insgesamt (Männer u. Frauen)	abgeschlossene stationäre Heilbehandlungen in der Rentenversicherung (med. Rehabilitation)			med. Rehabilitation in Relation zu Frührenten (6) : (3)
			Männer	Frauen	Insgesamt	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
290	Senile und präsenile organische Psychosen	372	12	11	23	1 : 16,17
291	Alkoholpsychosen	312	26	7	33	1 : 9,45
292	Drogenpsychosen	19	6	1	7	1 : 2,71
293	Vorübergehende organische Psychosen (akute exogene Reaktionstypen)	95	26	23	49	1 : 1,94
294	Andere (chronische) organische Psychosen	385	21	12	33	1 : 11,67
295	Schizophrene Psychosen	3.918	323	275	598	1 : 6,55
296	Affektive (manische, depressive) Psychosen	6.467	400	594	994	1 : 6,51
297	Paranoide Syndrome	613	56	32	88	1 : 6,97
298	Andere nichtorganische Psychosen	554	70	122	192	1 : 2,89
299	Typische Psychosen des Kindesalters	27	4	2	6	1 : 4,50
300	Neurosen	2.905	3.485	6.017	9.502	3,27 : 1
301	Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien, Charakterneurosen)	929	636	550	1.186	1,28 : 1
302	Sexuelle Verhaltensabweichungen und Störungen	20	15	6	21	1,05 : 1
303	Alkoholabhängigkeit	4.442	14.843	2.420	17.263	3,89 : 1
304	Medikamenten-/Drogenabhängigkeit	106	1.466	516	2.082	19,64 : 1
305	Drogen- und Medikamentenmißbrauch ohne Abhängigkeit	340	173	153	326	1 : 1,04
306	Funktionale Störungen psychischen Ursprungs (Psychovegetative Syndrome)	1.527	3.749	18.565	32.314	21,16 : 1
307	Spezielle, nicht anderweitig klassifizierbare Symptome oder Syndrome (Stottern, Anorexia nervosa, Enuresis)	142	200	463	663	4,67 : 1
308	Psychogene Reaktion (akute Belastungsreaktion)	162	381	699	1.080	6,67 : 1
309	Psychogene Reaktion (Anpassungsstörung)	583	741	1.873	2.524	4,33 : 1
310	Spezifische nichtpsychotische psychische Störungen nach Hirnschädigung	639	180	54	234	1 : 2,73
3101	Intelligenz- oder Persönlichkeitsveränderung (Zerebralarteriosklerose)	843	18	13	31	1 : 27,19
311	Anderweitig nicht klassifizierbare depressive Zustandsbilder	1.296	430	733	1.163	1 : 1,11
312	Anderweitig nicht klassifizierbare Störungen des Sozialverhaltens	36	9	5	14	1 : 2,57
313	Spezifische emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters	7	9	7	16	2,29 : 1
314	Hyperkinetisches Syndrom des Kindesalters	10	3	6	9	1 : 1,11
315	Unschriebene Entwicklungsrückstände (Legasthenie)	12	3	3	6	1 : 2
316	Anderweitig klassifizierte Erkrankungen, bei denen psychische Faktoren eine Rolle spielen (Psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne)	235	377	405	782	3,33 : 1
317 bis 319	Dizophrenien	632	37	18	55	1 : 11,49

QUELLE: WEBER, 1984, S. 12

Frührenten (Renten wegen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit) erhalten. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen sind bei den Diagnosen mit hohem Chronikeranteil auffallend niedrig vertreten. Es besteht insofern die Vermutung, daß der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ für die Diagnosen mit einem hohen Chronikeranteil umgedreht wird. Dabei läßt sich statistisch nicht nachweisen, ob der hohe Chronikeranteil eine Folge der ungünstigen Prognose bzw. schlechter Rehabilitationschancen ist, medizinische Rehabilitationsmaßnahmen also gar nicht angezeigt sind, oder ob der hohe Anteil der Chroniker erst eine Folge des niedrigen Anteils bei der Nutzung von Rehabilitationsmaßnahmen ist (vgl. WEBER, 1984, S. 12).

Zu einem übereinstimmenden Ergebnis kommt auch KITZIG bei einem Vergleich von Renten und medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen bei psychisch Kranken (vgl. dazu: KITZIG, 1983, S. 27 ff).

(3) Bei der Inanspruchnahme von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen ergeben sich weitgehende Restriktionen gegenüber der medizinischen Rehabilitation. So müssen entsprechende Eingliederungsmöglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt vorhanden sein, und der Betroffene muß noch über ein bestimmtes Leistungsvermögen verfügen. Auf dem Hintergrund der aktuellen Arbeitsmarktsituation sind diese Voraussetzungen obsolet.

(4) Besonders hervorzuheben ist die Tatsache, daß es sich bei allen Rehabilitationsleistungen — medizinisch oder beruflich — um sogenannte „Kann“-Leistungen handelt, d. h. es ist in das pflichtgemäße Ermessen des jeweils zuständigen Rehabilitationsträgers gestellt, ob er die jeweilige Maßnahme gewährt. Im Zeichen zunehmend knapper werdender finanzieller Ressourcen werden zuweilen die Ermessensleistungen global begrenzt und zwar durch Plafondierung, d. h. durch eine generelle Festlegung der Ausgabenhöhe, dies gilt in besonderem Maße für den Bereich der medizinischen Rehabilitation, der über die GKV abgewickelt wird.

(5) Leistungen nach dem Schwerbehindertengesetz (SchwbG) werden i. d. R. nur für Personen erbracht, die nach § 52 SchwbG als Schwerbehinderte anerkannt sind. Das Feststellungs-Verfahren für Schwerbehinderte ist wegen seines „Abschreckungs-Effekts“ für den Betroffenen oder möglicher rehabilitativ kontraindizierter Folgen vielfach von psychiatrischer Seite kritisiert worden. Nur ein äußerst geringer Anteil der psychisch Behinderten ist als schwerbehindert anerkannt und hat damit dem Grunde nach Anspruch z. B. auf nachgehende Hilfen im Arbeitsleben bzw. auf einen Arbeitsplatz für Schwerbehinderte auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Rahmen der Beschäftigungspflichtquote oder in einer WfB. In Rechnung zu stellen sind darüber hinaus Pläne des BMA zur Novellierung des SchwbG, die zumindest nach Auffassung des DGB die Schutzmaßnahmen für Schwerbehinderte allgemein drastisch verschlechtern könnten (siehe dazu: ENGELEN-KEFER, 1984, S. 132 ff). Ob sich, dem generellen Trend entgegen, im Zuge der Novellierung des SchwbG für eine besondere Gruppe von Leistungsempfängern — die psychisch Behinderten — Verbesserungen durchsetzen lassen, bleibt abzuwarten.

(6) Es läßt sich also folgendes Fazit ziehen: Psychisch Kranke erfüllen oftmals nicht die individuellen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialversicherungsträger. Sie sind überdurchschnittlich häufig auf die Leistungen der Sozialhilfe angewiesen. Mit der damit verbundenen Rückgriffmöglichkeit auf Einkommen und Vermögen (§§ 79 ff. BSHG) werden Konsequenzen für die Betroffenen und ihre Angehörigen ausgelöst, die im Vergleich zu den Wirkungen anderer Hilfen entscheidende Qualitätseinbußen mit sich bringen.

3. Finanzierung komplementärer Angebote als Problem der sozialrechtlichen Normierung von Einrichtungstypen

(1) Die von mir exemplarisch herausgegriffenen Übergangseinrichtungen sind bisher sozialrechtlich nicht als eigenständiger Einrichtungstyp normiert. Es gibt bisher keine gesicherten Rechtsgrundlagen zur Errichtung von Übergangseinrichtungen. Überprüfen wir die Rechtsgrundlagen im einzelnen:

Übergangseinrichtungen fallen nicht unter das Heimgesetz, denn § 1 Heimgesetz (HeimG) schließt Einrichtungen, die nur der vorübergehenden Betreuung dienen, explizit aus.

Eine Subsumtion unter § 184 RVO würde eine Anerkennung als Krankenhaus gemäß § 2 Nr. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) voraussetzen; die Übergangseinrichtung wird dann zur Übergangsklinik mit allen daraus eventuell folgenden Konsequenzen. Insbesondere wäre der Fortbestand der einrichtungsübergreifenden Zielsetzungen fraglich. Strittig ist, ob Übergangseinrichtungen als Spezialeinrichtung gem. § 184a Reichsversicherungsordnung (RVO) angesehen werden können.

Praktiziert, aber rechtlich durchaus umstritten ist die Anerkennung von Übergangseinrichtungen nach § 100 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) in Verbindung mit § 39 BSHG.

Entsprechend wenig befriedigend sind bisher auch alle mit der Finanzierung zusammenhängenden Fragen geregelt:

- Die Kosten der Erstinvestition werden in vielfältiger Form und Zusammensetzung sowohl durch öffentliche Fördermittel — überwiegend in Form einmaliger Zuschüsse — als auch durch Eigenmittel der Träger gedeckt. Teilweise werden die Investitionskosten auch über den Pflegesatz finanziert.
- Die Pflegesätze werden bisher fast ausnahmslos im Rahmen der Wiedereingliederungshilfe (§ 39 Abs. 3 BSHG) durch die überörtlichen Träger der Sozialhilfe aufgebracht. In Anbetracht der ungeklärten Rechtslage betrachten die Sozialhilfeträger die Übernahme der Pflegesätze jedoch als vorläufig und vorbehaltlich.

(2) Für die laufenden Kosten stellt sich die Situation zur Zeit wie folgt dar:

Die Gesetzlichen Rentenversicherungsträger sind der Auffassung, daß in Übergangseinrichtungen medizinische Leistungen der Rehabilitation im Sinne des § 1237 RVO in der Regel nicht gewährt werden und für solche, wenn medi-

zinische Leistungen tatsächlich erbracht werden, die Krankenkassen primär zuständig sind.

Die Vertreter der Rentenversicherung begründen ihre Auffassung mit der Zielsetzung, die sich aus § 1236 RVO ergäbe, unter der auch § 1237 RVO stehe. Wenn diese Zielsetzung nicht zuträfe, so die Rentenversicherungsträger, könne nur die Krankenversicherung für Leistungen nach § 184a RVO zuständig sein, weil die vorrangige Verpflichtung der Rentenversicherung dann nicht bestehe.

Die Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung wiederum bestreiten bislang, daß Übergangseinrichtungen Einrichtungen im Sinne des § 184a RVO (Kur- und Spezialeinrichtungen) seien, mit der Folge, daß die erbrachten Leistungen nahezu ausschließlich von der Sozialhilfe finanziert werden (von ca. 97 Einrichtungen im gesamten Bundesgebiet werden nur zwei mit Kassenbeteiligung finanziert).

Ein weiterer potentieller Kostenträger ist vor allem die Bundesanstalt für Arbeit. Nach den Voraussetzungen des Arbeitsförderungsgesetzes (§§ 58 ff. AFG) kommt eine Leistungspflicht der Bundesanstalt für Arbeit jedoch nur bei gezielten Einzelmaßnahmen in Betracht.

(3) Für die leistungsbezogene Einordnung stellt sich die gegenwärtige Situation folgendermaßen dar:

- Eine vorrangige Leistungsverpflichtung der Rentenversicherungsträger besteht dann, wenn die Übergangseinrichtungen ausschließlich medizinische Leistungen zur Rehabilitation anbieten,
- eine vorrangige Leistungsverpflichtung der Krankenversicherungsträger besteht dann, wenn die Übergangseinrichtungen ausschließlich Krankenpflege leisten,
- eine ausschließliche Leistungsverpflichtung der (überörtlichen) Sozialhilfeträger besteht dann, wenn die Übergangseinrichtungen ausschließlich Maßnahmen der sozialen Wiedereingliederung anbieten.

Die Analyse des bestehenden Versorgungsangebots läßt jedoch alle drei Interpretationen so nicht zu. Dies gilt auch für den praktizierten Ausweg der vollständigen Subsumtion des Versorgungsangebots als Maßnahme der sozialen Rehabilitation.

(4) Im Mittelpunkt der Kontroverse der Sozalleistungsträger steht letztlich die Frage nach der Abgrenzung zwischen medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation, die sich als Grundsatzproblem herauskristallisiert. Dabei ist in Rechnung zu stellen, daß die Übergangseinrichtungen einen der wesentlichen Bereiche darstellen, in denen medizinische Rehabilitationsmaßnahmen für psychisch Kranke und Behinderte zum Tragen kommen (können). Dieses Feld wird jedoch faktisch in toto der sozialen Rehabilitation zugeschlagen. „Bereits die Aufgliederung des Rehabilitationsbegriffs in eine medizinische, berufliche und soziale Komponente ist in der Form, wie sie üblicherweise vorgenommen wird, fragwürdig. Problematisch ist dagegen, an eine solche lediglich dem besseren Verständnis von Rehabilitation dienende Unterscheidung zugleich recht-

liche Folgen in Form von Institutionellen Zuständigkeitsabgrenzungen zu knüpfen . . ." (SCHULIN, 1980, S. 73).

So ist es bisher weder Experten aus dem medizinischen, psychiatrischen, sozialwissenschaftlichen oder juristischen Bereich gelungen, eine hinreichend präzise Beschreibung der sozialen Rehabilitation zustande zu bringen. „Alle diese Definitionsversuche sind nicht geeignet, die soziale von der medizinischen Rehabilitation abzugrenzen" (SCHULIN, 1980, S. 74).

SCHULIN spricht von einem „methodischen Fehler“: „Mit dem Begriff der medizinischen Rehabilitation stellt man primär auf die Art der rehabilitativen Maßnahmen ab, die eben solche medizinischer Natur sind. Bei der beruflichen Rehabilitation geht es sowohl um das Mittel als auch um den Zweck . . . Der Begriff der sozialen Rehabilitation schließlich weist primär auf das ihr zugrundeliegende Ziel . . . hin . . . Dem Ziel der sozialen Rehabilitation dienen . . . rehabilitative Maßnahmen sowohl aus dem medizinischen als auch aus dem beruflichen Bereich" (SCHULIN, 1980, S. 75).

Der Streit um die Abgrenzung zwischen medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation wird — stellvertretend für die Psychiatrie — am Beispiel des Entwurfs einer Gesamtvereinbarung über die Rehabilitation von psychisch Kranken und Behinderten in Übergangseinrichtungen innerhalb der BAR seit 1979 geführt. Bis dato ohne konkretes Ergebnis. Obwohl inzwischen ein breiter Konsens zwischen allen Beteiligten bezogen auf Organisationsform, Personalstruktur und Leistungsangebot besteht, ist die sozialrechtliche Einordnung immer noch nicht gelöst.

In diesem Zusammenhang möchte ich daran erinnern, daß in diesem Jahr das Gesetz zur Angleichung der Leistungen in der Rehabilitation (RehaAnglG) zehn Jahre alt wird. Seinerzeit war u. a. realisiert worden:

- Die Angleichung der Leistungen in der Rehabilitation für alle Rehabilitationsträger
- Die Einbeziehung der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger

Die Sozialhilfe wurde nicht als Rehabilitationsträger bestimmt.

Zielvorstellung des RehaAnglG war eine finale Orientierung der Rehabilitation, allerdings ohne einheitliche gesetzliche Normierung und ohne einen einheitlichen Rehabilitationsträger. Die Dominanz der Leistungsgesetze für die jeweiligen Zweige der Sozialen Sicherung blieb erhalten. Die Umsetzung des RehaAnglG in die Praxis sollte wesentlich von der BAR auf dem Wege der Gesamtvereinbarung erfolgen. Bei Nichteinigung im Rahmen der BAR hat sich der Gesetzgeber eine Regelung vorbehalten. Bezogen auf den Bereich der psychisch Kranken und Behinderten ist festzustellen, daß die Prinzipien des RehaAnglG in der Praxis allenfalls marginale Bedeutung haben. Die Gleichstellung der psychisch Kranken/Behinderten mit körperlich Kranken/Behinderten ist in formal-rechtlicher Hinsicht zwar weitgehend gegeben, die Umsetzung der normativen Gleichheit in die praktische Lebenswelt ist jedoch ausgeblieben (vgl. SCHULIN, 1980, S. 92).

Für den Bereich der komplementären psychiatrischen Versorgung kommt dies in der absoluten Dominanz der Sozialhilfefinanzierung mit den bekannten Negativauswirkungen zum Ausdruck:

Psychische Krankheit/Behinderung ist immer noch schicksalsorientierter als körperliche Krankheit und Behinderung und führt früher oder später zur Sozialhilfeabhängigkeit. Implizit ist damit auch die Vorstellung von Eigenverschulden verbunden, die sich in Form der Rückgriffmöglichkeiten der Sozialhilfe auch konkret niederschlägt.

4. Resumee

(1) Fassen wir die vorgenannten Überlegungen zusammen, dann wird deutlich, daß wir von einer Einbindung der komplementären Angebote in das Sozialversicherungsrecht noch weit entfernt sind. Übergangseinrichtungen als typische Einrichtungen des komplementären Versorgungsangebots sind z. B. noch nicht als Anbleter sozialversicherungsrechtlicher Leistungen anerkannt. Selbst aber, wenn sie das, bspw. als Anbieter von medizinischen Rehabilitationsleistungen wären, bliebe ein zweites Problem weiterhin ungelöst, nämlich daß eine große Zahl von Patienten nicht die notwendigen Voraussetzungen erfüllt, um die angebotenen Leistungen in Anspruch nehmen zu können. Zu denken ist hier vor allem an die sog. „Pflegefälle“.

Ich will an dieser Stelle nicht bewerten, ob diese Ausgrenzung psychisch Kranker aus dem Sozialversicherungsrecht als Systemfehler anzusehen ist, ein Fehler also, der dem Sozialrecht selber immanent ist, oder ob es sich um Schwierigkeiten handelt, die wir der nun einmal notwendigen Abstimmung der Sozialleistungsträger untereinander und auch der damit einhergehenden Auslegung und Anwendung des Sozialrechts zuzuschreiben haben.

(2) Tatsache ist aber, daß der psychisch Kranke, der für ihn notwendige komplementäre Leistungen in Anspruch nehmen will bzw. muß, überwiegend auf die Sozialhilfe angewiesen ist. Die Sozialhilfe ist faktisch zum Regelfinanzierer für den Bereich der komplementären Versorgung geworden, sie fungiert als „Lückenbüßer und Ausfallbürge für andere Sozialleistungsträger" (BRÜCK).

Es ist davon auszugehen, daß es sich dabei in vieler Hinsicht wenn nicht um systemwidrige so doch jedenfalls um systeminkonsistente Aushilfsleistungen in Fällen handelt, in denen die prinzipiell dafür vorgesehenen Träger der sozialen Sicherung versagen (vgl. HENTSCHEL, 1983, S. 197). Dabei können wir generell feststellen, daß die Defizite des historisch gewachsenen Systems der sozialen Sicherung im Bereich der psychiatrischen Versorgung stärker und deutlicher zutage treten als in den anderen Bereichen des Gesundheitswesens. Eine Tatsache, die wesentlich darauf zurückzuführen ist, daß erst in jüngster Zeit versucht wird, eine Reihe bisher wenig beachteter Leistungen, die ihrer Art nach neu sind, in das Sozialversicherungsrecht zu integrieren.

(3) Für den psychisch Kranken hat die Sozialhilfefinanzierung aber nicht nur zur Konsequenz, daß er sich eine Heranziehung eigenen Einkommens und Vermögens gefallen lassen muß, sondern selbst nach mittlerweile 23 Jahren

BSHG-Gesetzgebung (Rechtsanspruch auf Sozialhilfeleistungen) ändert sich nichts an der Tatsache, daß der Sozialhilfeempfänger sich häufig genug als öffentlich diskriminiert erlebt. Solche empfundenen Diskriminierungen und erlebten Armutsbekenntnisse erschweren häufig genug die angestrebte Rehabilitation. Hinzu kommt noch eine generelle, mehr systemimmanente Fragestellung. Im Rahmen des Systems der sozialen Sicherung ist die Sozialhilfe auf die Finanzierung des unbedingt notwendigen Minimums begrenzt. Ein Umfang, der weit unter dem liegt, was im Rahmen des Versicherungsprinzips finanzierbar sein kann. Daß die Sozialhilfe in den letzten Jahren gerade für psychisch Kranke zum Teil deutlich über dieses gebotene Mindestmaß hinaus tätig geworden ist, soll nicht gering eingeschätzt werden. Daß damit aber langfristig die Rolle der Sozialhilfe im gegliederten Sozialleistungsrecht neu überdacht werden muß einschließlich der damit verbundenen Konsequenzen, wäre die Folge, wenn es nicht gelingt, einen Teil der für psychisch Kranke notwendigen komplementären Angebote in das Sozialversicherungsrecht zu integrieren.

(4) Welcher Weg hier auch immer zu begehen sein wird, die leistungsbezogene oder die einrichtungsbezogene Einordnung komplementärer Angebote für psychisch Kranke in das Sozialrecht, das alles ändert nichts an der grundsätzlichen Problemstellung. Die Einführung flexibler Organisationsformen (z. B. Mischung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung), die Übernahme von bestimmten Versorgungsfunktionen durch bereits bestehende Dienste sowie die Erbringung von Leistungen nach der Bedarfslage der Betroffenen ist immer nur dann möglich, wenn die angesprochenen Sozialleistungsträger in der Lage und willens sind, das bestehende Sozialrecht selber flexibel genug anzuwenden. Das wechselseitige Zuschieben der Finanzierungsverantwortung und der Kostenträgerschaft wird nicht nur auf dem Rücken der Kranken ausgetragen — und hierfür ist die Finanzierung der komplementären Angebote für psychisch Kranke nicht das einzige, wenngleich ein herausragendes Beispiel —, sondern gefährdet langfristig gesehen die Rollenverteilung der Sozialleistungsträger im gegliederten System.

Literatur

- BRÜCK, G. W.: Allgemeine Sozialpolitik. Grundlagen — Zusammenhänge — Leistungen, Köln 1976
- ENGELN-KEFER, U.: DGB: Nicht Verschlechterung, sondern Verbesserung des Schutzes der Schwerbehinderten, in: Soziale Sicherheit, H. 5/84
- HENTSCHEL, V.: Geschichte der deutschen Sozialpolitik 1880—1980. Soziale Sicherung und kollektives Arbeitsrecht, Frankfurt/M. 1983
- KITZIG, H.-P.: Die Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter im Alltag, in: Aktion-Psychisch Kranke (Hrsg.): Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter. Tagungsbericht, Köln 1983
- NOWAK, M. u. a.: PROGNOSE AG (Hrsg.): Modellprogramm Psychiatrie. Bericht Nr. 5: Finanzierung psychiatrischer Versorgung. Bestandsaufnahme grundsätzlicher Finanzierungsprobleme von Einrichtungen und Diensten. Basel/Köln 1983
- SCHULIN, B.: Soziale Sicherung der Behinderten. Gutachten erstattet im Auftrag des Deutschen Sozialgerichtsverbandes. Freiburg 1980
- WEBER, Chr.: Versorgungsangebote für chronisch psychisch Kranke/Behinderte (insbesondere im psychiatrischen Krankenhaus), unveröffentl. Manuskript, Köln 1984

Diskussion zum Problem der Finanzierung

(gekürzte Fassung)

Moderation: H. Martini

Bosch: Sie haben uns gezeigt, was alles gehen könnte und was in Wirklichkeit alles nicht geht. Sie haben auf die Nachteile hingewiesen, die darin liegen, daß so gut wie immer die Sozialhilfe eintritt. Sie haben zwischen den Zeilen deutlich gemacht, daß es bis zu besseren gesetzlichen Regelungen sicher noch lange gehen wird, wenn sie überhaupt erreichbar sind. Tricksen und schwindeln haben wir inzwischen alle gelernt, aber wir halten das alle nicht für eine dauerhafte Lösung. Was sollen wir, die wir solche Institutionen gründen und betreiben wollen, tun?

Wedekind: Eine kurze Anmerkung zu der Hypothese von Herrn Nowak, die Schwierigkeiten bei den Leistungen für psychisch Kranke im Sozialversicherungssystem seien systembedingt. Wir haben in einer Untersuchung die Hilfen für geistig Behinderte in der Bundesrepublik mit denen in Dänemark verglichen, also in einem System mit dem Primat der Sozialversicherung und in einem System, das auf dem Gemeindeprinzip und der Staatsbürgerversorgung beruht. Man muß zwar zwischen systembedingten und systemunabhängigen Problemen unterscheiden, aber unsere Ergebnisse legen nahe, daß das Sozialversicherungssystem auch auf Grund seiner historischen Ursprünge trotz der Einbeziehung immer weiterer Personengruppen, von Familienangehörigen, Selbständigen usw., von seiner Grundstruktur auf die Absicherung arbeitslohnabhängiger Beschäftigter ausgerichtet ist und von daher alle nicht arbeitslohnabhängig Beschäftigten in eine Randposition rückt. Letzteres trifft für psychisch Kranke teilweise zu, teilweise nicht; für geistig Behinderte ist die Situation sehr viel gravierender. Unser System weist diesen Gruppen also eine Randposition innerhalb der Sozialversicherung zu, d. h. berufliche und soziale Rehabilitationsleistungen werden als randständige Leistungen anzusehen sein, oder aber es drängt sie bei dem Bedarf an diesen Rehabilitationsleistungen ganz aus dem System hinaus in die Sozialhilfe hinein, und die Folgen haben sie ja genannt. Ein System der Staatsbürgerversorgung mit kommunaler Orientierung ohne Unterscheidung nach bestimmten Statusunterschieden innerhalb der Wirtschaftsgesellschaft erleichtert dagegen offensichtlich die Einbeziehung von Randgruppen in die soziale Sicherung.

Nowak: Zum Problem Versicherungsprinzip versus Staatsbürgerversorgung: auch ich bin der Meinung, man sollte über ein optimales System der sozialen Sicherung durchaus diskutieren. Unser Sozialversicherungssystem hat sich historisch entwickelt und ist in seinen wesentlichen Strukturen seit 1883 völlig unverändert geblieben. In diesem System ist eine Dominanz des Versicherungsprinzips festzustellen, das natürlich mit anderen Elementen, etwa dem Solidaritätsprinzip vermischt ist, aber nichtsdestoweniger führt dieses Versi-

cherungsprinzip sicherlich dazu, daß primär Leistungen von denen in Anspruch genommen werden, die in Arbeit und Beruf stehen. Das war ja damals auch die erklärte Absicht, als man das Sozialversicherungssystem geschaffen hat.

Wie weit man allerdings dieses gegebene System modifizieren kann, ist schwer zu sagen. Eine Überlegung, auf die ich auch in meinem Referat hingewiesen habe, war die, zumindest den Bereich der Rehabilitation final zu orientieren, und so ist eigentlich auch das Rehabilitationsangleichungsgesetz zu verstehen. Das setzt aber voraus, daß diese Kompetenzstreitigkeiten und Abgrenzungsprobleme zwischen medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation auch wirklich beigelegt werden. Seit den achtziger Jahren wurden mehrere Vorschläge gemacht, nämlich einmal, daß man also zu einer Dominanzfinanzierung kommt, d. h. wenn medizinische oder berufliche Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden und damit irgendwas verbunden ist, was man als soziale Rehabilitation oder als Soziotherapie bezeichnen kann, dann soll dies von den zuständigen Kostenträgern mit übernommen werden; und die zweite Forderung, die seinerzeit aufgestellt wurde, war die, daß die Sozialhilfe auch als Rehabilitationsträger bestimmt werden sollte. Das sind die Dinge, die ich im Moment für machbar halte, und dann wäre man meiner Meinung nach auch einen ganz wesentlichen Schritt weiter, bezogen auf eine Umsetzung des Finalprinzips, in der Rehabilitation zumindest. Damit sind noch längst nicht alle Probleme gelöst, das ist mir völlig klar.

Krauthausen: Wir haben in Rheinland-Pfalz beim Wichern-Institut, einem Übergangsheim, ein Modell, wo wir teilweise die anderen Sozialleistungsträger im Rahmen dieses Übergangsheims dazu gebracht haben, sich an den Kosten zu beteiligen. Der Aufenthalt in diesem Heim ist in drei Phasen unterteilt, nämlich zwei medizinische und eine berufliche Phase. Phase A gilt der Vorbereitung der medizinischen Rehabilitation und der Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit. Man kann sich streiten, ob es eine Phase nach § 184 oder § 184a RVO ist. Die Grundüberlegung ist, daß die Patienten früher als sonst aus den psychiatrischen Krankenhäusern entlassen werden können, um dann eben in diese Phase zu gehen.

Wenn dann nach drei Monaten die Vorbereitung beendet ist, dann kommen die Rehabilitanden in die Phase B, medizinische Rehabilitation zur Vorbereitung der beruflichen Rehabilitation. Das ist eine klassische Phase nach § 1236 RVO/184a RVO in der Zuständigkeit der Rentenversicherung, ersatzweise der Krankenkassen. In diesen beiden Phasen werden die Rehabilitanden auch im beruflichen Bereich vorbereitet, daß sie schon sechs Stunden am Tag arbeiten können. In der Phase C wird die berufliche Rehabilitation für neun Monate durchgeführt. Die Arbeitsverwaltung zahlt sowohl die Trainingsmaßnahme in der angebotenen WfB, wie auch die Kosten der internatmäßigen Unterbringung im Übergangsheim. Die Rentenversicherungen zahlen die Phase B; zunächst hatte nur die LVA Speyer das Modell getragen, die BfA hat sich nicht beteiligt. Die BfA ist durch Klagen einzelner Rehabilitanden, denen wir die Klageschriften intern gemacht haben, dazu gezwungen worden, die Kosten der

Phase B zu übernehmen, weil sie kein Urteil gegen sich haben wollte und die bundesweiten Auswirkungen befürchtet hat. Die Kosten der Phase A übernehmen wir vorlageweise als überörtlicher Sozialhilfeträger nach §§ 39, 40 I Nr. 1, 44 BSHG. Im Moment ist beabsichtigt, für die Phase A Klagen einzelner Rehabilitanden gegen die Krankenkassen einzuleiten. Wir haben den Krankenkassen jetzt eine Frist bis Mitte des Sommers 1984 gesetzt und werden dann unsere Ersatzleistungen einklagen bzw. einen Musterprozeß führen, um die Krankenkassen auf dem Gerichtswege zu zwingen, die Kosten der Phase A zu übernehmen. Ich möchte noch auf ein Urteil hinweisen, das vielleicht für alle interessant ist; es ist zwar im Suchtbereich ergangen, ist aber durchaus übertragbar: das BSG-Urteil vom 12. 8. 1982 — AZ: 11 RA 62/82 —, abgedruckt im „Nachrichtendienst des Deutschen Vereins“ im März 1983. Dort findet man die entsprechenden Argumentationshilfen.

Gebner: Ich finde diese Materie ungeheuer kompliziert und lehrreich, aber ich habe den Eindruck, daß ich bei dieser Diskussion kaum etwas machen kann, weil es so ein schwieriges Gebiet ist, von dem ich glaube, daß die Entscheidungen ohne unseren Einfluß über die Bühne gehen. Was ich im Moment wichtiger finde ist die Frage nach den übrigen Diensten. Wer zahlt die Begleitung von Clubs, wer bezahlt die Beratungsstellen, die Kontaktstellen, wer bezahlt die Miete für Clubs, wie sollen Wohngruppen finanziert werden? Denn wenn es um Kommunalisierung oder Rekommunalisierung der Psychiatrie gehen und auch die Verantwortlichkeit im finanziellen Bereich in einer Region bleiben wird, dann ist die politische Frage doch die nach der Umverteilung von Finanztopfen, sei es durch Länderausgleich oder sei es durch Zuständigkeit der Stadtparlamente, die solche Dinge übernehmen müßten. Wir sollten auch hierüber sprechen, welche Möglichkeiten der Einflußnahme es in diesem kommunalen Bereich gibt und nicht nur über die Regelung bei Übergangseinrichtungen.

Kaus: Auch ich würde gerne ein paar Tips oder Hinweise bekommen, wie man denn auch im ambulanten Bereich ein bißchen Bewegung in die Szenerie bringen kann. Es gibt ja gerade im komplementären Bereich eine Menge Initiativen, ja die man einfach im ambulanten Bereich ansiedeln muß, und da entstehen zuweilen große Probleme der Kostenträgerschaft. Wir haben in Dortmund festgestellt, daß es nicht nur einen Streit zwischen den Sozialhilfeträgern einerseits und den Krankenversicherungs- und Rentenversicherungsträgern andererseits gibt, sondern sich inzwischen aufgrund der Kostenlawine zunehmend auch ein Streit zwischen den örtlichen und den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe abzeichnet. Wenn z. B. in größerem Umfang Patienten aus den Landeskrankenhäusern gemeindenah untergebracht und betreut werden, sperren sich die örtlichen Sozialhilfeträger aus verständlichen Gründen gegen die absehbare Kostenlawine. Bei einer unserer Initiativen in Dortmund hat das dazu geführt, daß uns der örtliche Sozialhilfeträger in der Ausdehnung von betreuten Wohngemeinschaftsplätzen von vornherein zahlenmäßig begrenzt hat. Man sagte uns, wir finden das zwar alles ganz toll, was ihr da macht, aber jetzt macht ihr doch mal als Verein Druck beim überörtlichen Träger der Sozial-

hilfe, damit wir ein bißchen mehr Geld kriegen, um eure tolle Initiative zu unterstützen. Auf diese Weise sitzen wir nun fest, denn gleichzeitig gibt es eine erhebliche Nachfrage nach Ausdehnung dieser ambulanten Angebote. Wie wird denn andernorts mit dem Streit zwischen den beiden Sozialhilfeträgern umgegangen? Vielleicht kann ein gelungenes Beispiel für uns in Dortmund ein bißchen Bewegung bringen.

Van Hout: Das Modell der Phasenfinanzierung, das Herr Krauthausen beschrieben hat, existiert in Bayern seit einigen Jahren in Hof und in Neustadt. Wenn man aber diese verschiedenen Träger hat, so hat das zur Folge, daß man erstens von einem Prinzip ausgeht, bei dem die berufliche Rehabilitation immer in den Vordergrund gestellt wird. Daneben haben diese Übergangseinrichtungen sehr große Mühe, ihre Plätze zu belegen, da immer drei Kostenträger mitreden. Das ist ein gewaltiges Problem.

Aus diesem Grunde haben sich die Übergangseinrichtungen in Bayern zum Verband der Wohlfahrtsverbände zusammengeschlossen — sie sind alle in den Händen von den Wohlfahrtsverbänden — und sich mit den Bezirken von Oberbayern, Niederbayern und Franken zusammengetan und versuchen nun, eine eigene Lösung zu finden. Wir suchen gerade eine Lösung in einer anderen Richtung als der von Herrn Krauthausen beschriebenen. Wir gehen davon aus, daß die Leistungen der beruflichen, medizinischen und sozialen Rehabilitation gleichzeitig erbracht werden, und tendieren dahin, daß die soziale Rehabilitation als Hauptträger im Vordergrund stehen, die anderen aber beteiligt werden sollen. Der Schlüssel, den wir zu finden suchen, soll sich auch darauf beziehen, welches Personal eingesetzt wird; also eine individuelle Lösung für jede Einrichtung, welches Personal für die medizinische und die berufliche Rehabilitation zuständig ist. Im Moment stehen wir vor der Frage, ob hier die bundesweite Lösung oder, was wir eher für möglich halten, eine regionale Lösung auf Länderebene angestrebt werden. Wir vermuten, daß eine Lösung auf Länderebene leichter erreichbar ist, als eine Lösung für die ganze Bundesrepublik.

Martini: Auf dieser Tagung wurde mehrfach zum Ausdruck gebracht, daß wir bei der psychiatrischen Versorgung eine größere Pluralität der Maßnahmen und Einrichtungen bekommen haben, als wir vor fünf oder zehn Jahren erwarten konnten. Es fächert sich alles in sehr, sehr unterschiedliche Einrichtungen und Maßnahmen auf. Die logische Folge davon ist, daß wir auch eine Pluralität der Finanzierung bekommen. Wenn man vielleicht einmal geglaubt hat, es gäbe ein glasklares Finanzierungssystem, das bundesweit in jedem Land, in jedem Landeswohlfahrtsverband und in jeder Gemeinde gelte, so wird es aller Voraussicht nach dazu nicht kommen können.

Als Beispiel kann dienen, was hier über die Probleme zwischen dem örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe gesagt worden ist. Die überörtlichen Träger der Sozialhilfe sind in der Bundesrepublik schon rechtlich in einer so unterschiedlichen Art organisiert, daß sich dazu was Allgemeingültiges auf einer solchen Tagung für die Bundesrepublik einfach nicht sagen läßt. Es gibt

z. B. überörtliche Sozialhilfeträger, die zur gleichen Zeit auch die Träger der psychiatrischen Krankenhäuser sind, wie in Nordrhein-Westfalen und zum Teil in der Pfalz und in Bayern, und es gibt daneben Landeswohlfahrtsverbände, die nur Kostenträger sind, aber nicht Träger der Kliniken. Dies macht natürlich erhebliche Unterschiede schon in der Motivation, mit denen die Landeswohlfahrtsverbände an diese ganze Problematik organisatorisch wie finanziell herangehen. Einen letzten Hinweis, anknüpfend an den Themenbereich 3, Clubs, Tagesstätten, Kontaktstellen. Wir müssen nach meiner Meinung dahin kommen, daß wir die Kommunalpolitiker von der Vorstellung abbringen, im psychiatrischen Versorgungssystem müßten sie immer nur dann etwas tun, wenn ihnen gleichzeitig eine Finanzierung angeboten wird. Die Kommune definiert sich doch zum Teil daraus, daß sie auch Dinge aus eigener Finanzkraft tut. Ich will jetzt gar nicht polemisch anführen, was die Kommunen aus eigener Finanzkraft alles tun. Aber die Diskussion um die Finanzierung der psychiatrischen Versorgungseinrichtungen und Maßnahmen hat sich in der Weise entwickelt, daß die Gemeindevertreter heutzutage tatsächlich sagen können, dies und jenes müßten sie nur tun, wenn ihnen auch nachgewiesen wird, wie es von einem Dritten finanziert werden kann. Wir müssen klarstellen, daß z. B. Clubs, Tagesstätten und Kontaktstellen, um nur diese drei komplementären Einrichtungen herauszugreifen, Dinge sind, die aus der kommunalen Finanzmasse selbst Träger ist, durch Zuschüsse an einen freien Wohlfahrtsverband oder eine andere Institution, die einem freien Wohlfahrtsverband gleichzusetzen ist. Daneben muß natürlich ein Bereich der psychiatrischen Versorgung definiert werden, der der gesetzlichen Regelung oder einer gesetzesähnlichen Regelung für die ganze Bundesrepublik bedarf.

Picard: Ich habe in meiner viele Jahre währenden kommunal- und landespolitischen Tätigkeit immer den Versuch gemacht darzulegen, daß es eine Aufgabe der Gemeinde sei, nicht nur für Museen zu sorgen und 75 oder 80 % der Theatertickets zu bezahlen und den Sportvereinen Millionenzuschüsse zu geben, sondern auch für diejenigen zu sorgen, für die eben sonst niemand sorgen kann. Es müßte doch möglich sein, in einer Art Negativabsonderung die Institutionen festzulegen, die gegenwärtig und auch in absehbarer Zeit weder in die Zuständigkeit der RVO noch sonstiger überörtlicher Einrichtungen fallen und deshalb der Gemeinde anheimfallen. Wenn ich an meine eigene Stadt denke, habe ich kein Verständnis dafür, daß Gemeinden für die genannten Dinge einen Riesenaufwand in Millionenhöhe treiben, aber für diejenigen wenigen, und das sind ja immer relativ wenige, die eine solche offene oder vielfältige Betreuung benötigen, von der wir gestern und heute gesprochen haben, deshalb nichts tun, weil sie sagen, das geht uns nichts an. Das soll der Landeswohlfahrtsverband machen, das soll der überörtliche Träger machen, das soll der Bund dafür sorgen, da soll bestenfalls das Land uns einen Zuschuß geben, aber wir fühlen uns davon nicht betroffen. Dieses unterentwickelte Solidaritätsbewußtsein in einer Gemeinde, in einer Gemeindevertretung, in einer Stadtverordnetenversammlung ist uns eigentlich gar nicht richtig zu Bewußtsein gekommen, auch hier in diesem Kreis; noch nicht mal bei denen,

die sich jeden Tag mit dem Sozialdezernenten herumschlagen, ist dieses Bewußtsein entwickelt. Bei den Alten nimmt niemand Anstoß daran, weil jeder es erlebt, einmal alt zu werden. Freiwillige kommunale Leistungen für Alte halten wir für richtig; wenn aber diese alten Leute nicht nur alt, sondern auch psychisch hilflos sind, dann fängt das Problem schon an. Wir sollten den Rest der uns verbliebenen Zeit heute nicht dafür verwenden, im vielfältigen Sozialversicherungssystem noch ein kleines Schlupfloch zu suchen, wo wir ein paar Pfennige rausholen können, sondern wir sollten den Versuch machen, diese Aufgabe als eine originär vorhandene Aufgabe der Städte und Gemeinden darzustellen. Es könnte durchaus sein, daß von einer solchen Diskussion, wenn wir sie zielstrebig, konsequent fortsetzen, eine Veränderung in der Finanzsituation, und zwar eine Verbesserung der Finanzsituation, ausgeht; wir haben so etwas schon in früheren Jahren erlebt. Wir müssen uns von der Vorstellung freimachen, daß die Maßnahmen zur Ankurbelung der wirtschaftlichen Produktivität uns in einer absehbaren Zeit in die Lage versetzen würden, wie wir sie vielleicht in den Sechzigern bis in die Mitte der siebziger Jahre gehabt haben. Das kann zehn, fünfzehn, zwanzig Jahre dauern. Darauf zu warten, wäre ein ganz großer Fehler. Es ist nicht einzusehen, daß wir diejenigen, über die wir hier gestern und heute gesprochen haben, so auf die Bank legen und dann zuschauen, wie sie sich langsam dem Jenseits nähern, nur weil wir sagen, die wirtschaftliche Ertragskraft hat eben nachgelassen, es läßt sich nichts ändern.

Schulte-Kemna: Herr Nowak hat vorher ausführlich begründet, daß im Bereich der Neuregelungen, was Sozialversicherungsansprüche betrifft, der Bereich der Übergangseinrichtungen der fortgeschrittenste ist. Wenn wir es ernst meinen mit der Gleichstellung psychisch Kranker und körperlich Kranker im Sozialrecht, sind wir einfach verpflichtet, den Möglichkeiten, die sich bieten, weiter nachzugehen, auch wenn es uns Unlust macht und wenn es unübersichtlich und schwierig ist. Ich denke auch nicht, daß man im Moment nichts tun kann. Wir können und müssen sehr wohl überlegen, wie sich im Rahmen des geltenden Leistungsrechts, das sich ja sicher nicht von heute auf morgen völlig ändern wird, die existierenden Einrichtungen anpassen können und wie groß ihr Spielraum ist. Dabei kann durchaus herauskommen, daß die Einrichtungen nicht einfach so bleiben werden, wie sie unter den Bedingungen von überwiegender Sozialhilfe-Finanzierung jetzt sind. Aber ich denke, daß wir diesen Weg gehen müssen.

Eng damit zusammen hängt ein weiteres Problem: kaum irgendwo kümmert sich jemand darum, die Durchsetzung von sozialversicherungsrechtlichen Finanzierungsansprüchen auch auf dem individuellen Klageweg auszuschöpfen. Ich denke, da gibt es sozialrechtlich eine Menge Spielraum. Die Spitzenverbände bemühen sich überall, immer wieder Handreichungen zu geben; im Bereich der Diakonie beispielsweise hat es auf Bundesebene eine Initiative gegeben, im Bereich der Übergangseinrichtungen so etwas zu versuchen, d. h. den Bewohnern zu helfen, taugliche Anträge mit entsprechender Begründung zu stellen. Dabei ist nicht *eine* konkrete Klage im ganzen Bundesgebiet herausgekommen, soweit ich informiert bin.

Ein dritter Punkt ist noch nicht genannt worden: in welchem Maße nämlich dieses ganze Problem ein Gutachterproblem ist und künftig erst recht sein wird. Über diesen ganzen Aspekt, was das für die ärztliche Begutachtung heißt — die Ärzte sind ja da an der Schlüsselstelle —, wird überhaupt nicht gesprochen. Es wird eigentlich höchste Zeit, auch auf diesem Gebiet Handreichungen zu geben, welche Möglichkeiten bestehen, z. B. den Prognosebegriff, der ja eine Schlüsselstellung hat, einmal neu zu definieren?

Insgesamt finde ich die Tendenz fatal, die ich auch bei vielen Kollegen in Einrichtungen wahrnehme, aus Unlust und weil es schwierig wird, auf Rechtsansprüche, die andere Leute haben, nämlich unsere Klienten/Patienten, zu verzichten. Weil es für den Träger schwierig wird, verzichtet er auf die Rechtsansprüche, die im Grunde seine Klienten haben. Das finde ich eine gefährliche Entwicklung.

Abschließend noch eine Frage zum Verhältnis von örtlichem und überörtlichem Träger. Was tut sich in Richtung Verlagerung der umfassenden Zuständigkeit auf den örtlichen Sozialhilfeträger, seitdem der gesetzliche Spielraum durch die Änderung des § 100 BSHG geschaffen ist? Wäre denn hier nicht eigentlich die Forderung zu stellen, daß das forciert wird und die umfassende Zuständigkeit des örtlichen Trägers hergestellt wird, damit wenigstens diese ganze Querelen des Hin- und Herschiebens von Zuständigkeiten aufhören?

Crefeld: Ich bin sehr froh, daß jetzt durch drei Beiträge auch die politische Dimension des ganzen Problems angesprochen worden ist. Die gehört von der Situation her einfach hier hin, denn es ist sehr wichtig, die Kommunen darauf hinzuweisen, daß sie, einfach im Rahmen ihrer Pflichten der Daseinsfürsorge für ihre Bürger, hier Aufgaben wahrzunehmen haben. Auch psychosoziale Hilfsvereinigungen und Angehörigengruppen sollten sich dieser Aufgabe verstärkt annehmen und mit den Kommunalpolitikern sprechen. Das ist manchmal nicht so bequem und in manchen Kreisen auch nicht so populär, wie die Aufgabe, dem einzelnen psychisch Behinderten oder Kranken zu helfen. Es ist aber eine wichtige und notwendige, und auch eine sehr sinnvolle und lohnende Aufgabe, damit bei den Kommunalpolitikern überhaupt bekannt wird, daß sie hier eine ganz ureigene Aufgabe haben.

Gebner: Ich kann aus Freiburg überhaupt nicht bestätigen, daß die Kommunen nichts täten. Wir haben seit 1970 steigende Einnahmen von der Stadt, und zwar nicht nur den Inflationsausgleich, sondern auch jedes Jahr neue Stellen dazu. Und ein Grund dafür, warum das so läuft und warum das auch weiter läuft, ist, daß wir uns von Anfang an mit Leuten aus allen politischen Parteien zusammengesetzt haben und Druck erzeugt haben, und zwar auch von den Bürgern her, wie Herr Crefeld gerade gesagt hat, daß diese Hilfsvereine ganz einfach auch dies als ihre Aufgabe als politische Lobby in der Kommune wahrnehmen müssen.

Wir haben bereits 1976 auch Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen für den von uns betreuten Personenkreis einrichten können, das waren die ersten in der Bundesrepublik; der Antrag ist an die Arbeitsverwaltung Freiburg gestellt worden

und ging bis über den Arbeitsminister und damals zu Stingl und wieder zurück, bis die Anweisung nach Freiburg kam, jetzt zahlt endlich. Ich denke, nur der politische Weg hat es ermöglicht, so etwas auch durchzusetzen; deshalb würde ich meinen, daß viele Professionelle in den Gemeinden sich mehr um den Alltag dort kümmern müssen. Denn, was zuweilen wirklich alltägliche Praxis ist, wenn jemand vom sozialen Dienst nicht weiß, wie der Sozialdezernent heißt, dann kann man reden, soviel man will, dann ändert sich nichts.

Schwandy: Wir müssen uns auch an die eigene Brust klopfen, denn wir haben den Kommunen Abwehr-Argumente geliefert, indem wir immer gesagt haben: Alles, was im komplementären Bereich passiert, hat medizinische, soziale und berufliche Aspekte, deshalb wäre es sinnvoll, das mit Mischfinanzierung und Gemeinschaftsfinanzierung zu machen. Damit haben wir das Spiel eröffnet, daß jeder immer sagt, er tue nur dann etwas, wenn auch der andere was tut — dieses Spiel geht bei den Übergangseinrichtungen jetzt seit ungefähr zehn Jahren. Das heißt doch, daß wir so wahrscheinlich nicht weiterkommen werden und doch klare Zuständigkeiten schaffen müssen. Wenn wir uns hier darauf einigen könnten, daß Tagesstätten, Clubs, Kontaktstellen und lebensbegleitende ambulante Hilfen eindeutig Aufgaben von Kommunen sind, fände ich das ein erlösendes Wort.

Was dann für das Versicherungssystem bleibt, sind die Übergangseinrichtungen, die ganz eindeutig im Augenblick schon rehabilitative Leistungen erbringen. Das ist ja auch in vielfältigen Untersuchungen nachgewiesen. Hier müssen wir uns überlegen, wie wir den Leidensdruck auf die Versicherungen erhöhen. Es ist merkwürdig, daß die Versicherungen, wenn es um ihr Renommee geht, also wenn sie an ihre Kundschaft denken, zu Lösungen kommen; so haben die Ersatzkassen Verträge abgeschlossen, die Verhaltenstherapie finanzierbar machen, und der Bundesverband der Ortskrankenkassen folgt diesem Beispiel jetzt. Das wird dann nach außen hin so verkauft, als würde das psychisch Kranken helfen; aber jeder, der weiß, wie das läuft, wird auch wissen, daß dieses neue Angebot der Krankenversicherungen zwar den Topf für die Psychiatrie in der ambulanten Versorgung schmälert, aber den psychisch Kranken, über die wir hier heute geredet haben, nicht hilft. Es sind also offenbar Lösungen ohne gesetzliche Grundlage möglich, wenn da nur eine Lobby ist und man ein Kundschaftsinteresse hat. Offenbar ist es uns aber bislang nicht gelungen, die psychisch Kranken den Versicherungen gegenüber auch als eine potentielle Kundschaft interessant zu machen. Wir müssen aufhören, von allen alles zu fordern, sondern müssen unsere Forderungen genauer stellen.

Martini: Lassen Sie mich die Diskussion über die Finanzierungsmöglichkeiten komplementärer Dienste mit einem Hinweis zum Verhältnis zwischen dem örtlichen und dem überörtlichen Sozialhilfeträger abschließen: Der Bundesgesetzgeber hat ab 1. 1. 1984, und zwar auf Drängen des Bundesrates, die Möglichkeit eröffnet, daß die Länder durch Ländergesetz die Zuständigkeit nach § 100 BSHG vom überörtlichen Träger auf den örtlichen Träger verlagern können. Es bleibt abzuwarten, ob in den nächsten Jahren das in diesem oder jenen Land geschieht.

Schlußwort

G. Bosch

Meine Damen und Herren, diese Tagung ist zu Ende. Ich möchte mich kurz fassen. Ich denke, Sie stimmen mir alle zu, daß es eine sehr lebendige Tagung gewesen ist. Sie stimmen mir sicher auch darin zu, daß es eine praxisnahe Tagung gewesen ist. Und Sie können wohl auch der eingangs erwähnten Formulierung jetzt zustimmen, daß in der Tat die komplementären Dienste in ganz hervorragender Weise geeignet sind, die bundesdeutsche Psychiatrie in Bewegung und in Weiterentwicklung zu halten.

Man kann von einer solchen Tagung sicher keine Ergebnisse und fertigen Thesen mit nach Hause nehmen. Aber vielleicht darf ich fünf Punkte nennen, über die man weiterdenken sollte:

1. Es hat sich in sehr vielen Beiträgen sehr deutlich gezeigt, daß Wohnen und Arbeiten gleichwertige, gleichberechtigte Notwendigkeiten der Hilfe für psychisch Kranke und Behinderte sind und daß sie zusammen gesehen werden müssen; sie sind nicht trennbar, die angesprochene, organisatorisch oft lästige Verbindung ist nicht aufhebbar. Sie ist in der Sache begründet. Vielleicht wurde auch deutlich, daß wir die Wirksamkeit der komplementären Dienste heute weniger als noch vor wenigen Jahren im rehabilitativen Sinne, vor allem weniger im berufsrehabilitativen Sinne sehen.
2. Bei der Diskussion zur Frage der Initiierung und Durchführung dieser Dienste, vor allem von deren neuen Formen, von denen hier die Rede war, scheint mir die Diskussion über die Polarität Profi versus Bürger und Gemeinde besonders wichtig zu sein. Ich würde auch da einem der Vorredner zustimmen, der gemeint hat, daß dies ein Spannungsverhältnis ist, das man nicht los wird, und daß dieses Spannungsverhältnis wichtig und gut ist und vor allem für die Professionellen sehr bekömmlich.
3. Zur Einbindung der komplementären Dienste in die Institution oder deren Anbindung: Es wurde klar, daß man nicht erwarten kann, daß ohne Institutionen der psychiatrischen Versorgung, wie sie schon existieren, diese Dienste sich ganz von selbst in dem erforderlichen Ausmaß entwickeln. Es ist aber auch, glaube ich, klar geworden — in einer extremen Formulierung hieß es sogar, es sollten die bestehenden stationären Dienste dann komplementär werden — daß diese bestehenden Dienste, vor allem die Bettendienste, nach unserer aller Meinung weiter in den Hintergrund rücken sollten.
4. Zur Frage der Finanzierung war, so meine ich, das wesentliche Element der Hinweis auf die Kommune. Wir sprechen immer von gemeindenaher Psychiatrie. Vielleicht sollten wir etwas öfters über eine „gemeindeverpflichtende“ Psychiatrie sprechen.
5. Schließlich als Ausdruck meiner Hoffnung: ich wünsche Ihnen, daß diese Tagung Ihnen Mut und Lust zum Weitermachen gegeben hat. Zum selbst Weitermachen, aber auch Mut und Lust dazu, andere Bürger zur Mitarbeit und Mithilfe zu bewegen.

Ich danke Ihnen für die Teilnahme.

Anhang:

Rechtliche und institutionelle Probleme und Grundlagen der Rehabilitation psychisch Behinderter

Arnd Schwendy, Meinolf Nowak

1. Die spezielle Benachteiligung psychisch Behinderter

2. Zuständigkeiten der Rehabilitationsträger

Medizinische Leistungen
Berufsfördernde Leistungen
Die Rolle der Bundesanstalt für Arbeit
Zum Behindertenbegriff in der berufl. Rehabilitation
Lebensunterhalt/Ergänzende Leistungen
Übergangsgeld
Ausbildungsgeld

3. Berufsbezogene Maßnahmen der Rehabilitation

Medizinische Leistungen
Rehabilitationsabklärung
Belastungserprobung
Beschäftigungs- und Arbeitstherapie
Stufenweise Wiederaufnahme der Arbeit

Berufsfördernde Leistungen
Berufsfindung und Arbeitserprobung
Befristete Probebeschäftigung
Eingangs- und Trainingsverfahren in WFB
Grundausbildungslehrgänge
Eingliederungslehrgänge
Erstausbildung
Rehabilitationsvorbereitung
Umschulung
Fortbildung/Berufliches Training
Eingliederungshilfe
Förderung nach dem 4. Sonderprogramm

1. DIE SPEZIELLE BENACHTEILIGUNG PSYCHISCH BEHINDERTER

Die psychisch Kranken und Behinderten sind anderen Kranken und Behinderten sozialrechtlich gleichgestellt. Eine Reihe von Defiziten, die in der fachlichen und politischen Diskussion häufig als typisch betrachtet werden für die Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter, betreffen dabei alle Kranken- und Behindertengruppen.

Unabhängig von der Art ihrer Krankheit oder Behinderung sind nämlich benachteiligt Bürger, die durch folgende Merkmale gekennzeichnet sind:

- langfristige oder dauernde Abhängigkeit von Pflege und/oder
- dauernde Erwerbsunfähigkeit, bzw. dauerhaft stark eingeschränkte Erwerbsfähigkeit und/oder

- ungünstige Prognose im Hinblick auf die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

Alle Kranken und Behinderten, die eines oder mehrere dieser Merkmale erfüllen, sind in der Bundesrepublik unzureichend gefördert, versorgt und in ihrer Teilnahme am gesellschaftlichen Leben gravierend eingeschränkt.

Die wesentlichen Gründe dafür sind:

- Das Risiko der Pflegebedürftigkeit ist in unserem System der sozialen Sicherung nicht abgedeckt, es muß von den Betroffenen, ihren Unterhaltspflichtigen oder — subsidiär — von der Sozialhilfe getragen werden.

- Die Sozialversicherungsträger gewähren Rehabilitationsleistungen in der Regel nur als Kann-Leistungen. Die Leistungen müssen nach „pflichtgemäßem Ermessen“ gewährt werden. Der Ablehnungsspielraum ist rein rechtlich relativ eng, in der Praxis ergeben sich jedoch folgende Negativauswirkungen:

- Insbesondere psychiatrische Patienten werden ohne zwischenzeitliche medizinische Rehabilitations-Maßnahmen von Behandlungsfällen zu Pflegefällen erklärt. Zum Teil handelt es sich hierbei noch um Auswirkungen des nationalsozialistischen Halbierungserlasses, wenn dieser auch 1982 außer Kraft gesetzt wurde. Faktisch dreht es sich hier um die Nichtrealisierung individueller Rechtsansprüche. Die höchstgerichtliche Rechtsprechung hat den Behandlungsanspruch gegenüber der Krankenversicherung zwar weit ausgedehnt, in der Psychiatrie sind jedoch Streitereien um die Abgrenzung an der Tagesordnung, der Anspruch wird vielfach nicht eingelöst.

- Ein weiterer Personenkreis wird durch die Nichtanerkennung von Einrichtungen durch die Leistungsträger faktisch von den dort erbrachten Leistungen zur Rehabilitation ausgeschlossen und auf die Sozialhilfe verwiesen. Hier handelt es sich vor allen Dingen um psychiatrische Übergangseinrichtungen, deren Finanzierung seit Mitte der 70er Jahre umstritten ist, obwohl sie nachweislich wirksame Leistungen zur Rehabilitation erbringen.

- Rehabilitative Leistungen der Sozialversicherungsträger sind in der Regel zeitlich begrenzt und erfolgen unter der Vorbedingung einer günstigen Einschätzung der Erhaltung bzw. Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit (§ 1236 RVO). Leistungen der Krankenkassen können auch gewährt werden, wenn es lediglich darum geht, eine Krankheit zu heilen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (§ 184a RVO).

- Die Hilfen nach dem Schwerbehindertengesetz sind primär auf die Eingliederung in Arbeit und Beruf ausgerichtet, sie gehen also an den Behinderten, die nicht erwerbstätig sind, weitgehend vorbei.

- Der überörtliche Träger der Sozialhilfe gewährt — in der Regel als Eingliederungshilfe — Förderleistungen, deren Ziel ausschließlich die gesellschaftliche Eingliederung und nicht unbedingt die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ist. Diese BSHG-Leistungen sind in die Leistungs- und Verfahrensangleichung nach dem Reha-Angleichungsgesetz nicht einbezogen. Dies hat unter anderem zur Folge, daß Einkommen und Vermögen der Betroffenen und Ihrer Familien mit zur Deckung der Rehabilitationskosten herangezogen werden.

Über die hier skizzierten allgemeinen Benachteiligungen aller schwerer Kranken und Behinderten hinaus gibt es eine spezielle Benachteiligung der psychisch Kranken und Behinderter, die darauf basiert, daß rechtliche Gleichstellung als Gleichbehandlung mißverstanden wird. Das bedeutet: Leistungen, Maßnahmen, Strukturen und Institutionen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation orientieren sich vor allem an den

Erfordernissen für die Förderung von somatisch Kranken und Körperbehinderten. Die andere Dimension der psychischen Erkrankung und der seelischen Behinderung wird damit nicht erfaßt. Dazu einige Beispiele:

Prognoseschwierigkeiten: Die versicherungsrechtliche Vorbedingung einer günstigen Prognose führt bei vielen psychisch Kranken und Behinderten von vornherein zu einer Ablehnung, da es fachlich kaum möglich ist, die Entwicklung zuverlässig vorauszusagen (derartige Voraussagen sind nur innerhalb von Fördermaßnahmen selbst möglich). Typische Kriterien psychischer Krankheits-/Behinderungsverläufe, z. B. die begrenzte Aussagefähigkeit aktueller Befunde sowie die Offenheit der künftigen Entwicklung, stehen der Realisierung der rechtlich garantierten Gleichstellung damit entgegen.

Zeitgrenzen: Berufsfördernde Maßnahmen sollen in der Regel auf zwei Jahre begrenzt werden, auch medizinische Maßnahmen sind in der Regel zeitlich limitiert. Diese Begrenzungen orientieren sich vor allem am Verlauf typischer körperlicher Erkrankungen und Behinderungen. Sie tragen dem phasenhaften und langfristigeren Verlauf von psychischen Beeinträchtigungen nicht Rechnung. Somit führt bereits die zeitliche Limitierung von vornherein in vielen Fällen faktisch zum Ausschluß von Leistungen.

Grenzen des gegliederten Systems: Das gegliederte System der sozialen Sicherung führt schon bei Körperbehinderten vielfach zu Schwierigkeiten im Hinblick auf die nahtlose Gewährung der im Einzelfall erforderlichen medizinischen, beruflichen und sozialen Leistungen zur Rehabilitation. Bei den psychisch Kranken und Behinderten birgt diese Aufteilung der Hilfen von vornherein die Tendenz des Scheiterns in sich. Dieser Personenkreis benötigt integrierte Hilfen, weil sich die Auswirkungen von Krankheit und Behinderung auf alle Lebensbereiche erstrecken können und weil umgekehrt die Bedingungen in den einzelnen Lebensbereichen die Entwicklung von Krankheit und Behinderung beeinflussen. Zwar können in bestimmten Phasen der Rehabilitation die Schwerpunkte mehr im medizinischen, beruflichen oder psycho-sozialen Bereich liegen, erforderlich aber ist, daß alle Hilfen stets gleichzeitig verfügbar sind.

Fixierung auf Einzelfallhilfe: Unser Leistungsrecht sichert einzelne Risiken individuell ab. Psychische Krankheiten/Behinderungen und ihre Auswirkungen sind das Ergebnis von Wechselwirkungen zwischen dem einzelnen Betroffenen und seiner Umwelt. Die Hilfen müssen sich daher auch auf die konkreten Lebensbedingungen des Einzelnen beziehen. Die Einzelfallfixierung der Versicherungsleistungen steht einem übergreifenden Hilfeansatz vielfach im Wege.

Institutionelle Mängel: Für nahezu alle anderen Kranken- und Behindertengruppen wurde von der Frühförderung über die pädagogische Rehabilitation bis zur beruflichen Förderung in der Bundesrepublik ein dichtes Netz an Einrichtungen geschaffen. Diese sind — abgesehen von wenigen Ausnahmen — nicht auf die spezifischen Bedürfnisse psychisch Kranker/Behinderter ausgerichtet.

Mangel an spezifischen Förderprogrammen: Für die berufliche Förderung Körperbehinderter, Lernbehinderter, Sinnesbehinderter und geistig Behinderter wurden differenzierte Ausbildungsgänge und Förderprogramme entwickelt. Für psychisch Behinderte fehlen derartige Programme im Bereich der beruflichen Rehabilitation weitgehend. Die Übertragung anderer Förderkonzepte auf diese Zielgruppe führt vielfach nicht zu befriedigenden Ergebnissen.

Nichtanerkennung geeigneter Einrichtungen: Auf Grund der institutionellen Mängel entstanden in den letzten Jahren zwar Rehabilitationseinrichtungen (insbesondere Übergangseinrichtungen) für psychisch Kranke und Behinderte, diese werden jedoch bislang von den Kostenträgern nicht anerkannt. Träger der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation weisen sich wechselseitig die Verantwortlichkeit für individuelle und institutionelle Leistungen zu. Widersprüchlich wirkt dabei insbesondere das Verhal-

ten der Träger der medizinischen Rehabilitation: die Kostenübernahme von Leistungen wird nicht von der inhaltlichen Gestaltung, sondern vom Ort der Leistungserbringung abhängig gemacht. Beispiel: Die therapeutischen Verfahren im Bereich der Reha-Stationen von Fachkrankenhäusern sind weitgehend identisch mit den in Übergangseinrichtungen praktizierten Programmen. In der Klinik werden die Kosten von der Krankenversicherung übernommen, in der Übergangseinrichtung nicht.

Eingeschränkte Hilfen nach dem Schwerbehindertengesetz: Auch die Hilfen nach dem Schwerbehindertengesetz sind einseitig auf die Bedürfnisse von Körperbehinderten ausgerichtet, dies wird besonders deutlich am Beispiel der umfangreichen Versorgung mit technischen Hilfsmitteln. Psychisch Behinderte benötigen im Arbeitsleben in der Regel keine technische, sondern personale Hilfen, deren Kostenübernahme weitgehend nicht gesichert ist. Das Schwerbehindertengesetz greift oftmals auch deshalb nicht, weil die Anerkennungsmodalitäten als Minderung des Selbstwertgefühls empfunden werden. Der Antrag auf Anerkennung wird deswegen häufig nicht gestellt, obwohl die Bedingungen erfüllt sind. Ein Charakteristikum der psychisch Behinderten richtet sich damit gegen sie selbst. (Die für 1986 geplante Novellierung dieses Gesetzes sieht Verbesserungen für die psychisch Behinderten vor.)

Mangel an ambulanten Hilfen: Die Konzentration der rehabilitativen Hilfen auf stationäre Einrichtungen entspricht nicht den Besonderheiten der psychisch Kranken und Behinderten, da hier das Schwergewicht auf ambulanten und teilstationären Hilfen liegen sollte. Obwohl dies seit Vorlage der Psychiatrie-Enquête 1975 bekannt ist, wird die ambulante Benachteiligung nicht abgebaut, sondern fortgeschrieben. So wurden z. B. ambulante Leistungen von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten für psychisch Kranke und Behinderte nicht in die Heilmittel-Richtlinien aufgenommen. Eine Tendenz zur Verweigerung spezifischer ambulanter Leistungen zeigt sich auch in den Auseinandersetzungen um den Leistungskatalog von Institutsambulanzen psychiatrischer Krankenhäuser oder von Sozialstationen in Gemeinden.

Zugespielt läßt sich sagen: Die besondere Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter in der Rehabilitation beruht auf der Auffassung, daß die sozialen Auswirkungen, die bei psychischen Krankheiten und Behinderungen im Vordergrund stehen, eine leistungsrechtliche Zuständigkeit der Träger der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation ausschließen, daß also die Sozialhilfe zuständig sei.

Diese Betrachtungsweise übersieht, daß die sozialen Auswirkungen krankheits- oder behinderungsbedingt sind und daß ihr Ausgleich, ihre Minderung oder Kompensation wesentlicher Inhalt des Behandlungs- und Rehabilitationsprogramms sein müssen.

Diese Hilfen zum Ausgleich oder zur Kompensation krankheits- oder behinderungsbedingter Defizite müssen dabei abgegrenzt werden von *allgemeinen* Hilfen zur Linderung sozialer Notlagen, sowie von Hilfen zur Pflege. Wenn dies generell oder im Einzelfall auch schwierig sein dürfte, so können doch auf Basis praktischer Erfahrungen fachlich begründete Schnittstellen definiert werden. Die Probleme bei der Festlegung solcher Schnittstellen sollten nicht zum Vorwand genommen werden, den Abschluß entsprechender Leistungsvereinbarungen der Kostenträger hinauszuzögern. Orientierungshilfen bieten dabei die Vereinbarungen zur medizinischen Rehabilitation von somatisch Kranken (z. B. Infarkt-Patienten, Rheuma-Kranke etc.), bei deren Abschluß ebenfalls Abgrenzungsfragen offenbleiben.

2. ZUSTÄNDIGKEIT DER REHABILITATIONSTRÄGER IM ÜBERBLICK

Im folgenden wird ein kurzer Überblick über die wichtigsten gesetzlichen Regelungen und Zuständigkeiten gegeben. Eine ausführliche Darstellung der Leistungen und Ziel-

gruppen sowie der Gesamtvereinbarungen, die die Kooperation der Rehabilitationsträger regeln, findet sich im „Wegweiser Eingliederung von Behinderten in Arbeit, Beruf und Gesellschaft“, vierte erweiterte Auflage, herausgegeben von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt am Main, 1982.

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation

Nach § 10 Reha-Angleichungsgesetz zählen dazu insbesondere:

- ärztliche und zahnärztliche Behandlung
 - Arznel- und Verbandmittel
 - Heilmittel einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie,
 - Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch dieser Hilfsmittel,
 - Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
- auch in Krankenhäusern, Kur- und Spezialeinrichtungen einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung.

Zuständig ist:

- die gesetzliche Unfallversicherung, wenn die Behinderung auf Arbeitsunfälle, Wegunfälle, Berufskrankheiten oder drohende Berufskrankheiten zurückzuführen ist;
- die gesetzliche Rentenversicherung, wenn der Versicherte eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt:
 - in den letzten 24 Monaten mindestens 6 Monate Versicherungsbeiträge aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung entrichtet wurden
oder
 - eine Versicherungszeit von 180 Kalendermonaten erfüllt ist
oder
 - eine Versicherungszeit von 60 Kalendermonaten erfüllt ist und gleichzeitig Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit vorliegt oder in absehbarer Zeit zu befürchten ist,
oder
 - die fiktive Wartezeit nach § 1252 RVO als erfüllt gilt,
oder
 - im Zeitpunkt der Antragstellung versicherungspflichtig beschäftigt ist und diese Beschäftigung innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung seiner Schul- und Berufsausbildung angenommen hat.

Weitere Leistungsvoraussetzung ist die günstige Prognose: Nach § 1236 RVO besteht Anspruch auf Rehabilitationsleistungen durch die Rentenversicherung nur dann, wenn die Erwerbsfähigkeit des Versicherten erheblich gefährdet oder gemindert ist und durch die Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

- Die gesetzliche Krankenversicherung
Ist für Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der Regel nachrangig zuständig, wenn die hier aufgeführten anderen Kostenträger nicht in Frage kommen.

Die Zielsetzung medizinischer Reha-Maßnahmen durch die gesetzliche Krankenversicherung läßt sich ableiten aus § 184a RVO. Danach ist die Behandlung in Kur- und Spezialeinrichtungen möglich, „wenn diese erforderlich ist, um eine Krankheit zu heilen, zu

bessern, oder eine Verschlimmerung zu verhüten“. Es muß hier also nicht — wie bei den Leistungen der Rentenversicherung — das Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit prognostizierbar sein, wohl aber ist erforderlich, daß die Maßnahme mit Aussicht auf Erfolg durchgeführt werden kann.

- Die Versorgungsämter bzw. Landesversorgungsämter sind zuständig, wenn sich Ansprüche aus dem Bundesversorgungsgesetz ergeben, z. B. bei Kriegsbeschädigten, Wehrdienstbeschädigten, Zivildienstbeschädigten, Impfgeschädigten, Opfern von Gewalttaten.

Vorleistungspflichtig sind bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Träger der Rentenversicherung.

Berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation

§ 11 des Reha-Angleichungsgesetzes nennt hier insbesondere folgende Leistungen:

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme sowie Eingliederungshilfen an Arbeitgeber,
- Berufsfindung und Arbeitserprobung, Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
- Berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung und Umschulung, einschließlich eines zur Teilnahme an diesen Maßnahmen erforderlichen schulischen Abschlusses,
- Sonstige Hilfen der Arbeits- und Berufsförderung, um Behinderten eine angemessene und geeignete Erwerbs- und Berufstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer Werkstatt für Behinderte zu ermöglichen.

Zuständig ist:

- Die gesetzliche Unfallversicherung, wenn die Behinderung auf Arbeitsunfälle, Wegunfälle, Berufskrankheiten oder drohende Berufskrankheiten zurückzuführen ist,
- Die gesetzliche Rentenversicherung, wenn der Versicherte eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt:
 - Versicherungszeit von 180 Kalendermonaten
oder
 - Bezug einer Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit.
- Die Fürsorgestelle oder Hauptfürsorgestelle, wenn Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz oder dem Schwerbehindertengesetz bestehen.
- Die Bundesanstalt für Arbeit in allen Fällen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung, in denen kein anderer Leistungsträger vorrangig zuständig ist.

Vorbehalt der günstigen Prognose: Die Gewährung berufsfördernder Leistungen zur Rehabilitation ist grundsätzlich von allen Kostenträgern abhängig von einer günstigen Prognose im Hinblick auf die Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

Die Rolle der Bundesanstalt für Arbeit

Die Bundesanstalt für Arbeit hat eine Schlüsselposition bei der beruflichen Rehabilitation. Sie ist nach § 5 des Reha-Angleichungsgesetzes vor der Einleitung berufsfördernder Maßnahmen, insbesondere bei der ersten Beratung des Behinderten zu beteiligen. Näheres haben die Kostenträger in einer Gesamtvereinbarung geregelt. Danach werden berufsfördernde Leistungen grundsätzlich in Abstimmung mit dem örtlich zuständigen Arbeitsamt bewilligt. Das Arbeitsamt erarbeitet — entweder nach Aktenlage oder nach

Beratung bzw. Untersuchung des Behinderten durch seine Fachdienste — einen Eingliederungsvorschlag, der die als notwendig erachteten berufsfördernden Maßnahmen aufzeigt. Der für die Finanzierung der Leistung zuständige Rehabilitations-Träger soll diesem Eingliederungsvorschlag zustimmen und ihn in einen Gesamtplan aufnehmen.

Ein solcher Gesamtplan zur Rehabilitation ist stets dann aufzustellen, wenn mehrere Maßnahmen zur Rehabilitation erforderlich oder mehrere Träger an dem Rehabilitationsverfahren beteiligt sind. Näheres regelt eine Gesamtvereinbarung.

Die Bundesanstalt für Arbeit ist vorleistungspflichtiger Träger bei allen berufsfördernden Maßnahmen der Rehabilitation. Rechtsgrundlage für Leistungen der Bundesanstalt ist das Arbeitsförderungsgesetz (AfG). Einzelheiten der individuellen und institutionellen Förderung hat die Bundesanstalt in der Anordnung des Verwaltungsrates über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter (A-Reha) geregelt. Durch das 20. Renten Anpassungsgesetz 1978 wurde der Personenkreis für den die Bundesanstalt zuständig ist, erheblich ausgeweitet. Entsprechend entwickelte sich der Anteil der Bundesanstalt an der Kostenträgerschaft berufsfördernder Maßnahmen. Betrug er 1976 51%, so stieg er auf 77% im Jahre 1981.

Zum Behindertenbegriff in der beruflichen Rehabilitation

Es gibt keine gesetzliche Definition des Behindertenbegriffs. In der RVO ist der Begriff des Behinderten nicht enthalten. Das Schwerbehindertengesetz legt nur fest, wer als Schwerbehinderter gilt und damit zum beschützten Personenkreis nach diesem Gesetz zählt. Der Schwerbehindertensstatus beinhaltet jedoch nicht automatisch einen Anspruch auf Rehabilitationsleistungen. Leistungen zur beruflichen Rehabilitation können auch gewährt werden, wenn der Schwerbehindertensstatus nicht vorliegt.

Das Arbeitsförderungsgesetz definiert ebenfalls nicht den Begriff des Behinderten. Dies wurde 1975 in der A-Reha nachgeholt, deren § 2 lautet:

- (1) Behinderte im Sinne dieser Anordnung sind körperlich, geistig oder seelisch behinderte Personen, deren Aussichten, beruflich eingegliedert zu werden oder zu bleiben in Folge der Behinderung nicht nur vorübergehend wesentlich gemildert sind und die deshalb besonderer Hilfe bedürfen.
- (2) Den Behinderten stehen diejenigen Personen gleich, denen eine Behinderung mit den im Absatz 1 genannten Folgen droht.
- (3) Personen, die der Resozialisierung bedürfen, nicht selbst, alkohol- und drogenabhängig sind, zählen allein auf Grund dieser Tatsache nicht zum Personenkreis der Absätze 1 und 2.

Festgestellt wird die Behinderung durch die Fachkräfte des Arbeitsamtes.

Anforderungen an die Behinderten bei beruflicher Rehabilitation

Die Gewährung von Leistungen ist — wie bereits dargestellt — abhängig von der Erfüllung bestimmter versicherungsrechtlicher Voraussetzungen (Anwartschaften etc.) sowie einer günstigen Prognose. Außerdem muß der Behinderte den Mitwirkungspflichten nachkommen, die in den §§ 60—64 des Sozialgesetzbuches festgelegt sind (Bereitschaft zur Information, zu bestimmten Untersuchungen, zur Teilnahme an berufsfördernden Maßnahmen etc.).

Die Bundesanstalt für Arbeit hat im § 9 der A-Reha ihre Anforderungen noch präzisiert. Danach werden berufsfördernde und ergänzende Leistungen gewährt, wenn:

- (1) der Behinderte bereit ist, sich beruflich bilden oder auf andere Weise beruflich eingliedern zu lassen

- (2) das Leistungsvermögen erwarten läßt, daß er das Ziel der Maßnahme erreichen wird und
- (3) die Förderung nach der beruflichen Eignung und Neigung des Behinderten zweckmäßig erscheint,
- (4) erwartet werden kann, daß der Behinderte nach Abschluß der Maßnahme in der angestrebten beruflichen Tätigkeit innerhalb angemessener Zeit auf dem für ihn erreichbaren allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer Werkstatt für Behinderte voraussichtlich eine Beschäftigung findet und
- (5) bei durchzuführenden berufsfördernden Bildungsmaßnahmen die Voraussetzung nach § 23 (dieser regelt bestimmte institutionelle Anforderungen) erfüllt sind und
- (6) ein Antrag auf Förderung gestellt wurde.

Lebensunterhalt/Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Nach § 12 des Reha-Angleichungsgesetzes haben Teilnehmer von Rehabilitationsmaßnahmen Anspruch auf ergänzende Leistungen. Bei Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation kommt dabei Krankengeld oder Übergangsgeld in Frage. Bei Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation Übergangsgeld oder Ausbildungsgeld. Außerdem werden von den Kostenträgern übernommen:

- Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie zur Bundesanstalt für Arbeit. (Hinweis: Die Teilnehmer von berufsfördernden Maßnahmen im Trainingsbereich einer WfB sind hier benachteiligt. Hier werden Beiträge zur Arbeitslosenversicherung nur dann entrichtet, wenn im Eingliederungsplan von vornherein festgelegt ist, daß die Maßnahme auf eine Eingliederung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, also nicht auf den Arbeitsbereich der WfB, vorbereitet).
- Kosten, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der berufsfördernden Leistung entstehen (Prüfungsgebühren, Lernmittel etc.),
- Reisekosten, auch für Familienheimfahrten,
- Behindertensport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung,
- Haushaltshilfe,
- sonstige Leistungen.

Die Anspruchsgrundlagen und die Höhe der Leistungen wurden durch das Arbeitsförderungs-Konsolidierungsgesetz (AFKG) 1982 sowie durch das Haushaltsbegleitgesetz 1984 geändert:

Übergangsgeld

- Es beträgt jetzt (1984) 75% des entgangenen regelmäßigen Netto-Arbeitsentgelts, wenn der Teilnehmer mindestens 1 Kind hat oder sein Ehegatte pflegebedürftig ist. In allen anderen Fällen beträgt es 65%.

Auch die Anspruchsvoraussetzungen wurden (1982) wesentlich eingeeengt. Übergangsgeld wird nur noch gezahlt,

- wenn der Behinderte innerhalb der letzten fünf Jahre mindestens zwei Jahre Beiträge zur Arbeitslosenversicherung auf Grund eines beitragspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses geleistet hat oder
- wenn der Behinderte Arbeitslosengeld bzw. Arbeitslosenhilfe auf Grund eines Anspruchs von mindestens 156 Tagen bezieht. Diesen Anspruch erwirbt man

dadurch, daß man in den letzten drei Jahren mindestens ein Jahr versicherungspflichtig beschäftigt war.

Insbesondere viele psychisch Behinderte erfüllen diese Voraussetzungen nicht. Dadurch ist eine merkwürdige Lage entstanden: Sie haben zwar vielfach Anspruch auf die Finanzierung der berufsfördernden Leistung, also der Maßnahme selbst, erhalten jedoch kein Geld für die Finanzierung ihres Lebensunterhaltes während der Teilnahme an der Maßnahme. Sie sind deshalb auf Sozialhilfe angewiesen, bzw. verzichten vielfach von vornherein wegen dieser Notlage auf die Inanspruchnahme der Rehabilitations-Maßnahme. (Auf die Belegung des beruflichen Trainingszentrums in Wiesloch hat dies bis heute sehr nachteilige Auswirkungen. Ein Teil der zeitweisen Unterbelegung dieses Zentrums ist auf diese Sparmaßnahmen zurückzuführen.)

Die neuen Regelungen sind insbesondere eine unverständliche Härte für die Behinderten, die vor Beginn ihrer Krankheit viele Jahre versicherungspflichtige Beschäftigungen ausgeübt haben, dann aber wegen ihrer Krankheit in den letzten fünf Jahren kaum erwerbstätig waren. Diese Behinderten erhalten auch kein Ausbildungsgeld, weil dieses in der Regel nur für die Erstausbildung, nicht für die Umschulung oder Fortbildung, um die es sich hier handelt, gezahlt wird.

Ausbildungsgeld: Wer weniger als drei Jahre berufstätig war bzw. nicht über eine abgeschlossene Ausbildung verfügt, hat bei einer Erstausbildung sowie den vorbereitenden Maßnahmen Anspruch auf Ausbildungsgeld. Dieses orientiert sich an den Sätzen des Bundesausbildungsförderungs-Gesetzes (BAFÖG). Eigenes Einkommen, bzw. Einkommen der Unterhaltspflichtigen werden angerechnet. In einer WfB beträgt das Ausbildungsgeld im ersten Jahr monatlich DM 70,— und im zweiten Jahr DM 90,—.

Unterkunft und Verpflegung: Bei Maßnahmen mit stationärer Unterbringung übernehmen Rehabilitationsträger in der Regel die Kosten für Unterbringung und Verpflegung. Als Folge der Spargesetze müssen sich die Rehabilitanden daran beteiligen.

3. BERUFSBEZOGENE MASSNAHMEN DER REHABILITATION UND IHRE BEDEUTUNG FÜR DIE PSYCHISCH KRANKEN/BEHINDERTEN

Im folgenden wird dargestellt, welche berufsbezogenen Fördermaßnahmen es im Rahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland gibt und wie diese Angebote für den Personenkreis der psychisch Kranken/Behinderten genutzt werden.

Rehabilitationsklärung

Rechtsgrundlagen: Der § 368s RVO lautet: „Die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben durch Verträge sicherzustellen, daß der Behinderte über die Möglichkeiten der medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation beraten wird und die gebotenen Maßnahmen von den Rehabilitationsträgern rechtzeitig eingeleitet werden. In den Verträgen ist zu regeln, bei welchen Behinderungen, unter welchen Voraussetzungen und nach welchen Verfahren von den Ärzten Mitteilung über Behinderte an die Kassen zu machen sind.“

Durch das Rehabilitations-Angleichungsgesetz von 1974 wurden die gesetzlichen Krankenkassen auch formell in den Kreis der Rehabilitationsträger aufgenommen.

Das 1976 vereinbarte Mitteilungsverfahren nach § 368s RVO legt fest, daß die Ärzte bei Patienten, die sie für rehabilitationsbedürftig halten, mit deren Zustimmung eine entsprechende Mitteilung an die Krankenkasse machen. Die Ärzte sind angehalten, mit der Meldung auch entsprechende Maßnahmen anzuregen. Das Mitteilungsverfahren wurde 1979 novelliert.

Zielgruppe: Zielgruppe sind Patienten, insbesondere „Problemfälle, bei denen der behandelnde Arzt zu der Auffassung gelangt, daß über die ärztliche Behandlung hinaus möglicherweise Leistungen zur Rehabilitation erforderlich sind“.

Ablauf: Nach Eingang der Mitteilung an die Krankenkasse werden die Versicherten durch den Vertrauensärztlichen Dienst untersucht. Die Krankenkasse leitet ggf. — u. U. in Zusammenarbeit mit ihrem Sozialen Dienst — ein Rehabilitationsverfahren ein. Handelt es sich um Leistungen, die in die Zuständigkeit anderer Sozialversicherungsträger fallen, schaltet die Kasse diese Träger ein.

Personal: Beteiligt an diesem Verfahren sind Kassenärzte und Vertragsärzte sowie die Sozialmedizinischen Dienste der Sozialleistungsträger.

Anforderungen: Das Mitteilungsverfahren zur Rehabilitations-Abklärung stellt an den Versicherten keine besonderen Anforderungen. Das Verfahren darf nur mit seiner Zustimmung in Gang gesetzt werden. Es müssen Behinderungen vorliegen oder drohen, die mit nicht nur vorübergehenden erheblichen Beeinträchtigungen verbunden sind.

Inanspruchnahme des Angebotes: Das Mitteilungsverfahren wird bisher nur unzureichend genutzt. Dafür gibt es unterschiedliche Gründe:

- einerseits werden viele Rehabilitationsverfahren unmittelbar, d. h. ohne das Mitteilungsverfahren eingeleitet,
- andererseits unterbleibt die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, weil das Rehabilitationsbedürfnis des Patienten vom behandelnden Arzt nicht richtig erkannt wird und/oder Möglichkeiten der Rehabilitation nicht ausreichend bekannt sind.

Einen Hinweis auf diesen Mangel gibt die Statistik der Neuzugänge an Berufs- und Erwerbungsfähigkeitsrenten. 1979 wurden 19 220 psychisch Behinderte zu Frühinvaliden. In 78,6% der Fälle erfolgte innerhalb von fünf Jahren vor Rentenbeginn keine Heilbehandlung (Zahlen für sämtliche Diagnosen: 212 316 Neuzugänge, davon 78,9% ohne vorausgegangene Heilbehandlungen im Zeitraum von fünf Jahren).

Vergütung: Die mit dem Mitteilungsverfahren verbundenen Leistungen werden dem Arzt nicht vergütet. Es besteht kein finanzieller Anreiz, die je nach Lage des Einzelfalles sehr zeitaufwendigen Abklärungs- und Beratungsleistungen zu erbringen.

Personalmangel: Für die Abklärung des Rehabilitationsbedarfs psychisch Kranker darf in allen Versorgungsbereichen ein weithin ungedeckter Personalbedarf unterstellt werden. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, daß (ausschließlich mit Ärzten besetzte) medizinische Dienste oder Einrichtungen vielfach nicht in der Lage sind, die Auswirkungen der Erkrankung oder Behinderung auf die einzelnen Lebensbereiche (Schule, Familie, Beruf) hinreichend zu erfassen und daraus die notwendigen Schlüsse im Hinblick auf rehabilitative Hilfen zu ziehen.

Belastungserprobung

Rechtsgrundlagen: Die Belastungserprobung wird im Leistungsrecht stets in Verbindung mit der Arbeitstherapie genannt:

- nach § 10 Reha-Angleichungsgesetz zählt die Belastungserprobung zu den medizinischen Leistungen zur Rehabilitation,
- nach § 182 RVO zählt sie zu den Leistungen der Krankenpflege,
- § 182d RVO regelt zusätzlich, daß die Belastungserprobung von der Krankenkasse subsidiär zu gewähren ist, wenn andere Sozialversicherungsträger nicht zuständig sind.

Zielgruppe: Für diese Maßnahme kommen Kranke oder Behinderte in Frage, bei denen im Rahmen der Krankenhilfe bzw. der medizinischen Rehabilitation die Belastbarkeit

erprobt werden muß. In der Regel erfolgt die Durchführung mittelfristig oder langfristig in der postakuten Phase.

Inhalt/Verfahren: Einem Vorschlag von Professor Jochheim, Köln, folgend, hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation sich vor kurzem auf folgende Definition geeinigt: „Die Belastungserprobung ist eine medizinische Leistung zur Rehabilitation. Sie dient der Ermittlung der körperlichen und geistig-seelischen Leistungsbreite des Patienten, seiner sozialen Anpassungsfähigkeit, seines Könnens und seiner beruflichen Eingliederungschance sowie der Beurteilung und Abklärung der Belastbarkeit auf Dauer im Arbeitsleben.“

Diese Zielsetzung kann durch fachübergreifende Untersuchungen und Erprobungen erreicht werden. Es muß also die gleichzeitige Mitwirkung von Mediziner, Psychologen, Krankengymnasten, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten etc. möglich sein. Die Erprobung soll in einem möglichst realitätsnahen Milieu (Trainingswerkstatt, Trainingsküche etc.) erfolgen, um zu validen Aussagen zu gelangen. Gegenstand der Erprobung sind nicht nur Fragen der Arbeitsfähigkeit, sondern auch Probleme der Bewältigung der Anforderungen im häuslichen oder sozialen Bereich. Durch ein derartiges Verfahren lassen sich unter anderem folgende Fragen besser beantworten:

- Ist der Patient schon wieder arbeitsfähig?
- Ist Rente zu beantragen?
- Sind berufsfördernde oder sonstige rehabilitative Maßnahmen einzuleiten?
- Welche Hilfen und Erleichterungen am künftigen Arbeitsplatz oder in der Wohnung sind notwendig?

Dauer: Die Maßnahme wird nach der Lage des Einzelfalles für die Dauer von einigen Tagen bis zu mehreren Wochen durchgeführt.

Anforderungen: Der Genesungsprozeß muß soweit fortgeschritten sein, daß der Patient an den Untersuchungen und Übungen teilnehmen kann.

Unterbringung: Die Unterbringung erfolgt je nach Behandlungsmodalität, i.d.R. stationär oder teilstationär.

Lebensunterhalt: Der Lebensunterhalt wird durch Krankengeld oder Übergangsgeld gesichert.

Umfang des Angebotes: Belastungserprobungen sind eine Sonderleistung von Rehabilitationskrankenhäusern. Für psychisch Behinderte werden sie unter anderem in Köln (Rehabilitationszentrum der Universität), in Langensteinbach (Rehabilitationskrankenhaus der Stiftung Rehabilitation) und in Saarbrücken (Sonnenbergklinik) durchgeführt. Als Teil der regulären Krankenhausbehandlung und nicht als spezifische medizinische Reha-Maßnahme bieten darüber hinaus psychiatrische Fachkrankenhäuser Patienten die Möglichkeit der Belastungserprobung. Diese Angebote werden meistens nicht als Belastungserprobung bezeichnet, sondern sind in der Regel Bestandteil des arbeitstherapeutischen oder soziotherapeutischen Behandlungsprogramms. Die Belastungserprobung kann auch — bei entsprechender fachlicher Begleitung — in einem Betrieb durchgeführt werden. Dies bietet den Vorteil eines realitätsnahen Milieus. Vielfach kann dabei der Patient an seinem bisherigen Arbeitsplatz erproben, ob er den Anforderungen schon wieder gewachsen ist.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation empfiehlt, daß Belastungserprobungsmaßnahmen nur dann außerhalb von Rehabilitationseinrichtungen — also betrieblich — durchgeführt werden sollen, wenn eine medizinische Kontrolle (durch Werkarzt, niedergelassenen Arzt, Arzt eines Zentrums etc.) sichergestellt ist.

Verwechslungsgefahr: Die Belastungserprobung wird vielfach mit der „stufenweisen Wiederaufnahme der Arbeit“ verwechselt (näheres siehe dort).

Ungedeckter Bedarf: Stuft man die Belastungserprobung als ein komplexes diagnostisches Verfahren zur Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs ein — als inhaltliche Ausgestaltung der Rehabilitationsabklärung — so ist das derzeitige Angebot an qualifizierten Maßnahmen für psychisch Kranke und Behinderte unzureichend. Die Belastungserprobung ist als Bindeglied zwischen der medizinischen Rehabilitationsphase und möglichen weiteren Maßnahmen der beruflichen und sozialen Rehabilitation unverzichtbar. Ihre Weiterentwicklung könnte das Problem der Fehlplatzierung in allen Bereichen der außerklinischen Versorgung psychisch Kranker reduzieren (Verlegung von Patienten in Pflegeheime ohne vorausgegangene Rehabilitation, Berentung ohne vorausgegangene Rehabilitation, Einleitung von berufsfördernden Maßnahmen ohne vorausgegangene Abklärung der Leistungsfähigkeit etc.).

Einschränkung des Leistungsspektrums: Problematisch erscheint die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vorgenommene Elnengung der Belastungserprobung auf diagnostische Aufgaben. Speziell bei der Förderung psychisch Kranker und Behinderter können Diagnose und Hilfen zur Entwicklung nicht voneinander getrennt werden, da es hier nicht — wie manchen Körperbehinderungen — um „Momentaufnahmen“ der Leistungsfähigkeit geht, sondern um die Einschätzung des Entwicklungspotentials. Belastungserprobungen für psychisch Kranke und Behinderte müssen daher inhaltlich (und auch zeitlich) verbunden werden mit Hilfen zur Kompetenzsteigerung bzw. Kompensation.

Ort der Leistungserbringung umstritten: Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation plädiert dafür, die Belastungserprobung nur in Rehabilitations-Krankenhäusern durchzuführen. Betriebliche Maßnahmen sollen nur möglich sein, wenn der Betrieb über entsprechende medizinische Dienste verfügt. Für die Belastungserprobung bei komplizierten Körperbehinderungen mag diese Auflage sinnvoll sein. Für die Belastungserprobung bei psychischen Behinderungen/Erkrankungen ist sie nicht adäquat. Hier stehen meistens Arbeits- und Kommunikationsprobleme im Mittelpunkt der Störung, die im Betrieb selbst ohne großen klinischen Aufwand beobachtet werden können, wenn die bisher behandelnde Stelle und arbeitserfahrene Therapeuten (Arbeitstherapeuten, Psychologen) die Erprobung im Betrieb begleiten.

Beschäftigungs- und Arbeitstherapie

Rechtsgrundlagen: Der Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten ist seit 1976 durch ein Bundesgesetz geregelt.

Die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie ist folgendermaßen sozialrechtlich einzuordnen:

- nach § 10 Reha-Angleichungsgesetz gehören Beschäftigungstherapie und Arbeitstherapie zu den medizinischen Leistungen zur Rehabilitation.
- nach § 182 RVO zählt die Arbeitstherapie zu den Leistungen der Krankenpflege. Die Beschäftigungstherapie ist dort nicht explizit genannt, doch haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen am 2. 12. 1980 darauf geeinigt, daß auch Beschäftigungstherapie eine Leistung der Krankenpflege ist.
- § 182d RVO regelt zusätzlich, daß Arbeitstherapie von der Krankenkasse subsidiär zu gewähren ist, wenn andere Sozialversicherungsträger nicht zuständig sind.

Das Bundessozialgericht hat in einem Urteil vom 18. Mai 1976 festgelegt, daß nur die beschäftigungstherapeutischen Maßnahmen, die gezielt der medizinischen Bekämpfung der Krankheit dienen, einen Leistungsanspruch gegen die Krankenversicherung auslösen können, nicht jedoch Maßnahmen, die lediglich dazu dienen, den körperlichen oder geistigen Allgemeinzustand zu beeinflussen.

Umfang und Modalitäten, nach denen beschäftigungstherapeutische Leistungen ambulant erbracht werden können, sind in den Heilmittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 26. Februar 1982 festgelegt. Spezifische Leistungen für psychisch Kranke wurden dabei nicht berücksichtigt. Auch arbeitstherapeutische Leistungen sind in diesen Richtlinien nicht enthalten.

Beschäftigungs- und Arbeitstherapie sind sowohl Leistungen der Krankenpflege als auch Bestandteil der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Dauer: In der Akutpsychiatrie beträgt die Leistungsdauer meist nur noch einige Wochen. Die mittelfristige Behandlung erstreckt sich bis zu ca. 2 Jahren, die langfristige Behandlung erfolgt mehrere Jahre. Die Leistungen werden in Abhängigkeit vom Einzelfall i. d. R. stationär oder teilstationär erbracht.

Inhalt/Verfahren: Während die Beschäftigungstherapie auch in der somatischen Medizin einen breiten Raum einnimmt, ist die Arbeitstherapie nahezu ausschließlich eine Domäne der Psychiatrie. Hier bezeichnet man die Aktivitäten, die eher kreativ orientiert sind, allgemein als Beschäftigungstherapie und spricht von Arbeitstherapie dann, wenn produktionsorientiert im Hinblick auf eine stufenweise Steigerung der Leistungsfähigkeit vorgegangen wird.

Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten bedienen sich vorwiegend übender Verfahren. Verbale Verfahren finden Anwendung, um Probleme, die sich bei den Übungen ergeben haben, zu erörtern.

Die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie hat diagnostische (z. B. Beobachtung der Nebenwirkungen von Medikamenten auf die Leistungsfähigkeit) und therapeutisch-pädagogische Funktionen. Inhalt der Programme bei der Förderung psychisch Kranker und Behinderter ist vor allem die Vermittlung von Kompetenzen zur:

- Entwicklung der eigenständigen Lebensführung (Haushaltstraining etc.)
- Verbesserung der Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit mit Familienmitgliedern, Nachbarn, Arbeitskollegen
- Anamnese der beruflichen Situation bis hin zur Vorbereitung auf oder Einleitung von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen
- Förderung der Arbeitsfähigkeit bis hin zur Hilfestellung und Nachsorge bei der Wiederaufnahme der Arbeit
- sinnvollen Gestaltung der Freizeit, Bewältigung der Frühinvalidität, Arbeitslosigkeit.

Die Arbeitstherapie ist wesentlicher Bestandteil von Maßnahmen der Belastungserprobung (s. dazu Belastungserprobung).

Die Arbeitstherapie kann ihre Funktion besser erfüllen, wenn sie mit einer leistungsge-rechten Bezahlung verbunden ist. Die Bezahlung dient der Motivation, der realeren Selbsteinschätzung und der Vorbereitung auf die Rolle als Arbeitnehmer sowie dem Wiedererlernen des Umgangs mit Geld. Die Beschäftigungstherapie stellt keine besonderen Anforderungen an die Leistungsfähigkeit des Patienten. Klinische Programme können so gestaltet werden, daß schon in der Akutphase beschäftigungstherapeutische Hilfen möglich sind. Die Arbeitstherapie setzt in der Regel in einer späteren Behandlungsphase ein. Die Anforderungen an das Leistungsvermögen werden hier bewußt höher gesetzt.

Unterbringung: Die Unterbringung orientiert sich am Status des Patienten (ambulant, teilstationär, stationär).

Lebensunterhalt: Für den Lebensunterhalt kommen Krankengeld, Übergangsgeld, oder die Sozialhilfe in Frage. Prämien aus der Arbeitstherapie dienen vielfach dazu, das „Einkommen“ der Sozialempfänger aufzubessern.

Umfang des Angebotes: Beschäftigungs- und Arbeitstherapie gehören zum Standardangebot der Fachkrankenhäuser, Tageskliniken und Übergangseinrichtungen. Im Heilmittelbereich wird Beschäftigungs- und Arbeitstherapie mangels qualifizierten Personals nur vereinzelt angeboten.

Im Bereich der beruflichen Rehabilitation von psychisch Kranken und Behinderten werden (psychiatriee erfahrene) Arbeitstherapeuten in Berufsfindungsinstituten, Berufsbildungswerken und Werkstätten für Behinderte und anderen Einrichtungen eingesetzt.

Im Bereich der pädagogischen Rehabilitation sind Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten in Sonderschulen und anderen Einrichtungen tätig.

Personalbestand und -qualifikation nicht ausreichend: Seit Inkrafttreten des entsprechenden Bundesgesetzes sind zwar zahlreiche anerkannte Fachschulen für die Ausbildung von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten entstanden, den in der Psychiatrie-Enquête belegten Mangel an Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten hat dies jedoch kaum behoben, da die meisten Absolventen im Bereich der somatischen Medizin tätig werden. Die Absolventen spezialisieren sich zudem auch in der Psychiatrie meist auf die Beschäftigungstherapie, die als attraktiver empfunden wird als die „harte“ Arbeitstherapie. Die Arbeitstherapie wird in der Ausbildung mangels geeigneter Lehrkräfte vernachlässigt. Ein zusätzliches Problem besteht darin, daß sich die Beschäftigungstherapeuten, sofern sie sich überhaupt für die Psychiatrie interessieren, zunehmend von den übenden Verfahren entfernen, und statt dessen „psychotherapeutische“ Gesprächsangebote aller Art machen.

Vieftach sind in den Landeskrankenhäusern arbeitstherapeutische Stellen von ehemaligen Handwerkern bzw. Pflegekräften besetzt. Den Mangel an fachlicher Qualifikation kompensieren diese zwar teilweise durch entsprechende Berufs- und Lebenserfahrung, häufig wird diese berufsfernde Beschäftigung von ihnen jedoch auch als Dequalifikation erlebt. Daraus und aus nicht ausreichend reflektierten Mißerfolgen in der Arbeit mit den Kranken resultiert oftmals eine resignative Haltung, die sich ungünstig auf den Heilungsprozeß auswirkt. Dieses arbeitstherapeutisch tätige Personal erlebt häufig die gleiche Herabsetzung in der psychiatrischen Arbeitstherapie wie die Patienten: beide sind berufsfernd mit Tätigkeiten beschäftigt, die sie unterfordern oder überfordern und keine Perspektive erkennen lassen.

Mangelnde Orientierung am beruflichen Werdegang der Patienten: Der mangelnde Bezug der arbeitstherapeutischen Angebote in den psychiatrischen Krankenhäusern zur beruflichen Vergangenheit oder Zukunft der Patienten beeinträchtigt die Wirksamkeit der Maßnahmen erheblich. Zwar kann es in bestimmten Behandlungsphasen durchaus sinnvoll sein, z. B. einen Buchhalter in der Tischlerei zu beschäftigen, in der Endphase der Behandlung sollte der Patient jedoch im Rahmen der Arbeitstherapie wieder Tätigkeiten trainieren, die einen realen Bezug zu seinem künftigen Arbeits- oder Ausbildungsplatz haben. Die dauernde berufsfernde Beschäftigung ist eine zusätzliche Schwächung der Identität der Kranken. Eine stärkere berufliche Orientierung der Arbeitstherapie könnte die Patienten zielgerichteter auf Anforderungen des Arbeitsmarktes oder Angebote der beruflichen Rehabilitation vorbereiten.

Quantität der Angebote: Die angestrebte Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung und ihre Verlagerung vom stationären auf den teilstationären und ambulanten Bereich macht auch eine entsprechende Erweiterung des Angebots von Beschäftigungs- und Arbeitstherapie erforderlich. Kleine psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern können mittel- und längerfristige Behandlungen ohne ein ausreichendes beschäftigungs- und arbeitstherapeutisches Angebot nicht durchführen. Die Ausstattung derartiger Abteilungen mit einem ausreichenden Angebot führt jedoch vielfach zu Schwierigkeiten, da die Träger die Maßstäbe der somatischen Abteilungen

zugrundelegen und den erhöhten Bedarf der psychiatrischen Abteilung vielfach nicht akzeptieren.

Einbindung in die Versorgung: Die Forderung nach einer Finanzierung ambulanter beschäftigungs- und arbeitstherapeutischer Leistungen für psychisch Kranke muß nicht unbedingt bedeuten, daß für die Behandlung dieser Personengruppe die Organisationsform der Einzelneiderlassung geeignet ist. Andere Alternativen der Einbindung erleichtern die fachübergreifende Arbeit. Hier bieten sich vor allen Dingen an: Tageskliniken, Tagesstätten, Teestuben und Clubs. Beschäftigungs- und Arbeitstherapie benötigt ein konkretes Übungsfeld, das ein ambulanter Dienst oder eine Arztpraxis in der Regel nicht anbieten kann.

Prämie/Entgelt: Die Bezahlung der in der Arbeitstherapie erbrachten Leistungen hat aus therapeutisch-pädagogischen Gesichtspunkten (Motivation, Entwicklung einer realistischen Einschätzung der eigenen Leistung etc.) sowie teilweise auch aus sozialen Gründen (Armut vieler Patienten) eine große Bedeutung. Die damit verbundenen rechtlichen und finanziellen Probleme sind seit langem ungelöst. Eine zusätzliche Schwierigkeit ergibt sich, weil nicht überall streng getrennt wird zwischen der Arbeit/Beschäftigung Kranker oder Behinderter in der Einrichtung und der Teilnahme an Therapieprogrammen.

Problematisch ist vielleicht die Höhe der gezahlten Prämien. Der Bezug zur tatsächlichen Leistung, d. h. zum Wert der erbrachten Arbeit, ist häufig nicht gegeben, da gestufte Pauschalen und bestimmte Höchstgrenzen die Regel sind. Der Patient kann sich übervorteilt oder auch bevorzugt fühlen und nur schwer einschätzen, wie hoch seine Arbeitsleistung „draußen“ bewertet würde.

Rückgriff der Sozialhilfe: Die Modalitäten, nach denen die Sozialhilfeträger auf das „Einkommen“ aus Arbeitstherapie bzw. Hausarbeiter-Verträgen zurückgreifen, werden in der Psychiatrie seit langem kritisiert. Befriedigende Lösungen stehen hier noch aus. Durch Sparmaßnahmen haben sich in manchen Regionen die Bedingungen sogar verschlechtert. Der Rückgriff setzt zu früh und zu hoch ein. Materielle Leistungsanreize werden weitgehend abgebaut. Das Rückgriff-System wirkt sich therapie- und rehabilitationshemmend aus.

Der Anwendungsbereich der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie geht über das leistungsrechtlich fixierte Maß weit hinaus. Im Hinblick auf die Förderung psychisch Kranker und Behinderter lassen sich — grob vereinfacht — folgende Zielgruppen unterscheiden:

- Patienten, bei denen Beschäftigungs- oder Arbeitstherapie Teil eines medizinischen Behandlungsplanes sind, dessen Ziel die Genesung, Entlassung und/oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist
- Chronisch Kranke/Behinderte/Pflegefälle, die in Kliniken oder Heimen nicht mit dem primären Ziel der Wiedereingliederung an beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen Aktivitäten teilnehmen, sondern zur Aktivierung, um Sekundärschäden, die durch Untätigkeit entstehen, zu vermeiden
- Dauerbewohner von Heimen, Anstalten und den Langzeitbereichen von Landeskrankenhäusern, die im Rahmen der sogenannten Arbeitstherapie als „Hausarbeiter“ beschäftigt werden und dafür Prämien erhalten
- Patienten in Rehabilitations-Kliniken (z. B. für die Entwöhnungsbehandlung von Suchtkranken), wo Beschäftigungs- und Arbeitstherapie zum Programm einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme gehören
- Kranke/Behinderte in psychiatrischen Übergangseinrichtungen, wo Beschäftigungs- und Arbeitstherapie Bestandteil des Rehabilitations-Programms ist

- Patienten, denen vom Arzt ambulante Beschäftigungstherapie verordnet wird
- Behinderte, die im Rahmen von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation arbeits-therapeutische Erprobung und Förderung in Anspruch nehmen.

Kostenübernahme für ambulante Beschäftigungstherapie: Die Ausklammerung spezifisch psychiatrischer Indikationen und Maßnahmen aus den Heilmittelrichtlinien für die ambulante Beschäftigungstherapie führt zu einer Benachteiligung der psychisch Kranken. Der Berufsverband der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten hat in den Verhandlungen vergeblich versucht, psychische Störungen als Indikation für eine beschäftigungstherapeutische Leistung zu verankern.

Studie des BMA: Die hier skizzierten, quantitativen und qualitativen Mängel in der psychiatrischen Arbeitstherapie wurden durch eine bundesweite Erhebung bestätigt, die K. Lehmann und H. Kunze, Kassel, 1983 im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung durchführten.

Stufenartige Wiederaufnahme der Arbeit

Rechtsgrundlage: Nach § 193 Abs. 2 RVO kann die Krankenkasse als ergänzende Leistungen solche gewähren, die unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern, aber nicht zu den berufsfördernden Leistungen der Rehabilitation gehören, wenn sie zuletzt Krankenhilfe gewährt hat oder gewährt.

Zielgruppe: Für diese Leistung kommen Kranke/Behinderte in Betracht, die in der Rekonvaleszenzphase (in der Regel nach längeren und schwereren Erkrankungen) wieder eine stufenweise Gewöhnung an die Arbeit benötigen, bevor sie wieder voll arbeitsfähig sind.

Inhalt/Verfahren: Der Patient/Behinderte ist noch arbeitsunfähig, beginnt aber an seinem bisherigen Arbeitsplatz wieder mit der Tätigkeit. Die Belastung wird dabei im Hinblick auf Zeit, Tempo und andere Anforderungen über mehrere Wochen Schritt für Schritt gesteigert. Im Hinblick auf die Arbeitszeit wird in der Regel mit vier Stunden begonnen, anschließend folgt eine Phase von sechs Stunden, dann schließlich acht Stunden pro Arbeitstag.

Dauer: Die Krankenkassen übernehmen die Kosten bis zu einer Dauer von sechs Monaten.

Anforderungen: Es muß die Erwartung bestehen, daß der Patient durch diese Maßnahme wieder eingegliedert werden kann. Die Maßnahme kann auch durchgeführt werden, um Zweifel an der Wiedereingliederungsfähigkeit abzuklären.

Leistungserbringung: Die Techniker-Krankenkasse, die Anfang der 70er Jahre für bestimmte Patientengruppen mit diesem Verfahren begonnen hat, zahlt bei der stufenweisen Wiedereingliederung in das Berufsleben ein sogenanntes Genesendengeld zum Ausgleich des geminderten Arbeitsentgeltes in der Zeit der Wiedereinarbeitung.

Die Siemens-Betriebskrankenkasse zahlt zunächst volles Krankengeld. Bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens 20 Stunden erfolgt die vollständige Lohn- und Gehaltszahlung, auch wenn noch nicht die normale Arbeitsleistung erbracht wird.

Einschätzung des Leistungsangebots: In den Jahren 1972 bis 1976 gewährte die Techniker-Krankenkasse in insgesamt 226 Fällen Genesendengeld. (Neuere Zahlen liegen nicht vor). Die Kasse hat mit dieser Hilfeart bei der Eingliederung von Langzeitkranken gute Erfahrungen gemacht und außerdem Ersparnisse erzielt.

Die Siemens-Krankenkasse hat seit der Einführung des Verfahrens (Mai 1979) jährlich rund 100 erkrankte Mitarbeiter durch diese Regelung wieder eingegliedert. Hierbei han-

deit es sich vorwiegend um Herz- und Kreislaufkranke, Infarkt-Patienten, Krebs-Kranke und in zunehmendem Maße auch um psychisch Kranke.

Rechtliche Probleme: Die beschriebenen Beispiele sind der Versuch, durch pragmatische Lösungen den Mangel auszugleichen, der dadurch entsteht, daß das Gesetz keine Teilarbeitsunfähigkeit und kein Teilkrankengeld zuläßt. Beide Modelle sind ein Fortschritt beim wünschenswerten gestuften Übergang nach längerer Erkrankung. Probleme bestehen jedoch noch im Hinblick auf mögliche rentenversicherungsrechtliche Nachteile für die Patienten.

Verwechslung mit der Belastungserprobung: Das hier geschilderte Verfahren wird auch von anderen Krankenkassen angewandt. In der Regel wird dabei bis zu sechs Monaten das volle Krankengeld weiter entrichtet. Der Patient erhält dann kein Arbeitsentgelt. Dieses Verfahren wird häufig auch als Belastungserprobung bezeichnet. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist jedoch zu dem Schluß gekommen, daß dies eine mißbräuchliche Benutzung dieses Begriffs ist (siehe dazu auch: Belastungserprobung).

Berufsfindung und Arbeitserprobung

Rechtsgrundlagen: Rechtsgrundlagen sind im wesentlichen: § 11 Reha-Angleichungsgesetz, § 12 A-Reha, § 1237 RVO, § 14a AVG (Angestelltenversicherungsgesetz), § 36a RKG (Reichsknappschaftsgesetz). Berufsfindung und Arbeitserprobung sind beruflördernde Leistungen zur Rehabilitation.

Zielgruppe: Zielgruppe für diese Maßnahmen sind Personen, bei denen die Beratungsfachkraft des Kostenträgers auch nach mehreren Beratungen sowie einschlägigen ärztlichen und psychologischen Untersuchungen nicht klären kann, ob sie ausbildungsfähig sind oder für welchen Beruf bzw. für welche Tätigkeit oder Ausbildung sie geeignet sind. Es handelt sich also um „Problemfälle“.

Inhalt/Verfahren: Die angebotenen Leistungen dienen der Klärung von Leistungsvermögen, Eignung und Neigung sowie der Einschätzung von behinderungsbedingten Beeinträchtigungen im Hinblick auf eine zukünftige Berufstätigkeit.

Bei der **Berufsfindung** ist das berufliche Ziel noch unklar. Es geht hier um eine umfassende Erprobung, um zu einem Berufsvorschlag zu gelangen, dem der Behinderte zustimmt und dessen Anforderungen er erfüllen kann.

Bei der **Arbeitserprobung** ist die Berufselgnung bereits weitgehend abgeklärt. Es geht lediglich um die Untersuchung einzelner Zweifelsfragen im Hinblick auf die Förder- bzw. Arbeitsplatzbedingungen.

Berufsfindungs- und Arbeitserprobungsmaßnahmen umfassen ärztliche, psychologische, pädagogische, arbeitstherapeutische und soziale Untersuchungen, Erprobungen und Beratungen. Nach der diagnostischen Phase erfolgt eine praktische Erprobung in mehreren Berufsfeldern unter möglichst realitätsnahen Bedingungen, um dem Behinderten die Möglichkeit zu geben, einen Beruf zu finden, der Neigungen und Eignung gleichermaßen entspricht.

Ergebnis ist ein Gutachten/Abschlußbericht, der dem Kostenträger konkrete Hinweise für die Aufstellung des Rehabilitationsplanes gibt.

Dauer: Die Dauer der Maßnahme umfaßt bei Erwachsenen in der Regel zwei bis vier Wochen, bei Jugendlichen bis zu drei Monaten. Vereinzelt werden Arbeitserprobungen auch bis zu sechs Monaten angeboten.

Durchführung: Die Durchführung erfolgt für Jugendliche in der Regel in Berufsbildungswerken, für Erwachsene in Berufsförderungswerken. Grundsätzlich können die Maßnahmen auch betrieblich durchgeführt werden. Dies trifft häufiger bei der Arbeitserprobung

zu. Die Berufsfindung erfordert ein umfassendes berufliches Angebot vom Maßnahmeträger.

Lebensunterhalt: Der Rehabilitand bezieht Ausbildungsgeld oder Übergangsgeld.

Unterbringung: Bei Durchführung in Reha-Einrichtungen in der Regel im dazugehörigen Internat.

Anforderungen: Der Behinderte soll durch die vorausgegangene Arbeitstherapie bzw. Soziotherapie so weit stabilisiert sein, daß er ca. halbtags einigermaßen konzentriert arbeiten kann. Darüber hinaus soll er in der Lage sein, im Internat zu leben oder selbständig täglich ins Reha-Zentrum zu kommen. Medizinisch soll die Phase der Akutbehandlung abgeschlossen sein. Der Behinderte soll gelernt haben, medizinische Hilfe möglichst eigenständig in Anspruch zu nehmen. Suchtkranke sollen eine Entwöhnungsbehandlung erfolgreich abgeschlossen haben.

Unzureichendes Angebot: Speziell für den Personenkreis der psychisch behinderten Erwachsenen bieten nur das Berufsförderungswerk Heidelberg, das Rehabilitations-Krankenhaus Langensteinsbach, sowie ab 1984 auch das Rehabilitationszentrum Straubing derartige Maßnahmen an. Dadurch bestehen im gesamten Bundesgebiet Engpässe mit langen Wartezeiten.

Orientierungs-, Motivations- und Entscheidungsschwierigkeiten sind typische Merkmale psychischer Behinderungen. Berufsfördernde Maßnahmen, die auf diese charakteristischen Störungen abzielen, müssen daher in breiterem Umfang regional zur Verfügung stehen und nicht nur an wenigen Orten.

Inhaltliche und zeitliche Ausgestaltung fragwürdig: Die zahlreichen Ausbildungsabbrüche jüngerer psychisch Behinderter belegen deutlich die Schwierigkeiten, die dieser Personenkreis mit der Berufswahl und dem Eintritt in das Berufsleben hat. Diese Behinderten reagieren empfindsam auf isolierte Erprobungs- und Testsituationen und den damit verbundenen Streß. Bei einer Weiterentwicklung des Angebots an Berufsfindungs- und Arbeitserprobungsmaßnahmen muß daher die inhaltliche Ausgestaltung und die Zeitdimension, die heute vorgegeben ist kritisch hinterfragt werden. Es ist problematisch, Erprobung/Diagnostik von Förderung zu trennen. Die Fähigkeit, valide Prognosen zu stellen ist reduziert, wenn das Erprobungspersonal nicht gleichzeitig in der Förderung tätig ist.

Gemeindeferne: Die bei der Erprobung und Förderung psychisch Behinderter notwendige Einbeziehung des familiären, beruflichen und sozialen Umfelds ist unter den derzeitigen Bedingungen (räumliche Entfernung) nicht möglich.

Milieumangel: Krankenhäuser sind als Ort der Leistungserbringung problematisch, da die Patientenrolle und das Klinikmilieu realistische Erprobungen und entsprechend valide Prognosen außerordentlich erschweren. Sie verfügen zudem i. d. R. nicht über ein breites Angebot von Berufsfeldern, das insbesondere für Berufsfindungsmaßnahmen erforderlich ist. Besser geeignet sind Zentren der beruflichen Rehabilitation sowie Betriebe mit mehreren Berufsfeldern.

Fehlplatzierung: Das Berufsfindungsinstitut im Berufsförderungswerk Heidelberg führt seit Anfang der 70er Jahre zunehmend Berufsfindungs- und Arbeitserprobungsmaßnahmen für psychisch Behinderte durch. Dabei hat sich ergeben, daß — je nach Zuweisungsmodalitäten — 60% bis 80% der Probanden — zunächst oder dauernd — nicht für eine Ausbildung vorgeschlagen werden können, weil in der medizinischen Phase noch nicht die notwendige Stabilität und Leistungsfähigkeit entwickelt werden konnte. Dies deutet auf Defizite im klinischen Bereich hin, wie z. B. Mangel an entsprechenden arbeits- und soziotherapeutischen Programmen sowie unzureichende Fähigkeiten des Klinikpersonals, die beruflichen Anforderungen richtig einzuschätzen.

Die genannten Zahlen lassen nicht darauf schließen, daß nur ein geringer Teil der psychisch Behinderten ausbildungsfähig ist. In zahlreichen Fällen können durch vorgeschaltete Maßnahmen (z. B. in Werkstätten für Behinderte) die notwendige Stabilisierung und Leistungsfähigkeit für den erfolgversprechenden Beginn einer Ausbildung erreicht werden.

Befristete Probebeschäftigung

Rechtsgrundlagen: Nach § 55a A-Reha kann die Bundesanstalt für Arbeit die Kosten für eine befristete Probebeschäftigung übernehmen, wenn dadurch die Möglichkeiten einer vollständigen und dauerhaften beruflichen Eingliederung des Behinderten verbessert werden oder nur dadurch eine vollständige und dauerhafte berufliche Eingliederung zu erreichen ist.

Zielgruppe: Die Maßnahme ist für Behinderte vorgesehen, bei denen eine berufliche Eingliederung zwar möglich erscheint, aber Zweifel im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit für den angestrebten Arbeitsplatz bestehen.

Inhalt/Verfahren: In der Durchführungsanweisung der Bundesanstalt für Arbeit werden zwei Alternativen unterschieden:

- Die Probebeschäftigung hat das Ziel, *Zweifel des Arbeitgebers an der Eignung des zur Einstellung vorgeschlagenen Behinderten auszuräumen*,
oder
- die Probebeschäftigung dient dazu, *Spezialkenntnisse zu vermitteln*, die im Rahmen einer berufsfördernden Bildungsmaßnahme nicht vermittelt werden können, um im Verlauf der Beschäftigung die Eignung des Behinderten für einen bestimmten Arbeitsplatz zu erproben.

Dauer: Die Maßnahme ist auf maximal drei Monate befristet.

Durchführung: Die befristete Probebeschäftigung erfolgt bei Arbeitgebern auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Lebensunterhalt: Der Behinderte bezieht tarifliches oder ortsübliches Arbeitsentgelt. Das Arbeitsamt erstattet dem Arbeitgeber 100% der Brutto-Lohn-Kosten.

Anforderungen: Die Probebeschäftigung kann am Beginn einer „Rehabilitationskarriere“ stehen und dabei die Funktion einer Arbeitserprobung erfüllen. Sie kann sich auch an eine Rehabilitationsmaßnahme anschließen, um dadurch den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu erleichtern. In beiden Fällen muß der Behinderte arbeitsfähig sein, wobei Einschränkungen möglich sind.

Entscheidend für eine berufliche Eingliederung über eine Probebeschäftigung ist die Situation am Arbeitsplatz: können betriebliche oder externe Fachkräfte die Maßnahmen stützend begleiten, sind die Anforderungen an den Behinderten nicht so hoch.

Regionenspezifische Ungleichheiten: Es gibt Rehabilitationsberater, die diese Maßnahme bei psychisch Behinderten einer Arbeitserprobung in einem Rehabilitationszentrum vorziehen. Abhängig ist dies unter anderem davon, ob es Ihnen gelingt, in Ihrer Region genügend geeignete und bereitwillige Arbeitgeber zu finden.

Überforderung der Arbeitgeber: Es kann davon ausgegangen werden, daß die befristete Probebeschäftigung nicht zuletzt deshalb so selten Anwendung findet, weil die Arbeitgeber sich ohne begleitende Hilfen durch Fachdienste und Einrichtungen überfordert fühlen.

Zeitliche Befristung: Die jetzige Befristung von drei Monaten ist für psychisch Behinderte zu knapp bemessen. Sie berücksichtigt nicht die Tatsache, daß dieser Personenkreis im Vergleich zu anderen Behinderten größere Schwierigkeiten hat, sich an ein neues Milieu zu gewöhnen.

Eingangsverfahren und Training in der WfB

Rechtliche Grundlagen: Rechtsgrundlagen sind:

- § 58 AFG in Verbindung mit
- § 19 A-Reha
- § 52 Schwerbehindertengesetz
- § Werkstättenverordnung.

Zielgruppe: Die Maßnahmen sind für Behinderte vorgesehen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können (§ 52 SchwBG).

Im Dienstblatt-Runderlaß 199/79 hat die Bundesanstalt für Arbeit festgelegt, daß Behinderte aufgenommen werden können, die

- für eine Ausbildung oder die Aufnahme einer Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wegen Art und Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder in Betracht kommen,
- gemeinschaftsfähig sind und
- so weitgehend von Pflege unabhängig sind, daß eine Teilnahme an Maßnahmen im Eingangsverfahren sowie im Arbeitstrainingbereich und eine Beschäftigung im Arbeitsbereich möglich erscheinen.

In der Praxis werden einer Werkstatt für Behinderte alle die Personen zugewiesen, die den Anforderungen anderer beruflicher Rehabilitations-Maßnahmen nicht gewachsen sind. Sie stehen dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung und sind während der Förderungsmaßnahme zwar renten- und krankenversichert, für sie werden jedoch in der Regel keine Beiträge zur Arbeitslosenversicherung entrichtet, wie das bei den anderen Maßnahmen der Fall ist.

Inhalt/Verfahren: Im *Eingangsverfahren* wird abgeklärt, ob der Behinderte für die Werkstatt geeignet ist (bzw. ob die Werkstatt für den Behinderten geeignet ist). Wird das verneint, so soll der Fachausschuß (bestehend aus Vertretern der Bundesanstalt für Arbeit, des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe und der Werkstatt) alternative Vorschläge für die Förderung erarbeiten.

Beim *Arbeitstraining* werden im Grundkurs (1. Jahr) Fertigkeiten und Grundkenntnisse verschiedener Arbeitsabläufe vermittelt, wie u. a. manuelle Fertigkeiten, Umgang mit verschiedenen Werkstoffen und Werkzeugen und Grundkenntnisse über Werkstoffe und Werkzeuge.

Zugleich sollen das Selbstwertgefühl des Behinderten und die Entwicklung des Sozial- und Arbeitsverhaltens gefördert sowie Schwerpunkte der Eignung und Neigung festgestellt werden.

Im *Aufbaukurs* (2. Jahr) sollen Fertigkeiten mit höherem Schwierigkeitsgrad, insbesondere im Umgang mit Maschinen und vertiefte Kenntnisse über Werkstoffe und Werkzeuge vermittelt werden sowie die Fähigkeit zu größerer Ausdauer und Belastung und zur Umstellung auf unterschiedliche Beschäftigungen im Arbeitsbereich geübt werden. Die Förderung im Arbeitstrainingbereich soll „angemessene Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit des Behinderten einschließen“.

Die Zielsetzung einer Fördermaßnahme im Trainingsbereich einer WfB ist breit gefächert.

Im Vordergrund steht das Ziel, den Behinderten soweit zu fördern, daß er anschließend im Arbeitsbereich der WfB (Subventionierung durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe) ein „Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung“ erbringen kann. Die

Werkstättenverordnung betont aber auch daß die Werkstatt auf eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sowie auf andere oder weiterführende berufsfördernde Bildungsmaßnahmen vorbereiten soll.

Dauer: Die Maßnahmen werden maximal für die Dauer von zwei Jahren durchgeführt.

Durchführung: Die Durchführung erfolgt in Werkstätten für Behinderte, die die von der Bundesanstalt für Arbeit nach der Werkstättenverordnung anerkannt sein müssen.

Unterbringung: Werkstätten können von zu Hause aus oder von einem Heim aus besucht werden. Die „Internatsmäßige Unterbringung“ wird vom Arbeitsamt nur dann finanziert, wenn ohne sie das Ziel der Werkstatt-Maßnahme nicht erreicht werden kann und wenn die Unterbringung ausschließlich diesem Ziel dient.

Lebensunterhalt: Für den Lebensunterhalt wird Übergangsgeld oder Ausbildungsgeld gezahlt. Das Ausbildungsgeld beträgt z. Zt. im 1. Jahr DM 70,— mtl., im 2. Jahr DM 90,— mtl. Im Arbeitstrainingbereich beziehen viele WfB-Besucher daher zusätzliche Sozialhilfe.

Anforderungen: Ausschlusskriterien sind: fehlende Gemeinschaftsfähigkeit, ein außerordentliches Pflegebedürfnis sowie die Einschätzung, daß der Behinderte nach Abschluß der Förderung beim Wechsel in den Arbeitsbereich der WfB kein Mindestmaß wirtschaftlich vertretbarer Arbeitsleistung erbringt. Dieses Mindestmaß ist gesetzlich nicht fixiert.

Umfang der Angebote: Nach Mitteilung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für Behinderte gibt es derzeit 345 WfB's mit rund 72 000 Plätzen. Schätzungsweise 10% der Plätze sind mit psychisch Behinderten besetzt. Nur wenige Werkstätten sind auf psychisch Behinderte spezialisiert bzw. verfügen über Spezialabteilungen für das Training dieses Personenkreises.

Bedarf: Der Landschaftsverband Rheinland und andere Planer gehen davon aus, daß 20% der Werkstattplätze für seelisch Behinderte zur Verfügung stehen. Die allgemeine Bedarfsplanung geht davon aus, daß in der ersten Versorgungsstufe für je 1000 Einw. ein Platz geschaffen werden muß. Dieses Ziel ist bereits überschritten. Für die zweite Planungsstufe war eine Verdoppelung des Angebotes vorgesehen. (Die Planzahlen gelten dabei für Trainingsbereich und Arbeitsbereich.) Der exakte Bedarf läßt sich jedoch nur regional ermitteln. Er ist für den Arbeitstrainingbereich u. a. davon abhängig, welche sonstigen berufsfördernden Maßnahmen vorgehalten bzw. entwickelt werden. Für den Arbeitsbereich ist ausschlaggebend, welche Bedingungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorzufinden sind.

Fehlplatzierung: In konjunkturellen Krisenzeiten besteht die Gefahr, daß dem Arbeitsbereich der WfB (besonderer Arbeitsmarkt) vor allem deshalb psychisch Behinderte zugewiesen werden, weil sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt durch Arbeitsplatzabbau, Rationalisierung und allgemeine Verschärfung der Arbeitsbedingungen keine Stelle mehr finden. Dies bedeutet, daß zunehmend in die Werkstatt nicht mehr — wie im SchwBG vorgesehen — Behinderte Aufnahme finden, die wegen der Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können, sondern Behinderte, die wegen des Fehlens an geeigneten Arbeitsplätzen darauf verwiesen sind.

Mangel an Förderprogrammen: Die traditionelle Werkstatt für Behinderte ist auf die Förderung und Beschäftigung geistig Behinderter ausgerichtet. Es fehlen Förderprogramme, Mitarbeiter, Organisationsstrukturen etc., die eine spezifische Förderung psychisch Behinderter möglich machen.

Ein besonderes Problem ist dabei die Tatsache, daß psychisch Behinderte keine homogene Gruppe darstellen. Sie kommen nicht annähernd auf gleichem Leistungsniveau und

zum gleichen Zeitpunkt nach Abschluß der Sonderschule in die Werkstatt, wie das bei den anderen Behindertengruppen der Fall ist, sondern werden das ganze Jahr über einzeln aufgenommen. Problematik, Grad der Behinderung und Leistungsniveau sind individuell unterschiedlich.

Für das Training der geistig Behinderten wurden inzwischen ausdifferenzierte einheitliche Programme entwickelt, die für psychisch Behinderte fehlen. Einheitliche Programme sind hier wegen des unterschiedlichen Ausgangsniveaus auch kaum zu entwickeln, es müßten vielmehr Leitlinien und Materialien für die Individualförderung erarbeitet werden.

Grenzen gemeinsamer Förderung: Finden bei psychisch Behinderten die Programme für geistig Behinderte Anwendung, kommt es zu Überforderungen oder Unterforderungen. Ein solches Vorgehen, das aus praktischen Gründen vielfach nicht zu vermeiden ist, widerspricht den Prinzipien der pädagogischen Förderung. Das unterschiedliche Intelligenzniveau, die unterschiedliche emotionale Belastbarkeit und die unterschiedliche berufliche und soziale Entwicklung der Behinderten können so nicht berücksichtigt werden. Die Kritik am Konzept der Einheits-Werkstatt üben daher nicht nur Vertreter der Psychiatrie, sondern auch Organisationen anderer Behindertengruppen, wie z. B. die Spastiker.

Mangel an Perspektive: Die geistig Behinderten werden in der WfB i. d. R. nicht auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, sondern auf einen Dauerverbleib im Arbeitsbereich der Werkstatt vorbereitet. Dieses „Einbahnstraßen-Prinzip“ wird von den psychisch Behinderten, die noch Chancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für sich vermuten, als demotivierend erlebt. Als zusätzliche Beeinträchtigung ihres ohnehin häufig gestörten Selbstwertgefühls wird von ihnen vielfach das Zusammensein mit geistig Behinderten empfunden. Sie fühlen sich durch die Einweisung in eine Werkstatt aus dem allgemeinen Leben ausgegrenzt. Statt der angestrebten Förderung kann dadurch eine neue Gesundheitsbeeinträchtigung hervorgerufen werden.

Auswirkungen hat dies u. a. auch auf das Sozial- und Kommunikationsverhalten der psychisch Behinderten. So klagen Vertreter traditioneller Werkstätten regelmäßig darüber, daß die psychisch Behinderten hohe Fehlzeiten aufweisen und „faul“ sind. In Einrichtungen, die sich auf die Förderung psychisch Behinderter spezialisiert haben, sind diese Phänomene nicht in diesem starken Umfang zu beobachten.

Fremdbestimmung der Arbeitsinhalte: Ungeeignet für eine differenzierte Förderung psychisch Behinderter sind vielfach auch die an industrieller Serienproduktion orientierten Arbeitsinhalte sowie die als fremdbestimmt erlebte damit zusammenhängende Arbeitsorganisation. Notwendige Impulse zur Entwicklung von Fertigkeiten und Fähigkeiten, die für eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorbereiten, sowie Anreize zur Eigenverantwortlichkeit können dabei nur sehr begrenzt erfolgen.

Überschaubarkeit nicht gewährleistet: Viele Werkstätten haben mit mehreren hundert Arbeitsplätzen inzwischen Größenordnungen erreicht, die eine Überschaubarkeit der arbeitsorganisatorischen und vor allem der personalen Bezüge — denen bei der Förderung psychisch Behinderter zentrale Bedeutung zukommt — kaum noch ermöglichen.

Die Werkstättenverordnung schreibt als Mindestgröße für eine anerkennungsfähige Werkstatt 120 Plätze im Endausbau vor. In der Aufbauphase reichen 60 Plätze. Kleinere Einheiten können jedoch anerkannt werden, wenn sie einen Verbund bilden, der gemeinsam die erforderliche Mindestzahl von 120 Plätzen vorhält. Von dieser Möglichkeit wird jedoch nur zögernd Gebrauch gemacht. Es stellt sich das Problem, die notwendige fachliche und organisatorische Eigenständigkeit der kleineren — für die psychisch Behinderter geschaffenen Einheiten — gegenüber den größeren Partnern im Verbund zu bewahren.

Personalausstattung nicht ausreichend: Die Werkstättenverordnung empfiehlt für den Trainingsbereich einen Personalschlüssel von 1:40 und für den Arbeitsbereich einen Schlüssel von 1:12. Diese Anhaltzahlen gelten für das berufsfachliche Personal. Hinzu kommen begleitende Dienste. Für je 120 Behinderte soll i. d. R. ein Sozialpädagoge/ Sozialarbeiter zur Verfügung stehen. Während die Ausstattung mit berufsfachlichem Personal ausreichend erscheint, ist die Ausstattung der begleitenden Dienste für die Förderung psychisch Behinderter nicht in notwendigem Maße gewährleistet.

Anforderungen: Die WfB steht in einem Zielkonflikt: einerseits soll sie möglichst allen Behinderten ihres Aufnahmegebietes, die „gemeinschaftsfähig“ und nicht abhängig von einem „außerordentlichen“ Pflegebedarf sind, ein Angebot eröffnen. Andererseits soll sie die Behinderten befähigen, ein „Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen“. Dies hat in den letzten Jahren im Hinblick auf die individuellen Mindestanforderungen zwischen den Trägern der Einrichtungen und der Bundesanstalt für Arbeit zu erheblichen Auseinandersetzungen geführt. Die Bundesanstalt vertrat lange Zeit die Ansicht, daß sie nur dann fördern könne, wenn ein Behinderter mindestens 30% der normalen Arbeitsleistung erbringe. Durch den Erlaß aus dem Jahre 1979 ist hier ein Kompromiß erzielt worden.

Vorbereitung auf die Werkstatt unzureichend: Viele schwerer Behinderte — insbesondere auch aus der Psychiatrie — kommen zunächst für eine Förderung im Trainingsbereich nicht in Frage, weil die Förderzeit dort zu kurz bemessen ist und die Anforderungen zu hoch sind. Darüber hinaus sind die Förderungsprogramme nicht auf ihre spezifischen Probleme zugeschnitten. Diese Behinderten benötigen eine arbeits- und psychotherapeutische Vorbereitung auf die Werkstatt. In Hessen und Nordbaden haben die überörtlichen Träger der Sozialhilfe dafür eine sog. Stabilisierungsphase, i. d. R. Eingliederungshilfe, entwickelt. Inhaltlich ist diese Phase weitgehend deckungsgleich mit dem Programm psychiatrischer Übergangseinrichtungen und eher zu den medizinischen Leistungen der Rehabilitation (die jedoch nicht finanziert werden) zu zählen.

Das Problem der schwerer Behinderten, die vorübergehend oder dauernd nicht am normalen Werkstattprogramm teilnehmen können, stellt sich auch im Arbeitsbereich der Werkstatt. Der Landeswohlfahrtsverband Baden hat für diese Behindertengruppen sog. Fördergruppen eingerichtet. Die Behinderten können in der Werkstatt verbleiben. Sie erhalten eine spezielle Förderung auf Kosten des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe. Sie sind in der Zeit der Zugehörigkeit zu einer solchen Fördergruppe jedoch nicht rentenversichert.

Fehlplatzierung durch Mangel an Tagesstätten: In England gibt es neben dem Werkstätten-Angebot rd. 150 arbeits- und soziotherapeutisch ausgerichtete Tagesstätten, hinzu kommen noch einmal 150 Tageskliniken mit vielfach ähnlichen Programmen. In der Bundesrepublik fehlen Tagesstätten für psychisch Behinderte weitgehend. Der Trainingsbereich von Werkstätten wird dadurch — zusätzlich zu anderen bereits aufgeführten Problemen — mit einer Personengruppe belastet, die am Werkstattprogramm beim besten Willen nicht teilnehmen kann oder will.

Unfreiwilligkeit des Werkstattbesuchs: Der Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen ist wesentlich davon abhängig, mit welchem Grad von Freiwilligkeit sich der Behinderte für eine bestimmte Maßnahme oder einen bestimmten Beruf entscheiden konnte. Mangel an Motivation gilt bei der Bewilligung von Leistungen häufig als Ausschlußkriterium. Einweisungen in Werkstätten für Behinderte hingegen erfolgen vielfach unter mehr oder minder offenem Zwang. So knüpfen manche Krankenhäuser die Entlassung von Patienten an die Bedingung, daß anschließend eine Tätigkeit in der WfB aufgenommen wird. Auch haben Pfleger oder Vormund — zumindest theoretisch — die Möglichkeit, einen Werkstattaufenthalt gegen den Willen des Betroffenen durchzusetzen. Die eingeschränkte Eigenentscheidung beeinflußt die Erfolgsaussichten negativ.

Entwicklungskonzept: Die BAG der WfB hat 1983 eine umfangreiche *Arbeitshilfe zur Anpassung der Werkstätten an die Bedürfnisse der seelisch Behinderten* vorgelegt, bei deren Realisierung viele der hier aufgezeigten Defizite behoben werden könnten.

Grundausbildungs-Lehrgänge

Rechtliche Grundlagen:

- § 19 A-Reha
- § 14a AVG
- § 1237a RVO
- § 36a RKG

Zielgruppe: Grundausbildungslehrgänge werden angeboten für ausbildungsreife Schulentlassene, die sich bereits für eine bestimmte Berufsausbildung entschieden haben, aber aus Mangel an geeigneten Angeboten keinen Ausbildungsplatz erhalten.

Inhalt/Verfahren: Die Maßnahme umfaßt die Vorbereitung auf die anschließende Ausbildung durch Vermittlung praktischer und theoretischer Grundkenntnisse und Fertigkeiten in mehreren Berufen des angestrebten Berufsfeldes. Die Durchführung in einer Rehabilitationseinrichtung ist mit therapeutischer und pflegerischer Begleitung verbunden.

Dauer: Die Maßnahme dauert bis zu einem Jahr.

Durchführung: Grundausbildungslehrgänge werden in Betrieben, in der Regel aber überbetrieblich in Berufsbildungswerken oder sonstigen Bildungseinrichtungen durchgeführt.

Unterbringung: Die Unterbringung erfolgt bei Durchführung in Berufsbildungswerken in der Regel im dazugehörigen Internat (eventuell auch Pendler-Status).

Lebensunterhalt: Der Lebensunterhalt wird durch die Zahlung von Ausbildungsgeld gesichert.

Anforderungen: Die vorausgegangenen Beratungen, Untersuchungen oder Erprobungen müssen ergeben haben, daß der Behinderte ausbildungsreif ist.

Angebot nicht ausreichend: Der Statistik der Bundesanstalt für Arbeit ist nicht zu entnehmen, wie hoch der Anteil psychisch Behinderter an den Grundausbildungslehrgängen ist. Es sind keine Träger bekannt, die speziell für psychisch Behinderte Grundausbildungslehrgänge anbieten.

Durch vorgeschaltete Grundausbildungslehrgänge verlängert sich die effektive Ausbildungszeit um ein Jahr. Da insbesondere psychisch Behinderte für die Orientierung auf ein bestimmtes Berufsfeld hin mehr Zeit benötigen als andere Auszubildende, erscheint die Erweiterung des Angebots sinnvoll. Dabei ist zu berücksichtigen, daß Grundausbildungslehrgänge nachrangig sind und nur dann in Betracht kommen, wenn keine Möglichkeit besteht, an einem schulischen Berufsgrundbildungsjahr teilzunehmen.

Ein größerer Bedarf als an Grundausbildungslehrgängen besteht aller Wahrscheinlichkeit nach an berufsvorbereitenden Maßnahmen, die nicht — wie die Grundausbildungslehrgänge — bereits auf ein bestimmtes Berufsfeld eingeengt sind. Wegen der bereits mehrfach erwähnten besonderen Entscheidungsschwierigkeiten benötigen psychisch Behinderte Vorbereitungsmaßnahmen, die eine Erprobung bzw. Vorförderung in mehreren Berufsfeldern ermöglichen.

Förderungs-Lehrgänge

Rechtliche Grundlagen:

- § 19 A-Reha

- § 14a AVG
- § 1237a RVO
- § 36a RKG

Zielgruppe: Förderungslehrgänge werden insbesondere für jugendliche Behinderte angeboten, die für eine Berufsausbildung körperlich und/oder geistig noch nicht reif sind, diese Reife aber durch Teilnahme an einem Lehrgang voraussichtlich erreichen werden. Es handelt sich in der Regel um Abgänger von Sonderschulen (insbesondere Sonderschulen für Lernbehinderte) oder um Jugendliche, die wegen der Dauer ihrer medizinischen Rehabilitation nicht unmittelbar nach der Schulentlassung eine Berufsausbildung aufnehmen konnten und nunmehr zur chancengleichen Aufnahme der Ausbildung der besonderen Hilfe eines Lehrgangs bedürfen.

Inhalt/Verfahren: Ziele sind die Schließung von Bildungslücken, Steigerung der Leistungsfähigkeit und die Hinführung zur Fähigkeit, eine Ausbildung durchzustehen. Gleichzeitig enthält der Förderungslehrgang Elemente der Berufsfindung, da die Teilnehmer mit mehreren Tätigkeitsfeldern vertraut gemacht werden und so herausfinden können, wo ihre Fähigkeiten liegen.

Die Lehrgänge haben ihr Schwergewicht in praktischen Übungen, begleitet von theoretischem Unterricht.

Dauer: Die Dauer der Maßnahme beträgt zwischen sechs und zwölf Monate.

Durchführung: Die Lehrgänge werden in Berufsbildungswerken, außerbetrieblichen Einrichtungen und Betrieben durchgeführt.

Lebensunterhalt: Für den Lebensunterhalt wird Ausbildungsgeld gezahlt.

Unterkunft: Die Unterkunft erfolgt bei der Durchführung in Reha-Zentren in der Regel im Internat.

Umfang des Angebots: Berufsvorbereitende Lehrgänge speziell für psychisch Behinderte bzw. Epileptiker bieten das Rot-Kreuz-Institut in Berlin, das Stephanus-Werk in Isny sowie die von Bodelschwingschen Anstalten in Bethel an.

Angebot nicht bedarfsgerecht: Jüngere psychisch Behinderte sind ohne ausbildungsvorbereitende Förderungslehrgänge mit integrierter Berufsfindung in der Regel nicht dazu in der Lage, die für die Ausbildung notwendigen Basisfähigkeiten zu entwickeln und sich für einen bestimmten Beruf zu entscheiden. Ein bedarfsgerechtes Angebot entsprechender Lehrgänge fehlt zur Zeit.

Begleitung der Maßnahme nicht gewährleistet: Zwischen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken, Berufsbildungswerken, Werkstätten für Behinderte und geeigneten Betrieben sowie sonstigen Maßnahmeträgern und ambulanten Diensten bestehen nur unzureichende Kooperationsbeziehungen bei der Begleitung der beschriebenen Maßnahmen.

Anforderungen können nicht erfüllt werden: Die Anforderungen an Teilnehmer von Förderungslehrgängen sind höher als bei Trainingsmaßnahmen in einer Werkstatt für Behinderte und führen damit zu Disparitäten in der Förderung. Die bei Förderungslehrgängen geforderte positive Einschätzung der künftigen Ausbildungsreife vor Beginn der Maßnahme ist bei psychisch Behinderten kaum möglich.

Eingliederungslehrgänge

Rechtliche Grundlagen:

- § 19 A-Reha
- § 14a AVG
- § 1237a RVO
- § 36a RKG

Zielgruppe: Die Lehrgänge sind für Behinderte vorgesehen, die den Anforderungen eines regulären Ausbildungsberufes auf die Dauer nicht gewachsen sind.

Inhalt/Verfahren: In den Lehrgängen erfolgt die Vorbereitung auf eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bzw. auf eine Tätigkeit in einer Werkstatt für Behinderte. Stellt sich während der Maßnahme heraus, daß der Behinderte noch auf einen Ausbildungsberuf vorbereitet werden kann, so soll die Überleitung in einen Förderungslehrgang ermöglicht werden.

Inhalt des Lehrgangs ist die Vermittlung von Grundkenntnissen und Fertigkeiten in möglichst mehreren Arbeitsfeldern.

Dauer: Die Dauer der Maßnahme liegt zwischen neun und zwölf Monaten.

Durchführung: Die Lehrgänge werden in Berufsbildungswerken, Betrieben, Werkstätten für Behinderte und sonstigen Einrichtungen durchgeführt.

Unterbringung: Bei Durchführung in Reha-Zentren erfolgt die Unterbringung i. d. R. im Internat, Pendler-Status ist möglich.

Lebensunterhalt: Für den Lebensunterhalt wird Ausbildungsgeld gezahlt.

Anforderungen: Die Anforderungen sind geringer als bei Förderungslehrgängen oder einer Ausbildung, jedoch höher als bei Maßnahmen im Trainingsbereich einer WfB. Ein Eingliederungslehrgang ist die einzige berufliche Bildungsmaßnahme im Rahmen der Rehabilitation, die auch dann vorgeschlagen werden kann, wenn der Behinderte zwar schon eine Arbeit aufnehmen könnte, jedoch durch die Teilnahme am Lehrgang für eine qualifiziertere Tätigkeit befähigt werden kann.

Angebot nicht bedarfsgerecht: Es wird eine Vielzahl von Eingliederungslehrgängen angeboten, die jedoch nicht an den spezifischen Bedürfnissen der psychisch Behinderten orientiert sind. Die breite Zielsetzung der Eingliederungslehrgänge korrespondiert mit der Unklarheit, die meist in der Anfangsphase berufsfördernder Maßnahmen für psychisch Behinderte besteht. Es ist zu prüfen, ob beim Ausbau des Angebotes eine engere Verzahnung von Berufsfindung, Förderungslehrgang und Eingliederungslehrgang möglich ist. Diese Maßnahmen sind augenblicklich vielfach noch zu stark voneinander abgegrenzt. In der Regel stellt sich erst während der Erprobung und Förderung heraus, welches Ziel (Ausbildung oder Anlern-tätigkeit, allgemeiner oder besonderer Arbeitsmarkt) erreicht werden kann.

Erstausbildung

Rechtliche Grundlagen:

- § 15 A-Reha
- § 14a AVG
- § 1237a RVO
- § 36a RKG

Zielgruppe: Die Maßnahme ist für ausbildungsfähige Behinderte ohne abgeschlossene Berufsausbildung vorgesehen.

Inhalt/Verfahren: Ziel einer Erstausbildung ist die dauerhafte berufliche Eingliederung durch Vermittlung einer qualifizierten Ausbildung. Nach § 48 Berufsausbildungsgesetz und § 42b der Handwerksordnung können — wenn Art und Schwere der Behinderung es erfordern — neben den anerkannten Ausbildungsberufen auch „besondere Ausbildungsgänge“ angeboten werden, z. B. sog. Helfer- und Werkausbildungen.

Die Erstausbildung umfaßt die praktische und theoretische Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten, die für die einzelnen Ausbildungsgänge gesetzlich bzw. von den Industrie- und Handelskammern vorgeschrieben sind. Die Ausbildung endet mit einer Abschlußprüfung.

In Rehabilitationszentren erfolgt neben der Ausbildung eine therapeutisch-pflegerische Begleitung.

Dauer: Die Dauer der Förderung richtet sich grundsätzlich nach der Dauer der vorgeschriebenen Ausbildungszeit. Die Ausbildungen in den Berufsförderungswerken dauern i. d. R. jedoch nur 1 1/2 Jahre, da die vorgesehene Zielgruppe hier die „normalen“ Umschüler waren. § 56 des Arbeitsförderungsgesetzes legt für die Maßnahmen Umschulung und Fortbildung bei ganztägigem Unterricht eine Regelförderungszeit von max. zwei Jahren fest. Die Ausbildung in den Berufsbildungswerken (für jüngere Behinderte) dauert i. d. R. drei Jahre, hinzu kommt vielfach eine einjährige Vorförderung.

Durchführung: Für die Durchführung der Maßnahmen kommt grundsätzlich die gesamte Vielfalt des Berufsbildungssystems in Frage. Typisch sind folgende Formen:

- **Betriebliche Ausbildung:** normales Verhältniß in Verbindung mit dem Besuch der Berufsschule. Der besondere Ausbildungs- und Betreuungsaufwand kann dem Ausbildungsbetrieb vom Kostenträger erstattet werden.
- **Schulische Ausbildung:** z. B. an Berufsfachschulen, oft verbunden mit Internatsunterbringung. Es gibt auch Kombinationen aus schulischer und betrieblicher Ausbildung, wenn z. B. bestimmte Abschnitte der Lehrzeit zunächst in einer Berufsfachschule durchgeführt werden und sich daran die betriebliche Ausbildung anschließt.

Überbetriebliche Ausbildung:

- für Jugendliche und jüngere Erwachsene in Berufsbildungswerken,
- für Erwachsene in Berufsförderungswerken.

Unterbringung: Die Unterbringung erfolgt bei Ausbildung in einem Rehabilitationszentrum im Internat oder zu Hause als „Pendler“.

Lebensunterhalt: Während der Maßnahme wird Ausbildungsgeld gezahlt. Bei Erstausbildung besteht kein Anspruch auf Übergangsgeld.

Anforderungen: Der Behinderte muß durch vorausgegangene medizinische und/oder berufsvorbereitende Maßnahmen soweit stabilisiert sein, daß Aussicht auf erfolgreiche Teilnahme und nachfolgende Eingliederung besteht.

Umfang des Angebots: Es gibt eine Vielzahl berufsbildender Einrichtungen, die nicht für Behinderte gedacht sind, die aber Behinderte aufnehmen können, wenn Art und Schwere der Behinderung dies ermöglichen. Der Anteil der psychisch Behinderten, die in derartigen Einrichtungen gefördert werden, ist jedoch nicht bekannt.

Für Behinderte, die wegen Art und Schwere ihrer Behinderung nicht in Betrieben oder „normalen“ Ausbildungsstätten ausgebildet werden können, ist ein Netz von Berufsförderungswerken und Berufsbildungswerken aufgebaut worden:

- 20 Berufsförderungswerke mit insg. 12 000 Plätzen sind zuständig für die Umschulung/Ausbildung *erwachsener* Behinderteter. Epileptiker und Behinderte mit leichteren psychischen Störungen finden sich in nahezu allen Berufsförderungswerken. Psychisch Behinderte im engeren Sinne, d. h. mit schwereren Defiziten (insbesondere Psychose-Kranke), werden jedoch bislang nur vom
- Berufsförderungswerk Heidelberg aufgenommen; für Epileptiker besteht in Bethel ein spezielles Angebot.
- 31 Berufsbildungswerke mit nahezu 10 000 Plätzen sind zuständig für die Ausbildung von *Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen*. Auch in den Berufsbildungswerken befinden sich viele junge Leute mit psychischen Störungen. Psychisch Behinderte im engeren Sinne, insbesondere Psychose-Kranke, werden jedoch nur vom Berufsbildungswerk Neckargemünd sowie vom Rehabilitationszentrum Rot-Kreuz-Institut in Berlin aufgenommen. Letzteres hat sich auf die Förderung seelisch behinderter

Jugendlicher spezialisiert. Darüber hinaus bietet auch hier Bethel für Epileptiker Ausbildungsmöglichkeiten.

Im Jahre 1980 wurden 287 psychisch Behinderte betrieblich ausgebildet und 283 in Rehabilitations-Zentren. Im gleichen Jahr wurden 118 Epileptiker betrieblich und 177 in Rehabilitations-Zentren ausgebildet.

Gleichstellung nicht realisiert: Die Schwierigkeit der meisten Berufsbildungswerke und Berufsförderungswerke, sich für psychische Behinderte im engeren Sinne zu öffnen, steht im Widerspruch zur rechtlichen Gleichstellung der psychisch Behinderten.

Ausbildungskapazitäten nicht ausreichend: Der Bedarf an Kapazitäten für eine behinderungsgerechte Erstausbildung psychisch Behinderter ist erheblich. Eine 1978 von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in Zusammenarbeit mit der Stiftung Rehabilitation durchgeführte Erhebung in Übergangseinrichtungen zeigte, daß dort die meisten der rd. 2000 Bewohner keine abgeschlossene Berufsausbildung haben. Dies galt für rd. 75% der bis zu 25jährigen und für 25% der 25- bis 40jährigen Bewohner.

Von den 471 primär psychisch Behinderten die in den Jahren 1977 bis 1980 im Berufsförderungswerk Heidelberg ihre Ausbildung begannen, hatten nur 46% eine abgeschlossene Berufsausbildung gegenüber 74% der körperbehinderten Rehabilitanden. Dies verdeutlicht, daß es sich bei der beruflichen Qualifizierung von psychisch Behinderten im Gegensatz zu den körperbehinderten vor allem um ein Ausbildungsproblem und weniger um ein Umschulungsproblem handelt.

Lange Wartezeiten für psychisch Behinderte in den Zentren Heidelberg, Neckargemünd und Berlin belegen, daß das Angebot bei weitem nicht ausreicht.

Verkürzte Ausbildung problematisch: Problematisch ist die verkürzte Ausbildungsdauer in den Berufsförderungswerken. Geprüft werden sollte, ob sich dies durch eine verlängerte Vorförderung speziell für psychisch Behinderte ausgleichen läßt. Für jüngere Erwachsene mit psychischen Behinderungen ist bei derzeitiger Lage eine Ausbildung in Berufsbildungswerken (Regeldauer: drei Jahre plus Vorförderungszeit) vorzuziehen. Da die Berufsbildungswerke grundsätzlich auch jüngeren Erwachsenen offenstehen, sind sie stärker in die Rehabilitation der psychisch Behinderten einzubeziehen.

Betriebliche Ausbildung vernachlässigt: Die Bundesanstalt für Arbeit hat in ihrem Runderlaß 103/82 darauf hingewiesen, daß berufsfördernde Bildungsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen nur noch nach sorgfältiger Prüfung bewilligt werden dürfen; den Möglichkeiten betrieblicher Maßnahmen soll mehr Beachtung geschenkt werden. In den Betrieben steht jedoch nicht in ausreichendem Umfang qualifiziertes Personal für die Durchführung der Maßnahmen zur Verfügung.

Erfahrungen mit dem „Psychosozialen Dienst“ in Köln haben gezeigt, daß es auch bei Vorhandensein eines entsprechenden ambulanten Fachdienstes außerordentlich schwierig ist, Betriebe für die Erprobung oder Ausbildung psychisch Behinderter zu gewinnen. Außer den externen Fachkräften müssen auch intern Ausbilder und Betreuer vorhanden sein, die den besonderen Anforderungen im Hinblick auf die Förderung psychisch Behinderter gewachsen sind.

Entwicklungstendenzen: Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsförderungswerke hat 1982 Mindestvoraussetzungen für die Aufnahme seelisch Behinderter verabschiedet, deren Realisierung allerdings wegen der angespannten Finanzlage im Reha-Bereich auf sich warten läßt.

Die BAG der Berufsbildungswerke hat einen Arbeitskreis zur Klärung der Probleme eingesetzt, die bei einer Öffnung für seelisch behinderte Jugendliche zu erwarten sind.

Rehabilitationsvorbereitung

Rechtliche Grundlagen:

- § 14a AVG
- § 1237a RVO

Zielgruppe: Die Maßnahme ist für Behinderte vorgesehen, von denen zu erwarten ist, daß sie nach Abschluß der Maßnahme eine Umschulung oder Fortbildung aufnehmen können.

Inhalt/Verfahren: Zielsetzung ist die Vorbereitung auf Umschulungs- und Fortbildungsmaßnahmen durch Ausgleich berufsbezogener Bildungs- und Leistungsdefizite, die sich vorher in der Beratung oder bei Berufsfindungs- oder Arbeitserprobungsmaßnahmen ergeben haben.

Rehabilitationsvorbereitungsmaßnahmen werden in Form eines Fernunterrichts oder als Lehrgang in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Dabei erfolgt eine Einführung in die Grundlagen des neuen Berufs, Schulkenntnisse werden aufgefrischt und es werden Lerntechniken für die künftigen Anforderungen vermittelt.

Dauer: Die Dauer beläuft sich i. d. R. auf drei Monate, vereinzelt auch bis zu sechs Monaten.

Durchführung: Die Durchführung der Maßnahme erfolgt in Berufsförderungswerken oder anderen Rehabilitations-Zentren, falls Fernunterricht nicht erteilt wird.

Unterbringung: Bei der Durchführung in Rehabilitationseinrichtungen erfolgt die Unterbringung i. d. R. im Internat, Pendler-Status ist möglich.

Lebensunterhalt: Für Teilnehmer an Rehabilitationsvorbereitungsmaßnahmen wird Übergangsgeld gezahlt.

Anforderungen: Die Ausbildungsfähigkeit muß vorher prinzipiell positiv beurteilt worden sein.

Umfang des Angebots nicht ausreichend: Angebote mit spezieller therapeutischer Begleitung für psychisch Behinderte gibt es nur im Berufsförderungswerk Heidelberg, im Rehabilitationskrankenhaus Karlsbad-Langensteinbach, im Rehabilitations-Zentrum Isny sowie in Bethel.

Isolierte Maßnahme nicht zweckmäßig: Rehabilitationsvorbereitungsmaßnahmen sind überall dort erforderlich, wo Umschulungen angeboten werden. Bei Fortbildungsmaßnahmen kann die Vorbereitung direkt in die Maßnahme integriert werden. Anzustreben sind integrierte Maßnahmen, die Elemente der Berufsfindung, Arbeitserprobung, Ausbildungsvorbereitung und Eingliederungsvorbereitung beinhalten. Die Flexibilität einer solchen Maßnahme wird den vorher schwer zu bestimmenden Entwicklungsmöglichkeiten der psychisch Behinderten besser gerecht als die bisherigen isolierten Maßnahmen.

Vorbereitungszeit reicht nicht aus: Die Vorbereitungszeit von drei Monaten ist für viele psychisch Behinderte zu kurz. Eine generelle Verlängerung für diesen Personenkreis ist unter fachlichen Gesichtspunkten notwendig.

Nachteile bei Erstausbildung im Berufsförderungswerk: Nach dem AFG haben junge Erwachsene, die in Berufsförderungswerken eine *Erstausbildung* machen, keinen Anspruch mehr auf diese für *Umschüler* bestimmte Vorförderung. Dies ist ein großer Nachteil für jüngere Leute mit psychiatrischer Karriere.

Umschulung

Rechtliche Grundlagen:

- § 47 AFG in Verbindung mit
- § 17 A-Reha

- § 14a AVG
- § 1237a RVO
- § 36a RKG

Zielgruppe: Umschulungsmaßnahmen sind für Behinderte vorgesehen, die bereits berufstätig sind, ihren Beruf wegen der Behinderung jedoch nicht mehr ausüben können. Sie müssen einen neuen Beruf erlernen, der es Ihnen ermöglicht, mit der Behinderung dauerhaft berufstätig zu sein.

Inhalt/Verfahren: Die Umschulungsmaßnahme umfaßt die praktische und theoretische Ausbildung im neuen Beruf mit dem Ziel der dauerhaften beruflichen Wiedereingliederung. Grundsätzlich gelten die gleichen gesetzlichen Voraussetzungen und Prüfungsbestimmungen wie für alle anderen Ausbildungen. § 48 Berufsausbildungsgesetz und § 42b Handwerksordnung lassen jedoch eine Reihe von Ausnahmeregelungen zu. Findet die Umschulung in einem Rehabilitationszentrum statt, wird sie von therapeutischen und pflegerischen Diensten begleitet.

Zur Vorbereitung auf die Umschulung sind dreimonatige Rehabilitationsvorbereitungslehrgänge in Form von Fernunterricht oder als stationäre Maßnahme im Rehabilitationszentrum möglich. Ziel dieser Lehrgänge ist die Auffrischung von Schulkenntnissen, die Vermittlung von Lerntechniken und die Basisorientierung im Hinblick auf den angestrebten Beruf.

Dauer: Umschulungsmaßnahmen dauern einschl. der Rehabilitationsvorbereitungslehrgänge bis zu zwei Jahre, wenn die Maßnahme bei ganztägigem Unterricht stattfindet. Verlängerungen sind im Einzelfall möglich.

Durchführung: Umschulungen werden in Berufsförderungswerken, sonstigen berufsbildenden Einrichtungen und in Betrieben durchgeführt.

Unterbringung: Die Unterbringung erfolgt in einem Berufsförderungswerk i. d. R. im Internat, Pendler-Status ist möglich.

Lebensunterhalt: Umschüler erhalten Übergangsgeld.

Anforderungen: Vorausgegangene Beratungen und Untersuchungen (einschl. Berufsfindung/Arbeitserprobung) müssen ergeben haben, daß der Behinderte die Umschulung mit Aussicht auf erfolgreichen Abschluß und erfolgreiche Eingliederung beginnt. Der Behinderte muß bei Ausbildung in einem Berufsförderungswerk in der Lage sein, im Internat zu leben, dem Ausbildungsprogramm zu folgen, sich in die Ausbildungsgruppe einzufügen und die begleitenden Dienste in Anspruch zu nehmen.

Anspruch auf eine Umschulung hat nur, wer mindestens drei Jahre berufstätig gewesen ist. Die Anspruchsgrundlagen für den Bezug von Übergangsgeld sind gesondert geregelt.

Umfang des Angebots: Behinderte mit leichteren psychischen Störungen sowie Epileptiker oder auch ehemalige Suchtkranke befinden sich in nahezu allen der 20 Berufsförderungswerke mit ihren rund 12 000 Plätzen.

Psychisch Behinderte im engeren Sinne, vor allem Psychose-Kranke und Neurose-Kranke mit eindeutig psychiatrischen Karrieren, werden jedoch nur vom Berufsförderungswerk Heidelberg aufgenommen. Dies ist durch das angegliederte Berufsfindungsinstitut sowie entsprechend ausgestattete begleitende Dienste (Psychiatrie, Psychologie, Rehabilitationsberatung) auf die Förderung dieses Personenkreises besonders eingerichtet. Die Ausbildung erfolgt dabei nach einem integrierten Konzept. Psychisch Behinderte werden zusammen mit anderen Behinderten ausgebildet.

Ergebnisse des BfW Heidelberg: Im Berufsförderungswerk Heidelberg bestehen lange Wartezeiten für die Aufnahme von psychisch Behinderten. Von den insgesamt 1800 Aus-

bildungs- bzw. Umschulungsplätzen waren dort in den letzten Jahren 11% durch primär psychisch Behinderte (Psychosen, Neurosen, Suchtkranke, Epileptiker, sonstige psychische Störungen, schwere psychosomatische Leiden) besetzt und weitere 20% mit Körper- und Sinnesbehinderten, die zusätzlich psychiatrische oder psychosomatische Erkrankungen aufwiesen.

Die Abbruchquote der psychisch Behinderten ist mit 20% (gegenüber durchschnittlich 16%) nicht so hoch wie allgemein angenommen wird.

Als besonders abbruchgefährdet haben sich Psychose-Kranke erwiesen. Die Maßnahme kann auch hier erfolgreich abgeschlossen werden, wenn eine kontinuierliche begleitende Behandlung und Betreuung sichergestellt ist und die Möglichkeit der Wiederholung bestimmter Ausbildungsabschnitte nach krankheitsbedingten Unterbrechungen besteht.

Nachuntersuchungen haben ergeben, daß ein Jahr nach Verlassen des Berufsförderungswerkes 70% der psychisch Behinderten eine Arbeitsstelle hatten (gegenüber 86% im Durchschnitt). 10% der psychisch behinderten Absolventen hatten ein Jahr später ihren Arbeitsplatz wieder verloren.

Die Erfahrungen des Berufsförderungswerks in Heidelberg lassen auf defizitäre Nachsorgemöglichkeiten, fehlende berufsbegleitende Hilfen am Arbeitsplatz und einen generellen Mangel an geeigneten Arbeitsplätzen für psychisch Behinderte schließen.

Einbindung in die Versorgungsstruktur unzureichend: Die aus fachlicher Sicht gebotene Regionalisierung der Umschulung/Ausbildung psychisch Behinderter macht eine engere Kooperation zwischen Berufsförderungswerken und psychiatrischen Einrichtungen aller Art erforderlich. Die von der Arbeitsgemeinschaft der Berufsförderungswerke verabschiedeten „Mindestvoraussetzungen“ sehen dies vor. Die praktische Umsetzung ist jedoch bisher — vermutlich aus Kostengründen — unterblieben.

Umschulung in Betrieben: Durch betriebliche Umschulungen allein ist der Fehlbedarf kaum abzudecken, da das duale System (Praxis im Betrieb, Theorie in der Berufsschule) insbesondere ältere Behinderte überfordert.

Lebensunterhalt nicht gesichert: Die Veränderung der Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug von Übergangsgeld durch das AFKG hat dazu geführt, daß manche Umschüler ihren Lebensunterhalt ohne Inanspruchnahme von Sozialhilfe nicht mehr finanzieren können. Dies trifft psychisch Behinderte in besonderem Maße.

Es ist davon auszugehen, daß Umschulungsangebote aufgrund dieser Neuregelung insbesondere von psychisch Behinderten erst gar nicht in Anspruch genommen werden.

Fortbildung (Berufliches Training)

Rechtliche Grundlagen:

- § 41 AFG in Verbindung mit
- § 16 A-Reha
- § 14a AVG
- § 1237 RVO
- § 36a RKG

Zielgruppe: Fortbildungsmaßnahmen sind für Behinderte vorgesehen, die bereits berufstätig waren und ein Training benötigen, das es ihnen erlaubt, sich allmählich auf die Anforderungen im bisherigen Berufsfeld vorzubereiten.

Inhalt/Verfahren: Ziel der Maßnahme ist die dauerhafte Wiedereingliederung im bisherigen Berufsfeld. Die Fortbildung dient dazu, berufliche Kenntnisse und Fertigkeiten festzustellen, zu erhalten, zu erweitern oder der technischen Entwicklung anzupassen oder einen beruflichen Aufstieg zu ermöglichen.

Dauer: Die Dauer beträgt wie bei der Umschulung bis zu zwei Jahre.

Durchführung: Für die Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen kommen Betriebe, berufsbildende Einrichtungen aller Art sowie Rehabilitations-Zentren in Frage.

Unterbringung: Die Unterbringung erfolgt im Internat, Pendler-Status ist möglich.

Lebensunterhalt: Für die Teilnehmer an Fortbildungsmaßnahmen wird Übergangsgeld gezahlt.

Anforderungen: Anspruch auf eine Fortbildungsmaßnahme besteht, wenn der Behinderte mindestens drei Jahre berufstätig gewesen ist bzw. eine Berufsausbildung abgeschlossen hat. Hausfrauentätigkeit wird dann angerechnet, wenn die Frau nach der Fortbildungsmaßnahme wieder berufstätig werden will.

Die persönlichen Anforderungen sind geringer als bei Umschulungsmaßnahmen. Bei Fortbildungsmaßnahmen kann an den individuellen Fähigkeiten des Behinderten angesetzt werden. Bei Umschulungsmaßnahmen hingegen ist wegen des in einem bestimmten Zeitraum zu erreichenden Ausbildungsziels ein weitgehend starres Programm vorgegeben, das für alle gleichzeitig gilt.

Umfang der Angebote: Ein spezielles Fortbildungsangebot für psychisch Behinderte macht bislang nur das Berufliche Trainingszentrum Wiesloch bei Heidelberg. Anpassungsmaßnahmen für psychisch Behinderte, die zusammen mit anderen Behinderten durchgeführt werden, bietet außerdem das Rehabilitationskrankenhaus Karlsbad-Langensteinbach an. Seit 1984 macht auch das Rehabilitationszentrum Straubing ein spezielles Angebot (Berufsfindung u. Fortbildung) sowie die Sonnenbergklinik in Saarbrücken.

Lebensunterhalt nicht ausreichend gesichert: Durch das Arbeitsförderungskonsolidierungsgesetz (AFKG) sind seit Anfang 1982 die Voraussetzungen für den Bezug von Übergangsgeld neu geregelt worden. Dadurch haben viele Behinderte zwar Anspruch auf die Finanzierung einer Fortbildungsmaßnahme, nicht jedoch auf Übergangsgeld. Ihr Unterhalt ist nicht gesichert. Vielfach bleibt nur die Inanspruchnahme von Sozialhilfe. Es ist davon auszugehen, daß viele Behinderte aus diesem Grund auf die Teilnahme an der Maßnahme von vornherein verzichten.

Unzureichendes Angebot: Fortbildungsmaßnahmen, die spezielle Schwierigkeiten psychisch Behinderter im Berufsleben berücksichtigen, fehlen weitgehend. Nach der Statistik der Bundesanstalt für Arbeit wurden 1980 für psychisch Behinderte lediglich 15 Fortbildungsmaßnahmen bewilligt.

Hinweise auf das unzureichende Angebot an spezifischen Fortbildungsmaßnahmen für psychisch Behinderte ergaben sich auch aus der Renten-Zugangs-Statistik. Danach werden Berentungen auf Grund psychischer Leiden i. d. R. ohne berufliche Rehabilitationsversuche vorgenommen. 1979 wurden 19 220 Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten wegen psychischer Leiden neu bewilligt, nur in 35 Fällen (0,25%) ging der Berentung eine berufsfördernde Maßnahme voraus. Da einigermaßen gesicherte Prognosen über die künftige Berufs- und Erwerbsfähigkeit bei psychisch Behinderten ohne vorausgegangene qualifizierte Erprobungen und Förderversuche unter realitätsnahen Bedingungen fachlich nicht möglich sind, muß die Stichhaltigkeit dieser Berentungspraxis angezweifelt werden. Es ist zu fragen, ob das Prinzip „Rehabilitation vor Rente“ ausreichend beachtet wird.

Alternative zur Umschulung: Durch den Mangel an geeigneten Fortbildungsangeboten ergibt sich möglicherweise überhöhte Nachfrage nach Umschulungsangeboten. Vielfach werden psychisch Behinderte ohne den Versuch der Wiedereingliederung im zuletzt ausgeübten Beruf umgeschult. Da ein Berufswechsel stets mit schwerwiegenden Identitätsproblemen verbunden ist, kommt der Fortbildung als Alternative zur Umschulung speziell bei psychisch Behinderten eine größere Bedeutung zu.

Eingliederungshilfe

Rechtliche Grundlagen:

- § 54 A-Reha
- § 14a AVG
- § 1237a RVO
- § 36a RKG

Zielgruppe: Die Eingliederungshilfe ist für Behinderte vorgesehen, die für eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in Frage kommen, aber vorübergehend oder dauernd leistungsgemindert sind.

Inhalt/Verfahren: Nach § 54 A-Reha kann die Bundesanstalt Arbeitgebern Eingliederungshilfe gewähren, wenn diese einem Behinderten

1. die zum Erreichen der vollen Leistungsfähigkeit notwendigen beruflichen Kenntnisse und Fertigkeiten an einem Arbeitsplatz vermitteln oder
2. einem seinem Leistungsvermögen angemessenen Dauerplatz bieten.

Im ersten Fall soll der Arbeitgeber vor Beginn des Arbeitsverhältnisses einen Plan erstellen, aus dem Art und Umfang der praktischen und theoretischen Unterweisung ersichtlich sind. Im anderen Fall reicht die Bereitstellung eines geeigneten Dauerarbeitsplatzes aus.

Beide Formen der Eingliederungshilfe führen zum Abschluß von regulären Arbeitsverträgen.

Dauer: Eingliederungshilfe wird i. d. R. nicht länger als ein Jahr, in Sonderfällen bis zu zwei Jahren gewährt.

Durchführung: Die Durchführung der Maßnahme erfolgt in Betrieben.

Lebensunterhalt/Höhe der Zuschüsse: Der Behinderte bezieht ein tarifliches bzw. ortsübliches Arbeitsentgelt. Das Arbeitsamt erstattet dem Arbeitgeber im ersten Fall max. 80%; im zweiten Fall 50%, in Ausnahmefällen bis zu 80% der Brutto-Lohnkosten. Die Zuschüsse können im Laufe der Zeit gekürzt werden, dies gilt insbesondere im letzten Fall.

Anforderungen: Im ersten Fall ist der Arbeitgeber nicht verpflichtet, einen Dauerarbeitsplatz anzubieten, sondern die Fähigkeiten des Behinderten zu fördern. Daher muß sorgfältig abgewogen werden, ob diese Art der Förderung einer anderen Rehabilitationsmaßnahme (z. B. Ausbildung, Umschulung, Fortbildung) vorzuziehen ist. Vor allem muß geklärt werden, wer die begleitende Therapie übernimmt.

Bei einem Dauerarbeitsplatz sind die Anforderungen entsprechend höher.

Umfang der Angebote: Wie häufig Eingliederungshilfe für psychisch Behinderte gewährt wird, müßte bei der Bundesanstalt für Arbeit ermittelt werden. Es ist zu vermuten, daß die Handhabung dieser Maßnahme — je nach Praxis der Rehabilitations-Berater und nach örtlichem Arbeitsmarkt — regional sehr unterschiedlich ist.

Angebot nicht ausreichend: Die Vermittlungsschwierigkeiten, insbesondere bei Arbeitslosen mit psychischen Problemen zeigen an, daß die Zahl der Betriebe, die derartige Maßnahmen durchführen, nicht annähernd ausreicht.

Verwechslungsgefahr: Die Eingliederungshilfe ist eine Rehabilitationsleistung, sie darf nicht verwechselt werden mit dem Einarbeitungszuschuß und andere Hilfen zur Förderung der Arbeitsaufnahme für schwer vermittelbare Arbeitslose.

Höhe und Dauer der Förderung ungewiß: Wie bei den Hilfen aus dem vierten Sonderprogramm bleibt das ungelöste Problem der Lohnanpassung bzw. Lohnsubventionierung nach Auslaufen der Förderung.

Fachliche Begleitung fehlt: Für die fachliche und therapeutische Begleitung derartiger Maßnahmen muß den Betrieben Fachpersonal mit Psychatrierfahrung zur Verfügung stehen, das sowohl intern als auch extern tätig werden kann. Derartige Fachdienste fehlen bislang.

Förderung nach dem 4. Sonderprogramm

Rechtliche Grundlagen: Rechtliche Grundlagen für die Förderung von Beschäftigung und Ausbildung Behinderter finden sich im SchwbG, in der Ausgleichsabgabeverordnung und in den Richtlinien für die Durchführung des 4. Sonderprogramms zum Abbau der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter und zur Förderung des Ausbildungsplatzangebotes für Schwerbehinderte.

Zielgruppe: Zielgruppe des Förderungsprogramms sind Behinderte (i. S. des SchwbG), die arbeitslos gemeldet sind bzw. eine Erstausbildung benötigen. Durch eine Zuschussung ihrer Bezüge soll erreicht werden, daß auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für sie mehr Arbeits- und Beschäftigungsplätze zur Verfügung gestellt werden.

Inhalt/Verfahren: Die Ausbildung oder Beschäftigung erfolgt im Rahmen des allgemeinen Arbeitsmarktes mit regulären Verträgen.

Dauer: Die Förderung ist für max. drei Jahre vorgesehen.

Durchführung: Gefördert werden Ausbildung und Beschäftigung bei Arbeitgebern, die nicht der Beschäftigungspflicht unterliegen oder über die gesetzliche Verpflichtung hinaus Schwerbehinderte einstellen.

Bei der Bereitstellung von Ausbildungsplätzen sind Ausnahmen möglich.

Lebensunterhalt/Höhe der Zuschüsse: Die Behinderten erhalten tarifliches bzw. ortsübliches Arbeitsentgelt. Die Zuschüsse zum Entgelt betragen i. d. R. im ersten Beschäftigungsjahr 50%. Sie vermindern sich im zweiten und dritten Jahr um jeweils 15%. Ausnahmsweise kann die Förderleistung im ersten Jahr auch 70% betragen.

Anforderungen: Die Behinderten müssen als Schwerbehinderte anerkannt sein und arbeitslos gemeldet sein. Außerdem sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- Notwendigkeit einer besonderen Hilfskraft oder sonstige außergewöhnliche Aufwendungen zur Ermöglichung der Beschäftigung oder
- fortgeschrittenes Alter (Vollendung des 55. Lebensjahres) oder
- nach Feststellung des Arbeitsamtes offenkundige wesentliche behinderungsbedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit am vorgesehenen behinderungsgerecht ausgestatteten Arbeitsplatz oder
- fehlende abgeschlossene Berufsausbildung und Dauer der Arbeitslosigkeit von mindestens 6 Monaten unmittelbar vor der Einstellung oder
- Dauer der Arbeitslosigkeit von mindestens 12 Monaten unmittelbar vor der Einstellung.

Die Förderung ist auch im Anschluß an eine abgeschlossene Berufsausbildung oder an eine Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte möglich.

Volumen und Laufzeit des Sonderprogramms: Das 4. Sonderprogramm galt für den Zeitraum vom 1. 12. 1981 bis zum 31. 11. 1983 und wurde bis Herbst 1984 verlängert. Dafür werden aus der Ausgleichsabgabe DM 250 Mio. zur Verfügung gestellt. Nach Mitteilung der Bundesanstalt für Arbeit wurden im Zeitraum 1. 12. 1981 bis 31. 12. 1983 insgesamt 9173 Schwerbehinderte durch das 4. Sonderprogramm gefördert, darunter befanden sich nur 70 seelisch Behinderte; das Programm hat demnach für diesen Personenkreis nicht gegriffen. Aus dem Bereich der WfB, in denen ca. 7000 bis 10 000 seelisch Behin-

derte tätig sind, wurden nur zwei seelisch Behinderte mit Hilfe des 4. Sonderprogrammes in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert.

Bedarfsituation: Es gibt ca. 130 000 arbeitslose Schwerbehinderte. Insgesamt befinden sich unter den rd. 2,4 Mio. Arbeitslosen nach Einschätzung der Bundesanstalt für Arbeit über 300 000 Personen mit gesundheitsbedingten Leistungseinschränkungen. Durch Frühberentung scheiden zahlreiche nicht mehr voll leistungsfähige Arbeitnehmer aus, die ansonsten zu einem erheblichen zusätzlichen Anstieg der Arbeitslosenzahl beitragen würden.

Aus den genannten Gründen ist in keinem anderen Bereich der Förderung und Beschäftigung psychisch Behinderter der Bedarf so hoch einzuschätzen, wie bei derartigen Programmen.

Hemmnisse: Sollte auch das 4. Sonderprogramm speziell für die Gruppe der psychisch Behinderten nicht greifen, so könnte das u. a. folgende Ursachen haben:

- Nichtanerkennung psychisch Behinderter nach dem SchwBG (da diese das als zusätzliche Belastung erleben und auf Schutz und Hilfe nach dem Gesetz „verzichten“).
- Herausnahme psychisch Behinderter aus dem Kreis der Vermittlungsfähigen durch Verweis auf Werkstätten für Behinderte, Pflegeeinrichtungen oder Berentung ohne Reha-Maßnahmen.
- Mangel an nachgehenden Hilfen/begleitenden Diensten, die es den Arbeitgebern erleichtern, psychisch Behinderte zu beschäftigen.

Begrenzung der Förderungsdauer: Wie bei der Eingliederungshilfe und bei Einarbeitungszuschüssen bleibt das Problem der Anpassung der Bezüge an das tatsächliche Leistungsniveau bei auslaufender Förderung, wenn es nicht gelingt, eine dauerhafte Bezuschussung in Höhe der Mindestleistung durchzusetzen.

Verzeichnis der Autoren und Diskussionsteilnehmer

Autoren und Moderatoren

Prof. Dr. G. BOSCH, Leiter der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin

T. BRIGIS, Krankenpfleger, Betreuer in Wohngemeinschaften, Bremer Werkgemeinschaft e. V., Bremen

Christiane HAERLIN, Ergotherapeutin, Hohe Straße 19, 5000 Köln 91, früher: BTZ Rhein-Neckar, Wiesloch

A. KÖHL, M. A., Mitglied der Beraterkommission zum Modellprogramm Psychiatrie des Bundes, Zentrum für psychosomatische Medizin, Gießen

Prof. Dr. C. KULENKAMPFF, stellv. Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Bonn

Dr. D. LEHMKUHL, Arzt, Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin

Christine MACHOLDT, Dipl.-Pädagogin, stellv. Leiterin des Projektes Dezentrales Wohnen der Bremer Werkgemeinschaft, Bremen

Dr. H. MARTINI, Bürgermeister a. D., Stadtrat, Mannheim

G. MOSCH, Dipl.-Soziologe, Leiter des Projektes Dezentrales Wohnen der Bremer Werkgemeinschaft, Bremen

Dr. H. MÜTHER-LANGE, Soziologin, Rheinische Landeslinik, Langenfeld

Dr. K. NOUVERTNÉ, Psychotherapeut, Vorstand des Psychosozialen Trägervereins Solingen e. V., Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e. V.

M. NOWAK, Dipl.-Sozialwissenschaftler, Wiss. Projektleiter, PROGNOSE AG, Abt. Gesundheitspolitik, Köln

W. PICARD, Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Bonn

A. SCHWENDY, Geschäftsführer des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen e. V., Bonn

Dr. R. SEIDEL, Leitender Arzt der Rheinischen Landeslinik Mönchengladbach

E. SEYFRIED, Dipl.-Psychologin, Lebenswelten e. V., Berlin

I. STEINHART, Dipl.-Psychologin, Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin

G. STRUCKMEIER, Koordinator des Modellprogramms Psychiatrie des Bundes, Region Bremen, Senator für Gesundheit und Umweltschutz, Bremen

Diskussionsteilnehmer

- M. BECKER, Kölner Verein für Rehabilitation e. V., Psychosozialer Dienst, Köln
Dr. H. BERGER, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Psych.
Klinik des Stadtkrankenhauses Offenbach
R. BREME, Dipl.-Pädagoge, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, LV
Rheinland-Pfalz/Saarland e. V., Mainz
Dr. W. CREFELD, Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Sozialpsychiatrischer
Dienst Bochum
Prof. Dr. Dr. K. DÖRNER, Leiter des Westfälischen Landeskrankenhauses
Gütersloh
Dr. E.-G. DUCHO, Nervenarzt, Köln
Dr. W. FRÖLICH, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Gerontopsychiatrie (VI.
Psych. Abt.), Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll, Hamburg
Dr. Jutta GASSNER, Ärztin für Neurologie und Psychiatrie, Ärztin für Innere
Krankheiten, Bezirkskrankenhaus Haar bei München, Sozialärztlicher Dienst,
München
H. GESSNER, Sozialarbeiter, Freiburger Hllfsgemeinschaft, Freiburg
U. HOHENBRINK, Münster
Priv. Doz. Dr. E. HOLZBACH, Arzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie,
Elisabeth Krankenhaus, Hattingen-Niederwengern
L. van HOUT, Leiter des Sozialpsychiatrischen Zentrums Haus an der Teuto-
burger Straße, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, München
Th. KAUS, Westf. Landeskrankenhaus Dortmund
Petra KLEZATH, Krankenschwester, Zentralkrankenhaus Bremen-Ost
P. KRAUTHAUSEN, Magister rer. publ., Referent, Landesamt für Jugend und
Soziales Rheinland-Pfalz, Mainz
Wera NEEF, Nebenstelle der Hauptfürsorgestelle, Dortmund
Dr. J. NIEDER, Leitender Arzt, Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Reha-
Klinik Pniel mit Tagesklinik, Bielefeld
Barbara OTT, Dipl.-Psych., Therapeutische Wohngemeinschaft, Kontakt und
Beratung — „KID“ e. V., München
I. PETERS, Sozialarbeiter, Werkstätten für Behinderte, Herne
M. RIDDER, Sozialarbeiter, Krankenhaus Langenberg, Velbert
H. SANDER, Sozialarbeiter, Arbeiterwohlfahrt, Düsseldorf
Brigitte SUCHY, Sozialarbeiterin, Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik Berlin
G. SCHULTE-KEMNA, Dipl.-Sozialwissenschaftler, Friederike-Fliedner-Haus,
Übergangseinrichtung des Diakonischen Werkes Dortmund
St. THOMAS, Psychosozialer Dienst, Köln
R. WEDEKIND, Dipl.-Soziologe, Forschungsstelle für Psychiatrie des Land-
schaftsverbandes Westfalen-Lippe am Westf. Landeskrankenhaus Gütersloh
Dr. J. WERNER, Oberarzt, Psychiatrie I, Zentralkrankenhaus Bremen-Ost
E. WILLIS, Dipl.-Psychologe, PLK Weinsberg, Weinsberg
M. ZISKOVEN, Psychologin, Ambulanter sozialpsychiatrischer Dienst, Stuttgart