

Psychiatriereform 2011 ... der Mensch im Sozialraum

Dokumentation
Festakt, 17. Oktober 2011
Fachtag, 18. Oktober 2011
in Berlin

Herausgegeben von
AKTION PSYCHISCH KRANKE
Peter Weiß

Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiß (Hg.).
Psychiatriereform 2011 ... der Mensch im Sozialraum
1. Auflage
ISBN 978-3-88414-557-9

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

AKTION PSYCHISCH KRANKE im Internet: www.psychiatrie.de/apk und www.apk-ev.de
Psychiatrie Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

© Aktion Psychisch Kranke, Bonn 2012
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt,
digitalisiert oder verbreitet werden.
Satz: Psychiatrie Verlag, Bonn
Druck: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten

Inhalt

Einführung	
<i>Peter Weiß</i>	7
40 Jahre Bundestagsentschließung und Gründung der APK – Rückblick und Perspektiven aus Sicht der Politik	
<i>Annette Widmann-Mauz</i>	13
Zeitzeichen – 40 Jahre Aktion Psychisch Kranke	
<i>Peter Weiß im Gespräch mit ehemaligen Vorsitzenden der APK: Bernhard Jagoda, Volker Kauder (i. V. Heinrich Kunze), Regina Schmidt-Zadel</i>	17
Standortbestimmung und Zukunftsvisionen 2020	
... aus Sicht einer Angehörigen	
<i>Jutta Crämer</i>	25
... aus Sicht einer psychiatrienerfahrenen Rehabilitationspädagogin	
<i>Ursula Talke</i>	28
A Psychiatriereform 2011 ... der Mensch im Sozialraum	
Eröffnungsbeitrag des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen Selbstbestimmung und Teilhabe als ressortübergreifende Leitlinie	
<i>Hubert Hüppe</i>	32
Die Reform geht weiter – Handlungsfelder und Standards	
<i>Matthias Rosemann</i>	40
Teilhabe für alle im Quartier Herausforderungen für die Sozialpsychiatrie	
<i>Ingmar Steinhart</i>	52
Inklusion fördernde Behandlung	
<i>Andreas Heinz, Winnie Öhrlich</i>	69
Geht es um die Menschen? Selbstbestimmung, Recht und Ökonomie	
<i>Armin Lang</i>	77
Perspektiven sozialpsychiatrischer Forschung in der (Kinder- und Jugend)Psychiatrie	
<i>Jörg M. Fegert, Michael Kölch</i>	93

B Gesundheitspolitische Handlungsfelder

I Psychiatrische Behandlung und Integrierte Versorgung (IV)

Einleitung

Ingmar Steinhart 108

Wovon wir träum(t)en ...

Integrierte Versorgung – Anthropologie – Dialog – Sozialraum
40 Jahre Psychiatrie-Enquete

Thomas Bock 112

Ein Überblick über etablierte integrierte Versorgungsangebote
und ein Rückblick zur Vertragsentwicklung

Wolfgang Faulbaum-Decke 126

Psychiatrische Behandlung und Integrierte Versorgung –
Chancen und Risiken für die Gemeindepsychiatrie

Nils Greve 129

II Neues Entgeltsystem für Krankenhäuser

Einleitung

Heinrich Kunze, Stefan Wöhrmann 135

Personen- und lebensfeldorientierte Krankenhausbehandlung

Stephan Rinckens 137

Zwischenbilanz und Anforderungen der Länder
an das neue Entgeltsystem

Andreas Hauk 146

Ausgestaltung des neuen Entgeltsystems
aus Sicht von Krankenkassenverbänden

Jürgen Malzahn 150

III Soziale Teilhabe und Eingliederungshilfe reform

Einleitung

Ulrich Krüger, Matthias Rosemann 158

Die Reform der Eingliederungshilfe – Grundprinzipien des
Gesamtkonzepts und derzeitiger Verfahrensstand

Gerd Künzel 161

Personenbezogene Finanzierung in der Eingliederungshilfe
Projekt PerSeh Hessen

Renate Pfautsch 170

IV Pflegereform – Bilanz und neue Wege

Einleitung

Regina Schmidt-Zadel, Hans Gutzmann 179

Pflegereform und Pflegebedürftigkeitsbegriff

Jürgen Gohde 185

Konzept »Quartiersorientierte integrierte Versorgung für
pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«

Ralf Ihl 195

Personenzentrierte Pflege in der praktischen Umsetzung –
Orientierung an den Grundbedürfnissen

Wilhelm Stuhlmann 205

V Inklusive Arbeit

Einleitung

Jörg Holke, Dyrk Zedlick 213

Die Reform des Werkstattrechts

Niels Pörksen 216

Das Konzept Unterstützte Beschäftigung –
es geht oft mehr als man denkt!

Jörg Bungart 222

Psychisch Kranke im SGB II –
Möglichkeiten der Förderung durch die Jobcenter

Wolfgang Haacke 246

VI Selbstbestimmung, Schutzrechte und Reform des Betreuungs- und Unterbringungsrecht

Einleitung

Peter Kruckenberg, Reinhard Peukert 259

Die UN-Konvention und rechtliche Auswirkungen

Gabriela Lünsmann 267

Fremdbestimmung versus Empowerment aus klinischer Sicht –
Entwicklung in England und Deutschland

Martin Zinkler 274

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren 280

Veröffentlichungen und Informationstagungen 284

Unterrichtung
durch die Bundesregierung

**Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland
— Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen
Versorgung der Bevölkerung —**

Auch in Zeiten knapp bemessener Mittel muss sich eine Gesellschaft fragen, wie viel sie einsetzen will, um das Schicksal derer zu erleichtern, die als psychisch Kranke und Behinderte auf Hilfe angewiesen sind (aus der Präambel des Berichtes).

Einführung

Peter Weiß

40 Jahre Psychiatriereform in Deutschland, 40 Jahre AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK), beides sind denkwürdige Daten. Sie rufen uns in Erinnerung, in welcher schwieriger Situation sich psychisch kranke Menschen zu Beginn der 70er Jahre befanden. Sie hatten 25 Jahre nach Ende der Naziherrschaft noch nicht vom deutschen Wirtschaftswunder profitiert, sie waren nicht gleichberechtigt mit somatisch erkrankten Menschen. Die Rückschau über 40 Jahre lässt erkennen, welche enorm positive Entwicklung die Psychiatrie seither genommen hat. Sie verdeutlicht auch, was noch vor uns liegt.

Diese 40-Jahr-Jubiläen haben wir am Abend des 17. Oktober 2011 in Berlin in einem politischen Festakt mit der Parlamentarischen Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit, Annette Widmann-Mauz und vielen Gästen gefeiert. Beim Festakt fehlten zwei wichtige Persönlichkeiten: Volker Kauder, Vorsitzender der APK von 1995 bis 1999, war als Vorsitzender der CDU/CSU Bundestagsfraktion durch ganz aktuell anstehende Vorentscheidungen zum Euro-Rettungsschirm verhindert, und Dr. Rainer Flöhl musste wegen Krankheit absagen. Er hat – als Redakteur verantwortlich für die Sparte »Natur und Wissenschaft« der Frankfurter Allgemeinen Zeitung – den Lesern auch die komplizierten Zusammenhänge der Reform der psychiatrischen Versorgung seit den 1970-er Jahren immer wieder erklärt.

Die Fachtagung am 18. Oktober befasste sich mit der Zukunft, den anstehenden Reformvorhaben zur weiteren Umsetzung der grundlegenden Ziele der Psychiatrie-Enquête von 1975. Die Bilanz zeigt, welche hohe Bedeutung es hat, sich für die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen einzusetzen und dass dies eine Aufgabe ist, die an Aktualität nichts verloren hat.

Die APK bringt seit 40 Jahren Politik und Psychiatrie zusammen, das ist etwas Besonderes. Einerseits gab es seit den ersten Nachkriegsjahren Anstrengungen, die Wiederkehr der menschenverachtenden und menschenvernichtenden Ideen des NS-Staates zu verhindern. Andererseits machten viele Politiker einen Bogen um das Thema »Psychiatrie«. Zu groß waren dort die Probleme. Das psychiatrische Versorgungssystem der Bundesrepublik Deutschland musste ganz neu entwickelt werden vor dem Hintergrund jahrzehntelanger Ausgrenzung, die in der traurigen, schrecklichen und verbreche-

rischen Verfolgung und Tötung psychisch kranker Menschen in der Zeit des Nationalsozialismus gipfelte. Der therapeutische Pessimismus der NS-Zeit, der mit wissenschaftlicher Autorität Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen die Hoffnung auf Besserung und das Recht auf Teilhabe und Leben absprach, wirkte noch Jahrzehnte nach dem Ende Nazi-Deutschlands als sich selbst erfüllende Prophezeiung. Dies war mit ein Grund für die Verspätung der Psychiatriereform im Vergleich zu anderen entwickelten Gesellschaften und begründet bis heute eine besondere Stigmatisierung psychischer Erkrankung und der davon betroffenen Personen. Die Psychiatrie war gekennzeichnet durch langjährige Aufenthalte in Heil- und Pflegeanstalten, bei denen es für viele Patienten zutreffender war, von ›Verwahrung‹ zu sprechen als von ›Behandlung‹. Da war es leichter zu sagen »Der Bund ist nicht zuständig!«, als sich zu engagieren und damit vielleicht in eine unangenehme Mitverantwortung zu geraten. Einer, der solche Verwicklungen nicht fürchtete und sich von dem nihilistischen Vorurteil frei machte, war Walter Picard, der das Thema mit einigen gleichgesinnten Abgeordneten in den Deutschen Bundestag einbrachte und zur dauerhaften Unterstützung des Reformprozesses die AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. gründete, deren erster Vorsitzender er wurde.

Walter Picard hat gemeinsam mit Professor Caspar Kulenkampff, dem langjährigen stellvertretenden Vorsitzenden der Aktion, 1971 die Gründung der APK vorbereitet und organisiert. Obwohl Walter Picard als Finanzpolitiker nicht für die Gesundheitspolitik oder im engeren Sinne für die Psychiatrie zuständig war, hat er sich sehr wirksam über 20 Jahre mit diesem Thema identifiziert. Er hat sich im Bundestag dafür stark gemacht, dass der Auftrag zu Empfehlungen für eine grundlegende Reform, ausgehend von einer kritischen Bilanz der Hilfen für psychisch Kranke, erteilt wurde. Dies entsprach auch einer Forderung der reformwilligen Mitarbeiter in der Psychiatrie.

Am 23.6.1971 erfolgte der Beschluss des Deutschen Bundestags, die Bundesregierung solle eine Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik erstellen lassen. Professor Kulenkampff als Vorsitzender und seine Stellvertreter Professor Häfner und Professor Hippus leiteten eine Sachverständigenkommission mit 23 Mitgliedern, zehn Arbeitsgruppen, zwei Expertenteams und Beiräten – was für eine Herkulesaufgabe! Im Zwischenbericht der Enquêtékommision an den Deutschen Bundestag 1973 wurden erstmals die menschenunwürdigen Verhältnisse öffentlich angeprangert. 1975 folgte die umfangreiche »Psychiatrie-Enquête«. Die Analyse der Missstände und die grundlegenden Empfehlungen führten zum Beschluss der

Bundesregierung für das Große und das Kleine Modellprogramm. Sie gaben den Anstoß für eine große Zahl von Projekten. Diese und die Aktivitäten von Ländern, Kommunen, Verbänden der Wohlfahrtspflege und der organisierten Selbsthilfe haben die psychiatrische Versorgung erheblich verbessert.

Die Enquête hat eine tief greifende Wende zur Humanität gegenüber psychisch Kranken eingeleitet, drei Jahrzehnte nach dem Ende der Nazi-Herrschaft. Ihre Präambel schließt mit der Mahnung, die damals wie heute aktuell ist: »Auch in Zeiten knapp bemessener Mittel muss sich die Gesellschaft die Frage stellen, wie viel sie einsetzen will, um das Schicksal derer zu erleichtern, die als psychisch Kranke und Behinderte auf Hilfe angewiesen sind«.

Den Gründern der APK ist ihre Weitsicht zu danken, von Beginn an alle Fraktionen des Deutschen Bundestags in den Vorstand einzubinden. Das Thema »Psychiatrie« sollte aus dem parteipolitischen Streit herausgehalten und das Reformvorhaben als fraktionsübergreifendes Anliegen gestaltet werden. Das ist in der APK und zumeist auch im Parlament gelungen. Im Sozialgesetzbuch ist der Grundsatz verankert, dass die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu berücksichtigen sind. Doch bei konkreten Entscheidungen im politischen Raum sind immer besondere Anstrengungen notwendig, um genügend Verbündete zu finden, damit dieser Grundsatz auch tatsächlich ernst genommen wird. Das ist die schöne, aber oft anstrengende Aufgabe des Vorsitzenden der APK und seiner Abgeordnetenkolleginnen und -kollegen im Vorstand, möglichst Bundestagsabgeordnete aus allen Parlamentsfraktionen zu bewegen, Mitverantwortung für dieses Themenfeld zu übernehmen, weil es hier um Menschen geht, die wegen ihrer Stigmatisierung und ihrer schweren psychischen Erkrankung nicht selber für ihre Belange eintreten können.

Mit der Psychiatrie-Enquête wurde die Psychiatriereform zu einer Bewegung mit vielen beteiligten Fachleuten, Verbänden und zunehmend auch Betroffenen. Ich möchte hier vor allem benennen: die Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP), den Dachverband Gemeindepsychiatrie, die Bundes- und die Landesverbände der Angehörigen psychisch Kranker und den Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen sowie die gesamte organisierte Selbsthilfe psychisch Kranker.

Auch die Wohlfahrtsverbände, die Psychiatriereferenten der Länder und die kommunalen Psychiatriekoordinatoren und die Fachgesellschaften wurden bedeutsame Akteure der Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch kranke Menschen. In den letzten Jahren ist die BAG GPV, die Bundesar-

beitsgemeinschaft der Gemeindepsychiatrischen Verbände, ein wichtiger Mitstreiter geworden.

Besonders hervorheben möchte ich noch die intensive und gute Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Die Bundesminister und Staatssekretäre pflegten persönlichen Austausch mit den Vorständen der APK. Mit dem Psychiatriereferat gibt es einen kontinuierlichen Austausch. Die institutionelle Förderung ermöglicht die Arbeit der APK. Ich möchte Ihnen, Frau Parlamentarische Staatssekretärin Widmann-Mauz, dafür persönlich unseren Dank aussprechen. Der Dank schließt auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bundesministeriums ein, die über die Jahre hinweg mit der APK zusammengearbeitet haben.

In den letzten Jahren gab es auch eine intensive Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Arbeit, für die ich ebenfalls danken möchte. Neu ist die Zusammenarbeit mit dem Forschungsministerium. Wir möchten auch diese weiterführen und intensivieren.

Nicht nur die Psychiatrie hat sich in den 40 Jahren verändert, sondern auch die Gesellschaft und ihre zentralen Wertvorstellungen. Zentraler Aspekt ist der Verlust der normativen Bedeutung gesellschaftlicher Institutionen und damit einhergehend das Thema der zunehmenden Individualisierung. Selbstbestimmung ist das zentrale Thema seit den 70er Jahren. »Teilhabe«, durch die UN-Behindertenkonvention als »Inklusion« konkretisiert, wird zum allgemeinen Menschenrecht auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen.

Seither ist der Begriff der Individualisierung der Hilfen zunehmend wesentlicher Reforminhalt in 40 Jahren APK und darüber hinaus für die weitere Zukunft. Hinter dem Begriff der Personenzentrierung steckt das Bemühen um Förderung individueller Rechte psychisch kranker Menschen und gleichzeitig um Deckung individueller Bedarfe, nicht nur selbst wahrgenommener Bedürfnisse.

Welche Antworten auf diese Herausforderungen haben wir in Gesellschaft und Psychiatrie bisher gefunden?

Als APK haben wir den personenzentrierten Ansatz entwickelt, in dem die konsequente Orientierung am individuellen Bedarf bezogen auf die individuelle Lebenswirklichkeit mit der notwendigen koordinierten Hilfeplanung und -leistung zusammen geführt wird. Das dazu notwendige Instrument, der IBRP (Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan) ist geradezu eine Erfolgsgeschichte, wenn man die Debatte um Bedarfsermittlung und Teilhabepflicht in der Sozialhilfe betrachtet.

Als weiteres Instrument der Umsetzung haben wir das Konzept der »längerfristig koordinierenden Bezugsperson« entwickelt als spezifische Form von Case-Management, das gerade in den neuen Verträgen zur Integrierten Versorgung eine Renaissance erlebt.

Die dazu notwendige Struktur des Hilfesystems mündet dann in den Gemeindepsychiatrischen Verbund.

Wir haben unter dem Begriff der nicht-psychiatrischen Hilfen auf die Bedeutung von professionellen Leistungen der somatischen Medizin sowie von Dienstleistern für Probleme im Zusammenhang mit Wohnen, Arbeit und Beschäftigung, Bildung, Schulden usw. hingewiesen. Darüber hinaus geht es um Unterstützung und Begleitung im Alltag durch nachbarschaftliches/bürgerschaftliches Engagements und die Pflege des Sozialraums.

Vielerorts sind Beschwerdestellen entstanden, manchmal trialogisch besetzt, Psychoseminare, Triialoggruppen, Genesungsbegleiter mit EX-IN Ausbildung sind mittlerweile deutschlandweit bekannt, aber noch zu selten im Einsatz.

Dem Thema »psychische Erkrankung« kommt eine wachsende Bedeutung zu.

Etwa jeder dritte Bundesbürger und jede dritte Bundesbürgerin haben bereits einmal in ihrem Leben eine behandlungsbedürftige psychische Störung oder Krankheit durchlebt bzw. leiden noch an ihr. Mehr als 10 Millionen Menschen sind jährlich direkt von den Auswirkungen betroffen.

Neben der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind für psychisch Kranke oft die sozialen und wirtschaftlichen Folgen problematisch. Viele sind bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden. Auch sind überdurchschnittlich viel chronisch psychisch Kranke langzeitarbeitslos.

Diese Folgen sind nicht allein krankheitsbedingt. Sie hängen auch mit gesellschaftlichen Faktoren zusammen: mit Stigmatisierung und fehlenden Hilfen. Für psychisch Kranke Menschen gilt: Es kann geholfen werden – und es wird geholfen. Doch wir sind überzeugt: Es kann noch besser geholfen werden und wir müssen weiterhin die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen beachten.

Denn es bestehen weiterhin Probleme:

- Nach wie vor werden psychisch kranke Menschen viel zu häufig bedürftig, weil sie arbeitslos werden oder den Weg in die Berufstätigkeit nicht bewältigen können.
- Außerhalb des Krankenhauses gibt es nicht genug sozialversicherungsfinanzierte Leistungen für psychisch Kranke. Fast regelhaft wird die Sozial-

hilfe mit Eingliederungshilfe praktisch zum vorrangigen Kostenträger bei Bedarf für komplexe psychosoziale Leistungen, weil diese als ambulante Behandlung oder medizinische Rehabilitation für schwerer psychisch kranke Patienten unzureichend verfügbar sind. Bei der Eingliederungshilfe wird Einkommen und Vermögen angerechnet, was wiederum zur Bedürftigkeit führen kann. In stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe – wie auch oft in Pflegeheimen – bedeutet das für kranke und behinderte Menschen auf Taschengeldbezug reduziert zu werden.

- Nach wie vor müssen psychisch Kranke in die Klinik, weil adäquate ambulante Hilfen fehlen oder von den psychisch Kranken nicht erreicht werden.
- In den psychiatrischen Kliniken waren vielerorts personelle Kürzungen zu verkraften und das therapeutische Angebot kann nur mit Mühe aufrechterhalten werden.

Es muss also weitergehen mit der Psychiatriereform. Wir haben uns entschieden, trotz des denkwürdigen Anlasses, 40 Jahre Psychiatriereform und 40 Jahre APK, nicht in erster Linie zurückzuschauen und zu bilanzieren, sondern wir wollten mit diesem Fachtag vor allem auf die aktuellen Entwicklungen und die anstehenden Aufgaben schauen.

Aktuell stehen wir vor grundlegenden Reformvorhaben in allen wesentlichen Bereichen, die für psychisch kranke Menschen von Bedeutung sind:

- Psychiatrische Behandlung, sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich
- Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Pflege und Begleitung im Alltag
- sowie die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention mit ihren sozial- und gesellschaftspolitischen Aspekten

Dementsprechend wurden diese Themen am 18.10.2011 im Rahmen der APK-Fachtagung 2011 aufgegriffen. Dabei ging es zunächst in Plenumsvorträgen um die Leitlinien Inklusion, Selbstbestimmung und Teilhabe. Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Hubert Hüppe, unterstrich in seinem Eröffnungsbeitrag den ressortübergreifenden Handlungsbedarf zur Umsetzung dieser Leitlinien. Sechs Parallelsymposien gaben einen Überblick über die aktuellen sozialrechtlichen und gesellschaftspolitischen Wandlungsbereiche und luden die Teilnehmer zur Diskussion ein.

40 Jahre Bundestagsentschließung und Gründung der APK - Rückblick und Perspektiven aus Sicht der Politik

Annette Widmann-Mauz

Sehr geehrter Herr Weiß, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
meine sehr verehrten Damen und Herren,

Im Januar 1971 wurde die AKTION PSYCHISCH KRANKE gegründet.

Im August 1971 übernahm sie die Geschäftsstelle für die Enquête-Kommission zur Lage der Psychiatrie.

Das ist lange her. Wie lang, das mag man sich daran verdeutlichen, was 1971 sonst noch so passiert ist:

- Die BRD und die BENELUX-Länder vereinbarten die Herausgabe einheitlicher Eurocheque-Karten.
- In München eröffnet die erste deutsche Filiale von McDonald's.
- Und wenn Ihnen das noch nicht reicht: Borussia Mönchengladbach war 1971 tatsächlich Deutscher Fußballmeister.

Vor 40 Jahren also gründete sich zum einen eine Initiative, die seitdem an der Schnittstelle zwischen Politik und Psychiatrie vermittelt und die sich nachhaltig und parteiübergreifend für die Belange psychisch kranker Menschen in unserem Land einsetzt.

Zum anderen wurde vom Deutschen Bundestag ein Expertengremium damit beauftragt, einen Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland zu erstellen.

Es war übrigens – und auch darauf können Sie stolz sein – die erste Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages. Seitdem hat es 26 weitere gegeben.

Der Bericht der Psychiatrie-Enquête wurde 1975 vorgelegt und kam zu dem Schluss, dass das gesamte psychiatrische System dringend reformbedürftig war: Vielfach wurden damals psychisch Erkrankte – positiv gesprochen – »beschützt« oder – realistisch ausgedrückt – eher nur verwahrt, teilweise unter inhumanen Bedingungen.

In dem Bericht wurden schließlich die bis heute gültigen Prinzipien einer rehabilitativ und integrativ ausgerichteten medizinischen und sozialen Versorgung psychischer Kranker verankert:

- wie der Aufbau bedarfsgerechter ambulanter und komplementärer Hilfsangebote im Lebensumfeld
- die Dezentralisierung und Regionalisierung stationärer Hilfen

- die Koordination der Hilfen
- die sozialrechtliche Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken.

Dass die Geschichte der Psychiatrie in Deutschland seitdem eine Erfolgsgeschichte ist, ist zu einem Großteil auch der AKTION PSYCHISCH KRANKE zu verdanken. Sie hat sich von Anfang an klug aufgestellt mit jeweils einem politisch verankerten Vorsitzenden – und ich freue mich, dass heute die Riege der ehemaligen Vorsitzenden mit den Herren Jagoda und Kauder sowie Frau Schmidt-Zadel so prominent vertreten ist.

Mit im Boot war aber nicht nur die Politik.

Darüber hinaus waren und sind viele relevante Player inklusive der Betroffenen selbst in der AKTION vertreten.

So konnte sie kritischer Begleiter für alle Aktivitäten und weiteren Entwicklungen sein und hat auf der Grundlage umfassender Kompetenz das psychiatrische Geschehen in Deutschland seitdem mit gesteuert.

So konnte es gelingen, die traditionelle Anstaltspsychiatrie durch ein therapeutisch ausgerichtetes System zu ersetzen. Es gibt heute eine Vielzahl von unterschiedlichen Angeboten an Behandlung und Rehabilitation im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich.

Ganz wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die verbesserte Einbeziehung der Angehörigen psychisch Kranker und nicht zuletzt die Integration der Betroffenen selbst in den Prozess der Weiterentwicklung.

Die Zahl der Krankenhausbetten hat sich halbiert (von 118.000 auf 54.000).

In der vertragsärztlichen Versorgung hat sich die Zahl der Psychiater und Nervenärzte verdreifacht (von 1.400 in 1980 auf 5.000 heute).

Hinzugekommen sind über 12.000 psychologische Psychotherapeuten und 2.600 Kinder- und Jugendlichentherapeuten.

Und dennoch ist die AKTION PSYCHISCH KRANKE nicht müde geworden, weiter zu mahnen, Psychiatrie vom Menschen aus zu betrachten und nicht vom System aus. Der personenzentrierte Ansatz, den sie vertritt, stellt die Betroffenen in den Mittelpunkt und erhebt individuelle Hilfebedarfe, die dann umgesetzt werden.

Sie, meine Damen und Herren der AKTION PSYCHISCH KRANKE, haben sich immer wieder eingemischt, und das im besten Sinne. Sie haben Impulse gegeben, Handlungsempfehlungen erarbeitet und zahlreiche Projekte durchgeführt.

Wir in der Politik und im Bundesministerium für Gesundheit waren schlau genug, Ihre Anregungen aufzugreifen und umzusetzen, so z. B. bei der Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung 1991, bei der Aufnahme der ambulanten Soziotherapie in das Sozialgesetzbuch V oder auch bei der Weiterentwicklung und Zusammenfassung des Rehabilitationsrechts im Sozialgesetzbuch XI.

Immer wussten wir sie als zuverlässigen Partner an unserer Seite. Davon konnte ich mich bereits mehrfach persönlich überzeugen, zuletzt als ich im Juli dieses Jahres an einem Expertenworkshop zur Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen teilnahm.

Dieser Workshop hat nicht nur gute Anregungen für die weitere Arbeit gegeben. Er hat vor allem dazu beigetragen, die Debatte zu versachlichen, die in den vorangegangenen Monaten doch erheblich an Lebendigkeit, um nicht zu sagen Lautstärke, zugenommen hatte und auch von Kontroversen geprägt war.

Sie sehen also, bei allen Erfolgen stehen wir immer wieder vor neuen Herausforderungen, und man kann keinesfalls davon sprechen, dass die Psychiatrie-Reform abgeschlossen ist.

Die Konzepte und Strukturen der Versorgung müssen weiterentwickelt werden. Die Leistungen müssen auch in diesem Bereich an den Prinzipien der Evidenzbasierung, der patientenorientierten Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeit ausgerichtet werden. Das schulden wir den Patienten, aber wir schulden es auch einem auf Nachhaltigkeit angelegten Versorgungssystem.

Denn nur, wenn sich Qualität und Wirtschaftlichkeit im Wettbewerb durchsetzen, kann die gesundheitliche Versorgung der Menschen auch langfristig finanziert werden.

Die Weiterentwicklung der Behandlung in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern unter den Bedingungen des zukünftigen leistungsbezogenen Entgeltsystems kann hierzu einen Beitrag leisten.

Auch aus unserer Sicht muss bei den weiteren Schritten das Prinzip der Personenzentrierung Anwendung finden. Die Versorgung psychisch Erkrankter muss flexibler werden und den jeweils individuellen Bedarf decken können.

Daher fördern wir auch zwei wichtige Projekte der AKTION PSYCHISCH KRANKE, eines zur Weiterentwicklung der Qualität und Effizienz der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung und ein weiteres

zur Implementation von Hilfen für psychisch kranke alte Menschen. Personenzentriert, versteht sich.

Ich bin froh, dass es Bündnisse wie die APK gibt, deren institutionelle Förderung sich immer wieder als zielführend herausstellt, so dass wir auch weiterhin die APK mit ihren Ideen und Erfahrungen, ihrer Bereitschaft zu integrieren und ihrer Fähigkeit, nach vorne zu denken, an unserer Seite haben.

Für die heutige Veranstaltung wünsche ich Ihnen viel Erfolg, aber das brauche ich eigentlich gar nicht, denn Ihre Erfolgsgeschichte spricht für sich.

Vielen Dank.

Zeitzeichen - 40 Jahre Aktion Psychisch Kranke

*Peter Weiß im Gespräch mit ehemaligen Vorsitzenden der APK:
Bernhard Jagoda, Volker Kauder (i. V. Heinrich Kunze),
Regina Schmidt-Zadel*

Peter Weiß: Herr Jagoda, Sie haben im Jahr 1993 den Vorsitz der APK übernommen. Erzählen Sie doch bitte, was dazu geführt hat, dass Sie Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE wurden?

Bernhard Jagoda: Meine Damen und Herren, vor Walter Picard, dem Gründungsvorsitzenden der AKTION PSYCHISCH KRANKE, war man nie sicher. Ich kannte ihn aus hessischen Zeiten, da waren wir gemeinsam in der CDU tätig. Er war erst Landtagsabgeordneter und ist dann in den Bundestag gegangen. Wir waren in der gleichen Fraktion und auch in der Hessen-Gruppe. Da er krank war, hat er mich gebeten, den Vorsitz bei der AKTION PSYCHISCH KRANKE zu übernehmen. Ich habe am 29.10.1993 die nahe Zukunft nicht gekannt, sonst hätte ich ihn wahrscheinlich nicht übernommen. Wenige Tage nachdem ich zum Vorsitzenden gewählt worden bin, habe ich durch die Abendnachrichten erfahren, dass ich nach Nürnberg zur heutigen Bundesagentur für Arbeit gehen sollte. Ich stand vor der Frage, ob ich zurücktreten soll.

Aber mir war klar, dass das Problem der psychischen Erkrankungen auch in der Arbeitswelt bedeutsam ist und dort mehr Beachtung verdient. Unter diesem Aspekt wollte ich von Nürnberg aus den Vorsitz wahrnehmen. Was ich sagen möchte ist: Walter Picard, das war ein liebenswertes Schlitzohr. Er ist nicht hingegangen und hat im Deutschen Bundestag lamentiert, wie schlecht alles ist. Clever, wie er war, hat er gesagt: »Lass das mal die Fachleute machen. Wir gründen eine Enquête-Kommission und dann werden wir uns das Ergebnis ansehen.« Dann haben sich Sachverstand und großes ›Wollen, etwas zu verbessern‹ gefunden, was sehr segensreich für die Menschen in Deutschland war und durchaus auch heute nicht selbstverständlich ist. Das ist zu bedenken, denn ich habe das 50jährige Dienstjubiläum im Sozialstaat Deutschland schon hinter mir. Mit 18 Jahren habe ich als Verwaltungssekretär der Sozialhilfeabteilung in Treysa angefangen. Ich bin jetzt über 70 und meine Erkenntnis ist, dass der Sozialstaat Deutschland eine ständige Baustelle ist, die nie endet. Das müssen wir den Menschen sagen. Wer es nicht glaubt, der gehe zum Kölner Dom zur Dombauhütte. Die gibt es schon seit hundert Jahren, weil immer weiter am Dom gebaut werden

muss. Wir sollten nicht den Eindruck erwecken, bereits alles zu haben. Es ändert sich sehr viel.

Für mich war die Zeit als Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE eine segensreiche Zeit. Ich habe sehr viel dazu gelernt und dafür bin ich sehr dankbar. Die 40 Jahre APK haben auch Deutschland sehr gut getan.

Peter Weiß: Herr Jagoda, Sie haben schon auf das Thema Integration in Arbeit, hingewiesen. Das ist ein Thema, mit dem wir uns immer wieder beschäftigen, damit dabei die Belange psychisch kranker Menschen nicht vergessen werden. Vielleicht können Sie uns noch ein paar Themen nennen, die ihrer Erinnerung nach in Ihrer Zeit als Vorsitzender im Vordergrund gestanden haben.

Bernhard Jagoda: Es ist natürlich schon sehr lange her, aber ich erinnere mich daran, dass in dieser Zeit die Psychiatrie-Personalverordnung entwickelt wurde. Dadurch hat sich die psychiatrische Krankenhausbehandlung enorm verbessert. Außerdem ging es um Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Und dann spielte es eine große Rolle, dass man eine neue Versorgungsstruktur brauchte. Sie werden sich noch daran erinnern können, lieber Herr Professor Kunze: Früher gab es nur die großen Einrichtungen, möglichst weit von der Stadt weg. Das war der falsche Weg. Das würde ich jetzt nicht beschimpfen. Aber dass man eine derartige Einrichtung dezentral an ein Kreiskrankenhaus anbinden konnte und es auch ambulante Angebote gab, war ein Segen für die Menschheit. Das hat auch dazu geführt, dass die Leute vor Ort mehr mit diesen Fragen befasst worden sind, weil sie das jetzt zur Kenntnis genommen haben.

Dann will ich das Pflegeversicherungsgesetz nennen oder die berufliche Integration psychisch Kranker. Das ist eine ganz schwierige Frage und eine große Aufgabe. Ich sage Ihnen, da geht man mit einem ganz schlechten Gewissen durch die Gegend, denn wir müssen auch aus meiner bescheidenen Sicht zugeben, dass wir gar nicht alle Betroffenen kennen, dass trotz so einer langen Arbeit von 40 Jahren APK die Dunkelziffer immer noch sehr groß ist und es die Menschen immer noch schwer haben im Betrieb, mit dieser Krankheit von den Kolleginnen und Kollegen akzeptiert zu werden. Das ist etwas, wo die Gesellschaft sich fortentwickeln muss. Wir haben natürlich auch in dieser Zeit Kontakt gehalten mit der jeweiligen Bundesregierung und mit dem Bundeskanzler – Herr Seehofer war damals der Gesundheitsminister. Das waren nur einige Punkte aus dieser Zeit, ein Stück des Weges, den wir damals gemeinsam gegangen sind.

Peter Weiß: Vielen Dank Herr Jagoda

Auf Bernhard Jagoda folgte als weiterer Vorsitzender der APK Volker Kauder, der heutige Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Sehr geehrter Herr Professor Kunze, waren Sie damals schon Stellvertreter des APK-Vorsitzenden Kauder? Wie gestaltete sich die Zusammenarbeit mit ihm?

Heinrich Kunze: Er wusste, auf was er sich einließ und worum es ging. Denn er war zuvor Kreissozialdezernent gewesen – zuständig für die örtliche Sozialhilfe – und von daher kannte er auch die Menschen, die psychiatrische Hilfe brauchten. Und er wusste aus eigener Erfahrung um die Probleme infolge der Aufteilung der Zuständigkeiten: ambulante Eingliederungshilfe in örtlicher und stationäre in überörtlicher Zuständigkeit. Die Zusammenarbeit zwischen Fachleuten im Vorstand und Volker Kauder als Vorsitzendem und den weiteren Bundestagsabgeordneten war immer auf die Lösung von Problemen orientiert. Das war eine richtig gute, vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Peter Weiß: Verehrte Frau Parlamentarische Staatssekretärin Widmann-Mauz, das kommt Ihnen doch auch bekannt vor. Wird über Themen der Sozialpolitik diskutiert, dann beginnt unser Fraktionsvorsitzender Volker Kauder auch immer gerne mit den Worten: »Als ich noch Sozialdezernent war«. Herr Professor Heinrich Kunze, Sie haben lange in einem großen psychiatrischen Krankenhaus Verantwortung getragen. Sie haben gesehen, wo etwas verändert werden muss. Wie kommt es, dass Sie bei der AKTION PSYCHISCH KRANKE gelandet sind? Warum und wie sind Sie in die APK eingestiegen?

Heinrich Kunze: Weil ich bei meiner Arbeit in der Psychiatrie zwar immer mit Beachtung der Regeln des vorgegebenen Systems gearbeitet habe, aber zugleich auch in der Rolle eines teilnehmenden Beobachters und mit der Frage: Welche Regeln des Systems müssten geändert werden, damit ich meinen Ansprüchen entsprechend arbeiten könnte? Ich kenne die Psychiatrie seit 1969 von innen, also auch die alte Anstaltspsychiatrie und auch Psychiatrie-Verwaltung. Ich habe Kontakt und Austausch mit anderen ähnlich Interessierten gesucht. Als Psychiater ging mein Interesse an therapeutischem Handeln, wissenschaftlicher Bearbeitung und Systemgestaltung von Anfang an über die stationäre Krankenhausperspektive hinaus: Beginn in einer Tagesklinik in West-Berlin; Lehr- und Wanderjahre in Deutschland, USA und England; PLK Weinsberg/Therapeutikum Heilbronn 1973–78 als Psychiater mit Patientenverantwortung am Aufbau »außerstationärer« Alternativen zur Langzeitversorgung im Landeskrankenhaus und in Heimen beteiligt, das

wurde Thema meiner Habilitation ... Immer spürten, reflektierten wir die Diskrepanz zwischen dem, was wir therapeutisch mit und für Patienten und Angehörige tun konnten, was wir darüber hinaus für sinnvoller hielten und dass überkommene Organisations- und Finanzierungsformen häufig dem im Wege standen. Deswegen kamen wir zu dem Ergebnis: es reicht nicht, dass wir das Gute wollen und gute Therapeuten sind, es reicht nicht, wenn wir manchmal das System mit Phantasie überlisten, sondern wir müssen auch das System umbauen. Dabei half mir mein Soziologen-Blick zu unterscheiden zwischen Fällen und Personen, Institutionen und Prozessen, Funktionen und Strukturen, und zwischen Interessen von Betroffenen einerseits und den Interessen der verschiedenen Akteure des Versorgungssystems andererseits. So werden Spielräume zur Systemveränderung besser erkennbar. Aber die Umsetzung erfordert die enge, kontinuierliche, vertrauensvolle Zusammenarbeit von Fachwelt und Politik. – So fand ich dann in den 1980er Jahren viele ähnlich Gesinnte auf APK-Tagungen, in Arbeitsgruppen und in der Expertenkommission, die 1988 ihre »Empfehlungen ...« der Bundesregierung vorlegte. Die APK arbeitet seit der Enquête dafür, die Personen mit psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen in ihrem Lebensraum in den Mittelpunkt zu stellen und die Interessen von Berufsgruppen, Institutionen, Leistungsträgern nachgeordnet auch zu berücksichtigen.

Peter Weiß: Volker Kauder war von 1995 bis 1999 Vorsitzender der APK, deswegen an Sie die Frage als damaliger Stellvertreter: Was waren in diesen Jahren die vorrangigen Themen, mit denen sich die APK beschäftigt hat?

Heinrich Kunze: Das waren zwei große Themen, die uns auch heute noch beschäftigen. Das erste war die Personalbemessung für psychiatrische Kliniken. Diese war in den Jahren zuvor von 1991 bis 1995 gerade umgesetzt worden. Und Herr Kauder als APK-Vorsitzender mit den andern MdBs im Vorstand haben dafür gesorgt, dass die Psych-PV nicht gleich wieder kassiert wurde, wie die ein Jahr nach der Psych-PV in Kraft gesetzte Pflege-Personalregelung für somatische Krankenhäuser. Wir haben die erste Evaluation der Psych-PV auf den Weg gebracht. Das gemeinsame Vorgehen kam darin zum Ausdruck, dass das Ergebnis in der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit publiziert wurde, mit einem Vorwort der Vorsitzenden der APK, der DKG und der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie einem Vorwort von Gesundheitsminister Seehofer. Das Ergebnis kurz zusammengefasst: Die Psych-PV war und ist ein großer Fortschritt für die Krankenhausbehandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Sie hat maßgeblich dazu beitragen, dass die Anstalten sich veränderten und

dass wohnortnahe Klinikbehandlung mit regionaler Pflichtversorgung zum Prinzip wurde. Die Wohnortnähe ist die entscheidende Maßnahme, die schon die Autoren der Enquête in den Vordergrund gestellt hatten. Wir dürfen die Menschen nicht erst in wohnortferne Anstalten stecken, um sie dann nach einer längeren Behandlung mit riesigem Aufwand wieder einzugliedern. Statt Patienten in Institutionen auszugliedern, muss zu den ersten Maßnahmen der Klinikbehandlung gehören, dass man das Leben der Menschen, ihre Wohnung, ihre Nachbarschaft, ihren Arbeitsplatz, ihr soziales Netzwerk stützt und erhält. Deshalb sollte man mit der Behandlung oder anderen Hilfen möglichst dorthin kommen und das ergänzen, was ihnen in ihrem Lebensraum fehlt, um dort weiter leben zu können. – In der Psych-PV bereits angelegt ist unser heutiges Bestreben, dies deutlicher zu realisieren mit dem neuen Psych-Entgeltssystem.

Das zweite große Thema war die Entwicklung des »Personenzentrierten Ansatzes«: 1997 erschien die 1. Auflage von »Psychosoziale Arbeitshilfe 11«, Herausgeber Volker Kauder, AKTION PSYCHISCH KRANKE. Durch verschiedene Projekte im Bereich der Eingliederungshilfe und der Pflege haben wir seitdem die praktische Relevanz dieses Ansatzes konkretisiert und die Akzeptanz erweitert. Seit einigen Jahren steht das Thema auf der Agenda der Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder (ASMK), die Kernthese lautet: Neuausrichtung als personenzentrierte Teilhabe- bzw. Pflegeleistung, durch Wandel von einer vorwiegend einrichtungsorientierten zu einer personenzentrierten Hilfe, die unabhängig von Ort und Art der Hilfe erbracht wird. Damit entfällt die Typisierung von Leistungen in ambulante, teilstationäre und stationäre Maßnahmen, auch mit der erwünschten »Nebenwirkung«, dass für die alte Aufteilung in örtliche und überörtliche Zuständigkeiten die Grundlage entfällt.

Peter Weiß: Vielen Dank Herr Professor Kunze.

1999 wird Regina Schmidt-Zadel zur APK-Vorsitzenden gewählt. Sie war auch schon vorher im Vorstand und sie ist es heute immer noch. Frau Schmidt-Zadel, was fasziniert sie am Thema Psychiatrie, dass Sie so lange im APK-Vorstand aktiv bleiben?

Regina Schmidt-Zadel: Ich bin wie viele andere gerne so lange im APK-Vorstand geblieben, weil ich dort mit so vielen netten und kompetenten Leuten zusammenarbeiten konnte. Es war immer eine sehr schöne Arbeit. Ich habe mich aus meinem beruflichen Hintergrund heraus sehr mit der Situation von Menschen mit psychischer Erkrankung beschäftigt. Ich habe in der Zeit, als die Enquête entstand, als Sozialarbeiterin im Sozialpsychi-

atrischen Dienst eines Kreises gearbeitet und bin in dieser Funktion oft in einem rheinischen Landeskrankenhaus gewesen, und zwar in Brauweiler. Da gab es im Bereich der Behandlung von psychisch kranken Menschen menschenunwürdige Verhältnisse und auch mehrere Todesfälle. Das ist damals auch durch die Presse gegangen und später von einem Gericht so festgestellt worden. Das hat mich so empört, schockiert, aber auch bedrückt, dass ich damals zu den Verantwortlichen im Landschaftsverband Rheinland gegangen bin, dem Träger der Klinik. Ich habe meine Erfahrungen geschildert, aber man hat mich als »kleine Sozialarbeiterin« nicht ernst genommen. Ich muss das leider so sagen. Hinterher tat es einigen Leuten leid, aber ich bin einfach nicht gehört worden. Da habe ich mir überlegt, was machst du, damit man auf dich hört? Und bin ich zu dem Schluss gekommen: Du musst in die Politik gehen, dann hört man auf dich. Das war dann die Entscheidung.

Ich bin nach meinem Entschluss, mich politisch einzumischen, sehr bald Mitglied der Landschaftsversammlung Rheinland geworden. Das ist die politische Vertretung des Landschaftsverbandes Rheinland.

Nach kurzer Mitgliedschaft wurde ich Vorsitzende des Gesundheits-Ausschusses. Mein weiterer politischer Weg führte mich als Abgeordnete in den Bundestag. Kaum war ich im Bundestag, da hat mich Herr Professor Kunze angerufen, ob ich bereit wäre, für den Vorstand der AKTION PSYCHISCH KRANKE zu kandidieren.

Und da mir die Aktion durch ihren Einsatz für Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht unbekannt war, habe ich zugestimmt und meine Fraktion hat mich dann auch für dieses Amt gewählt.

Da war noch ein Erlebnis im Bundestag, über das ich hier berichten möchte: Es gab eine Anfrage zur Psychiatrie und ich sollte die Rede für die Fraktion halten. Ich habe mich gefreut, dass sie mich ausgewählt haben. Die Diskussion war auf 21:00 Uhr festgelegt. Als ich dann ans Rednerpult gegangen bin, habe ich zu meiner Verwunderung gesehen, dass nur sechs Kolleginnen und Kollegen anwesend waren. Zu Beginn meiner Rede habe ich dann darauf hingewiesen, welchen Stellenwert dieses Thema offensichtlich im Parlament hat, vor allem auch aus dem Grunde, dass dieser Tagesordnungspunkt als letzter Punkt auf die Tagesordnung des Parlamentes kam. Ich habe dann darauf hingewiesen, dass es Zeit wird, dass sich in den Köpfen der Verantwortlichen etwas ändert. Der damalige Vizepräsident des Bundestages – Herr Becker, der leider auch schon verstorben ist – hat mich gerügt und gesagt, »Frau Abgeordnete, Sie haben nicht das Recht die Aufstellung der Tagesordnung zu rügen.

Wir haben uns aber später wieder vertragen. Und ich hatte danach den Eindruck, dass das Thema psychisch kranke Menschen einen anderen Stellenwert im Parlament hatte.

Ich habe das später häufiger erlebt, man muss nicht alles hinnehmen, wenn man Veränderungen erreichen will.

Peter Weiß: Was hatten Sie sich vorgenommen und was ist für Sie auch tatsächlich eingetroffen? Sie sind seit 20 Jahren im Vorstand der APK, davon 10 Jahre als Vorsitzende. Sie haben von allen Mitgliedern die längste Zeit im Vorstand verbracht. Was ist Ihnen aus Ihrer Arbeit für die APK besonders in Erinnerung geblieben, das vielleicht auch heute noch aktuell ist?

Regina Schmidt-Zadel: Besonders in Erinnerung geblieben ist mir der Einsatz der AKTION für die Einrichtung von ambulanten Versorgungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Diese Menschen wurden in den 70er Jahren fast ausschließlich in großen Kliniken behandelt, fernab von ihrem eigentlichen Wohnort. Sie wurden dorthin abgeschoben. Viele der Menschen, die damals in die Psychiatrie kamen, sind Zeit ihres Lebens nicht mehr in ihren Wohnort zurückgekommen. Sie haben in den Kliniken ohne Privatsphäre in großen Schlaflsälen gelebt. Ich habe das alles damals noch erlebt. Mit den ambulanten Einrichtungen, den Sozialpsychiatrischen Zentren, aber auch den Wohngemeinschaften und dem Betreuten Wohnen konnten psychisch kranke Menschen wieder in ihrer alten Heimat leben und ein menschenwürdiges Leben führen.

Ein weiteres Beispiel ist die ambulante Soziotherapie. Im Gesundheitsausschuss des Bundestages, musste ich noch manch einem Ausschussmitglied erklären, dass Soziotherapie kein Exorzismus ist, sondern eine Therapiemöglichkeit zur Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und es macht mich heute noch traurig, dass diese Therapiemöglichkeit aus unterschiedlichen nicht nachvollziehbaren Gründen so wenig genutzt wird. Ich bin nach wie vor der Meinung, dass Soziotherapie ein wichtiger Bestandteil ambulanter Behandlung ist und dringend flächendeckend umgesetzt werden sollte.

Auch sehr bedeutsam waren natürlich unsere Projekte zur Verbesserung der Situation von psychisch kranken alten Menschen, die viele Jahre vernachlässigt worden sind und die mir besonders am Herzen liegen. Es gibt eine immer größere Anzahl von Menschen, die im Alter psychisch krank werden: Demenz, Alzheimer, fast jede Familie hat Erkrankte mit diesem Krankheitsbild. Wir haben in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium mehrere Expertisen zu diesem Thema erstellt. Zurzeit führen wir

ein Implementationsprojekt durch. Uns geht es vor allem darum, dass auch psychisch kranke alte Menschen in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können, wenn sie das wollen. Damit nicht bei jedem, der einmal eine psychische Erkrankung im Alter bekommt und unter den momentanen Bedingungen nicht weiter in der gewohnten Umgebung versorgt werden kann, allzu schnell eine Heimaufnahme erfolgen muss, müssen Möglichkeiten geschaffen werden, dass sie mit ambulanter Betreuung weiter in ihrer gewohnten Umgebung leben können. Wir haben gute und auch finanzierbare Vorschläge in unseren Projekten, so dass viele davon in nächster Zeit umgesetzt werden können.

Es gibt noch eine weitere Gruppe, die mir sehr am Herzen liegt: Kinder mit psychischen Störungen und psychischen Erkrankungen. Man kann fast jeden Tag in der Presse lesen, dass ihre Zahl steigt, dass immer mehr Kinder psychische Probleme haben oder auch schon psychisch erkrankt sind. Die Einrichtungen, die Kliniken sind überbelegt. Ich habe eine Kinder- und Jugendpsychiatrie besucht und da hat mich die Aussage einer Ärztin sehr betroffen gemacht: »Wir können keinen mehr aufnehmen, weil wir ständig überbelegt sind, aber was sollen wir tun? Den Eltern wird in ihrer Not vom Hausarzt geraten, im Aufnahmegespräch auf die Problematik hinzuweisen, dass eine Versorgung und Behandlung im häuslichen Bereich nicht mehr möglich sei, weil ihr Kind suizidgefährdet sei. Dann muss eine Aufnahme in die stationäre Einrichtung erfolgen.« Das kann und darf nicht sein. Ich bin der Meinung, hier müssen die stationären und teilstationären und vor allem die ambulanten Strukturen weiter ausgebaut werden. Auch das ist ein Schwerpunkt der Arbeit der APK und wird es in Zukunft weiter sein.

Peter Weiß: Vielen Dank Frau Schmidt-Zadel.

Durch ihre Erinnerungen, Herr Jagoda, Herr Kunze und Frau Schmidt-Zadel, haben wir einen guten und schnellen Überblick dessen bekommen, was in 40 Jahren Zeitgeschichte Psychiatrie in Deutschland passiert ist. Noch einmal ganz herzlichen Dank allen Dreien.

Standortbestimmung und Zukunftsvisionen 2020

... aus Sicht einer Angehörigen

Jutta Crämer

Es hat sich viel verändert in allen Bereichen der Versorgung psychisch kranker Menschen. Seit Jahren verfolgen wir Angehörigen im Landesverband Berlin aufmerksam Ihre Arbeit. Sie benennen die Schwachstellen in der psychiatrischen Versorgung und zeigen mögliche Wege der Abhilfe auf. Für Ihren Einsatz danken wir Ihnen herzlich.

Nun zum Thema *Standortbestimmung und Zukunftsvisionen 2020*:

Seit der Psychiatriereform hat sich die medizinische Behandlung im stationären sowie im ambulanten Bereich wesentlich verändert. Trotzdem – wenn ich in unserem Verband die Nöte, die Hilflosigkeit und die Perspektivlosigkeit vieler seelisch betroffener Menschen und ihrer Angehörigen miterlebe – dann kann ich nur sagen, es gibt noch sehr viel zu tun.

In jedem Jahr belegen Studien der Krankenkassen neu, dass die Zahlen der psychischen Erkrankungen steigen. Leider können wir als Angehörige aber nicht erkennen, dass die Situation der Erkrankten frühzeitig festgestellt und mit entsprechenden therapeutischen Maßnahmen behandelt bzw. gegengesteuert wird. Etliche Erkrankte haben einen langen, verzweifelten Weg, geprägt von gesundheitlichen und sozialen Problemen, auch in Ausbildung und Beruf, hinter sich, bevor erste Behandlungsschritte eingeleitet werden.

Menschen mit psychischen Problemen benötigen vertrauensvolle therapeutische Gespräche. Wir hören jedoch von unseren Mitgliedern immer wieder, wie schwierig es ist, überhaupt einen Termin zu einem psychotherapeutischen Erstgespräch zu erhalten. Die Bundespsychotherapeutenkammer geht von einer Wartezeit von bis zu sechs Monaten aus. Menschen, deren Erkrankung inzwischen chronisch geworden ist, haben sehr schlechte Aussichten, überhaupt einen Therapeuten der sog. »sprechenden Medizin« zu finden. Somit bleibt dann nur der Weg in die stationäre Behandlung, der Weg in die psychiatrische Klinik. Das Ziel der Behandlung – ambulant vor stationär – wird auch heute für viele Patienten noch immer nicht umgesetzt.

In der Klinik ist die Zeit für eine komplexe Behandlung einer Psychose oder einer Depression oft im erforderlichen Maße nicht möglich. Uns ist bekannt, dass die Arbeit in der Klinik seit Jahren unter ständigem Personalmangel leidet und dadurch eine gute psychiatrische Behandlung

ziemlich häufig nicht möglich ist. Auch, weil für die vom Gesetzgeber geforderten bürokratischen Dokumentationen ein erheblicher Zeitaufwand benötigt wird.

Nach ca. 20 Tagen werden die noch kranken Menschen entlassen. In vielen Fällen zu ihren Familien zurück, die mit diesen Umständen unvorbereitet und überfordert sind. Die Situation wird für die Kranken und für die Angehörigen ziemlich hoffnungslos.

Auch die beruflichen Perspektiven sind für seelisch beeinträchtigte Menschen heute noch immer sehr schlecht. Nach der Entlassung aus der Klinik wird psychisch beeinträchtigten Menschen von der Arbeitsagentur häufig empfohlen, sich einen Arbeitsplatz in der Werkstatt für behinderte Menschen zu suchen, häufig werden sie aufgefordert, einen Antrag auf Erwerbsunfähigkeitsrente zu stellen. Selbstvertrauen und eine neue Lebensperspektive können so nicht aufgebaut werden. Abgesehen davon, sollten auch die Sozialversicherungs-Träger, damit meine ich besonders die Krankenversicherung und die Rentenversicherung, daran interessiert sein, dass diese Personengruppe beruflich wieder eingegliedert wird und somit auch Sozialversicherungsbeiträge abgeführt werden können.

Aus der Sicht der Angehörigen fehlt noch immer eine auf die persönlichen Belange der Erkrankten zugeschnittene qualifizierte Nachsorge in allen Bereichen. Seit Jahren fordern wir Angehörigen, dass es eine nachgehende ambulante Behandlung mit der notwendigen Unterstützung und Betreuung wie aus einer Hand geben muss, z. B. das Hometreatment. Schon in der Klinik sollten Wege und Perspektiven, auch über Schnittstellen hinweg, aufgezeigt werden. Schon in der Klinik muss die Frage erörtert werden, wie geht das Leben weiter? Wie sieht die berufliche Situation des einzelnen Patienten aus? Ausbildungs- und Beschäftigungsangebote, die den Fähigkeiten des Einzelnen entsprechen, müssen angeboten oder auch geschaffen werden. Wir kämpfen seit Jahren dafür, dass auch hier in Berlin ein ambulantes medizinisch/berufliches Rehabilitations-Verfahren für psychische kranke Menschen von anerkannten sozialpsychiatrischen Trägern durchgeführt wird. Aber in Berlin verweigern die Sozialversicherungsträger die Anerkennung dieser Projekte.

Für die Zukunft werden aus der Sicht der Angehörigen flexible aufsuchende Teams benötigt.

In diesen Teams sollten vertrauensvoll zusammenarbeiten:

- Mitarbeiter der Klinik,
- niedergelassene Psychiater,

- Psychotherapeuten,
- Berufsberater,
- Mitarbeiter der sozialen Träger und natürlich auch
- die Selbsthilfverbände der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen; ich denke da besonders an die ausgebildeten EX IN – Experten.

Für derartige Teams muss ausreichend Personal und Zeit vorhanden sein. Zeit, um den Menschen mit seelischen Problemen zuzuhören. Um zu hören, wie sie ihr Leben bewältigen und wo sie Hilfe und Unterstützung brauchen. Über Stigmatisierungs-Erlebnisse sollte auch gesprochen werden.

Eine enge Zusammenarbeit bietet sich auch mit den Projekten der integrierten Versorgung an. Von den Projekten der integrierten Versorgung wünschen wir uns, dass einheitliche Wege gefunden werden. Wege, die auch verbindlich und auf Augenhöhe die Betroffenen und ihre Familien mit einbeziehen.

Lebensqualität und ein angemessener Lebensstandard müssen auch für Menschen mit seelischen Problemen endlich möglich werden.

Mit der UN-Behindertenrechtskonvention wurden die Rechte der Behinderten und auch der Menschen mit psychischen Problemen gestärkt. Wir alle müssen darauf achten, dass sie auch umgesetzt werden.

Die Vorstellungen der Angehörigen und der Betroffenen über die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung hat der Bundesverband der Angehörigen gemeinsam mit den Landesverbänden der Angehörigen und den Betroffenen-Verbänden in einer *Agenda 2020* entwickelt. Ich habe Ihnen diese Broschüre heute mitgebracht.

Ich danke Ihnen für Ihr Zuhören.

... aus Sicht einer psychiatrieerfahrenen Rehabilitationspädagogin

Ursula Talke

Meine Damen und Herren, ich freue mich, das ich hier und heute zu Ihnen sprechen darf.

Es soll um die Psychiatrie im Jahre 2020 gehen, um die Psychiatrie der Zukunft.

Wie soll sie aussehen, wie wünsche ich sie mir, die ich Psychiatrische Kliniken seit meinem 16ten Lebensjahr – seit 1977 – nutze, die ich mir die Psychiatrie sozusagen aus meinem Leben nicht wegdenken kann ...

Wenn ich ganz ehrlich bin, dann habe ich bereits mit meiner Pflichtversorgung, mit der ich hier in Berlin seit zwölf Jahren bekannt bin, meine Traumpsychotherapie.

In all diesen Jahren haben wir uns gegenseitig das Fürchten gelehrt und uns immer wieder vertragen – ich komme mal mit der Feuerwehr, und mal mit meinen Studentinnen zum Hospitieren (ich unterrichtete Sozialpsychiatrie) und die Kollegen nehmen inzwischen beides gelassen hin. Wir haben viel miteinander gesprochen in all diesen Jahren, ich verdanke dem Team eine gute Anbindung, nicht nur in Krisenzeiten, sondern überhaupt, da war und ist eine Kontinuität gewährleistet, die es mir ermöglicht hat, immer zuhause zu wohnen, trotz vieler Krisen, weil ich dieses Gelände – rund um die Uhr – hatte.

Einen dringenden Wunsch habe ich jedoch, vielleicht auch noch viele kleine, aber einen ganz Großen:

Schafft endlich den Begriff »psychisch krank« ab!

Zum einen ist er unzutreffend, weil nicht nur die »Psyche«, sondern der ganze Mensch, betroffen ist, zum andern hindert nichts mehr das Gesundwerden, als der Umstand, dass man erstmal als psychisch krank bezeichnet wird und immer noch gilt: einmal psychisch krank, immer psychisch krank.

Und bitte auch nicht »psychisch behindert, seelisch behindert, psychische Störung, seelische Störung«

Wissen Sie, ich will die Krankheiten nicht schön reden, mir ist durchaus klar, dass es viele Menschen gibt, die aufgrund ihrer Konstitution lebenslang Hilfe und Unterstützung benötigen – na und?

Geht es nicht vielleicht auch anders? Muss man die Situation von Menschen, die nicht so können wie die meisten, die grade durch eine Krise gehen

und Hilfe aus der Psychiatrie benötigen (was ja für die, die das zum ersten Mal erleben, schon schlimm genug ist) auch noch dadurch verschlimmern, dass man ihnen erklärt, sie seien nun »psychisch krank«?

Ich fordere die »AKTION PSYCHISCH KRANKE« auf, sich umzutaufen – setzen Sie einen Preis aus für einen neuen Namen, Sie alle machen seit 40 Jahren eine exzellent gute Arbeit, aber bitte heißen Sie in Zukunft anders!

Alle Welt spricht von Inklusion heutzutage, es geht letztendlich darum, dass Menschen gar nicht erst ausgegrenzt werden, sondern jeder von Anfang an die Förderung bekommt, die er benötigt und dass es normal sein wird, dass nicht alle gleich viel können und können müssen.

Wir leben in einer Gesellschaft, die sich ihre kranken Chroniker selber schafft, weil sie die Stress fördernden Leistungsnormen heute so hoch hängt, dieses Schneller-Höher-Weiter und immer mehr haben wollen, so dass aufgrund dieser Normierung fast automatisch ein Teil der Menschen nicht mithalten kann und irgendwann heraus fällt.

Und diese Menschen werden dann in unserem Hilfesystem versorgt. Au prima!

Sie merken schon, ich komme in Fahrt und erzähle keinesfalls von der Psychiatrie, sondern von der Gesellschaft.

Und da fällt mir dann Frau Dr. Montag ein, unsere Oberärztin, die eine Hospitation ermöglichte und auf die Frage nach der Psychiatrie sagte, sie habe den Eindruck, dass immer mehr Aufgaben an die Psychiatrie abgegeben werden, die eigentlich die Gesellschaft (und das sind wir alle!) erfüllen müsste und das könne die Psychiatrie nicht leisten.

Und dann will ich noch ein gutes Wort für die Kollegen in der Klinik einlegen – die brauchen wieder bessere Arbeitsbedingungen, mehr Zeit für den einzelnen Patienten, für Gespräche, einfach für Zuwendung, kleinere Stationen, ich selber würde mir auch noch mehr Flexibilität zwischen ambulant und stationär wünschen, das Schichtsystem sollte noch mal überdacht und vielleicht auch anders gestaltet werden – wir wollen doch, dass sie durchhalten können und nicht in ein paar Jahren einen Burn-Out haben.

So, nun wissen Sie, meine Damen und Herren, was ich so denke – und bevor ich noch von einem Arbeitsmarkt für alle und dem Grundeinkommen anfangen will, ich mich lieber von Ihnen verabschieden, seien Sie mir bitte nicht böse, dass ich so ehrlich bin. Ich freue mich darauf, dass mich (oder auch jemanden anders!) beim nächsten Mal, vielleicht die Aktion »wir bleiben gesund« oder wie die APK dann heißen mag, einlädt.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

**A Psychiatriereform 2011 ...
der Mensch im Sozialraum**

Eröffnungsbeitrag des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen

Selbstbestimmung und Teilhabe als ressortübergreifende Leitlinie

Hubert Hüppe

Lieber Peter Weiß,
meine Damen und Herren,

herzlichen Dank für die Einladung. Ich freue mich, heute hier zu sein und vor so vielen Menschen zum Thema Teilhabe zu sprechen. Ich möchte Ihnen auch zu Ihrem Jubiläum und ihrer langjährigen Arbeit gratulieren. Sie sind 40 Jahre als APK aktiv, wenn es darum geht, Wege zu entwickeln, wie Menschen mit psychischen Erkrankungen selbstbestimmt an der Gesellschaft teilhaben können. Damit arbeiten Sie natürlich auch an einem Punkt, der im Moment die Politik für Menschen mit Behinderung sehr bestimmt, die UN-Behindertenrechtskonvention, die sich meiner Einschätzung nach viel mehr entfaltet hat, als viele derer gedacht haben, die sie damals beschlossen haben.

Ich war damals noch Abgeordneter meiner Fraktion und Menschen mit Behinderung waren auch 2008 schon mein Thema, als im Bundestag über die UN-Behindertenrechtskonvention gesprochen wurde. Damals gab es auch eine Denkschrift aus dem damaligen Bundesministerium für Arbeit und Soziales, die besagte, dass ruhig alles verabschiedet werden könne, da in der Bundesrepublik Deutschland Inklusion sowieso schon umgesetzt sei. Das sei eher etwas für Entwicklungsländer, die ihre Standards erhöhen müssen. Da hat man sich ziemlich vertan.

Das Wort »Inklusion« gab es nicht, es wurde tunlichst vermieden, was aber hauptsächlich am schulischen und nicht an den anderen Bereichen lag. Inzwischen sagt die jetzige Bundesregierung: »auf dem Weg in eine inklusive Gesellschaft« ist unser Programm. Das ist bei aller Kritik bezüglich des nationalen Aktionsplans ein neuer Weg. Heute ist allen klar, dass Inklusion, Teilhabe von Menschen mit Behinderung der unterschiedlichsten Formen, noch lange nicht Wirklichkeit geworden ist und dass diese wirksame Teilhabe unser Ziel sein muss. Deswegen sind wir vielleicht kein Entwicklungsland, aber in Fragen der Inklusion und auch in Fragen der Psychiatrie sind wir wahrscheinlich ein »Umentwicklungsland«, so könnte man es vielleicht bezeichnen. Dass wir uns »umentwickeln« müssen von dem, was wir kannten

und was wir zum Teil immer noch kennen. Die APK war eine der ersten, die das vollzogen haben, was jetzt in aller Munde ist, nämlich die Personenzentrierung. Sie hat dies in die wissenschaftliche, aber auch in die politische Diskussion gebracht.

Personenzentrierung ist natürlich auch genau das, was der UN-Behindertenrechtskonvention entspricht, nämlich, dass die Person nicht der Hilfe folgen muss, sondern die Hilfe der Person. Das ist zwar leicht gesagt, aber sehr schwer durchzuführen. Vor allen Dingen, weil das natürlich auf massive Widerstände stößt, weniger von den Betroffenen selbst – manchmal auch dies, zumindest von den Angehörigen – sondern natürlich von denen, die in diesem System sind und ihre Strukturen aufgebaut haben. Ich habe festgestellt, dass es selten jemanden gibt, der selbst von sich behauptet, dass das, was er die ganze Zeit gemacht hat, so eigentlich nicht richtig sei und man sich deswegen ändern muss.

Wichtig ist auch, dass die neue Dimension der Behindertenrechtskonvention sagt, dass Teilhabe ein Menschenrecht ist. Und wer gegen Teilhabe verstößt, verstößt damit auch gegen die Menschenrechte. Das muss man immer wieder diskutieren und auch immer wieder in den Vordergrund stellen. Das tue ich hiermit! Bei den Diskussionen, die darüber geführt werden, wie man Dinge verändert und was es möglicherweise kostet, wird vergessen, dass Teilhabe ein Menschenrecht ist.

Meine Damen und Herren, ich habe gestern das Beispiel von einer Betroffenen gehört, das ich sehr passend fand: Sie sagte, wenn hier in Berlin oder sonst wo demonstriert wird, dann gibt es das Recht auf Meinungsfreiheit und da kommt keiner hin und sagt, wir müssen eine Demo verbieten, denn so viel Geld haben wir im Moment nicht für Polizei. Das Recht auf freie Meinungsäußerung ist dem Staat eine Menge wert. So muss es auch sein, wenn wir sagen, dass Teilhabe ein Menschenrecht ist. Dann muss einem sehr viel einfallen, um Gründe aufzuführen, dieses Menschenrecht nicht zu gewähren.

Ein wichtiger Punkt ist die Inklusion und der personenzentrierte Ansatz für psychisch erkrankte Menschen, die nicht als seelisch behindert gelten. Personenzentrierung als Gegenstück der derzeit immer noch bestehenden Einrichtungsorientierung ist ein wichtiger Punkt, der uns in der ganzen Diskussion beschäftigt und natürlich bedeutet dies auch, dass selbstbestimmte Teilhabe psychisch erkrankter Menschen eine Leitlinie für alle Ressorts ist. Der sogenannte Focal-Point, also die Anlaufstelle zur Umsetzung der UN-Konvention, liegt bekanntlich beim Bundesministerium für Arbeit und

Soziales. Wenn wir bei anderen Ministerien anfragen, dann fragen die: »Wieso sprechen Sie uns an, wir sind doch gar nicht zuständig«. Über eine solche Reaktion bin ich immer wieder erstaunt. Diese Reaktion kennen auch manche Angehörige und Betroffene, wenn sie um Hilfe bitten. Aber ich habe die letzten Worte von Peter Weiß gehört, der noch mal deutlich gemacht hat, wenn es um Arbeitsmarkt geht und vieles andere mehr, geht es natürlich auch um Wirtschaft. Da geht es um viel mehr. Da geht es um Barrierefreiheit, um Dinge, die weit außerhalb dessen sind, was nur Sozialministerium oder Gesundheitsministerium bewerkstelligen können. Und wenn wir von psychischer Erkrankung sprechen, dann gehört es bei Teilhabe auch dazu, dass man dies eben nicht nur aus dem gesundheitspolitischen oder dem sozialpolitischen Aspekt betrachtet. Bei den psychischen Erkrankungen wird es sogar noch mehr als bei anderen Behinderungen, als Gesundheitsproblem angesehen und weniger als gesellschaftliches Problem.

Es wird auch viel an Medikamenten geforscht. Es wird überprüft, wie sie sich auswirken, ob sie helfen. Ich denke, andere Bereiche sind vielleicht wichtiger: Z. B. die selbstbestimmte Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben der Gemeinschaft. Gerade heute waren alle Zeitungen voll davon, weil die Rentenversicherung noch mal neue Daten herausgegeben hat. Frau Schmidt-Zadel sagte mir, dass sei bestellt worden für diese Tagung. Wenn wirklich bundesweit 71.000 Männer und Frauen wegen psychischer Erkrankung vorzeitig aus dem Arbeitsleben ausscheiden müssen und oft nicht wieder zurück kommen und das mit einem immer jünger werdenden Klientel, dann ist es längst nicht nur ein Thema von Gesundheit, sondern dann ist es ein wirklich existenzielles wirtschaftliches Problem, ein arbeitsmarktpolitisches Problem und ein soziales Problem, um das es sich zu kümmern gilt. Mir macht es natürlich auch Sorgen, dass deutlich wurde, dass die Menschen dabei immer jünger werden.

Ein weiterer Gesichtspunkt ist, dass wir immer mehr merken, dass die Menschen eigentlich gegen den Auftrag der Inklusion in die Einrichtungen kommen. Der Zuwachs in den Werkstätten für Menschen mit Behinderung ist früher immer darauf zurückgeführt worden, dass die Menschen älter würden, ebenso die Menschen mit Behinderung älter würden und deswegen es mehr Menschen in den Werkstätten für Menschen mit Behinderung gebe. Inzwischen wissen Sie und ich, dass das zu einem großen Teil an dem hohen Zuwachs von Menschen mit psychischen Erkrankungen liegt. Nicht nur, aber es ist einer der wichtigsten Gründe. Arbeit ist sicherlich ein ganz wichtiger Punkt. Es geht nicht nur um Broterwerb, das ist auch wichtig. Man

braucht Geld, um in dieser Gesellschaft an Dingen teilhaben zu können. Aber es geht auch um Bestätigung, Selbstvertrauen und vor allen Dingen auch um das Wissen, dass man gebraucht wird und nicht überflüssig ist in dieser Gesellschaft. Deswegen glaube ich, dass die Arbeit für alle Menschen auch wichtiger Bestandteil für die seelische Gesundheit ist.

Aber auch außerhalb von Arbeit brauchen wir das gesellschaftliche Leben. Als Beauftragter der Bundesregierung habe ich Ende letzten Jahres eine Gesundheitstagung zum Thema Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gemacht. Auf dieser Tagung wurde deutlich, dass psychische Erkrankungen immer noch zum Tabu erklärt werden, besonders wenn es um die Bereiche Freizeit, Umwelt, Wohnumfeld geht. Man muss sich das einmal bei Politikern vorstellen, die Probleme psychischer Art haben. Viele wagen wahrscheinlich immer noch nicht, sich zu ihrer Krankheit zu bekennen aus Angst vor den Reaktionen. Zu den Tabuthemen, die zurzeit diskutiert werden, gehört sicherlich immer noch, dass viele der Auffassung sind: »Psychische Erkrankung? Das wird doch nie wieder etwas werden und den oder die können wir eigentlich nicht mehr gebrauchen«. Ich sage das so deutlich, weil es das ist, was auch auf den Tagungen geäußert wird, die ich besuche und selbst veranstaltet habe.

Deswegen müssen wir offen über dieses Thema reden. Es darf kein Tabuthema sein und wir müssen auch das Thema Arbeit noch mal besonders aufgreifen. Auch hier ist es eine große Aufgabe, möglichst früh darüber offen zu sprechen, damit überhaupt Möglichkeiten bestehen, eingreifen zu können. Damit nicht erst der Arbeitsverlust der entscheidende Punkt ist, an dem man nachdenkt, was man machen kann. Deswegen ist es wichtig, dass man auch in diesem Bereich – wie die APK es macht – die Leute zusammenführt, z. B. Werksärzte, die Betriebsführung, die Schwerbehindertenvertretung und dass man im Betrieb Ansprechpartner hat und auch die Mittel nutzt, die das SGB IX hergibt. Wir haben ja den § 84, das sogenannte Betriebliche Eingliederungsmanagement. Ein Thema, das meiner Meinung nach noch zu wenig nicht nur besprochen, sondern vor allen Dingen auch umgesetzt worden ist. Da wo es umgesetzt wird, ist es richtig gut.

In der Automobilindustrie beispielsweise gelingt es wirklich, ganz viele Menschen von Anfang an in dem Betrieb zu halten, indem man sehr offen mit psychischen Problemen umgeht. Dabei spielen die Vertrauensleute der Schwerbehindertenvertretung eine ganz große Rolle, die auch mit Arbeitgebern sehr gut kooperieren. Denen gegenüber ist es für die Betroffenen wahrscheinlich auch einfacher, sich zu öffnen. Man kennt sie, sie sind die

Ansprechpartner. Es ist hier ganz wichtig, auch den Betrieben zu sagen, dass dieses betriebliche Eingliederungsmanagement bei denen, die es machen – es sind bisher meistens leider nur Großbetriebe – große Erfolge verzeichnet. Sie halten ihre Leute und wenn wir über Fachkräftemangel sprechen, wissen wir, dass wir ausgebildete und erfahrene Arbeitskräfte halten müssen und dass man sie nicht einfach austauschen kann. Das ist vielleicht das Gute am Fachkräftemangel, dass dann Betriebe auch häufiger darüber nachdenken, wie man diese Menschen weiterbeschäftigen kann.

Die Weiterbeschäftigung attraktiver zu machen, zu entbürokratisieren, daran muss das Ministerium arbeiten und daran möchte auch ich arbeiten. Wenn die Menschen erst mal ausgegliedert sind, ist die Wiedereingliederung schwierig. Man braucht spezialisierte Integrationsfachdienste und Sonstiges.

Wichtig ist dabei auch hier, zeitnah mit Unterstützung wieder den Einstieg in den Betrieb zu suchen. Ich glaube Zeit spielt eine große Rolle. Deswegen ist es gut, dass Sie aus den verschiedenen Professionen heraus dieses Thema aufgreifen, da in den Übergängen viel zu viel Zeit verloren wird. Ich stelle das immer wieder fest. Es gibt einen Wust von Zuständigkeiten, wo der Betroffene und manchmal auch Fachleute sich kaum mehr zurechtfinden. Da wo es anders ist, haben wir sehr große Erfolge. Und es gibt eigentlich nur einen Sozialzweig, in dem das nicht so ist: die Deutsche Unfallversicherung, weil hier alles in einer Hand ist. Wenn jemand zum Beispiel einen Unfall hat, dann kommt er in die Unfallklinik, dann in die Reha, dann in die Umschulung, wenn notwendig und vieles mehr. Alles geht aus einer Hand. Und die Zahlen beweisen: es ist vielleicht am Anfang etwas teurer, aber die Menschen sind gut gerüstet wieder im Arbeitsleben und die Mehrkosten haben sich schnell amortisiert. Es lohnt sich nicht nur menschlich, was das Wichtigste ist, es lohnt sich auch wirtschaftlich. Das ist ein ganz wichtiger Punkt: Wie kriegen wir es hin, dass jemand nicht weitergereicht wird und bei diesem Weiterreichen Zeit für diesen Menschen verloren geht, die er dringend braucht? Denn je länger es dauert, umso schwieriger wird es, die Menschen wieder ins Arbeitsleben zurück zu bekommen.

Ich stelle auch fest, dass die Jobcenter oft überfordert sind. Hier muss man schauen, wie man Kompetenz hinein bekommt. Oft wird auch hier der einfache Weg in die Werkstatt für Menschen mit Behinderung gewählt. Auch hier sind die Anreize falsch gesetzt: Erstens ist der Mensch raus aus der Statistik und zweitens ist es natürlich die soziale Absicherung. Die ist nicht überragend, aber das ist in den Augen vieler immer noch besser als auf

dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu sein, wo die Menschen dann möglicherweise keine Arbeit finden. Es kann nicht sein, dass es die Unterstützung, die man in der Werkstatt bekommt, nur dort oder vielleicht noch über einen Außenwerkstattplatz gibt, eine Unterstützung, die außerhalb einer Einrichtung kaum möglich erscheint und nur an diese Einrichtung gebunden ist. Ich gehöre zu den großen Befürwortern, die sagen: hier brauchen wir neue Möglichkeiten. Der soziale Schutz soll gleich sein, aber auch hier muss der Schutz der Person folgen und nicht die Person deswegen in einen getrennten Bereich reingehen, um diesen sozialen Schutz zu erhalten.

Es steht nicht nur im Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, dass man im Werkstättenbereich etwas ändern will, es steht auch in den Beschlüssen der Arbeits- und Sozialministerkonferenz zur Reform der Eingliederungshilfe. Da steht vieles Gutes drin. Ich kann fast alles unterschreiben, bis auf den Satz: »Das Ganze muss aber kostenneutral sein«. Ich bin auch sehr dafür, immer zu schauen, was Änderungen kosten. Aber wenn ich sage, ambulant vor stationär, weil dass der UN-Behindertenrechtscharta entspricht, dann muss auch ambulant mal mehr kosten dürfen als stationär. Wir haben bereits eine Menge Ressourcen, da muss man mal nachschauen, wo die eingesetzt werden und ob die dort immer effizient eingesetzt sind.

Nun steht das alles auch in den Beschlüssen der Arbeits- und Sozialministerkonferenz zur Eingliederungshilfereform. Stichwort Personenzentrierung: Es steht in den Beschlüssen, dass Werkstatt-Leistungen von der Einrichtung abgekoppelt werden sollen. Deswegen muss keine Werkstatt morgen schließen. Aber Konkurrenz belebt das Geschäft. Und wer inklusive Leistungen anbietet, wird auch feststellen, dass man dafür Menschen braucht. Man muss nicht unbedingt Mauern bauen, man braucht die Menschen, man braucht die Unterstützung vor Ort. Diejenigen, die die Inklusion richtig verstehen und umsetzen, werden auch nicht zu denen gehören, die morgen ihren Arbeitsplatz verlieren, sondern sie werden dringender gebraucht denn je.

Meine Damen und Herren, natürlich ist es dasselbe mit den Themen Wohnen und Freizeit. Auch hier müssen wir sehen, wie wir Angebote verändern können. Wie können wir Menschen in die Gruppe einbinden, im Sport z. B. und vielen anderen Dingen mehr. Da wäre ich sehr dankbar, wenn ich von ihnen vielleicht nach der Tagung die Ergebnisse bekomme. Sie haben ja zu vielen Bereichen, auch zum inklusiven Wohnumfeld, einiges veröffentlicht. Ich meine keinen Reha-Sport. Man kennt das: Menschen mit Behinderung machen Reha-Sport, dann gibt es therapeutisches Malen

und dann gibt es noch therapeutische Musik. Dann frage ich mich, gibt es auch Menschen mit Behinderung, die irgendwann mal Freizeit haben. Die einfach nur Musik machen, einfach nur Sport machen? Muss alles immer gleich Therapie sein? Und in einer stationären Einrichtung wurde mir daraufhin einmal gesagt: »Müssen wir nicht, aber dann bekämen wir es nicht mehr bezahlt.« Hier muss ein Umdenken stattfinden! Einfach teilhaben heißt auch, dass man nicht von einem Punkt zum anderen gezerrt wird, sondern dass es auch hier Selbstbestimmung gibt. Dabei ist das Thema Betreuungsrecht ganz wichtig. Die APK hat dies in einem Fachsymposium auch thematisiert.

Es sprechen aus meiner Sicht eine ganze Menge Gründe dafür, das Betreuungsrecht nach der UN-Behindertenrechtskonvention noch einmal auf den Prüfstand zu stellen, inwieweit es sich dabei um Bevormundung oder Unterstützung handelt. Das Ziel muss natürlich die Unterstützung sein. Dafür muss Zeit zur Verfügung stehen, denn wenn man unterstützt, muss man auch da sein, wenn man gebraucht wird. Auch hier müssen die Möglichkeiten geschaffen werden, um dies zu erreichen. Das Justizministerium hat zwar zuerst gesagt, es gäbe keinen Grund, anhand der UN-Behindertenrechtskonvention etwas zu ändern. Es hat sich aber bereit erklärt zu prüfen, ob doch etwas verbessert werden kann. Für die Entwicklung dieser Menschen hängt eine ganze Menge davon ab, ob sie weiter unterstützt werden. Und wenn ich über Unterstützung spreche, dann spreche ich auch von der Unterstützung der Angehörigen. Die Familien der Betroffenen gehören auch dazu. Wenn man die Menschen im familiären Umfeld hält, muss nicht nur diesen einzelnen Menschen geholfen werden, sondern auch denen, die unterstützend wirken. Die haben auch ein Recht auf Teilhabe. Besonders beim Thema Gerontopsychiatrie gibt es Menschen, die so sehr selbst in einer Helferposition sind, dass man schon nicht mehr von Unterstützung sprechen kann. Diese Menschen haben selbst kaum die Chance auf Teilhabe im Leben, auch das gilt es zu berücksichtigen.

Deswegen bin ich sehr dankbar, dass Sie nicht nur an die denken, die im Arbeitsleben stecken oder möglicherweise zurückkehren können, sondern dass Sie auch zum Thema Ihrer Fachtagung gemacht haben, wie wir eigentlich mit den alten Menschen umgehen. Diejenigen, die Doppeldiagnosen haben, die psychisch erkrankt sind, die im Bereich der Gerontopsychiatrie sind. Trotzdem sage ich Inklusion gilt für alle, es darf keine »Restmensen« geben. Schon der Begriff ist schwierig. Es darf keinen Menschen geben, von denen wir sagen, der darf oder der kann ganz bestimmt nicht inkludiert

werden, der gehört nicht in diese Gesellschaft. Das Recht auf Teilhabe hat jeder Mensch. Das gehört zu seiner Würde. Egal, mit welchem Unterstützungsbedarf er auf dieser Erde lebt.

Und das ist auch ein ganz wichtiger Punkt, wenn wir über Pflege sprechen. Auch pflegebedürftige Menschen haben ein Recht auf Teilhabe. Mir ist immer ganz wichtig zu erfahren, wie die Menschen leben, deshalb bin ich viel unterwegs. Und wenn mir jemand in einer Einrichtung auf die Frage, ob es sich um eine Einrichtung der Behindertenhilfe mit Tagesstrukturierung handelt, antwortet, das sei eine Einrichtung der Pflegehilfe, dann frage ich: Wieso das denn, hier sind doch nur junge Leute?« Dann bekomme ich die Antwort: »Die sind austherapiert!« Meine Damen und Herren, eine Einteilung zwischen austherapierten und noch therapiefähigen Menschen, so etwas kennt die UN-Behindertenrechtskonvention nicht. Das Recht auf Teilhabe hat jeder Mensch. Zum Abschluss meines Vortrages gibt es immer einen Satz, einen Spruch, den ich mir zum Motto gemacht habe und von dem ich mir wünsche, dass Sie ihn für sich vielleicht auch in Anspruch nehmen können: »Wer Inklusion will, sucht Wege und wer sie nicht will, sucht Begründungen«. Ich wünsche mir, dass wir nach den Wegen suchen und nicht nach der Begründung, warum etwas angeblich nicht geht. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Die Reform geht weiter - Handlungsfelder und Standards

Matthias Rosemann

40 Jahre APK, mehr als 40 Jahre Psychiatriereform, das wäre ein Grund zum Rückblick auf den Verlauf der Geschichte, auf Erfolge und auf Misserfolge. Natürlich ist das auch ein Grund zum Feiern.

Zur Vorbereitung dieses Tages habe ich in einigen Zeitschriften und Büchern geblättert. Die Versuchung war groß, Teile von Vorträgen zum 25jährigen Jubiläum der DGSP (1995) oder zum 25jährigen Jubiläum der Psychiatrieenquete (2001) zu kopieren und zu fragen, ob es denn einen Grund gibt, die Wirklichkeit heute anders als seinerzeit zu beschreiben. Nun, wir haben uns als **AKTION PSYCHISCH KRANKE** entschieden, an diesem Tag nicht in die Vergangenheit zu blicken, sondern ausschließlich in die Zukunft, denn die Psychiatriereform ist nicht zu Ende, sondern sie geht weiter.

Ein bunter Blumenstrauß im Angebot (PÖRKSEN 1994) ist entstanden, soviel steht fest. Und schon vor 15 oder mehr Jahren setzte sich die Erkenntnis durch, dass dieser bunte Blumenstrauß im Angebot für eine wirkliche Reform nicht ausreichen wird. Eine additive Zusammensetzung vieler schöner Angebote reicht für ein gutes psychiatrisches Hilfesystem nicht aus. Gute psychiatrische Hilfe bedarf eines umfassenden, qualitativ hochwertigen und aufeinander abgestimmten Systems von Leistungen für die Menschen einer Region.

Im Unterschied zu früheren Festtagen scheint mir allerdings heute die Lage der Psychiatrie unübersichtlicher zu sein. Waren die Ziele der Reform in den Aufbruchtagen der Psychiatrieenquete offensichtlich noch relativ eindeutig (HÄFNER 2001) und die Foren für die Diskussionen klar (Mannheimer Kreis, DGSP, APK, Dachverband), so zeigt sich die gegenwärtige Reformdebatte deutlich vielschichtiger. Es tauchen – durchaus gelegentlich zur Abgrenzung gemeint – unterschiedliche Begriffen von »Psychiatrie«, »Sozialpsychiatrie« oder »Gemeindepsychiatrie« auf. Auch die Gemeindepsychiatrie, hier und im Folgenden als das Gesamt der Hilfen im Rahmen der regionalen Versorgung verstanden, ist immer mehr von verschiedenen, gelegentlich auch widersprüchlichen Interessen durchsetzt. Gerade das macht sie auch für die Politik immer schwerer verständlich. Die Akteure im psychiatrischen Hilfe- oder Versorgungssystem sind deutlich vielfältiger geworden, betonen immer mehr ihre unterschiedlichen Akzente und verfolgen manchmal undurchschaubarere Interessen.

Aber vielleicht haben wir, die sozial- und gemeindepsychiatrische »Community«, in den letzten Jahren doch immerhin eine klare Orientierung gefunden, an der wir uns mit unseren Ansprüchen ausrichten müssen, wenn wir uns den Ansprüchen von Nutzerinnen und Nutzern, Angehörigen und Bürgern stellen wollen.

Ich will unsere Standards für die Psychiatrie der Zukunft folgendermaßen beschreiben:

Gute psychiatrische Hilfe ist am individuellen Bedarf orientiert: Das bedeutet, sie stellt den persönlichen Lebensweg jedes Einzelnen in den Mittelpunkt und ist bemüht, ihm zu ermöglichen, in seinem eigenen selbst gewählten Lebensraum das Leben nach eigenen Maßstäben zu gestalten. Die Hilfen richten sich sowohl in der Qualität der Hilfe, wie auch in ihrem Umfang und der Dauer nach dem Bedarf jedes Einzelnen (und dem seines Umfelds).

- Erste Schritte auf diesem Weg sind die individuelle Behandlungs- und Rehabilitations- oder Teilhabepflichtung als Teil von Behandlung und Unterstützung, die gelegentlich schon praktizierte Trennung von Wohnung und Betreuung und die mancherorts zunehmend individueller werdenden Wege ins Arbeitsleben.
- Aber: allzu oft ist unser Handeln dann doch planlos, gelingt eher auf der Basis glücklicher Umstände und unsere Hausordnungen und Einrichtungs- und Finanzierungszwänge bestimmen das Leben der Menschen mehr als ihr eigener Wille. Und: achten wir wirklich im Alltag sorgfältig darauf, den eigenen Willen des betreffenden Menschen zu erkunden, ihn zu verstehen und dann, ggf. auch in Grenzen, zu unterstützen?

Gute psychiatrische Hilfe ist inklusiv: Im wichtigsten Sinne bedeutet dies, dass kein Mensch wegen Art und Schwere seiner Erkrankung von einer Hilfe ausgeschlossen wird. Darunter ist aber auch zu verstehen, dass nicht nur selbst jede Ausgrenzung innerhalb des psychiatrischen Hilfesystems verhindert wird, sondern weitergehend die Unterstützung und Behandlung auf die Teilhabe am ganzen Leben im sozialen Raum hinwirkt.

- Erste Schritte auf diesem Weg sind die umfassende Versorgungsverpflichtung nicht nur der Kliniken, sondern aller gemeindepsychiatrischer Leistungserbringer sowie die Ausrichtung ihrer Arbeit auf sozialräumliche Aktivitäten z. B. in Gemeindepsychiatrischen Verbänden.
- Aber: Die forensisch-psychiatrischen Kliniken sind voll und in der Wohnungslosenhilfe finden sich mehr Menschen mit psychischen Erkran-

kungen als in jedem anderen Bereich außerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems.

Gute psychiatrische Hilfe ist verlässlich: Das bedeutet, sie schafft Strukturen, die stabile persönliche Bindungen möglich machen, ohne zu vereinnahmen, und sie steht auch Menschen zur Verfügung, die sich nicht immer regelkonform verhalten, oder die nur zu wenig oder keiner Eigeninitiative in der Lage sind. Dazu gehören auch nachgehende Hilfen, die auch diejenigen erreichen, deren eigener Wille krankheitsbedingt nicht mehr ausreicht.

- Erste Schritte auf diesem Weg sind kleinräumige, meist kommunale Strukturen, innerhalb derer die persönliche Kenntnis der beteiligten Akteure untereinander noch möglich ist, und die Gestaltung eines Versorgungsnetzwerks, das zwischen den Anliegen des Einzelnen und dem Anliegen aller Unterstützungsbedürftiger ausbalanciert ist. Neuere Entwicklungen sind stabile Begleitungen in neuen Versorgungsformen wie etwa der Integrierten Versorgung.
- Aber: Manchmal sind unsere Dienstpläne und die freien Wochenenden wichtiger als die Erreichbarkeit, und bei Zeitgenossen mit eher unangenehmen Umgangsformen und (neudeutsch) besonders herausforderndem Verhalten respektieren wir deren Wunsch auf Selbstbestimmung so gern, dass wir ihnen lieber nicht nachgehen.

Gute psychiatrische Hilfe organisiert sich integriert: Das bedeutet, dass nicht der psychisch kranke Mensch selbst die vielfältigen Maßnahmen und Hilfen koordinieren muss, sondern dass die professionellen Helfer im Austausch mit dem Menschen und seinen Anliegen für die Koordination ihrer Leistungen untereinander sorgen müssen. Dazu gehört auch der Einbezug aller weiteren Akteure, die mit dem betreffenden Menschen zu tun haben könnten (Familie, Schule, Arbeitsplatz, Sportverein etc.). Ein psychisch erkrankter Mensch hat das Recht, mehr zu sein als ein Kunde in einem Warenhaus.

- Erste Schritte auf diesem Weg sind verbindliche Strukturen, die für eine Koordination der Hilfen bezogen auf die jeweilige Person sowie in der jeweiligen Region sorgen. Personenbezogene Hilfekonferenzen und regionale Hilfeplankonferenzen sind zu diesem Zweck vielerorts entstanden. Auch die Einrichtung einer koordinierenden Bezugsperson sind erste Schritte in diese Richtung.
- Aber: Die Klärung eigener Zuständigkeiten hat oft Priorität gegenüber der Gewährleistung von Hilfe und der Abstimmung mit anderen und

die Unternehmensentwicklung der einzelnen Einrichtung steht oft im Vordergrund gegenüber der Abstimmung der Anbieter in der Region.

Gute psychiatrische Hilfe ist fachlich kompetent: Das bedeutet, dass auch im Zeitalter persönlicher Budgets und sozialräumlicher Entwicklungen Menschen das Recht auf bestmögliche fachliche Hilfe haben. Gute Psychiatrie wird von fachlich gut ausgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in einem multi-professionellen Zusammenhang geleistet. Und zum Team der Zukunft gehört als ein Element fachlicher Qualität auch die Perspektive von Menschen mit eigener Psychiatrieerfahrung (EX-IN) und von Angehörigen.

- Schritte seit den ersten Tagen der Psychiatriereform sind qualifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildungen im gemeindepsychiatrischen Raum. Mancherorts gehören auch die Hospitationen neuer Mitarbeiter in allen Einrichtungen und Diensten einer Region dazu. Auch die Teilnahme an Psychoseseminaren sind Elemente von fachlicher Qualifizierung.
- Aber: Ausbildungen (auch und gerade akademische) sind immer stärker spezialisiert und methodenorientiert und entfernen sich eher von der Lebensrealität gerade der schwer beeinträchtigten Menschen. In Zeiten knapper Kassen wird oft als erstes bei den Fortbildungen gespart.

Gute psychiatrische Hilfe ist in der Gesellschaft akzeptiert: Das bedeutet, dass eine andersartige Lebenserfahrung eine Bereicherung unseres gesellschaftlichen Lebens ist, sofern und solange das Leid für den einzelnen oder seine Umgebung nicht überhand nimmt. Und die Unterstützung, die die Psychiatrie dem Einzelnen geben kann, ist so gestaltet, dass man sich ihrer nicht mehr schämen muss.

- Erste Schritte sind die vielfältigen Projekte von großen Informationskampagnen (Aktionswoche) bis zu lokalen Schulprojekten. Und vielleicht auch, dass immer mehr Prominente sich zu ihren Problemen bekennen (so hat auch die AIDS-Hilfe an Fahrt gewonnen).
- Aber: Im Nimbus des Unverstehbaren gefallen wir uns manchmal auch ganz gut. Manche als Entstigmatisierung herbeikommende Aktion von Öffentlichkeitsarbeit ist im Kern Teil eines Marketingkonzepts von Anbietern.

Gute psychiatrische Hilfe ist transparent: Das bedeutet, dass Nutzerinnen und Nutzer sie verstehen können, dass sie unter öffentlicher Beobachtung steht und dass sie sich auch für die Steuer- und Beitragszahler zugänglich macht.

Dann ist sie in der Mitte der Gesellschaft angekommen und der Einsatz der notwendigen finanziellen Mittel leuchtet ein.

- Erste Schritte finden wir auch hier wieder in den Regionen, in denen die Anbieter der Kommune, den Angehörigen und Psychiatricerfahrenen die Beteiligung ermöglichen und für die notwendige Transparenz sorgen. Aber auch bestimmte Formen neuer Finanzierung, wie etwa den regionalen Krankenhausbudgets mit entsprechender Evaluation, die Besuchskommissionen und unabhängigen Beschwerdestellen wären hier zu nennen.
- Aber: »Mal reinschauen lassen« gehört sicher zum guten Ton. Die wichtigen Entscheidungen beanspruchen wir aber für uns ganz allein. Können Kostenträger wirklich all die komplexen Zusammenhänge verstehen?! Und: welche Kostenträger wollen sich schon wirklich an der Steuerung eines regionalen Leistungsangebots beteiligen?

Personenzentrierung und Hilfesystem

Wesentlich für diese Standards ist, dass sie alle stets zusammengehören. Das ist unter dem von der APK entwickelten Begriff der »Personenzentrierung« zu verstehen. Sie sind nicht als Auswahlkatalog gemeint, aus dem jeder Akteur im Feld sich nach Belieben bedienen kann. Ihre Realisierung liegt deshalb auch nicht im Einflussbereich eines einzelnen Anbieters, sondern bedarf einer gemeinsamen Arbeit der lokalen und regionalen Anbieter. Beispiele für diese Entwicklung sind Gemeindepsychiatrischen Verbände (z. B. die in der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände organisierten Regionen), die untereinander die notwendige Verbindlichkeit geschaffen haben, um an diesen Zielen zu arbeiten. Mancherorts finden sich dazu auch Kosten- und Leistungsträger mit vergleichbaren Zielsetzungen.

Vielleicht denken Sie nun, dass diese Ansprüche in ihrer Gesamtheit doch gar nicht zu realisieren sind. Sie seien Ausdruck einer besonderen Ausprägung des Helfersyndroms auf Verbandsebene, oder Haltungen eines »guten Menschen«. Nun, wenn es so wäre, wären wir in bester Gesellschaft. Ich darf nur kurz an die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK) erinnern, die in anderer Sprache und Struktur vergleichbare Standards als Menschenrechte formuliert. Diese Konvention bildet immerhin eine einem Gesetz vergleichbare Richtschnur für die Bundesrepublik Deutschland.

Vielleicht denken Sie aber auch, dass diese Ansprüche nichts Neues enthalten, sondern alles alte Standards sind. Ja, in der Tat, es sind keine

neuen Gedanken, vielleicht sind sie sogar nur das Desiderat von 40 Jahren AKTION. Allerdings sind sie nicht Realität. Oder genauer: wir finden stets nur Teile dieser Ansprüche an gute Psychiatrie in der Wirklichkeit unseres Alltags wieder – entweder in mehr oder weniger zahlreichen ersten Schritten in bestimmten Regionen oder nur in Ansätzen in einem Hilfesystem oder nur in Teilbereichen von Angeboten bei einzelnen Anbietern.

Woran liegt das? Ist es die Spannung zwischen unrealisierbarer Utopie und mühevollen kleinsten Schritten im Alltag der Umsetzung, die uns manchmal müde werden lässt? Herrscht vielleicht über diese Standards doch keine Einigkeit im Lager der Psychiatrie-Tätigen, sondern es handelt sich um die Ziele einer kleinen vielleicht auch immer kleiner werdenden Minderheit? Engt uns die Ökonomisierung unseres betrieblichen Alltags im Spannungsfeld zwischen Qualitätsmanagement und Sparzwängen so ein, dass wir leise resignieren und wieder auf das Denkmuster vom Helfersyndrom und von den realitätsfernen guten Menschen zurückgreifen? Liegt es an der nach wie vor nicht umgesetzten Forderung, dass doch zuerst die Kosten- und Leistungsträger und die Politik ihren Beitrag leisten sollten, damit die Psychiatrie diese Ansprüche auch tatsächlich umsetzen kann?

Handlungsfelder und Chancen

Vielleicht hilft ein kurzer Blick auf die Chancen, die sich uns – teils sogar tagesaktuell – in unserer Zeit eröffnen:

- In immer mehr Konzepten zur Integrierten Versorgung wird von Krankenkassen gefordert, dass die Behandlungen an den individuellen Bedürfnissen und im persönlichen Lebensraum ausgerichtet flexibel, zugleich aber verlässlich und in möglichst hoher personeller Kontinuität ambulant, teilstationär und stationär erbracht werden. Diese Erwartungen können wir anpassen, modifizieren, ergänzen und vor allem auch in tatsächliches Handeln umsetzen.
- Die vom Gesetzgeber gewünschte Reform der Krankenhausfinanzierung wird zeigen müssen, ob Krankenhäuser zukünftig in die Lage versetzt werden, notwendige Behandlung im Rahmen von regionaler Versorgungsverpflichtung in hoher fachlicher und ausreichend personeller Kompetenz auf den einzelnen Menschen ausgerichtet soweit wie möglich im Lebensfeld des Menschen zu erbringen oder ob sich in einer Art »unheiliger Allianz« zwischen den kurzfristigen Interessen des GKV-Spitzenverbands und der Vertreter der Krankenhäuser am Ende

die – ggf. widersprüchlichen – ökonomisch motivierten Anliegen am Erhalt des Bestehenden durchsetzen werden.

- Die Reform der Pflegeversicherung steht auf der Agenda. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde schon deutlich überarbeitet. Nun muss sich erweisen, ob, wann und in welchem Umfang der Gesetzgeber gewährleisten will, dass psychisch erkrankte und pflegebedürftige Menschen solange sie es wollen in ihrem vertrauten Umfeld bleiben können, ohne auf die wichtigen Standards von Qualität, Verlässlichkeit und Sicherheit verzichten zu müssen.
- Der Anspruch auf Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung muss für alle verschiedenen Zielgruppen oder Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen in wirkungsvolle personenbezogene Unterstützung unter Beibehaltung der wichtigen Rechtsansprüche auf Hilfen umgesetzt werden. Auch dazu stehen verschiedene Reformkonzepte im Raum, manche werden nur in Ansätzen umgesetzt. Die immer wieder vorgenommenen Reformen im SGB II, SGB III und SGB IX erfordern handlungsfähige Initiativen und Konzepte. Manches muss auch in lokalen Initiativen vor Ort erarbeitet und durchgesetzt werden, was in anderen Regionen von Leistungsträgern durchgeführt wird.
- Seit mehreren Jahren wird auf der Ebene der Bundesländer (Arbeits- und Sozialministerkonferenz) erörtert, die Eingliederungshilfe so umzugestalten, dass sie den individuellen Bedürfnissen gerecht wird, die Unterscheidung von ambulant und stationär erbrachten Hilfen aufhebt und Hilfeplanung und -leistung transparent macht. Die Forderung, den Anspruch auf Leistungen für jeden Menschen mit Behinderung zugänglich zu machen, nicht nur für den Verarmten, steht noch immer im politischen Raum, hat aber noch keine Durchschlagskraft erreicht
- Jüngere Gesetzgebungsverfahren, wie etwa die zu den Patientenverfügungen stellen die Selbstbestimmung des Einzelnen in den Mittelpunkt. In diesem Kontext steht auch die Frage, wie in Zukunft – unter der Maßgabe der UN-BRK – Menschen in akuten Zuständen, die ihre Fähigkeit zu einer selbstbestimmten Entscheidung über die notwendige Hilfe einschränken, die für sie notwendige Hilfen erhalten werden und welche Vorkehrungen wir denn zukünftig treffen werden, um sicher zustellen, dass jede Anwendung von Zwang wirklich und tatsächlich die Ultima Ratio ist?

Diese Themen berühren aktuelle Diskussionsfelder, die gegenwärtig öffentlich diskutiert werden und oder im politischen Rahmen eröffnet sind. In allen Fragen sind wir von der tatsächlichen Umsetzung unserer Ansprüche noch weit entfernt, haben aber die richtigen Ansätze, Erkenntnisse und Erfahrungen. Es gilt also, in diesen Diskussionsfeldern unsere Standards wieder zu finden.

Daneben gibt es noch eine Reihe weiterer Handlungsfelder, die ebenso Chancen wie auch Risiken darstellen.

- Dazu gehört die aktuelle Debatte um die Reform der Sicherungsverwahrung. Sowohl im neuen Therapie-Unterbringungsgesetz wie auch in den Eckpunkten für die Sicherungsverwahrung spielt der Begriff der »psychischen Störung« eine große Rolle. Es wird sich sowohl im Gesetzgebungsverfahren, wie auch später in der Umsetzung in den Ländern zeigen müssen, ob der Begriff der »psychischen Störungen« künftig dazu dienen wird, mehr Menschen dauerhaft in forensischen Kliniken unterzubringen, ohne dass sie zum eigentlichen Personenkreis der Forensik gehören, oder ob es gelingen wird, den eigentlichen Justizvollzug so auszugestalten, dass die angemessene Behandlung von psychischen Störungen und eine Resozialisierung im Wortsinne auch für Menschen mit schwersten Delikten nach den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts möglich wird.
- Wir müssen uns um die Integration der Forensik in unser Gesamthilfesystem bemühen. Das stetige Wachstum forensisch-psychiatrischer Betten muss uns Stachel und Ansporn zugleich sein, sowohl fachlich-psychiatrisch wie auch im öffentlichen Diskurs über die Stigmatisierung dieser Menschen.
- Die Kinder- und Jugendpsychiatrie – aber auch alle Schnittstellen zwischen Kinder- und Jugendhilfe und den Hilfen für erwachsene Menschen müssen Handlungsfelder der Zukunft werden, für die unsere Standards gelten: Hilfen werden individuell passend bereichsübergreifend geplant und unter dem Gesichtspunkt der Verantwortung organisiert.
- Hilfen für wohnungslose psychisch kranke Menschen haben vielerorts noch nicht den notwendigen Grad der Vernetzung, den sie benötigen, und sind oft weit von den Standards entfernt.
- Rechte von Patienten müssen so formuliert werden, dass aus ihnen nicht nur Rechte auf Beratung, Information und Beschwerdemöglichkeiten, sondern auch Rechtsansprüche auf koordinierte und abgestimmte Leistungen erwachsen.

Diese Handlungsfelder könnten noch ausgeweitet werden und die vorstehende Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Für alle genannten Themenfelder, die Rahmenbedingungen psychiatrischer Arbeit markieren, gilt, dass wir gemeinsam daran arbeiten müssen, die eingangs genannten Standards wiederfinden und umsetzen zu können.

Selbstbestimmung und Teilhabe

»Die Reform geht weiter« bedeutet aber nicht nur, aktuelle politische, administrative, sozialrechtliche, betreuungsrechtliche oder verfassungsrechtliche (etc.) Baustellen zu bearbeiten. Wir sind auch in unserer heutigen alltäglichen Praxis von der Umsetzung unserer Ansprüche noch weit entfernt, obwohl wir dort selbst das Heft des Handelns in der Hand haben.

Mir scheint, dass sich in der jüngsten Entwicklung von Gesellschaft und Psychiatrie ein Denken entwickelt, das an immer besseren Methoden für die Betreuung und Behandlung von Menschen interessiert ist, die diese Angebote im Sinne von mündigen Kunden annehmen wollen. Wir steuern auf ein Hilfesystem zu, das sich überwiegend auf eine Angebotsstruktur ausgerichtet. In diesem agieren die Anbieter als Teilnehmer auf einem Markt. Die Idee des Marktes für die mündigen Verbraucher greift immer mehr um sich und korrespondiert – durchaus unfreiwillig – auf sehr eigene Weise mit dem Recht auf Selbstbestimmung aller Menschen mit Behinderung. Auch diese werden gern als mündige Subjekte, die sich in einem Markt bewegen können, angesprochen.

Die Forderung nach dem unbedingten Schutz des Rechts auf Selbstbestimmung, wie es in der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, aber auch auf vielen Tagungen und Veranstaltungen der Gemeindepsychiatrie der letzten Jahre formuliert wird, bedarf einer differenzierten Betrachtung. So unabdingbar die Forderung nach der Umsetzung dieses Rechts ist, gebührt ihm aber auch Vorsicht.

Die Begeisterung, mit der vielerorts in Politik und Verwaltung der Begriff der Selbstbestimmung aufgenommen und umgesetzt wird, verdient unsere Nachdenklichkeit. Denn sie wirft die Frage auf, mit welchen geeigneten Hilfen Selbstbestimmung tatsächlich in die Realität möglichst aller Menschen, nicht nur derjenigen, die sich in Verbänden und Selbsthilfegruppen engagieren können und wollen, umgesetzt werden kann. Nicht jeder Mensch in einer psychischen Krise verhält sich wie ein aufgeklärter Verbraucher und manche psychische Erkrankung steht einem Hilfesuchverhalten geradezu systematisch im Wege. Das birgt das Risiko, dass Menschen, ohne dies

wirklich zu wollen, verwarlosen, vereinsamen oder in anderer Weise »unter die Räder« (oder unter die Brücken) kommen.

An dieser Stelle sei eine Zwischenbemerkung gestattet: Wenn wir als *Professionelle* über Selbstbestimmung und ihre Bedeutung für die psychiatrische Versorgung sprechen, dann ist das zu verstehen als eine Antwort auf die vielen in den letzten Jahren öffentlich gestellten Forderungen von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen. Sie haben einen Anspruch auf unsere Antwort, auf Aussagen, was wir Profis, Politiker, Verwaltungsleute etc. denn in Zukunft zu tun gedenken und worauf wir unser Handeln ausrichten werden. Sie haben aber vor allem einen Anspruch darauf, unser tatsächliches Handeln zu erleben. Tagungsreden allein sind kein Beweis für eine andere Orientierung unserer Arbeit. Fairerweise müssen wir zugestehen, dass die dialogische Haltung in der Arbeit und die entsprechende Reflexion noch lange nicht flächendeckende Realität geworden ist. Daher ist es nicht nur das Recht von Menschen mit Beeinträchtigungen, auf ihr Recht auf Selbstbestimmung zu bestehen, sondern auch unsere Pflicht als Anbieter und Akteure in diesem Feld, uns zu dieser Forderung zu positionieren und auf Forderungen und Fragen zu antworten.

Zu dieser Antwort gehört auch die Erkenntnis: Selbstbestimmung ist keine Einbahnstraße, es gehört auch die Teilhabe dazu.

Teilhabe entsteht nicht »automatisch«, sondern sie muss gesellschaftlich organisiert werden. Teilhabe entsteht nicht allein durch das Einräumen von Möglichkeiten. Teilhabe ist eine aktive Handlung. Sie besteht darin, Hilfen und Unterstützung für Menschen mit Behinderungen so zu organisieren, dass gleichberechtigt (d. h. auch mit gleichen Pflichten) mit anderen Bürgern im Leben stehen können. Daher steht die Gesellschaft in der Verantwortung, die Hilfen so zu organisieren, dass die Unterstützung individuell angemessen zur Verfügung steht. Die UN-BRK nutzt dazu den Begriff »angemessene Vorkehrungen treffen«.

Verantwortung

Wer Teilhabe verwirklichen will, muss auch die Menschen erreichen, die sie zwar benötigen, aber krankheitsbedingt nicht von sich aus suchen, und die, die unter dem Eindruck ihrer psychischen Erkrankung jeder Hilfe erst einmal skeptisch gegenüberstehen. Erreichen meint hier primär ein nachhaltiges Werben, das Suchen nach dem richtigen Zugang und der passenden Unterstützung. Nur in allerletzter Konsequenz darf auch die Anwendung von

Zwang zum Schutz des Menschen mit diesem Aspekt von Teilhabe gemeint sein. Ein Hilfesystem muss angemessene Unterstützung in so vielfältiger und nachhaltiger Form entwickeln, dass es jeden erreichen kann. Ein nur an Angeboten orientiertes Hilfesystem ist zynisch und lässt viele Menschen mit psychischen Erkrankungen auf der Straße zurück.

Die Gesellschaft darf sich nicht durch das Schaffen von Angeboten und durch persönliche oder regionale Budgets aus der Verantwortung stehlen. Diese sind vielmehr nur wichtige Zugangswege für viele, nicht aber für alle Menschen.

Wenn Inklusion Realität werden soll, müssen wir in den genannten und vielen weiteren Handlungsfeldern stets an diesen beiden Polen – Selbstbestimmung und Verantwortung – gleichzeitig und ausbalanciert weiterarbeiten. Diese Aufgabe wird ohne Zweifel dadurch erschwert, dass sich die Interessen der Akteure durchaus auch widersprüchlich zu einander verhalten. Daher gewinnen die Strukturen eines Hilfesystems, das diese Pole sorgfältig ausbalanciert und sich stets allen Bürgern einer Region verpflichtet weiß, immer mehr an Bedeutung.

So gestaltet, balanciert das Hilfesystem auch andere grundsätzlich vorhandene Widersprüche aus:

- Individuelle Hilfe statt die Orientierung am vorhandenen Angebot,
- Flexibilität der Hilfen und die Kontinuität der Beziehung,
- Lebensweltbezug (auch Arbeitsweltbezug) statt Sondernilieus als Schutzraum.

Werden diese Widersprüche als die stets zwei Seiten der Medaille oder zwei Pole einer Welt betrachtet, entstehen daraus produktive Spannungsverhältnisse. Dass diese Ausbalancierung regionale Abstimmung in verbindlich gestalteten lokalen Räumen ebenso erfordert, wie die systematische Kontrolle und Begleitung durch die Nutzerinnen und Nutzer (Psychiatrie-Erfahrene ebenso wie Angehörige und andere Bürger) liegt auf der Hand. Gemeindepsychiatrische Verbände sind hier das wesentliche Instrument zur Umsetzung, da sie die Möglichkeit bieten, das gesamte Hilfesystem und nicht nur Teile davon zu entwickeln.

Psychiatriereform bedeutet daher (und in diesem Grundsatz unterscheidet sie sich sehr wenig von den Debatten vor 15 Jahren), heute von unseren Ansprüchen die umzusetzen, deren Umsetzung heute schon möglich ist, und daran zu arbeiten, dass die Standards, die einer Änderung der Rahmenbedingungen bedürfen, übermorgen Realität werden.

Ilse Eichenbrenner hat bei der Festveranstaltung zum 25 jährigen Jubiläum der DGSP im Jahr 1995 formuliert: Wir haben erstaunlich viel und erschreckend wenig erreicht. Unsere Vision von Gemeindepsychiatrie ist vielerorts realisiert worden. (EICHENBRENNER 1995).

Manfred Bauer, langjähriges Vorstandsmitglied der APK, Mitgründer der DGSP und des Mannheimer Kreises beschrieb bei der gleichen Veranstaltung (also vor 16 Jahren!), er habe bei der Gründung der sozialpsychiatrischen Initiativen (DGSP, Mannheimer Kreis, AKTION PSYCHISCH KRANKE) noch geglaubt, die Psychiatriereform sei in einer Psychiatergeneration zu schaffen, er müsse aber jetzt (1995) erkennen, dass mindestens noch eine weitere dafür notwendig sei.

Wir werden sehen, ob er da zu optimistisch war oder ob uns doch noch mehr gelingt, als wir im Alltag unseres gemeindepsychiatrischen Trottes heute manchmal sehen können.

Ich wünsche uns allen dazu viel Tatkraft und Erfolg!

Literatur

- BAUER, M. (1995): Woher wir kommen, wo wir stehen, wohin wir gehen. Zur Entwicklung der Sozialpsychiatrie in der Bundesrepublik. Soziale Psychiatrie Nr. 71, S. 9–15
- EICHENBRENNER, I. (1995): Hannoveraner Bilanz. Soziale Psychiatrie Nr. 71, S. 23
- HÄFNER, H. (2001): Die Psychiatrie-Enquete – historische Aspekte und Perspektiven. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Bonn
- OBERT, K. (2011): Selbst- oder Fremdebestimmung – der ständige Seiltanz im Betreuten Wohnen. In: ROSEMAN, M., KONRAD, M. (Hg.): Handbuch Betreutes Wohnen, Bonn (Psychiatrie Verlag)
- PÖRKSEN, N. (1994): Fortschritte und Grenzen bei der Umsetzung der Psychiatrie-enquete (1975) und der Expertenkommission (1985). In: KRUCKENBERG, P., JAGODA, B., AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Personalbemessung im komplementären Bereich – von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation. Bonn

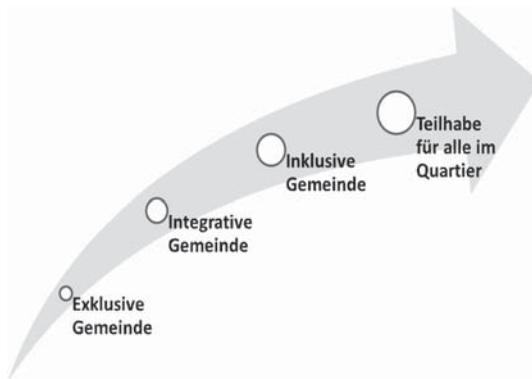
Der Autor dankt Ulrich Krüger für einige wertvolle Hinweise zu diesem Beitrag.

Teilhabe für alle im Quartier Herausforderungen für die Sozialpsychiatrie

Ingmar Steinhart

Die Inklusive Gemeinde als Leitorientierung im Übergang

Knapp 40 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete sind die Grundgedanken der Sozialpsychiatrie noch lange nicht überaltert, geschweige denn in die Jahre gekommen; aber um einem Raum greifenden therapeutischen und gemeindepsychiatrischen Aktionismus wie Hospitalismus entgegenzuwirken, sollte eine neue Leitorientierung für die »operative Praxis« in der Psychiatrie dringend etabliert werden! Aktuell stehen im Fokus der Diskussion eher technokratische wie finanzpolitische Entwicklungen wie z. B. »Verträge zur Integrierten Versorgung«, »Umstellung der Krankenhausfinanzierung«, »Neuordnung der Eingliederungshilfe«, »Umbau des WfBM (Werkstatt für Behinderte Menschen)-Systems« etc. Es fehlt ein Navigationssystem, das eine Orientierung bietet und den »Nordpfeil« wieder inhaltlich positioniert in der schwierigen »Passage« von der Exklusiven Gemeinde hin zu einem Gemeinwesen, das Teilhabe für alle vollumfänglich realisiert. Hilfestellung kommt hier von der UN-Behindertenrechtskonvention und der mit ihr eng verknüpften Diskussion zur Inklusion. Im Folgenden sollen die Entwicklungsphasen von der Exklusiven Gemeinde zur Teilhabe für alle im Quartier und die mit dem Leitorientierung »Inklusion« verbundenen Chancen für diesen Transformationsprozess herausgearbeitet werden.



Entwicklungsphasen psychiatrischer Leitkonzepte

Phase 1: Exklusive Gemeinde beenden – noch immer nicht vollzogen

Vor 40 Jahren fiel es insbesondere aufgrund der baulichen Unterbringungssituation von Menschen mit wesentlichen seelischen bzw. geistigen Behinderungen leicht, »Front« gegen die sogenannten Anstalten zu machen. Das auch konzeptionelle »Elend« war offensichtlich. Vieles, insbesondere baulich und die personelle Besetzung in der Eingliederungshilfe und der Akutpsychiatrie (PsychPV) hat sich hier zum Positiven verändert. Allerdings hat sich an den Konzepten und Strategien bzw. vor allem der »Denke« wirklich etwas geändert? Die Exklusion wird nach wie vor von großen Teilen der Bevölkerung gewünscht, was sich fast täglich z. B. bei der Installation psychiatrischer Angebote im Gemeinwesen durch Bürgerproteste unterschiedlicher Intensität manifestiert. Viele Fachexperten halten nach wie vor die Aussonderung in »Sonderwelten« für hilfreicher als zumindest den zweiten Schritt der Integration vollumfänglich mitzugehen. Wie anders ist die weiter fortschreitende »Verlegung« von Patienten in Sonderwelten von Großgruppen zu begründen (z. B. Kliniken mit Einzugsgebieten von rund 1.000.000 Einwohnern) statt sich für Lebensfeld bezogene Hilfsarrangements stark zu machen und z. B. einen Krankenhausbetrieb danach umfassend auszurichten. Schaut man sich die psychiatrische Landschaft bundesweit an, so ist die Zahl vollständig aufgelöster Anstalten an einer Hand abzuzählen; sogenannte »Heimbereiche« überwiegend immer noch auf Anstaltsterritorium erfreuen sich nach wie großer Beliebtheit (insbesondere für diejenigen Personen, die über Phase 2 nicht »integrierbar« erscheinen) ebenso wie größere oder kleinere psychiatrische Sonderwelten auf der »grünen Wiese«. Die bunte Vielfalt der in den letzten Jahren gewachsenen tatsächlich alternativen Angebote sollte uns hier nicht den Blick verstellen, dass der Auftrag der Psychiatrie-Enquete letztlich noch nicht abgearbeitet ist.

Phase 2: Die Integrative Gemeinde – Personen und Lebenswelt orientiert?

Leitidee zur Beendigung der Exklusion war in den letzten Jahrzehnten die Integration. Viel wurde hierfür im Bereich rehabilitativ orientierter Konzepte und vor allem einer Optimierung der Finanzierungssysteme getan. Es stehen insbesondere im SGB V aber auch im SGB XII weitreichende Ressourcen zur Verfügung, um »den Einzelfall mit Anspruch« in die Gesellschaft zu (re) integrieren bzw. zu (re)habilitieren. Dabei stehen im Allgemeinen weder konzeptionell noch von Seiten der Einzelfall bezogenen Finanzierung die

Veränderungen gesellschaftlicher Rahmenbedingungen im Fokus der Hilfen, sondern ausschließlich die Unterstützungsleistungen bei der durch den Betroffenen selbst zu erbringenden »Anpassungsleistung«. Es wird mit/für den Betroffenen ein passender »Ort zum Leben« gesucht, im Wesentlichen muss er sich dort einpassen. Gleichwohl könnte sich dieses Modell integrierender psychiatrischer Arbeit durchaus in einem sehr konsequent verfolgten Personen orientierten Ansatz widerspiegeln.

Die Psychiatrie-Enquete schlug 1975 vor allem vor, die Anstaltsunterbringung durch ein System kleinerer Einrichtungen zu ersetzen. Diese einrichtungsbezogenen Konzepte stehen heute immer noch im Vordergrund: Die (intensivere) Behandlung/Unterstützung findet überwiegend in Institutionen wie (Tages-)Kliniken oder Heimen statt. Das leitet sich sowohl aus eher traditionellen konzeptionellen Überlegungen anstaltsverwandter Behandlung bzw. Unterbringung psychisch kranker Menschen, verbunden mit vorhandenen Immobilien, wie auch z. B. im Bereich des SGB XII aus Zuständigkeiten der Leistungsträger (örtlich = »arm« = ambulant vs. überörtlich = »reich« = stationär) ab. Diese Tendenz setzt sich auch dann fort, wenn die Zuständigkeiten für überörtliche/örtliche Leistungen in einer Hand bei den Kommunen liegen, da die Zuweisungsströme der Finanzmittel gleichwohl getrennt bleiben.

Der personenzentrierte Ansatz definiert sich nach wie vor über die »in die Jahre gekommenen kleineren Institutionen«, bei denen unklar ist, wie viele der Anstaltstraditionen sich dort im Laufe der Jahre bewahrt haben (»Gemeindepsychiatrischer Hospitalismus«).

Die Umgangssprache in der gemeindepsychiatrischen Szene spricht weniger von subjektorientierter Hilfe in einer Lebenswelt und in einem Umfeld, sondern von den institutionellen Ausformungen wie »ABW« (Ambulant Betreutes Wohnen), »Tagesstätte«, »WfBM«, »Wohnheim«, »Wohngemeinschaft« etc. Genau diese einrichtungsbezogenen Konzepte bilden die Finanzierungssysteme in ihren Landesrahmenverträgen ab, die sich in daran orientierten Leistungstypen als finanzielle Umrechnungswährung manifestieren.

Auch die Politik, hier die Bund-Länder-Arbeitsgruppe der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK), schlägt in ihren jüngsten Papieren zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe eine Neuausrichtung von einer überwiegend einrichtungszentrierten Hilfe zu einer deutlicher personenzentrierten Hilfe vor. Hier wird es abzuwarten sein, ob die Länder ihre Spielräume für eine Neuausrichtung der Systeme nutzen werden.

Insgesamt kann man heute wohl sagen, dass sich der personenorientierte Ansatz in der Psychiatrie und insbesondere in der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen im Wesentlichen durchgesetzt hat – der subjektorientierte Blick und daraus abgeleitete differenzierte Therapiemethoden haben in die Sozialpsychiatrie Einzug gehalten.

Allerdings ist es mit dem Umwelt- bzw. Lebensweltbezug nach wie vor nicht so gut bestellt. Die ewigen Zweifler an lebensfeldorientierten Leistungen und deren Finanzierung anstelle von Einrichtungen haben zwar jetzt weitere Denkanstöße durch den Deutschen Bundestag und den Beitritt zur UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen bekommen: Hier gilt es in diesem Zusammenhang, insbesondere den Artikel 19 zu berücksichtigen, in dem die Vertragsstaaten sich verpflichten, das gleiche Recht aller Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen anzuerkennen, mit den gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, sowie wirksame und geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern, indem sie unter anderem gewährleisten, dass

- a) Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben;
- b) Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen, sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist.

Der Zwang zur Nutzung besonderer Wohnformen bzw. die in der Praxis fast ausschließliche Gewährung von Hilfen in Einrichtungen, insbesondere bei intensiveren Unterstützungsbedarfen, widerspricht der UN-Konvention. So sollten z. B. die oben genannten Landesrahmenverträge auf ihre Barrierefreiheit im Sinne der UN-Konvention für Menschen mit seelischen Behinderungen überprüft bzw. ergänzt werden.

Diese Erkenntnis ist nicht neu; Gemeindepsychiatrie und Gemeindepsychologie haben schon seit über 20 Jahren den Umweltbezug, also eine

Ökologische Psychiatrie, gefordert; aber da die Leistungsträger, die Anbieter und insbesondere das medizinische System diesem bisher nicht konsequent folgen wollten, ist es bei einer personenbezogenen institutionellen Psychiatrie geblieben. Das macht sich an den o.g. Institutionen der Eingliederungshilfe genauso fest wie an den in der Fläche fehlenden Behandlungsmöglichkeiten im Lebensfeld und im Umfeld (u. a. Home-Treatment, Rückzugsräume, Sektorübergreifende Behandlungsansätze wie z. B. die Integrierte Versorgung nach § 140 SGB V) – ganz zu schweigen von »Therapieansätzen für die Gemeinschaft«, was wir im Allgemeinen mit Prävention umschreiben.

Es fehlt ein übergreifendes Konzept, eine (neue) Leitorientierung in der Sozialpsychiatrie. Hier könnte das Konzept der Inklusion eine Hilfestellung sein und den mittlerweile verkümmerten Wurzeln der Sozialpsychiatrie neue Nahrung bringen.

Schritt 3: Die Inklusive Gemeinde – Inklusion als fachliche wie leistungsrechtliche Leitorientierung

Die selbstverständliche Teilhabe von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung an allen gesellschaftlichen Bereichen wird als Inklusion bezeichnet. Dieses Modell ist so theoretisch wie einfach: Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung sind Bürgerinnen und Bürger – uneingeschränkt, ungehindert, mit allen Rechten, aber auch mit Verpflichtungen.

Nähert man sich diesem Thema mit der gebotenen Ernsthaftigkeit, so wird aus dem einfachen Thema der selbstverständlichen Teilhabe schnell ein hochkomplexes Thema, und man stellt fest, dass der Begriff der Inklusion kein statisches Ziel beschreibt, sondern die Voraussetzung für generelle Teilhabe aller Menschen an gesellschaftlichen Möglichkeiten. Vor allem enthält der Begriff der Inklusion einen subjektorientierten sozialtherapeutischen *und* mindestens gleichrangig einen sozialpolitischen Auftrag: nämlich die Umgestaltung der Umwelt im Sinne einer inklusiven Gesellschaft, die die Bürgerrechte aller ihrer Bürger/innen respektiert und zu realisieren hilft.

Hierauf besteht im Grundsatz für jede Bürgerin/jeden Bürger mit längeren Psychiatrie-Erfahrungen in Deutschland ein individueller gesetzlicher Anspruch. Neben dem Antidiskriminierungsgesetz sowie der UN-Konvention beschreibt insbesondere der § 1 des SGB IX *Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft* den individuellen Anspruch für alle Bürgerinnen und Bürger auf Teilhabe. Das SGB IX ist somit ein

Teilhabegesetz, das auch »Gesetz zur Förderung von Inklusion« heißen könnte. Bedauerlich ist nur, dass es kein umfassendes Leistungsgesetz ist und primär auf den Individualanspruch zielt. Angesichts der aktuellen an Bedeutung gewinnenden Inklusionsdiskussion ist der Gesetzgeber gefordert, demnächst ein »Teilhabe-Weiterentwicklungs-Gesetz« auf den Weg zu bringen, das nicht nur auf das Individuum zielt, sondern deutlicher den Inklusionsgedanken, also die Umgestaltung der Umwelt und die Ermächtigung der Zivilgesellschaft, mit einbezieht. Über eine solche Weiterentwicklung der Leistungsgesetze müsste der Teilhabeanspruch auch auf der Leistungsseite festgeschrieben werden.

Akzeptiert man Inklusion als Auftrag insbesondere für das professionelle Hilfesystem, so werden viele aktuelle Angebotsformen für Hilfen zur Teilhabe ebenso infrage gestellt wie eingeführte psychiatrische Behandlungsleistungen, denn ein solcher Auftrag führt über die bisherige Praxis der Integration hinaus. Inklusion beinhaltet mehr als eine Normalisierung beeinträchtigten Lebens durch Anpassung an so genannte normale Lebensstandards. Eigentlich funktioniert Inklusion ganz einfach: Jeder Mensch mit Psychiatrie-Erfahrung oder einer Benachteiligung welcher Art auch immer soll die Wahl haben, dort zu leben, zu wohnen, zu arbeiten und zu lernen, wo alle anderen Menschen es auch tun. So einfach das klingt, so schwierig ist es in der Umsetzung: Inklusion als Leitidee zwingt zu einem Wandel in der Ausgestaltung sozialer Unterstützungsleistungen: von der eher beschützenden Versorgung zur Unterstützung einer individuellen Lebensführung sowie der Unterstützung des Gemeinwesens – auch im Bereich der (Primär-)Prävention. Es kann nicht oft genug darauf hingewiesen werden, dass Inklusion dann noch nicht erreicht ist, wenn psychisch kranke Menschen in einer Gemeinschaft mit anderen leben oder wenn eine ausreichende Anzahl an speziellen Bildungs-, Beschäftigungs- und Freizeitangeboten für diesen Personenkreis zur Verfügung steht. Vielmehr geht es um die Ermöglichung eines individuell gestalteten Lebens und um die Einbeziehung von psychisch kranken Menschen in die normalen Alltags- und Lebensvollzüge einer Gesellschaft – eingeschlossen die Pflicht für diese, ihre eigenen Fähigkeiten und Ressourcen einzubringen.

Wesentliches Grundmoment ist hierbei die selbstverständliche Begegnung von Menschen mit und ohne Psychiatrie-Erfahrung insbesondere beim Wohnen, bei der Arbeit und in der Freizeit. Neben dieser »Öffnung« der Gesellschaft gilt es auch weiterhin, »Schutzräume« oder »Asyle« für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen (z. B. Krisenpensionen, Krisenunterkünfte,

Selbsthilfetreffs, Weglaufhäuser etc.) zu erhalten oder neu zu definieren – sofern Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung diese wollen.

Veränderungsprozesse wie den erforderlichen Perspektivwechsel und die Entwicklung einer inklusiven Kultur benötigen Ressourcen, im Übergangsstadium des systemischen Transformationsprozesses auch zusätzliche(!) Ressourcen. Das heißt, dass ein »Teilhabe-Weiterentwicklungsgesetz« (s. o.) – verbunden mit einem Anreiz- und Belohnungssystem zur Systemtransformation – über einen Zeitraum von fünf bis zehn Jahren zusätzliche Finanzmittel bereitstellen müsste.

Sicherlich ist es für das Erreichen einer inklusiven Gesellschaft vonnöten, v. a. die Finanzierungssysteme für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung ganz grundsätzlich zu erneuern und auch die gesetzlichen Teilhabebedingungen deutlicher an verschiedenen Stellen zu schärfen bzw. überhaupt auf den Gesetzgebungsweg zu bringen (z. B. im Rahmen der Bundesgesetzgebung zu den Themen Eingliederungshilfe, Antidiskriminierung, Prävention als einige Beispiele). Auch hier wird eine Optimierung allein wohl nicht weiterhelfen; eine durchgehende Erneuerung der Systeme und der gesetzlichen Rahmenbedingungen ist dringend erforderlich. Über eine Veränderung des Finanzierungssystems der Eingliederungshilfe wird aktuell mehr denn je diskutiert; sie ist dringend erforderlich, um auch das Thema Inklusion ziel führend zu befördern. Leider wird diese Reform wieder einmal anderen politischen Themen geopfert, so dass die Leistungsträger in den einzelnen Bundesländern gefordert sind, im Sinne kreativer Ausgestaltungen mit den vorhanden Ressourcen und gesetzlichen Vorgaben fachlich gleichwohl weiter zu kommen.

Wenn wir uns auf den Weg machen und das Thema Inklusion ernsthaft bearbeiten wollen sollten wir zunächst prüfen, ob das bekannte Motto »es ist normal, verschieden zu sein« wirklich schon in den Herzen der Psychiatrie-Profis und aller am Prozess Beteiligten angekommen ist. Überall werden ein paar Hochglanzthesen formuliert – aber welche *ChangePower* zu einer inklusiveren Gesellschaft verbirgt sich tatsächlich hinter den Fassaden z. B. der Sozialpolitik, der Wohlfahrtspflege oder der psychiatrischen Kliniken?

»Inklusion zum Anfassen« ist kaum erlebbar, *Best-Practice*-Projekte sind bisher leider eher Optimierungsprojekte bestehender Praxis hin zu größerer Normalität und individueller(er) Teilhabe denn wirkliche Inklusionsprojekte mit dem Charakter der Erneuerung und des Perspektivwechsels. Manche sind auch simple Sparprojekte unter dem Deckmantel von Bürgerbeteiligung und Entprofessionalisierung.

Inklusion benötigt – wie erwähnt – Ressourcen (vor allem durch Um-
schichtung) und eine neue Professionalität. Damit tritt Inklusion (fast) al-
len auf die Füße: Mit einem Perspektivwechsel von der Betreuung und
Bewahrung über die Integration zur inklusiven Gesellschaft und mit einem
Umsetzungskonzept im Lebensfeld statt in Institutionen ist gelebte Inklusion
in der Praxis stets mit starker eigener Veränderung verbunden. Betroffen
sind gleichermaßen die Systeme der öffentlichen Verwaltungen, der Lei-
stungsträger, der Wohlfahrtsverbände und der Leistungsanbieter – nicht
zuletzt der psychiatrischen Kliniken und Abteilungen, und letztendlich jeder
Einzelne, der in diesen Systemen mitarbeitet. Eine Aufbruchstimmung lässt
sich überall da erkennen, wo dieser Auftrag angenommen und als Wert in
das jeweilige System integriert wird.

Phase 4: Teilhabe für alle

Die Inklusiv-Gemeinde kann letztendlich nicht das Ziel unserer Bemü-
hungen sein, denn sie setzt zur eigenen Existenzbegründung stets als Ge-
genpart die Exklusion voraus. Inklusion ist aus dem Blickwinkel einer Ge-
sellschaftentstanden und gedacht, die stark exkludierend in allen Bereichen
agiert, und ist gesellschaftlich daher heute als Leitorientierung aktuell und
richtig. Das Ziel muss aber die Überwindung dieses Modells sein: ein in-
klusives Gemeinwesen ist die Voraussetzung für die generelle Teilhabe aller
Menschen an gesellschaftlichen Möglichkeiten, was die langfristige Leitidee
sein sollte. Inklusion beschreibt daher lediglich die notwendige Passage
von der Exklusiven Gesellschaft zu einer Gesellschaft, die Teilhabe aller
Menschen an gesellschaftlichen Möglichkeiten garantiert mit der Phase der
»Integration« als notwendigem ersten Zwischenschritt.

Insofern sollte das Konzept der Teilhabe, das nicht nur in der UN-
Behindertenrechtskonvention sondern vor allem im SGB IX verankert ist,
das Leitkonzept sein/bleiben.

Für die Psychiatrie und ihrem Selbstverständnis stellt sich daher im Über-
gang die Notwendigkeit einer »Doppelstrategie« im Sinne eines gleichzeitigen
»Inklusionsförderns« insbesondere für die Ausgegrenzten, die Schwächsten,
die Schwierigsten, die »Therapieresistenten« inklusive eines therapeutischen
Zugangs sowie der Ausgestaltung von »Schutzräumen vor psychiatrischer
Therapie« und eines »Exklusionsverhinderns« im Sinne einer Stärkung der
Prävention, der therapeutischen Investition bei Menschen, die erstmalig
Unterstützung bei der Psychiatrie suchen und einer »Befähigung« der Ge-

sellschaft zur Inklusion im allgemeinen. Nur mit einer solchen auch im psychiatrischen System verankerten Doppelstrategie von Exklusion verhindern und Inklusion fördern wird es uns gelingen, langfristig das Thema Teilhabe für alle tatsächlich als gesellschaftliche Leitidee zu verwirklichen. Eine echte Herausforderung für die nächsten Jahrzehnte.

Die Passage der Inklusion – eine Herausforderung für alle

Bei einem deutlichen JA! zur Inklusion stehen für alle Beteiligten gemeinsam oder auch differenziert in ihren Zuständigkeits-Welten erste Schritte auf dem Weg zu einer inklusiv(er)en Gesellschaft an:

Barrierefreiheit

- Barrierefreiheit beginnt zunächst in den Köpfen aller Beteiligten und kann am ehesten befördert werden durch eine *Beteiligung* von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung insbesondere an Entscheidungsprozessen.
- Ein Leben in der Normalität des örtlichen Sozialraums setzt aus der Perspektive der Sozialpsychiatrie einen erweiterten Barrierefreiheitsbegriff voraus und erfordert die umfassende Barrierefreiheit von (öffentlichen) Diensten im Sinne der *Zugänglichkeit* und *Nutzbarkeit* voraus (z. B. Zugang zu Wohnraum und Arbeit, die Erreichbarkeit der persönlichen Hilfen, wie z. B. durch ambulante und mobile Rund-um-die-Uhr-Dienste, durch die Senkung der Zugangsschwellen von Hilfen, etc.).

Das Gemeinwesen befähigen

Das Gemeinwesen muss befähigt werden, alle Menschen, auch diejenigen, die vermeintlich anders sind, anzunehmen und aufzunehmen. Um dieses Ziel, d. h. die Beendigung von Exklusion, irgendwann einmal zu erreichen, muss vorab eine Stärkung der Zivilgesellschaft über ein gezieltes *Empowerment* des Gemeinwesens erfolgen. Psychiatrie-Erfahrung muss in den üblichen Beratungsprozessen der Bürgerschaft, wie z. B. im Parlament, in Ausschüssen, in Haushalts- oder Bebauungsplänen zum Thema werden. Außerparlamentarisch könnten die Bürgerinnen und Bürger über Bürgerplattformen oder vergleichbare Methoden befähigt werden, für ihre eigenen Belange einzutreten und ihre Lebensbedingungen auszugestalten. Wenn z. B. auch Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen an einer Bürgerplattform

teilhaben würden, könnte sich der Perspektivwechsel bereits im Prozess ergeben. Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen wären nicht mehr Ziel der professionellen Eingliederungs-bemühungen, sondern sie wären selbstverständlicher Teil des bürgerschaftlichen Gesamtprozesses. Kernaufgabe des veränderten professionellen Handelns wäre es, einen solchen Stärkungsprozess des Gemeinwesens einzuleiten und darin auch Bürger und Bürgerinnen mit Psychiatrie-Erfahrungenzur selbstverständlichen Teilhabe an diesem Prozess zu befähigen, und Bürger und Bürgerinnen ohne Psychiatrie-Erfahrungen zu befähigen, diesen Prozess zu teilen.

Netzwerke

Da die Gesellschaft selbst inklusiv werden soll, benötigen Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungendifferenzierte Netzwerke, die sie bei ihrer gleichberechtigten Teilhabe unterstützen: nicht-professionelle, semiprofessionelle oder professionelle. Es entstehen neue Professionen, z. B. der *Community-Netzwerker*, der über seine indirekte Brückenarbeit im Gemeinwesen dazu beiträgt, dass Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungennach Möglichkeit gar nicht erst exkludiert werden. Gemeinwesenarbeit und Know-how über indirekte Interventionen bei der Knüpfung von Netzwerken sind hier als Kernkompetenzen gefordert – eine Beteiligung von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen in der praktischen Netzwerkarbeit als Erfahrene und in der Ausbildung der Profis ist hierbei letztlich unabdingbar.

Auch der weitere Aus- und Aufbau trialogischer/quadrologischer Netzwerke mit Erfahrenen, Profis und Angehörigen, Bürgern bzw. wesentlich Beteiligten unterstützt den inklusiven Entwicklungsprozess.

Teilgabe

Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen wollen nicht nur Empfänger von Hilfen und Leistungen sein, sondern sie wollen auch selbst geben. Für das Konzept der Teilgabe gibt es leider nur wenige gut dokumentierte oder gar evaluierte Beispiele wie z. B. das Projekt »mittenmang Schleswig-Holstein«. Wesentliches Ziel ist, dass Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen ihre Rolle des Hilfe-Empfangenden verlassen und in die Rolle des (ehrenamtlich) Gebenden einsteigen. Sie gewinnen hierbei aktive Teilhabe, Normalität und ein neues Selbstwertgefühl.

Barrierefreie soziale Dienstleistungen

a) Die Wohlfahrtspflege neu denken

Die professionellen Hilfesysteme wie u. a. die Angebote der Freien Wohlfahrtspflege werden sich dem Leitgedanken der Inklusion unterordnen, die »inklusive Gesellschaft« als Leitidee im professionellen Alltag befördern und sich an die Spitze der Bewegung setzen (müssen) – eine sozialpolitisch ambitionierte Herausforderung und organisatorisch eine Herkulesaufgabe für Geschäftsführungen und Vorstände mit Blick auf den notwendigen Aufbruch aus teilweise verkrusteten Strukturen.

Die neuen psychosozialen Dienstleistungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie sich an dem Willen eines Menschen, den jeweiligen Anforderungen in seiner Lebenswelt und sich daraus ergebenden Erschwernissen der Partizipation orientieren. Die sozialen Dienstleister sind damit aufgefordert, zu einer ressourcen- und autonomiefördernden Lebensgestaltung beizutragen und gesellschaftliche »Umwelt-Barrieren« abzubauen. Statt reflexartig mit institutionalisierten oder vorgefertigten Lösungen zu reagieren, könnte das professionelle Konzept darin bestehen, einfach zuzuhören und nach Antworten zu suchen. Antworten zu finden auf die Fragen, die uns Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen stellen, die in einer Gemeinde ihre persönlichen Zukunftsperspektiven entwickeln möchten. Inwieweit die Beantwortung mit (nicht-)professionellen Mitteln gelingt, könnte eine Messlatte für den Inklusionsfortschritt bedeuten. Mit der Lektorientierung der Inklusion begeben sich die professionellen Dienstleister auf die Suche nach Antworten unabhängig davon, wie hoch der individuelle Bedarf an Hilfe, Fürsorge oder gegebenenfalls Fremdbestimmung aktuell ist. Es geht um Entwicklung und Stabilisierung von barrierefreien und vernetzten Infrastrukturen für alle Bürgerinnen und Bürger. Dies kann u. a. dadurch gelingen, dass neu entstehende Partnerschaften zwischen der Wohlfahrtspflege, Institutionen, öffentlichen Dienstleistungen, gemeindlichem Leben, bürgerschaftlichem Engagement und privaten Hilfen zu einem konstruktiven Zusammenspiel gebracht werden. Die Wohlfahrtspflege ist hier besonders gefordert. Es muss ihr gelingen, für die Entwicklung einer inklusiven Gesellschaft Vorbildfunktion zu übernehmen – und unterwegs niemanden zu verlieren: weder die eigenen Mitarbeitenden – unabhängig vom Schweregrad des erforderlichen Perspektivwechsels – noch Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen.

b) Die psychiatrische Klinik und Behandlung neu denken

Nicht nur neue personen- und lebensfeldorientierte Therapieansätze wie z. B. aus Skandinavien das *Need Adapted Treatment* oder der *Open Dialogue*, sondern vor allem die übergreifende Leitidee Inklusion sollten die SGB-V-Psychiatrie einschließlich der Finanziers, der Krankenkassen, dahin bewegen, die Therapiekonzepte und Angebotsstrukturen zu überdenken. Auch sie sollten sich am Willen eines Menschen, den jeweiligen Anforderungen in seiner Lebenswelt und den sich daraus ergebenden Erschwernissen der Partizipation orientieren. Eine der wirksamsten psychiatrischen Interventionsmethoden ist die Arbeit mit Angehörigen, seine wesentlichen Bezugspersonen bzw. seinen Netzwerken. Folgte man konsequent der Leitidee Inklusion, könnten neben einer Subjekt orientierten therapeutischen Interaktion die Interventionen mit der Lebenswelt (Angehörigenarbeit) und im Lebensfeld (z. B. ambulante Krisenintervention, *Home-Treatment*) zum Kern der psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen werden; die klassische Klinik würde nur noch als besonderer »Rückzugsraum« dienen. Ein »inklusives Behandlungsetting« einschließlich der damit verbundenen präventiven Bemühungen im Sinne der Befähigung des Gemeinwesens hätte am Ende die Vision einer »Aufhebung der klassischen Klinik« zum Ergebnis. Eine solche Vision steht allerdings in krassem Gegensatz zur aktuell diskutierten Neuordnung der psychiatrischen Krankenhausfinanzierungssystematik, die Anreize in ganz andere Richtungen setzt.

Profis werden inklusions-fit

Um diesen Perspektivwechsel zu schultern, muss sich die Bildungslandschaft verändern: die zukünftigen Mitarbeitenden sollten bereits an den entsprechenden Fachschulen, Hochschulen und Universitäten (auch den medizinischen Fakultäten) umfassend darauf vorbereitet werden – inklusions-fit sind leider immer noch viel zu wenige der Absolventen des Bildungssystems.

Alle bereits aktiv an dem Prozess beteiligten Profis (Anbieter, Leistungsträger, Kommunalverwaltung) müssen sich neu orientieren, um den Perspektivwechsel aktiv mitgestalten zu können und um im Rahmen einer gezielten Organisationsentwicklung in dieser Aufgabe unterstützt zu werden. Unter anderem sollten hierzu umfassende Personalentwicklungskonzepte regional-spezifisch entwickelt werden. Besondere Merkmale dieser Konzepte sollten

sein, dass sie sektor-/arbeitsfeld-/ämter-/verwaltungsübergreifend umgesetzt werden und dass Erfahrene hier einbezogen werden.

Basis-Mitarbeitende

Sie müssen den im Sinne von Inklusion erforderlichen Perspektivwechsel in der von ihnen zu erbringenden Arbeitsleistung als Wert mittragen, die Prozesse mitgestalten und die Umsetzung mitmachen:

- Der Hilfeempfänger/die Hilfeempfängerin wird zum Bürger/zur Bürgerin mit uneingeschränkten Rechten, denen auf Augenhöhe begegnet werden muss.
- Die Wünsche der Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung gehen weg von der Fürsorge und Fremdbestimmung in einem wesentlich aus Helfersicht definierten *Setting* hin zu einem individuellen und selbst bestimmten Assistenzbedarf in einem individuellen *Arrangement*.
- Zukünftig wird das Erbringen fallunspezifischer Leistungen im Gemeinwesen, das oben beschriebene *Networking* und präventive Arbeit im Sinne einer Stärkung des Gemeinwesens bis zu 50 % Anteil an den professionellen Aufgaben ausmachen. Die hierfür erforderlichen Finanzierungsmöglichkeiten müssen den fachlichen Vorgaben folgen.
- Ex-Krankenhausmitarbeiter und -mitarbeiterinnen werden zu ambulanten Teams im Lebensfeld mit einigen wenigen »stationären Rückzugsräumen«.
- Aufgrund des sich verändernden *Settings* der professionellen Arbeit werden auch die Prüfinstanzen einer gelingenden professionellen Dienstleistung verschoben werden von Instanzen wie der (Heim-)Aufsicht oder dem MDK hin zum Verbraucherschutz und zu unabhängigen Beschwerdestellen. Hierbei wird verstärkt auf Ergebnisqualität, den Nutzen für den Einzelnen und die Beteiligung der Kunden geachtet werden.
- Die Orte der Arbeit werden sich von den institutionalisierten »Orten zum Leben«, die sich vielfach durch Exklusion oder Sonderwelten auszeichnen, hin zur »Arbeit direkt im Ort«, also im Gemeinwesen, in normalen Lebens- und Arbeitswelten, verändern.

Verwaltung, Krankenhaus(leitung)

Auch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Verwaltung (der Kommunen wie der Leistungsanbieter) und vor allem der Krankenhäuser müssen in die Wertediskussion und den Paradigmenwechsel einbezogen werden. Sie müssen

ihn nicht nur mittragen, sondern direkt unterstützen. Dies bezieht sich auf alle Ebenen vom Controlling über das Personalwesen bis zum Baubereich. Allein die Umstellung von »immobiliengestützten« institutionellen Angeboten hin zu ambulanten »nicht an Immobilien gebundenen«, also Gemeinwesen-integrierten Angeboten, ist eine große Herausforderung, ebenso wie Logistik- bzw. IT-Fragen oder Fragen des Berichtswesens etc.

Leistungsträger – Ressourceneinsatz neu denken

Veränderungsprozesse wie der erforderliche Perspektivwechsel und die Entwicklung einer inklusiven Kultur benötigen Ressourcen an der richtigen Stelle – und im Übergangsstadium auch zusätzliche Ressourcen. Zum Beispiel könnte ein »Teilhabe-Weiterentwicklungsgesetz« über einen Zeitraum von fünf bis zehn Jahren zusätzliche Finanzmittel wie einen »Inklusions-Euro« in jeder Fachleistungsstunde oder jeder Maßnahmepauschale etc. bereitstellen – verbunden mit einem Anreiz- und Belohnungssystem zur Systemtransformation.

Sektorübergreifende SGB-V-Regionalbudgets der Krankenkassen können personenorientierte Behandlungsleistungen im Lebensfeld ermöglichen und die Anreize weg von der »Fallzahlerhöhung« hin zu »einem mehr an Inklusion« setzen. Es kommt jetzt vor allem darauf an, strukturverändernde(!) Finanzierungsmodelle und -anreize v. a. im SGB V-Bereich zu etablieren.

Eine Gesellschaft inklusions-fit zu machen, ist ein komplexer und langfristiger Prozess. Wichtig erscheint vor allem, dass dies in einem strukturierten, transparenten und auf Nachhaltigkeit angelegten Gesamtprozess mit Feedback-Schleifen zur Rückversicherung bei allen beteiligten Akteuren angelegt ist und in die politischen Rahmenbedingungen eingebettet wird.

Kommunale Konversionsstrukturen aufbauen

Inklusion ist eine Entwicklung, die im Gemeinwesen, also auf kommunaler Ebene bzw. im Bereich der jeweiligen Gebietskörperschaften, stattfindet. Letzteren kommt daher eine besondere Verantwortung im Rahmen des Transformationsprozesses zu. Die Gebietskörperschaft (Kreisfreie Stadt, Landkreis) müsste ein Entwicklungskonzept für eine *Politik für Teilhabe und Teilgabe im Quartier* in konkreten Umsetzungsschritten (Aktionsplan) auf den Weg bringen. Wesentlich ist hierbei vor allem der Sozialraum- bzw. Quartiersbezug der Aktivitäten, damit bei den Menschen »angekoppelt« wird.

Strukturelemente könnten sein:

- Auf örtlicher Ebene könnten regionale *Teilhabeverwirklichungskonferenzen* eingerichtet werden, die unter Beteiligung aller Akteure im Gemeinwesen die Gesamtentwicklung beobachten und für einen strukturierten Entwicklungsprozess in Richtung eines »inklusive(r)en Gemeinwesens« Sorge tragen. Statt der ausschließlichen Prozessbeobachtung sollten in diesen Konferenzen auch eine deutlichere Ergebnisorientierung in den Vordergrund treten: Was genau hat Inklusion im Zeitraum X einen Schritt weiter gebracht und was nicht?
- *Örtliche Teilhabeplanung* muss als Informations-, Beteiligungs-, Aushandlungs- und Aktivierungsprozess auf kommunaler Ebene etabliert werden, in dem konkrete Ziele zur Erreichung von »mehr Teilhabe« definiert und die Anforderungen und Vorgehensweisen festgelegt werden, um diese Ziele zu erreichen. Wesentlicher Bestandteil dieses Prozesses ist die gegenseitige Befähigung von Gebietskörperschaft und ihren Bürger/Bürgerinnen zur inklusiven Ausgestaltung des Gemeinwesens. Die Schnittstellen zur integrierten kommunalen Sozial-, Pflege- und Finanzplanung müssen intensiv bearbeitet werden.
- Bezogen auf die Unterstützungsleistungen sollten sozialpsychiatrische regionale *Teilhabeverbände* im Sinne einer regionalen inklusiven Management-Gesellschaft geschaffen werden. Ihre wesentliche Aufgabe bestünde in der Abstimmung aller beteiligten Akteure und der Verteilung der personen- und nicht personenbezogenen Ressourcen, also der Steuerung der Finanzmittel.
- Die Leistungsträger aus SGB V und SGB XII sollten die bisherigen personenbezogenen Finanzierungen aus ihrer je eigenen Leistungssystematik weiterentwickeln zu einer inklusiven Finanzierungssystematik, die fallunspezifische inklusive präventiver sowie fallspezifische und fallübergreifende Leistungen enthält und den regionalen Budget-Gedanken inklusive des persönlichen Budgets weiterentwickelt. Begonnen werden könnte mit der Finanzierung flexibler individueller Arrangements im Lebensfeld einerseits und andererseits dem Aufbau einer Inklusion fördernden Infrastruktur durch einen Teilhabe-Euro in jeder Fachleistungsstunde oder jedem Tagesentgelt (stationär/teilstationär).
- Folgt man konsequent dem Ansatz der Inklusion und den daraus abzuleitenden Schritten für die Leistungserbringung, so entfällt die Unterscheidung zwischen ambulant und stationär: Ambulant statt stationär heißt die neue Linie während der Passage bis diese Unterscheidung dann

tatsächlich entfällt, und beide Wörter aus dem psychiatrischen Wortschatz wie in anderen Ländern verschwinden können. Ambulant ist hier das Synonym dafür, individuellen Wohnraum mit Unterstützung und individuelle Arbeits- bzw. Beschäftigungsplätze mit Assistenz an möglichst den Orten, wo alle Bürgerinnen und Bürger wohnen und arbeiten, verfügbar zu machen statt Sonderwelten z. B. in Werkstätten für Behinderte Menschen zu schaffen. Aus dem oben beschriebenen integrierten SGB-V + SGB-XII-Budget gilt es einerseits die Klienten/Klientinnen selbst zu unterstützen (personenorientiert, Fall bezogen) und *gleichzeitig* den Sozialraum im Sinne der Inklusion zu stärken (lebensfeldorientiert, Fallunspezifisch, eher pauschal). Die Forderung, dass Person und Sozialraum in der Finanzierung gleichrangig nebeneinanderstehen, beinhaltet nicht nur leistungsrechtlich ein Umdenken, sondern verändert auch das Denken der Krankenkassen und die allgemeine Haushaltssystematik der Kommunen, die im Allgemeinen die Stärkung des Sozialraums als freiwillige oder zusätzliche Leistungen betrachten.

Individuelle Teilhabe verwirklichen

Um den Weg zu einer inklusiven Gesellschaft auf der individuellen Ebene für Menschen mit und ohne Behinderungen zu schultern, müssen die bestehenden Steuerungsmodelle (Clearingverfahren, Hilfeplanung, Teilhabeplanung, Gutachten durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, Anwendung des weiterentwickelten Pflegebegriffes etc.) im Sinne einer auf Inklusion gerichteten individuellen Teilhabeplanung weiterentwickelt werden. Wesentlich ist hierbei, die gleichberechtigte Teilhabe zu praktizieren, sich auf Augenhöhe zu begegnen und diesen Planungsprozess einer externen Qualitätssicherung zugänglich zu machen, statt hinter verschlossenen Türen intransparente Entscheidungen zu produzieren. Dabei ist auf Rechtssicherheit für alle Beteiligten, insbesondere für die Menschen mit Psychiatrieerfahrung und ihre Angehörigen, zu achten.

Vollversorgung realisieren oder: Inklusion ist ein Konzept für alle

Die Zeichen gesellschaftlicher Entwicklungen sind zurzeit eher auf Exklusion gerichtet; gleichwohl entwickelt sich eine Bewegung in Richtung der Stärkung des gesamtgesellschaftlichen Systems zur Überwindung dieses Trends zur Exklusion und zur Befähigung der Gesamtgesellschaft zu mehr

Inklusion. Auch hier gilt es, sich an den altensozialpsychiatrischen Grundwert des *Sektors* bzw. der *Regionalen Vollversorgung*, also an das regionale Exklusionsverbot(!), zu erinnern. Bei diesem Gesamtprozess zur inklusiven Gemeinde sollte niemand im aktuellen Hilfesystem vergessen werden oder gar zu Schaden kommen. Besonders gefährdet sind diejenigen, die einen besonders hohen Unterstützungsbedarf haben oder besonders *Inklusions-unattraktiv* sind, wie z. B. Menschen mit schwersten chronischen Verläufen, Menschen mit sogenannten Doppeldiagnosen oder Borderline-Störungen, Menschen mit herausforderndem Verhalten, wohnungslose und suchtkranke Menschen, Menschen, die aus der forensischen Psychiatrie entlassen werden und viele andere mehr. Der Perspektivwechsel hin zu einer gleichberechtigten Teilhabe sollte auch vor Ort, z. B. in der konkreten Arbeit in einer Gemeinwesen-integrierten Wohngemeinschaft für Menschen mit intensivem Unterstützungsbedarf oder in einer fakultativ geschlossenen Gruppe spürbar und messbar werden. Nur wenn es gelingt, gerade für diesen Personenkreis Fortschritte in der Teilhabe auch in der Praxis zu verwirklichen, kann letztlich von einem gelingenden Inklusionsprozess bzw. -fortschritt ausgegangen werden. Die Verantwortung für die entsprechende Aufmerksamkeit und Achtsamkeit liegt aus unserer Sicht vor allem bei den Gebietskörperschaften in ihren Sozialräumen. Insofern wird Sozialpsychiatrie zukünftig ohne ein gemeindliches Inklusionskonzept unter aktiver Beteiligung aller im Quartier mit dem Ziel *Teilhabe und Teilgabe für alle im Quartier* zu erreichen, nicht denk- und schon gar nicht umsetzbar sein!

Inklusion fördernde Behandlung

Andreas Heinz, Winnie Öhrlich

Psychische Erkrankungen sind häufig. Dies gilt nicht nur, wenn man an das demografische Altern der Bevölkerung und die damit verbundenen Zunahme neurodegenerativer, insbesondere demenzieller Erkrankungen denkt. Dies gilt auch und gerade dann, wenn beispielsweise junge berufstätige Menschen untersucht werden: Daten der WHO zeigen, dass in den Industrieländern Menschen zwischen 15 und 44 Jahren am stärksten an psychiatrischen Erkrankungen leiden (WHO 2001: 25 ff). Allein fünf der Erkrankungen, die am stärksten zur Belastung durch Krankheit beitragen, sind psychische Störungen (unipolare Depression, Alkohol- und Drogenstörungen, Bipolare Störungen, Schizophrenien sowie Demenzerkrankungen) (ebd.). Sie sind damit häufiger oder ebenso häufig und schwerwiegend wie Belastungen in Folge von Verkehrsunfällen, Migräne, Hörstörungen oder Aids (ebd.). Entsprechend dem Bundes-Gesundheitssurvey (JACOBI et al. 2004) leidet ca. jeder Dritte im Alter von 18–65 an einer psychischen Erkrankung.

Diese weite Verbreitung psychischer Störungen zeigt, dass Menschen mit psychischen Krankheiten sich in der Mitte der Gesellschaft befinden. Die meisten von ihnen sind gut integriert und werden aufgrund ihrer Erkrankungen nicht ausgeschlossen, stigmatisiert oder diskriminiert. Dies gilt allerdings insbesondere dann, wenn es sich um leichtgradige Erkrankungen handelt – depressive Reaktionen und Anpassungsstörungen nach persönlichen Krisen, leichtgradige Angststörungen usw.

Wenn wir also von einer Behandlung sprechen, die die Inklusion¹ der Betroffenen fördert, denken Professionelle meist an die schweren psychischen Erkrankungen – chronisch verlaufende Psychosen, wiederkehrende bipolare Störungen oder Suchterkrankungen wie die Alkoholabhängigkeit. Hier ist es nicht nur der chronische Verlauf und die Einschränkung durch die Erkrankung selbst, sondern das Stigma, das der Erkrankung anhaftet, der gerade auch in der Geschichte präsenste entwertende Umgang mit Menschen, die

1 Inklusion bedeutet in der psychiatrischen Fachwelt im Allgemeinen die Förderung der Teilhabe psychisch Kranker am gesellschaftlichen Leben (vgl. Begriffsklärung von Ingmar Steinhart in diesem Band). Zur Debatte um den Begriff »Inklusion« in Abgrenzung zum Begriff »Integration« im Feld der Heilpädagogik siehe Liesen und Felder 2004.

unter solchen Beeinträchtigungen leiden aufgrund der Vorurteile und Vorbehalte der Umwelt. Behandlung, gerade auch stationäre Behandlung, kann diese Einschränkungen verstärken oder reduzieren. Die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen fordert im Artikel 25 eine Behandlung, die sich an dem Gedanken der Inklusion ausrichtet und Exklusionsprozessen entgegensteuert (vgl. BORBÉ 2011).

Als ich (A. H.) vor 40 Jahren mein erstes Praktikum in einer psychiatrischen Klinik machte, waren die meisten Kliniken noch von Allgemeinkrankenhäusern getrennt auf dem Lande lokalisiert. Aufnahmestationen waren damals fast durchgehend geschlossen, die Patienten verbrachten den meisten Teil des Tages im Schlafenzug, standen häufig deutlich überdosierte durch Neuroleptika mit einem pharmakologisch induzierten Parkinson-Syndrom um die Tür herum und hatten auch keinen freien Zugang zu allen Räumen der Station.

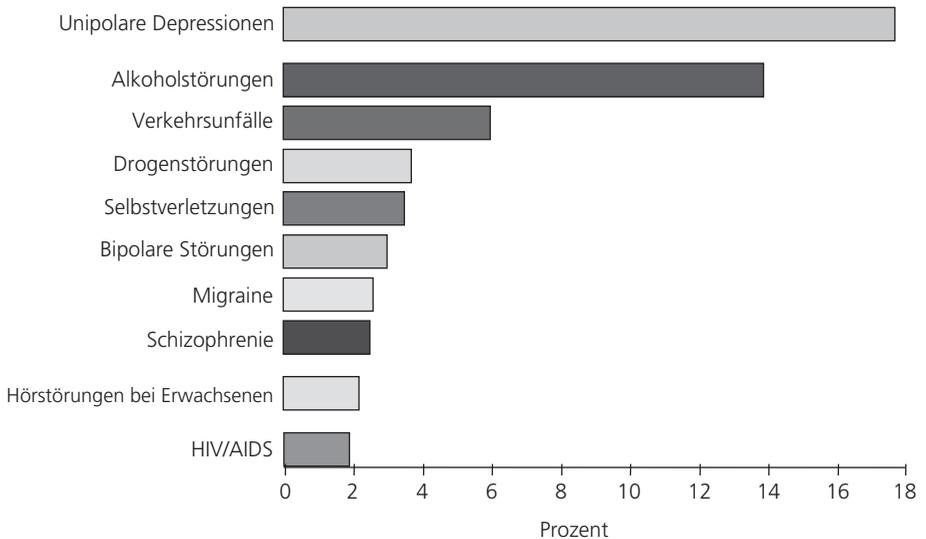


Abb. 1: Disease Burden by Illness – (DALY Vereinigte Staaten, Kanada & Westeuropa, 2000, 15-44jährige vgl. NAKAMURA, Richard K. [o.J.]

Türen waren durchgehend abgeschlossen und das Besteck wurde nach jedem Essen eingesammelt und nachgezählt, da schreckliche Geschichten über Selbstverletzungen mit Löffeln kursierten. Noch 1984 fanden sich im Berliner Beschwerdezentrum Betroffene, die in Folge einer Psychose bis zu 18 Jahren ununterbrochen in einer psychiatrischen Anstalt untergebracht waren.

Der Bundesgesundheitsurvey (GHS-MHS)

12-Monatsprävalenz psychischer Störungen nach Alter und Geschlecht:
Ca. jeder Dritte im Alter von 18–65 ist betroffen!

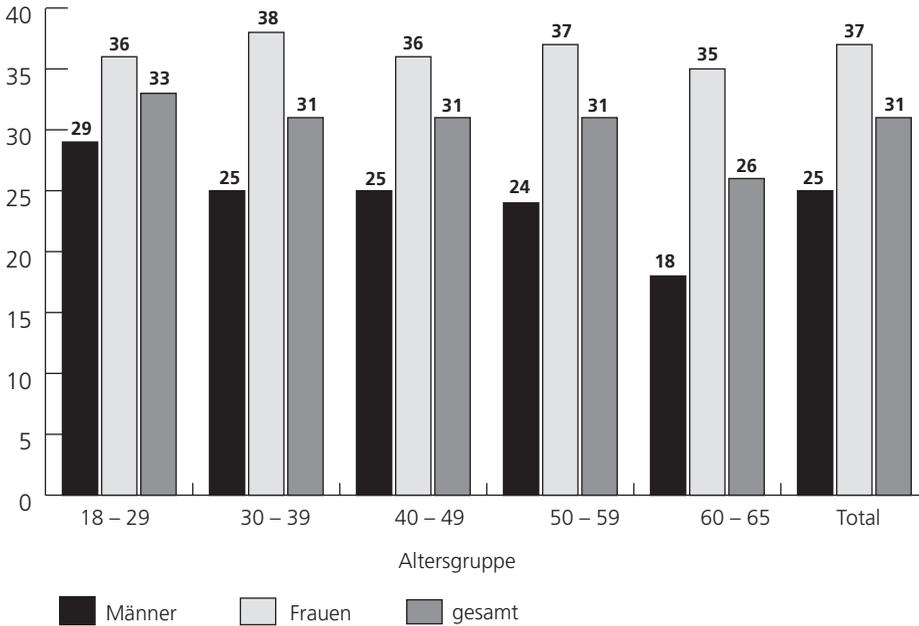


Abb. 2: (Vgl. JACOBI, F. 2006)

Heute ist beispielsweise in der Charité Campus Mitte auch die Aufnahme- station fast durchgehend geöffnet, Küchen, Therapieräume und Gärten sind frei zugänglich und die durchschnittliche Liegezeit beträgt mittlerweile nur noch knapp drei Wochen (LANG et al. 2010). Stationäre Behandlung ist also zur Krisenintervention geworden oder sollte es zumindest geworden sein.

Denn in vielen Einrichtungen sind die genannten Änderungen nicht umgesetzt, Türen bleiben permanent verschlossen und es bestehen unterschiedliche Kommunikationsdefizite zwischen Betroffenen, Angehörigen und Professionellen. Behandlung durch mobile Teams direkt im Lebensumfeld der Patienten, beispielsweise bei psychotischen Ersterkrankungen, ist weitgehend unmöglich, da das bisherige finanzielle Entgeltsystem nicht flexibel genug gestaltet worden ist, um solche Behandlungsmöglichkeiten bundesweit anbieten zu können (vgl. KUNZE et al. 2011). Es ist also der Bereich dieser besonders schweren Erkrankungen, der besonderer Aufmerksamkeit bedarf, um Stigmatisierungen und Ausgrenzungen zu vermeiden.

In den letzten Jahren haben Daten von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern besonders alarmierend gewirkt, nach denen die Arbeitsunfähigkeitstage wie die Berentung aufgrund psychischer Erkrankungen ansteigen (BPtK 2011).

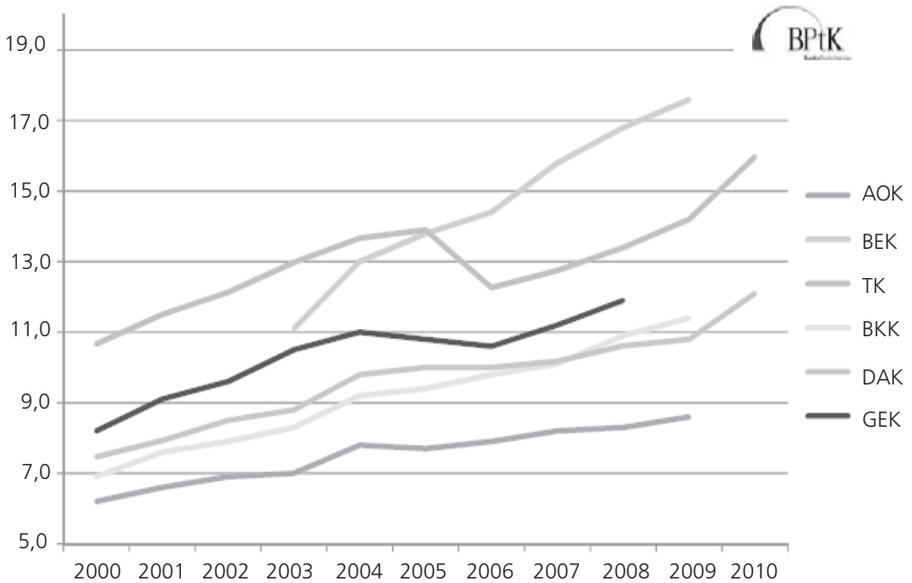


Abb. 3: Psychische Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit: AU-Tage; vgl. BPtK, 2011

Wie die entsprechenden Daten der Rentenversicherungsträger zeigen, nehmen gleichzeitig Berentungen beispielsweise wegen Rückenschmerzen deutlich ab (DANNENBERG et al. 2010: 288). Die Zahlen sind also nicht nur beunruhigend, zumindest teilweise kann ihnen auch ein Erfolg der Antistigmatisierungskampagnen insbesondere im Rahmen der Bündnisse gegen Depression zugrunde liegen. Denn es kann sein, dass sich Menschen heute einfach vermehrt trauen, zu ihrer Depression zu stehen und diese nicht mit Klagen über Rückenschmerzen verbergen. Trotzdem stellt sich die Frage, in wie weit Sinnverlust und Gefühle der Bedrohung durch soziale Ausschließung, bei Arbeitslosigkeit und Verarmung, zu einer Zunahme der psychischen Erkrankungen führen können. In diesem Kontext ist relevant, dass gängige Theorien affektiver Erkrankungen die große Bedeutung stressabhängiger

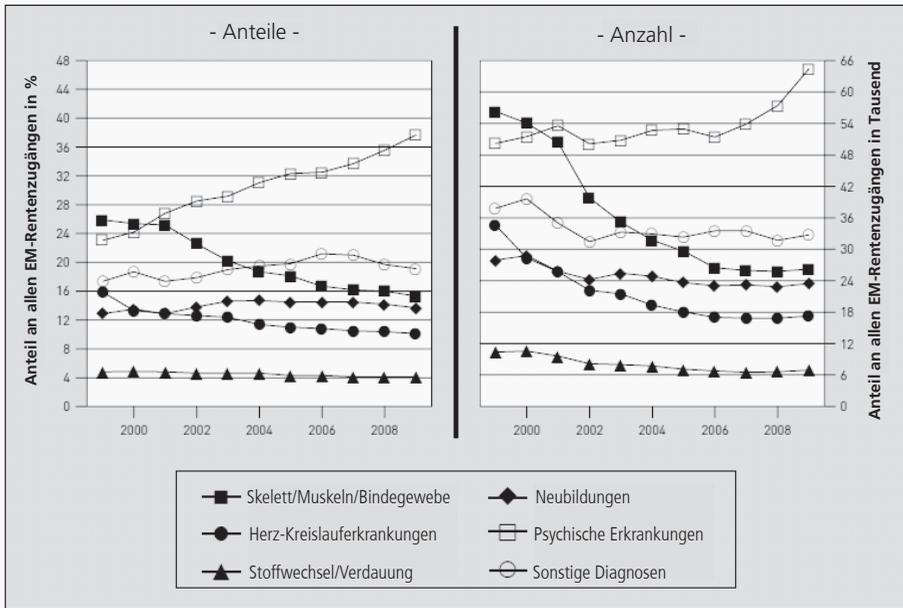


Abb. 4: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach ausgewählten Diagnosegruppen, Männer und Frauen (vgl. DANNENBERG et al. 2010)

Veränderungen und ihrer Auswirkungen auf das Zentralnervensystem als wesentliche Mechanismen der Depression identifiziert haben; erhöhter Alkoholkonsum, der unter solchen Belastungen häufig auftritt, kann die genannten Veränderungen noch verstärken (HEINZ und BATRA 2003).

Depression ist auch ein Risikofaktor für Demenz, wie Untersuchungen von Michael Rapp und anderen zeigen (RAPP et al. 2011). Dies ist insbesondere deswegen relevant, weil pflegende Angehörige von Demenzkranken häufig eine Depression entwickeln. Meist handelt es sich um Frauen, deren depressive Erkrankungen dann wiederum das Risiko erhöhen können, selbst an einer Demenz zu erkranken. Angesichts der demografischen Entwicklung in Deutschland ist hier eine Zunahme demenzieller Erkrankungen zu befürchten, die sich durch die mangelnde soziale Unterstützung pflegender Angehöriger noch vervielfachen können.

Angesichts der genannten Überlegungen können die folgenden Maßnahmen sinnvoll sein, um die Inklusion psychisch Kranker in die Gesellschaft zu befördern:

Zum einen die Frühintervention bei psychischen Erkrankungen: Hierzu zählen auch die integrierte Versorgung mit Fachärzten und Kliniken sowie Notfall-Psychotherapie ohne lange Wartelisten durch Institutsambulanzen (vgl. LAMBERT et al. 2010), die betriebliche Prävention nicht nur bei Suchterkrankungen usw. Weiterhin ist die Stärkung der Angehörigen und ihrer Organisationen sowie die Stärkung der Selbsthilfe von zentraler Bedeutung (vgl. Forderungen der Selbsthilfe: LISOFKY 2009; CRÄMER 2003; BPE e. V. [o.J.]). Die Idee der Personzentrierung beinhaltet ja gerade, dass Personen unterschiedliche Bedürfnisse haben und selbst die Schwerpunkte ihrer Behandlung entsprechend auswählen können. Die Behandlung im Lebensumfeld der Betroffenen und die gemeindenahere Vernetzung aller Leistungserbringer kann Schnittstellen reduzieren (BRENNER et al. 2000). Hierfür benötigt werden flexible Budgets für innovative Interventionsformen, z. B. für mobile Interventionsteams am Arbeitsplatz und in der Familie, für Hometreatment und das Management von Schnittstellen (KUNZE et al. 2011).

Gerade in Berlin wie in anderen Großstädten fehlen, bei relativ guter Versorgung bezüglich des Wohnbedarfs, Einrichtungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation, beispielsweise im Sinne der Rehabilitation für psychisch Kranke (vgl. CRÄMER 2003). Solche Einrichtungen sind besonders wichtig, um zu verhindern, dass sich dauerhaft ein zweiter Arbeitsmarkt und eine Parallelgesellschaft etabliert, in der psychisch Kranke zwar einigermaßen integriert sind, innerhalb dieser Parallelgesellschaft aber nur noch wenig Berührungspunkte mit dem ersten Arbeitsmarkt und der vermeintlichen Normalität der psychisch Gesunden haben (vgl. »aus Sicht der Nutzer«: Für alle Fälle e. V. 2007: 23–25; BURNS et al. 2007).

Schließlich ist im Bereich der Ursachenforschung auf Mechanismen der sozialen Ausschließung in Interaktion mit individueller Vulnerabilität abzuheben, um Schadensmechanismen besser zu verstehen. Zentrales Motto einer Behandlung, die sich gegen Ausgrenzungen richtet, ist aber, die Behandlung »so normal« und alltagsnah wie möglich zu gestalten und die dialogische Interaktion, die an vielen Stellen in der Bundesrepublik begonnen wurde, fest in die Planung wie alltägliche Durchführung psychiatrischer Versorgung zu integrieren.

Literatur

- BORBÉ, R. (2011): Die UN-Behindertenrechtskonvention: Feste Größe in einem psychiatriepolitischen Schlingerkurs? *Psychiatrische Praxis*. Vol. 38, Nr. 5: 215–217
- BRENNER, H. D./JUNGHAN, U./PFAMMATTER, M. (2000): Gemeindeintegrierte Akutversorgung. Möglichkeiten und Grenzen. In: *Nervenarzt*. Vol. 71: 691–699.
- BundesPsychotherapeutenKammer (BPtK) (2011): Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen. <http://www.bptk.de>; eingesehen am 01.10.2011
- Bundesverband für Psychiatrie-Erfahrene (o.J.): Satzung. <http://www.bpe-online.de/>; eingesehen am 01.10.2011
- BURNS, T./CATTY, J./BECKER, T./DRAKE, R. E./FIORITTI, A./KNAPP, M./LAUBER, C./RÖSSLER, W./TOMOV, T./VAN BUSSCHBACH, J./WHITE, S./WIERSMA, D./for the EQOLISE Group (2007): The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness. A randomised controlled trial. In: *The Lancet*. Vol. 370, Nr. 9593: 1146–1152.
- CRÄMER, J. (2003): Angehörige psychisch Kranker im Landesverband Berlin e. V. Versorgungsmängel im Berliner psychiatrischen Hilfesystem aus Sicht der Angehörigen psychisch Kranker im Landesverband Berlin e. V. und die Forderungen der Angehörigen an den Berliner Senat und Krankenkassen. Offener Brief.
- DANNENBERG, A. (2010): HOFMANN, J.; KALDYBAJEWA, K.; KRUSE, E. Rentenzugang 2009. Weiterer Anstieg der Zugänge in Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen. In: *RVaktuell*. Vol. 9: 283–293.
- Für alle Fälle e. V., LORENZ, A. K./RUSSO, J./SCHEIBE, F./DEITERS, R. (2007): Aus eigener Sicht. Erfahrungen von NutzerInnen mit der Hilfe. Evaluations- und Praxisprojekt »Personenzentrierte Hilfe aus Sicht der Nutzer«. Berlin. www.faelle.org, eingesehen am 01.10.2011
- HEINZ, A./BATRA, A. (2003): Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit, Kohlhammer, Stuttgart.
- JACOBI, F. (2006): Psychische Störungen als Kostenfaktor in der Arbeitswelt: Vortrag der Tagung »Psychisch krank im Job – Was tun?«, Köln, 29.11.2011
- JACOBI, F./WITTCHEN, H.-U./HÖLTING, C./HÖFLER, M./MÜLLER, N./PFISTER, H./LIEB, R. (2004): Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population. Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). In: *Psychological Medicine*. Vol. 34, Nr. 4: 597–611.
- KUNZE, H./ELSÄSSER-GAIßMAIER, H.-P./FEGERT, J. M./HEINZ, A./SCHMIDT-MICHEL, P.-O./WEIß, P. (2011): Das »St. Florians-Prinzip« steuert die maßnahmenbezogene Finanzierung von Leistungen für psychisch Kranke – Anstehende Reformen der Rahmenbedingungen für die Finanzierung. In: *Psychiatrische Praxis*. Vol. 38, Nr. 1: 45–51.
- LAMBERT, M./NABER, D./BOCK, T./MEIGEL-SCHLEIFF, C./OHM, G. (2010): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen. Das »Hamurger Modell«. In: *Soziale Psychiatrie*. Vol. 1: 30–32.
- LANG, U. E./HARTMANN, S./SCHULZ-HARTMANN, S./Gudlowski, Y./RICKEN, R./MUNK, I./VON HAEBLER, D./GALLINAT, J./HEINZ, A. (2010): Do locked doors in psychiat-

- ric hospitals prevent patients from absconding? In: *European Journal of Psychiatry*. Vol. 24, Nr. 4: 199–204.
- LIESEN, C./FELDER, F. (2004): Bemerkungen zur Inklusionsdebatte. In: *Heilpädagogik online*. Vol. 3: 3–29.
- LISOFSKY, B. (2009): Erwartungen an neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie. Aus Sicht der Angehörigen. In: WEATHERLY, J. N.; LÄGEL, R. (Hrsg.). *Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik*: 22–26.
- NAKAMURA, R. K. (o.J.): Science and Services: Opening Pathways to Better Mental Health. Complexities of Co-occurring Conditions Meeting. National Institute of Global Health. Oral presentation. (<http://archives.drugabuse.gov/meetings/ccc/cccPowerPoint/nakamura.ppt#581,8>, Disease Burden by Illness – DALY United States, Canada and Western Europe, 2000 15 - 44 year olds; eingesehen am 01.10.2011)
- RAPP, M. A./SCHNAIDER-BEERI, M./WYSOCKI, M./GUERRERO-BEROA, E./GROSSMAN, H. T./HEINZ, A./HAROUTUNIAN, V. (2011): Cognitive Decline in Dementia Patients as a Function of Depression. In: *American Journal of Psychiatry*. Vol. 19, Nr. 4: 357–363.
- World Health Organization (2001): *The World health report 2001: Mental health. New understanding, new hope*. <http://www.who.int/whr/2001/en/>; eingesehen am 01.10.2011

Geht es um die Menschen? Selbstbestimmung, Recht und Ökonomie

Armin Lang

Die Frage, die ich zu beantworten habe ist provokativ: »Geht es um die Menschen?«

Die Antwort – kurz und bündig: »Um was denn sonst!« oder »... gibt es Zweifel?«

Die der gestellten Frage hinzugefügten Begriffe geben die Richtung zum Nachdenken:

Selbstbestimmung, Recht, Ökonomie!

Ist es nicht eine Eigenheit psychisch kranker Menschen, dass ihre Selbstbestimmung von ihrer Krankheit dominiert wird? Sie ist eingeschränkt, oftmals fehlgeleitet, setzt eigene Prioritäten!

Deshalb muss es vorrangiges Therapieziel sein, Eigenständigkeit und Selbstbestimmung des erkrankten Menschen soweit als möglich wieder herzustellen, zu stabilisieren.

Ist die Ursache des Zweifels die Dominanz von Fremdbestimmung?

Vielleicht sind es die begrenzten Ressourcen im psychiatrischen Alltag, die selbstbestimmtes Leben als Therapieziel immer weniger erreichen oder bewusst, zumindest leichtfertig, außen vor lassen. Damit blieben Menschen dauerhaft in Abhängigkeit – unwürdig und teuer!

Es wäre die Ökonomie, das dritte Stichwort, die begrenzt. Nur – sie hat sich dem Recht, zweites Stichwort, unterzuordnen. Und das Recht müsste sich widersetzen, wenn die Ökonomie alleine die Prioritäten setzt.

Dieses Faktum provoziert eine weitere Frage:

Wie weit haben wir uns eigentlich von dem Anspruch und dem Auftrag unserer Verfassung *entfernt*, Maßstab für alles Recht zu sein!?

Die Sicherung der Würde und damit die Sicherung der Selbstbestimmung des Menschen ist oberstes Gebot für alle staatliche Gewalt und das Sozialstaatsgebot, d. h. die Pflicht zum sozialen Ausgleich, zum sozialen Schutz und zur sozialen Förderung hat ebenfalls Verfassungsrang.

Und auf dem Boden der Verfassung stehen doch Alle! Oder?

Warum gerade jetzt diese provokanten Fragen, diese Zweifel?

Vor drei Jahren haben wir in Deutschland von der WHO bestätigt bekommen: Deutschland gehört im europäischen Raum zu den führenden Ländern, in denen sich die Psychiatrie zu einem therapeutisch ausgerichteten System mit wohnortnahen Angeboten an Behandlung und Rehabilitation weiterentwickelt hat.

Und dahinter steht ein breites Spektrum verfügbarer Hilfen:

- Wir haben den stationären Bereich mit psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken oder Abteilungen, Tageskliniken und Institutsambulanzen.
- Wir haben den ambulanten Bereich mit Haus- und Fachärzten, sozialpsychiatrischen Schwerpunktpraxen, psychiatrischen Notfalldiensten, ärztlichen und psychologischen Therapeuten.
- Und dann gibt es den für chronisch psychisch kranke Menschen unverzichtbaren komplementären Bereich mit sozialpsychiatrischen Diensten, Tagesstätten und vielfältigen Hilfen in den Bereichen Wohnen, Arbeiten, Freizeit.

Man könnte sagen: In Deutschland wird »lebendige Gemeindepsychiatrie« bereits seit langem praktiziert, die Sozialraumorientierung ist Wirklichkeit, das Ziel der Enquête erreicht.

Und dennoch diese Fragen? Es muss Anlass geben!

Fakt ist, die Zahlen der GKV belegen: Aus einem Minderheitenthema wird zunehmend ein Mehrheiten Problem. Die Zahl der Menschen mit psychischen Erkrankungen steigt und dies nicht nur wegen der differenzierteren und mutigeren Diagnosen der Ärzte. Nein, es ist objektiv so, und die Wissenschaft belegt, dass immer mehr Menschen überfordert werden in ihrem Betrieb, in der Schule, in der sozialen Umwelt.

Sogar die IG Metall macht sich Sorgen und beschäftigt sich auf ihrem Bundeskongress mit diesem bisher »tabuisierten« Thema. Es wird nach Verantwortlichkeiten und Gegenstrategien gesucht.

Und das Thema erreicht Anne Will in ihrem wöchentlichen TV-Talk. Betroffene, Beteiligte und Experten suchen nach Ursachen und Hilfen für psychisch kranke Menschen.

Der Sozialverband VdK Bayern frug bereits vor einigen Jahren in seinem Tutzinger Forum: »Gibt es in Deutschland nur Wachstum bei Angst und Depression?«

Auch die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG), der ich auf Bundesebene vorstehe, hat bei ihrem letzten Bundeskongress im November 2010 einen halben Tag lang ein Fachforum zum Thema »Psychische Erkrankungen« durchgeführt, interessante Analysen gehört und daraus politische Forderungen abgeleitet. Beim nächsten Bundesparteitag der SPD wird es einen entsprechenden Antrag geben, der die Verantwortlichkeiten benennt und Abhilfe fordert.

Eine Krankheit wird zum politischen Thema! Dies ist gut so! Doch dabei stehen wir erst am Anfang!

Denn: Eine neue psychiatrische Herausforderung beherrscht unsere Familien, sogar die öffentlichen Medien, leider noch nicht ausreichend die politischen Entscheider. Demenz wird immer mehr zur Fortschrittsfalle der älter werdenden Gesellschaft.

Die gerontopsychiatrische Herausforderung der Hochbetagten-Entwicklung wurde allzu lange verdrängt. Die Wissenschaft, die Politik, die gesetzlichen Krankenkassen, die Kommunen haben viel zu spät, teilweise überhaupt noch nicht bezüglich Ursachenforschung und auch bezüglich der Entwicklung präventiver und entlastender Hilfen und annehmender Strukturen reagiert.

Wir haben in Deutschland viele Inseln mit guten Ideen wie man gerontopsychiatrisch veränderten Menschen helfen, dem Fortschreiten der Erkrankungen eine Bremse einbauen und den Angehörigen entlastende Hilfen angedeihen lassen kann, nur ein Gesamtkonzept fehlt, erst recht die bedarfsgerechte Finanzierung notwendiger, präventiver und entlastender Maßnahmen.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist entwickelt und die Bundesregierung hat nichts Besseres zu tun, als die Entscheidung darüber ein weiteres Jahr, vielleicht sogar auf die nächste Legislaturperiode, zu verschieben.

Jürgen Gohde, der kompetenteste Experte, den wir in diesem Bereich derzeit in Deutschland haben, hat der Bundesregierung Hilfe angeboten, hoffentlich nutzt sie diese Chance und missbraucht den Reformbedarf in der Pflege nicht dazu, Wahlkampfspenden an die private Versicherungswirtschaft zurückzuzahlen.

Also: Die Zweifel, die die APK in dem Titel meines Vortrages zum Ausdruck bringt, sind durchaus berechtigt und deshalb nachfolgend einige Gedanken zur Psychiatriewirklichkeit heute aber auch zu den Herausforderungen und Anforderungen für uns alle für morgen und übermorgen:

1. Vor 40 Jahren war es Ziel der »AKTION PSYCHISCH KRANKE«, vergessene,

versteckte, kranke Menschen aus den »Gettos«, der Anstalten zu holen. Dezentralisierung, Integration, Normalisierung, waren die Zauberworte. Die psychiatrischen Kliniken, große Anstalten, am Rande der »Sozialräume« sollten ihren Sonderstatus verlieren, psychisch erkrankte Menschen sollten gleichbehandelt werden mit somatisch Erkrankten und endlich ein differenziertes, passgenaues Therapieangebot erhalten. Und wichtig war auch die Reintegration der Menschen in ihre Herkunftsräume, ihre Sozialräume.

Es ist immer noch richtig was Klaus Dörner 2008 auf dem Forum der »AKTION PSYCHISCH KRANKE« sagte: »Es waren die helfenden Berufe, die im 19. Jahrhundert in den sozialen Institutionen entstanden, in die man damals die schwer Hilfebedürftigen aus ihrem heimatlichen Sozialraum erstmals systematisch und durchaus auch gewaltsam ausgegrenzt hat, damit die marktformige Industrialisierung zur möglichst störungsfreien Produktivitätsmaximierung kommen konnte, von deren Gewinnen man uns – also die Profis – auch noch fürs Helfen bezahlen wollte. 150 Jahre hieß der Fortschritt »stationär vor ambulant«.

Auch wenn jeder Profi sich im Einzelfall um die Wiedereingliederung, aber eben nach der Ausgliederung kümmern durfte, wurde das institutionsbezogene System der Professionalisierung des Helfens für das antiintegrierende Gegenteil bezahlt«, soweit Klaus Dörner.

Klaus Dörner nennt die Profis eine Art »Grenzschutzpolizei« zur Aufrechterhaltung der gesellschaftlichen, auch territorialen Trennung zwischen Starken und Schwachen, zwischen Brauchbaren und Unbrauchbaren.

Und wo stehen wir heute? Die meisten großen Anstalten wurden kleiner, manche verschwanden sogar komplett. Die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung schritt voran.

Nur: wie weit sind wir mit dem tatsächlichen Gemeindebezug, der Sozialraumorientierung?

Die Profis aus den stationären und ambulanten Einrichtungen arbeiten zwar mit in den kommunalen Psychiatriebeiräten (soweit es diese noch gibt und sie aktiv sind). Nur darin erschöpft sich in der Regel die Mitverantwortung der Profis für die menschengerechte Gestaltung des Sozialraums. Auch die Profis der Kassen sitzen dabei, beklagen die steigenden Kosten ohne die Ursachen oder gar Alternativen im Blick zu haben.

Es geht in diesen Gremien in der Regel nicht um die Sicherung der annehmenden Gemeinde, um die bürgerschaftliche Mitverantwortung, um

Betriebs- und Schulstrukturen, die Gesundheit fördern und nicht krank machen.

Hier müsste sich die Definitionsmacht der Profis entfalten, damit die Ursachen psychischer Erkrankungen öffentlich werden, sie in den öffentlichen Diskurs kommen, damit Gegenstrategien entwickelt werden. Soweit sind wir nicht!

Nur – haben wir diese Ziele überhaupt?

Zunächst sind wir doch noch damit beschäftigt in den Regionen mehr Kooperationen, gegebenenfalls sogar mehr Integration zustande zu bringen, zwischen der niedergelassenen Versorgungsinfrastruktur und der stationären, zwischen medizinischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen und sonstigen helfenden Instanzen. Auch zwischen Profis und Laien.

2. Ziel der Reform der psychiatrischen Versorgung war auch die Sicherstellung von verlässlichen Hilfen für die besonders kranken Menschen. Chronifizierungen sollte vorgebeugt und wenn irgend möglich vermieden werden. Die Hilfen sollten früher und schneller in der richtigen Dosis zu den Menschen kommen.

Und wie ist die Wirklichkeit?

Wie steht es um das Wissen unserer Ärztinnen und Ärzte bezüglich der psychosozialen Bedingtheit von Krankheit, aber auch von Gesundungsprozessen?

Immer noch dominiert die naturwissenschaftliche Orientierung in der Ärzteausbildung. Und die Ärzte werden in ihrem Studium für vieles qualifiziert. Nur der »Ernstfall« der medizinischen Praxis, das interessierte, in die Tiefe gehende, konzentrierte Gespräch in der ärztlichen Praxis, um den gesamten Menschen mit seinen körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen zu erfassen, lässt immer noch zu wünschen übrig. Damit meine ich zu forderst die Allgemeinmedizin. Aber auch in manchen Facharztdisziplinen wären derartige Einsichten und Kompetenzen hilfreich.

Die psychosoziale Bedingtheit von Krankheit spielt in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung bisher keine oder fast keine Rolle.

Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass Studien den traurigen Nachweis bringen, dass psychisch kranke Menschen immer noch unendlich lange – bis zu sieben Jahren – im System rumirren, auf alles mögliche untersucht und therapiert werden, ohne die eigentliche Erkrankung – eben die psychisch-

psychiatrische Dimension – zu erkennen, geschweige denn die Einleitung adäquater Therapiemaßnahmen vorzunehmen.

Und dies, obwohl es sicher ein Erfolg der letzten Jahrzehnte ist, dass die Psychotherapeuten mit eigener Abrechnungsberechtigung im GKV Leistungsbereich aufgenommen wurden. Diese neue professionelle Kompetenz bereichert die psychiatrisch-psychotherapeutische Szene.

Nur – wurden auch hier die Erwartungen erfüllt?

Es bleibt das Faktum: Je schwerer die psychische Störung desto weniger Leistungen oder je leichter die psychische Störung desto mehr Leistungen.

Das liegt an der Krankheit – ja! Weil Antriebsschwäche, Ängste auch vor Behandlungen, fehlende Krankheitseinsicht, Stigma die Behandlungsaufnahme erschweren.

Es liegt aber auch an der Angebotssteuerung und den derzeitigen Vergütungsstrukturen.

Von der nach wie vor boomenden Psychotherapie sind weitgehend ausgeschlossen die Menschen,

- die eine zu schwere psychische Erkrankung haben (Psychosen, Borderline-Störung, Demenz, manisch-depressiv, depressive-affektive Störungen usw.)
- die nicht in der Lage sind, mehrere Monate Wartezeit hinzunehmen
- die ein Setting mit regelmäßigen zeitlich festgelegten Terminen nicht durchhalten können
- bzw. nicht konstant motiviert sind usw.

Auch die psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitation, so es sie überhaupt gibt, konzentriert sich überwiegend im psychosomatischen Bereich, mit ähnlichen Ausschlusskriterien wie bei der ambulanten Psychotherapie. Sie fristet ein Schattendasein mit wenigen guten Beispielen, in Deutschland.

Hier sind neue Anläufe nötig!

Hieran müssten auch die Reha-Kostenträger ein Interesse haben!

Es geht immer um die Stabilisierung, um die nachhaltige Sicherung eines Behandlungsergebnisses, um die Verkürzung oder Vermeidung akutstationärer Versorgung, um die Verringerung von betrieblichen Fehlzeiten und um die Verkürzung der Krankengeld-Zahlungs-Zeiten.

Und damit auch um den effektiven und nachhaltigen Ressourceneinsatz.

Auch das neue Instrument der *integrierten Versorgung* folgt diesem Trend. Es ist durchaus beachtenswert, wie in Deutschland Strukturen integrierter Versorgung entstehen bzw. entstanden sind, um psychisch kranke Menschen

schnell in die richtige, insbesondere psychotherapeutische Behandlung zu bekommen, Wartezeiten zu verkürzen und auch die Begleitung und Steuerung dieser Menschen zu optimieren.

Aber auch hier gilt: Die chronisch psychisch Kranken sind weitgehend außen vor. Hier ist der Therapieaufwand zu hoch. Ihre integrierte Versorgung rechnet sich nicht so schnell für die Kostenträger und der Begleit- bzw. Fallmanagementaufwand kommt hinzu, soll die integrierte Versorgung auch für Schwerkranke gelingen.

Auch hier gibt es leider nur wenige gute Beispiele. Beim APK-Forum 2008 in Kassel konnte ich ein solches aus meinem damaligen Verantwortungsbereich bei den Ersatzkassen im Saarland vorstellen. In der vertraglich geregelten integrierten Versorgung mit festgeschriebenen Zugangs-, Versorgungs-, Qualitäts-, Kooperations- und Transparenz-Standards sah ich damals die Zukunft der gemeindepsychiatrischen Verbände.

Diese Entwicklung stagniert. Ein Film, den wir über dieses beispielhafte Projekt gedreht haben erinnert und mahnt, dass auch für chronisch psychisch Kranke integrierte Versorgung eine Versorgungsoptimierung bedeutet. Vielleicht gelingt es, sie in Deutschland weiter zu stärken.

In manchen Bereichen ist die Integrierte Versorgung leider rückläufig, weil die GKV ihre Verantwortung für diese Zielgruppe nicht oder zumindest nicht sachgerecht wahrnimmt und die Verstetigung der Integrierten Versorgung, finanziert über einen sogenannten »3. Topf« (neben ambulant und stationär), keine Rechtsgrundlage hat.

Auch neue Herausforderungen machen uns zu schaffen. Multimorbide pflegebedürftige Menschen und Demenzkranke sind heute kein Minderheitenthema mehr.

Die geriatrische und gerontopsychiatrische Kompetenz ist jedoch immer noch bei wenigen Expertinnen und Experten konzentriert. Im Alltag der hausärztlichen oder fachärztlichen Praxis werden die unterschiedlichen Formen demenzieller Erkrankung allzu lange verdrängt, nicht wahrgenommen und häufig sogar fehltherapiert. Es fehlt das Wissen, es fehlen die Strukturen, gerontopsychiatrisch veränderte Menschen rechtzeitig zu erkennen und mit geeigneten Maßnahmen das Fortschreiten dieser immer noch unheilbaren Erkrankung zumindest aufzuhalten.

Neben den älteren Menschen sollten wir besonders auch die Kinder und Jugendlichen im Fokus haben: Der Sachverständigenrat hat uns vor drei Jahren ins Stammbuch geschrieben, dass derzeit eine Generation von Kindern heranwächst, die mit hoher Wahrscheinlichkeit den gesundheit-

lichen Status und Standart ihrer Eltern nicht erreichen wird. Immer größer ist die Zahl multimorbider Kinder, auch mit psychischen Störungen, die multiprofessionelle Hilfe brauchen. Auch hier gibt es viele engagierte Einzelkämpfer aber kein oder nur ein sehr nachlässiges und unverbindliches Miteinander.

Was folgt daraus:

1. Weil es fachlich unstrittig ist, dass psychisch kranke Menschen multiprofessionelle Hilfe brauchen und auch eine individuelle Begleitung und Steuerung, ist für diese Erkrankung die verpflichtende gesetzliche Vorgabe nötig, dass sie integriert, koordiniert zu behandeln ist und dass deshalb nur eine Behandlung und Versorgung in der Struktur gemeindepsychiatrischer Verbände, das heißt mittels Integrierter Versorgung das Mittel der Wahl sein kann.

Deshalb – eine Bitte an die APK Verantwortlichen:

Die derzeit laufende Diskussion um eine Optimierung der medizinischen Versorgung in Deutschland, z. B. über die Regelungen im neuen Versorgungsgesetz, auch mit mehr regionaler Verantwortung, sollte genutzt werden, um diese verpflichtende Vorgabe dort zu platzieren. Auch die Verstetigung der unabhängigen Finanzierung integrierter Versorgung (3. Topf) muss gesetzlich geregelt werden.

2. Bei der derzeitigen Diskussion zur Reform der Finanzierung psychiatrischer Hilfen sollte auch die verpflichtende Vorgabe von regionalen Budgets und ihrer gemeinsamen integrierten Nutzung forciert werden. Integrierende, d. h. sozialraumorientierte Budgets sollten die Regel, sektorale, berufsgruppenbezogene Vergütungen und damit die Vergütung von Einzelkämpfern sollte zur Ausnahme werden.
3. Wir brauchen auch eine Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive. Die anstehende Reform der ärztlichen Ausbildung, zu der es jetzt ein viel beachtetes Gutachten von Prof. J. Hilpert u. a. gibt, sollte genutzt werden, um endlich die unstrittigen Erkenntnisse einer Bundestagsenquôte aus den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts umzusetzen. Die psychosoziale Bedingtheit von Krankheit sollte wesentliches Element der ärztlichen Ausbildung und damit auch von deren Fort- und Weiterbildung werden. Wir brauchen eine Nach-Qualifizierungsoffensive für alle Fachkräfte im psychiatrisch-psychosozialen Feld. Aus Einzelkämpfern müssen Teamspieler werden und deshalb brauchen wir die Vermittlung von mehr

Kompetenzen bei den Profis im System in all den Arbeitsbereichen, die das koordinierende, integrierende Zusammenwirken im beruflichen Alltag zum Ziel haben, aber auch die Kompetenz, eine Einflussnahme auf krankmachende Strukturen in Betrieben, Schulen, Kindergärten, Gemeinden zu thematisieren.

4. Mit der Forderung vor 40 Jahren »Raus aus den Gettos« war auch die Hoffnung auf mehr bürgerschaftliches, auch kommunalpolitisches Engagement für psychisch kranke Menschen verbunden. Länder und Gemeinden sollten nicht länger nur Standorte psychiatrischer Versorgungsinstitutionen sein, sondern aktiv mitwirken bei der Prävention und der Erreichung von Therapiezielen. Die annehmende Gemeinde war das Ziel, damit die »Zurückverlegung« von Kranken in ihre Herkunftsräume gelingen sollte. Eine annehmende, verständnisvolle, helfende Umgebung sollte therapeutieunterstützend und krankheitsakzeptierend wirken.

Auch hier haben wir die Ziele der Reform noch nicht erreicht. Die höchste Stufe der kommunalpolitischen, sozialraumorientierten Befassung mit sozial-psychiatrischen Fragestellungen ist in der Regel die Errichtung eines kommunalen Psychiatriebeirates, der mehr oder weniger ressourcen- oder zuständigkeitsverteilend wirkt, aber keine krankheitsvermeidenden und heilungsunterstützenden Impulse gibt. Auch hier gilt es einen neuen Anlauf zu nehmen.

Eine echte und umfassende Sozialraumorientierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung könnte durch die UN-Konvention zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen und zur Selbstbestimmung einen neuen Schub erhalten. Durch die Übernahme dieser Konvention in nationales Recht wurde in Deutschland das allumfassende Inklusionsgebot etabliert.

Es ist zukünftig eine Kernaufgabe jeder Gemeinde, jeder Region, auch jedes Sozialversicherungsträgers inklusiv zu wirken, d. h.: Alles zu tun damit Menschen mit Handicaps in Regelsystemen im Sozialraum verbleiben, dort gefördert, akzeptiert und unterstützt werden, wo sie leben und leben möchten.

Ich leite daraus ab, dass gemeindepsychiatrische Verbände, d. h. umfassende integrierte Versorgung, zukünftig kommunal- und sozialversicherungsrechtliche Pflichtaufgabe sein müssen. Sie sollten deshalb auch nicht ohne die politisch Verantwortlichen in den Gemeinden und der Sozialversicherungsträger – nein im Gegenteil – nur mit ihnen initiiert, geführt und gestaltet werden. Auch hierauf müssen sich die Profis und

Laien im System vorbereiten. Grundlegende Kompetenzen der politischen Beteiligung, die partizipative Gestaltung von Sozialräumen sind nicht jedem Profi auch vielen Laien nicht präsent.

Derartige Initiativen sind kein »Sozial-Klim-Bim«. Diese Verbünde sollten auch mehr sein als der »Stammtisch« psychiatrisch-psychotherapeutischer Profis. Wir brauchen eine Repolitisierung der Lebensbedingungen, der krankheitsvermeidenden und gesundheits-fördernden kommunalen, betrieblichen, schulischen Strukturen.

Die Kommunalparlamente, als die Vertretung der Bürgerinnen und Bürger, die gewählten Bürgermeister, Landräte, Ortsbürgermeister und Ortsvorsteher sollten auch das soziale Wohl, das soziale Miteinander, die menschengerechte Gestaltung von Wohnen, Leben und Arbeiten als ihre Aufgabe ansehen und dies nicht nur wegen der UN-Konvention und dem Sozialstaatsgebot, sondern auch aus ökonomischen Gründen.

Die kommunal Verantwortlichen müssen endlich zur Kenntnis nehmen, dass ein zentrales Ziel der Psychiatriereform bisher nicht erreicht ist und dadurch die kommunalen Kassen erheblich belastet werden. Die Zahl der Heimplätze, sowohl für geistig Behinderte als auch für chronisch psychisch kranke Menschen, um die es uns auch bei der Reform ging, sollte kontinuierlich sinken. Das Gegenteil ist der Fall. Die Zahl der stationären Unterbringungen chronisch psychisch Kranker und behinderter Menschen im Heimbereich steigt nach wie vor.

Die sogenannte »Eingliederungshilfe« wird zunehmend neben der »Hilfe zur Pflege«, zum Sprengsatz der Länder – bzw. der kommunalen Finanzen. Da helfen nicht nur politische Forderungen nach einem »Stopp der Heimunterbringungen«, besonders wegen der Minderung der Ausgaben dort. Nein, auch hier brauchen wir eine systematische, zielgerichtete Begleitung kranker Menschen um Chronifizierung und damit die dauerhafte Einschränkung ihres selbstbestimmten Lebens zu vermeiden und um sie zu befähigen trotz oder mit Handicap selbstbestimmt zu leben und zu arbeiten. Deshalb brauchen wir die systematische Begleitung und Integration chronisch Kranker durch professionelles Fallmanagement in Betrieben und Gemeinden.

Deshalb auch hier eine Bitte an die APK: Machen Sie die Konkretisierung der kommunalen Mitverantwortung zu Ihrem Thema. Ebenso die Mitverantwortung der Selbstverwaltungen der Sozialversicherungsträger, der Arbeitgeber und der Arbeitnehmervertretungen. Mischen Sie sich ein, wirken Sie auf das Teilhaben an diesem fachlichen Diskussions-

prozess mit, finden Sie eine Rolle und eine Funktion der APK in der Repolitisierung der Psychiatriepolitik.

Vielleicht könnte die nächste APK Tagung mit den kommunalpolitischen Vereinigungen der politischen Parteien organisiert werden, auch mit Verantwortlichen von Betriebs- und Personalräten und von Selbstverwaltungen der Kranken- bzw. Rentenversicherungen.

Auch die Profis müssen aus ihrem Schneckenhaus raus, sie müssen sich einbringen, einmischen und Kompetenz zeigen.

Ein nationaler Prozess ist notwendig, der aus Bürgergemeinden Sozialgemeinden macht. Ziel muss die helfende, annehmende Gemeinde werden, aber auch der helfende, annehmende Betrieb, die helfende, annehmende Schule, die Kindertagesstätte und ähnliches. Dafür müssen die Mitbestimmungsgremien gewonnen, befähigt und professionell begleitet werden. Eine interessante Aufgabe!

5. Noch mehr öffentliche und politische Aufmerksamkeit müssen wir dem neuen Massenphänomen Demenz entgegenbringen. Hier hat der Gesetzgeber 2008 eine kluge Entscheidung getroffen und den Rechtsanspruch eines jeden Versicherten auf ein individuelles Fallmanagement im SGB XI fixiert. Nach dem § 7 a SGB XI hat jeder Versicherte einen Rechtsanspruch auf individuelle Begleitung, nach § 12 SGB XI haben die Pflegekassen sogar die Pflicht zur regionalen Koordination und Kooperation der Hilfen und zur passgenauen Angebotssteuerung und nach § 92 c SGB XI sollten die Länder sicherstellen, dass es in jedem Land, in jeder Region eine Institution gibt, die dafür sorgt, dass dieser Rechtsanspruch für jeden Versicherten auch Wirklichkeit werden kann.

Was ist daraus geworden? Es gibt nur wenige Bundesländer, die den Rechtsanspruch auf Pflegeberatung und auf die Errichtung von Pflegestützpunkten gesetzeskonform umgesetzt haben und die Menschen quartiers- und damit sozialraumbezogen passgenaue, koordinierte und organisierte Hilfe bekommen.

Mit vordergründigen, ja sogar fadenscheinigen Argumenten wird dieser Rechtsanspruch unterlaufen oder sich daran vorbei gemogelt.

Deshalb brauchen wir Gegenmaßnahmen. Sie liegen im Interesse der Menschen, der Versicherten, der Kranken- und Pflegekassen, der Betroffenen selbst, aber auch ihrer Angehörigen.

Meine Forderung: Wir brauchen eine Bund-Länder-Vereinbarung zur gesetzeskonformen Umsetzung der §§ 7 a, 12 und 92 c SGB XI und diese muss schnell kommen, bevor die unzureichenden Strukturen, die in vie-

len Bundesländern als Pflegeberatung und Pflegestützpunkte konstituiert sind, sogar den Beleg erbringen, dass diese Hilfen nichts bringen. Nicht die gesetzliche Vorgabe ist falsch, sondern die Willkür der Umsetzung. Am 09. November 2011 wird es hier in Berlin in der Saarländischen Landesvertretung den 1. Deutschen Pflegeberatungstag geben, auch mit dem Ziel, dieser sinnvollen sozialen Innovation einen sachgerechten Impuls zu geben.

Ich plädiere nachdrücklich dafür, dass wir zur Sicherung einer sozialraumorientierten, inklusiven Versorgung in den diversen Sozialgesetzen verpflichtende Vorgaben brauchen, die das Zusammenwirken der Sozialversicherungs- und Sozialleistungsträger im Sozialraum und damit ihre gemeinsame Verantwortungswahrnehmung vorschreiben. Das beliebte Gesellschaftsspiel: Abschieben mangels Zuständigkeit« muss endlich ein Ende haben.

Das Trauerspiel bei der Errichtung der Pflegestützpunkte in den meisten Bundesländern, auch der nie eingelöste Auftrag zur gemeinsamen Verantwortungswahrnehmung in den »Gemeinsamen Service-Stellen« gem. § 23 SGB IX zwingt zu dieser Regelung, gegebenenfalls zu einer entsprechenden Anpassung unserer Verfassung.

Ja, lasst uns aktiv werden und das Versorgungsgesetz, um die gesetzliche Pflichtaufgabe zur Errichtung von gemeindepsychiatrischen Verbänden und damit zur Sicherung integrierter Versorgung, kassenartenübergreifend, ergänzen.

Der Kassenwettbewerb bei der Versorgung multimorbider, chronisch kranker Menschen ist unter den Bedingungen des Morbi-RSA (morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich) eine Farce. Er verschärft die Selektion und zementiert chronifizierende Strukturen.

6. Mehr Prävention ist nötig – mehr menschengerechte Strukturen sind die Voraussetzung.

Ganz gleich wo ich vor Profis im psychosozialen Feld rede, werde ich nicht müde auf die Definitionsmacht der Profis bezüglich verursachender Faktoren psychischer Erkrankungen hinzuweisen. Sie stellen fest, wer krank ist und was krank macht und dies dürfen sie nicht für sich behalten.

Wenn – wie ich in der von mir begleiteten integrierten Versorgung psychisch kranker Menschen im Saarland erfahren musste – gezieltes betriebliches Mobbing, krank machende Strukturen in vielen Betrieben zwischenzeitlich Regel und nicht mehr Ausnahme sind, dann darf dazu nicht geschwiegen werden.

Deshalb brauchen wir mehr Mitverantwortung der betrieblich Verantwortlichen auf der Arbeitgeber- und der Arbeitnehmerseite, aber auch eine klare unternehmerische Mitverantwortung in der Kostenträgerschaft, was Prävention und Therapie angeht.

Warum sollen sich eigentlich die Berufsgenossenschaften, die im körperlich-somatischen Bereich in den letzten Jahrzehnten viel Gutes bewirkt haben um betriebs- und arbeitsbedingte Erkrankungen zurück zu drängen, nicht auch im psycho-sozialen Bereich engagieren und zumindest einen Teil der Lasten bei Prävention und Therapie finanzieren? Noch wichtiger wäre ihre Mithilfe, den Blick der Unternehmensleitungen auf krankmachende Strukturen zu lenken.

Ich will kein neues Schnittstellenproblem provozieren sondern daraufhin wirken, dass es eindeutige Verantwortlichkeiten für Vorsorge und Therapie gibt.

Und dazu gehört auch, dass wir die politische Verantwortung anmahnen und einfordern, was die kind- und familiengerechte Gestaltung unseres Bildungssystems angeht. Dass die häufig nicht kindgerechten Strukturen in Kindertagesstätten und Schulen Kinder krank machen, muss öffentlich erörtert und thematisiert werden. Da geht es nicht nur darum, an jeder Schule Schulsozialarbeit zu etablieren – so wichtig sie ist, sondern es geht um kindgerechte Strukturen, in denen das Kind in seiner »Gesamtheit« wahrgenommen, begleitet und gefördert wird.

Wir müssen auch den Familien helfen, damit sie aus ihren vielfältigen Stresssituationen rauskommen und Erziehungs- und Verhaltenskompetenzen *neu* vermitteln. Auch hier gibt es interessante Entwicklungen in Deutschland, aber sie sind eher die Ausnahme als die Regel.

Und ich sehe die Gefahr, wenn die Skandale bezüglich Kindesvernachlässigung wieder aus den Schlagzeilen verschwinden, dass die positiven Strukturen z. B. zur Hilfe für Familien mit Kleinstkindern, die »Frühen Hilfen«, wieder schnell eingespart werden.

Ich plädiere nachdrücklich dafür, dass die AKTION PSYCHISCH KRANKE zukünftig noch mehr über den Tellerrand hinausguckt und auch auf die vielfältigen krankmachenden Strukturen in unserer Gesellschaft hinweist und Forderungen formuliert, wie diese vermieden und verändert werden können.

7. In Zusammenhängen denken und handeln

Lasst uns die gegenwärtige öffentliche Aufmerksamkeit bezüglich der Suche nach Ursachen und Folgen psychischer Erkrankungen nutzen. Es

gibt eine zunehmende gesellschaftliche Sensibilisierung für psychische Erkrankungen, die uns helfen kann, alte und neu erkannte Probleme zu lösen, zumindest einer Lösung näher zu bringen. Deshalb ist nicht Kleinkrieg im System geboten, wie beispielsweise Psychotherapie gegen Psychiatrie.

Es ist Platz für Alle da!

Die Aufgaben müssen sachgerecht zugeordnet und Verantwortlichkeiten gemeinwohlorientiert wahrgenommen werden. Vielleicht brauchen wir auch mehr und konkretere gesetzliche Zuordnungen von Aufgabenstellungen und eine verbindlich geregelte und geordnete Zusammenarbeit.

Im System müssen wir zusammen stehen, um die politisch Verantwortlichen zur Wahrnehmung ihrer Pflichten zu drängen und dies gilt für alle Ebenen, für den Bund, für die Länder und für die Kommunen bzw. Landkreise und selbstverständlich auch für die Versichertenparlamente, die gerade gewählten Selbstverwaltungen in den Sozialversicherungen. Sie haben die Interessen ihrer Versicherten zu vertreten, nicht nur die ihrer Vorstände. Geben wir ihnen die Chance hierzu.

Es sind bei den Kranken- und Pflegekassen ebenso wie in den kommunalen Verwaltungen nicht widerspenstige, uneinsichtige Menschen, die helfende Strukturen verhindern oder vermeiden. Sie handeln häufig systemkonform.

Wenn in der gesetzlichen Krankenversicherung durch das Risiko von kassenindividuellen Zusatzbeiträgen offensives Handeln im Interesse der Versicherten bestraft und damit Kassen in Existenznot gebracht werden, dann ist das System falsch, nicht das Handeln der Akteure. Wenn die Kommunen sich zurückhalten bei der Wahrnehmung quartiersbezogener, sozialraumfördernder Arbeit für psychisch Kranke und dies mit der desolaten Situation ihrer Haushalte begründen, dann ist dies sogar systemverantwortlich.

Wir brauchen wieder mehr öffentliche Gesamtverantwortung, d. h. auch mehr Geld in öffentlich und solidarisch finanzierten Kassen zur Wahrnehmung gemeinwohlorientierter Pflichten. Da ist Einmischung geboten, auch von den psychiatrischen Profis.

Wenn es darum geht, die soziale Kranken- und Pflegeversicherung auf neue Finanzierungsgrundlagen zu stellen, sie dauerhaft, verlässlich und sozial gerecht zu finanzieren, auch da müssen wir uns einmischen. Der gesplante Versicherungsmarkt mit privaten und gesetzlichen Kassen,

mit der Privilegierung der einen und der Benachteiligung der anderen, verhindert vernünftige Zukunftsgestaltung für kranke Versicherte. Unsolidarischen Strukturen und absurde Scheinwettbewerbe, wo sich Kassen gegen Kranke wehren müssen, wenn sie erfolgreich sein wollen, führen zu Entscheidungen, die sich gegen die Versicherten wenden. Der strukturelle Wandel in der Arbeitswelt einerseits, die massive Verschiebung in den Einkünften der Versicherten, weg von den Lohn- hin zu den Kapitaleinkünften andererseits, fordert geradezu die Neugestaltung der GKV- und Pflegeversicherungsfinanzierung.

Es ist doch ein Skandal, wenn die private Pflegeversicherung derzeit 21 Milliarden Euro auf der hohen Kante hat, die die dortigen Beitragszahler finanzieren nicht zur Pflegeleistungsfinanzierung, sondern allein zur Renditesteigerung der Eigentümer der dortigen Versicherungen genutzt wird und andererseits der gesetzlichen Pflegeversicherung das Geld fehlt um nötige integrierende Strukturen aufzubauen oder den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu realisieren. Dies ist skandalös und muss schnellstens geändert werden.

Wir brauchen zur Finanzierung der sozialen Kranken- und Pflegeversicherung die Heranziehung aller Einkünfte ebenso wie die Solidarität aller Bürgerinnen und Bürger, aber auch aller Arbeitgeber, damit das Geld zur Verfügung steht welches für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung benötigt wird.

Natürlich müssen die Verantwortlichen im System auch sachgerecht mit den Beitrags- und Steuergeldern der Bürgerinnen und Bürger umgehen. Deshalb ist auch eine effektive, eine verlässliche, eine produktive Ausgestaltung des Sozial- und Gesundheitswesens nötig, damit öffentliche Ressourcen, solidarisch aufgebracht, nicht verschleudert werden. Da sind die Profis im System auch als Staatsbürger und Wähler gefordert, sachgerecht mit den treuhänderisch überlassenen Geldern der Versicherten und Steuerzahlern umzugehen aber auch, um sich öffentlich zu Wort zu melden, sich einzumischen und Position zu beziehen.

Schlussbemerkung:

Die Frage, die ich zu beantworten hatte war: Geht es um den Menschen – oder dominieren andere Regeln den psychotherapeutisch-psychiatrischen Alltag?

Ich denke, die Frage ist berechtigt, die Forderung aber auch, dass die Sicherung und Förderung der Menschenwürde nicht nur unantastbarer und

unbestreitbarer Verfassungsauftrag ist und das Recht, die Menschenwürde zu schützen und immer und überall zu sichern, die erste Pflicht aller staatlichen, öffentlichen auch solidarischen Verantwortung.

Und die Ökonomie, sie hat dienende Funktion. Selbstverständlich muss sie dafür sorgen, dass die Mittel ökonomisch, sachgerecht, effektiv und effizient eingesetzt werden, aber sie hat sich dabei immer am Verfassungs- und Gesetzauftrag zu orientieren.

Sie darf nicht anderen Zwecken dienen – gerade dann nicht, wenn es um Hilfen für Menschen geht, die ihre Interessen nicht, nicht mehr oder noch nicht selbst vertreten können.

Es ist auch richtig, dass alles Geld, was aus Steuer- oder Beitragsmitteln für soziale Aufgaben aufgebracht wird, erst erwirtschaftet werden muss. Aber richtig ist auch, dass alles Geld was erwirtschaftet wird, auch einigermaßen gerecht verteilt werden muss.

Vielleicht brauchen wir in unserer Gesellschaft auch nochmals mehr Empathie für Menschen, mehr Mitgefühl für Schwache, ein Aufbegehren gegen Entmenschlichung und menschenunwürdige Verhältnisse und auch die Akzeptanz von schwach sein, von hilfsbedürftig sein. Es ist eben normal verschieden zu sein.

In diesem Sinne: Lasst uns dankbar und mit Respekt an 40 Jahre AKTION PSYCHISCH KRANKE und an die Reform der Psychiatrie erinnern, aber auch neue Ziele für die Zukunft anstreben. Es gibt noch viel zu tun!

Herzlichen Dank und ein herzliches Glück auf!

Perspektiven sozialpsychiatrischer Forschung in der (Kinder- und Jugend)Psychiatrie

Jörg M. Fegert, Michael Kölch

Das Pendel zwischen Sozialpsychiatrie und biologischer Psychiatrie

Die 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts waren gekennzeichnet durch das Primat biologischer Forschungsansätze. Das »Human Genome Project« löste weltweit zentrale Förderbereiche in der Humangenetik aus und führte zu immer größer werdenden Kooperationsprojekten in der molekularen Forschung. Im Bereich der Neurowissenschaften profitierten hiervon neben dem Gewinn manchen Grundlagenwissens im Bereich der Klinik insbesondere Patienten mit seltenen Erkrankungen. Generell ist ein enormer Wissensschub in den Neurowissenschaften festzustellen, der allerdings nicht mit einer gleichzeitigen Verbesserung der kurativen Möglichkeiten verbunden war. Die Ausrufung der »Decade of the Brain« in den USA hatte auch im Bereich der (funktionellen) Bildgebung zu einer rasanten Zunahme von Forschungsvorhaben geführt. Auch die Forschung mit vulnerablen Populationen rückte verstärkt in das Interesse, so wurden gesetzlich die Voraussetzungen für Forschung an Kindern und Jugendlichen geschaffen und es wurden z. B. europaweite Unterstützungssysteme zur Forschung an seltenen Erkrankungen etabliert (KÖLCH et al. 2010). National und EU-weit wurden auch Möglichkeiten staatlich geförderter Therapieforschung und Medikamentenforschung im Rahmen von Förderprogrammen etabliert, wobei es hier im Gegensatz zu den USA an der Förderung kombinierter, zum Teil auch an Versorgungsmöglichkeiten orientierter Interventionsansätze fehlt, z. B. psychosoziale und medikamentöse Interventionen kombiniert, wie in der MTA-Studie, der TADS-Studie, um nur einige Beispiele zu nennen. Gerade diese Kombinationsansätze entsprechen aber der alltäglichen Interventionspraxis und werden offensichtlich in der Forschung zu wenig berücksichtigt (vgl. VITIELLO et al. 2007). Auch mangelt es an ökologisch validen Untersuchungen mit nicht selektierten Patientenkollektiven, welche sich eben durch Komorbiditäten auszeichnen. Grund ist, dass so genannte »Clinical Trials«, die eine bestimmte Erkrankung möglichst im reinen Zustand, ohne Komorbiditäten, untersuchen, zulassungsrelevant sind – und auch leichter zu planen, durchzuführen und hinsichtlich der zu messenden Endpunkte leichter zu definieren sind. Insofern sind die Studienprobanden

von bisherigen Studien, auf denen aber zum Teil unser Wissen über Behandlungserfolge und daraus schlussfolgernd auch die Evidenz von Interventionen bis hin zu Leitlinien basiert, eine höchst artifizielle Selektion, die häufig mit der Realität nur wenig zu tun hat. Bei Studien zur Depression im Jugendalter wurden aus rechtlichen und Haftungsgründen z. B. depressive Jugendliche mit Suizidalität in den meisten Pharmastudien ausgeschlossen. Nur die staatlich geförderte TADS-Studie und die TASA-Studie in den USA haben suizidale Jugendliche tatsächlich mit eingeschlossen. Klinisch sehen wir aber kaum Jugendliche mit Depressionen, die nicht auch zumindest gelegentlich Suizidgedanken hätten. Die klinische Forschung konzentrierte sich deshalb vor allem auf Fragen der Wirksamkeit und Sicherheit von Arzneimitteln im Rahmen von Clinical Trials, wobei eine solche Studie positiv bewertet wurde, wenn bezogen auf einen definierten Endpunkt eine vorher festgelegte Symptomverbesserung statistisch signifikant wurde. Klinische Studien mit solchen positiven Ergebnissen wurden deutlich häufiger publiziert als die Studien mit negativen Resultaten, so dass insbesondere bei der Behandlung der Depression im Jugendalter in fast schon skandalöser Weise die Betroffenen und die Praxis durch eine selektive Publikationsstrategie im falschen Glauben an eine gute Wirksamkeit der Substanzen gelassen wurden (vgl. FEGERT 2004, FEGERT et al. 2006). Zentrale praktische Fragen wie die Lebensqualität im Rahmen eines Behandlungsansatzes, die Frage der Therapietreue, der so genannten »Compliance« und der »Long Term Adherence« wurden häufig ebenso wenig untersucht und diskutiert wie Fragen der Gerechtigkeit und Zugänglichkeit von Therapiemöglichkeiten. Ein weiterer Aspekt konnte aufgrund von Ergebnissen der Versorgungsforschung gezeigt werden: Therapieinterventionen in der Praxis folgen keineswegs immer der größtmöglichen Evidenz. Dies kann inhaltlich durchaus auch sinnvoll sein, allein aufgrund der oben beschriebenen Einschränkungen hinsichtlich der Aussagefähigkeit von klinischen Studien. Dennoch aber zeigte sich z. B. im Bereich der Kinderpsychopharmakologie in verschiedenen Untersuchungen eher eine sehr (oder sogar zu) geringe Verordnungshäufigkeit und zu einem hohen Anteil eine Verordnung von wenig wirksamen oder mit höherer Nebenwirkungsrate versehenen Psychopharmaka (vgl. FEGERT et al. 2006, KÖLCH et al. 2009). Die Ergebnisse der Grundlagenforschung waren für die klinische Praxis also kaum übertragbar und die Versorgungsrealität spiegelte nicht immer den aktuellen Wissenstand wider.

Individualisierte Behandlung: nicht nur molekularbiologisch zu verstehen!

Mittlerweile hat sich also trotz der umfassenden Forschungsförderung im Bereich der molekularen Medizin und trotz einer deutlichen Zunahme von klinischen Studien, eine gewisse Enttäuschung über die relativ geringfügigen klinischen Auswirkungen der so genannten »biologischen Grundlagenforschung« breit gemacht. Insofern sind in den letzten Jahren auch vermehrt Stimmen zu hören, die stärker eine relevante Versorgungsforschung oder eine Kombination von Grundlagenforschung und Versorgungsforschung (vgl. COLLINS et al. 2011) fordern. Das Schlagwort »individualisierte Behandlung«, das vor allem in seiner engeren Definition eine Behandlung meinte, die die genetisch determinierten Stoffwechselforaussetzungen oder pharmakodynamische Aspekte von Interventionen beim jeweiligen Patienten berücksichtigt, bekommt angesichts der endlich gestiegenen Bedeutung individueller Behandlungswünsche von Patienten eine völlig andere Tragweite als im Kontext der molekularen Medizin. Die UN-Behindertenrechtskonvention führt auch in der psychiatrischen Versorgung zur Neuorganisation und führt logischerweise sozialrechtlich zu Ansätzen wie einem persönlichen Budget, für das sich die APK seit langem einsetzt (vgl. KUNZE et al. 2011). Das stärkere Gewicht der Betroffenen als individuelle Entscheidungsträger in Bezug auf Maßnahmen, die ihre gesellschaftliche Teilhabe verbessern, muss auch zu neu definierten Forschungszielen führen. Es muss darum gehen, Betroffene und ihr unterstützendes Umfeld so über Behandlungsmöglichkeiten zu informieren, dass sie zu einer informierten Entscheidung zum eigenen Wohl in der Lage sind.

Neue Ansätze in der Versorgungsforschung

Schon unter den derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen und Fördermöglichkeiten sind insbesondere im Schwerpunkt Versorgungsforschung des BMBF, aber auch im Rahmen von Modellprojekten von Bundes- und Länderministerien diverse Versorgungsmodelle aufgelegt worden. So ist z. B. das »Hometreatment« seit seinen Anfängen in Deutschland (vgl. HEIL et al. 1978) mittlerweile mehrfach untersucht und evaluiert worden, aber nie in die Versorgungspraxis eingeführt worden. Die explizite Erwähnung von »Hometreatment-Ansätzen« bei der Aushandlung des neuen Entgelt-systems, wenigstens für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, lässt hier eine leise Hoffnung aufkeimen. Beispielhaft für die Wirksamkeit solcher tren-

nungsreduzierender, realitätsnaher Behandlungsformen kann unsere Ulmer Heimkinderinterventionsstudie genannt werden, welche mittlerweile unter anderen Vorzeichen in zahlreichen Heimen in der gesamten Schweiz repliziert wurde. Ähnliche Ansätze könnten z. B. auch in Schulen für Erziehungshilfe, generell in Schulen, angesichts der Inklusionsdebatte oder in besonders belasteten Pflegefamilien realisiert werden (SCHMID et al. 2007). Zentrale Komponenten des Interventionsprogramms der Ulmer Heimkinderinterventionsstudie (BESIER, FEGERT und GOLDBECK 2009 sowie Gesamtübersicht bei FEGERT, BESIER 2009) waren niedrigschwellige und milieuorientierte ambulante Liasondienste, eine leitlinienorientierte, evidenzbasierte, multimodale Behandlung sowie Sicherung der Behandlungskontinuität durch Screening aller Jugendlicher in den Einrichtungen bei Aufnahme und fortlaufende Behandlung bei Bedarf. Grundsätzlich ist das Programm interdisziplinär angelegt worden, d. h. eine Kooperation zwischen kinder- und jugendpsychiatrischem, -psychotherapeutischem Team, den Fachdiensten in den Jugendhilfeeinrichtungen, den Betreuern und den zuständigen Jugendämtern, war von Anfang an Teil des Versorgungsmodells. Um eine Verstetigung der erzielten Erfolge gewährleisten zu können, nahm Psychoedukation und Training der Heimerzieherinnen und -erzieher und der weiteren Mitarbeiter einen großen Platz ein. Für Krisensituationen, die üblicherweise zum Abbruch und zum Entstehen von »Verschiebebahnhöfen« zwischen den Systemen führen, wurde ein 2-stufiges Modell, mit nach Möglichkeit ambulanter Krisenintervention und kurzzeitiger stationärer Aufnahme als ultima ratio vertraglich vereinbart und durchgeführt. Hinzu kam die Etablierung spezieller störungsspezifischer Gruppeninterventionen wie z. B. soziales Kompetenztraining etc. Das BMBF-geförderte Modellprojekt wurde sowohl ausgehend von Praxen, als auch ausgehend von Institutsambulanzen verschiedener Kliniken in sogenannten Interventionseinrichtungen und Kontrolleinrichtungen in Niedersachsen und Baden-Württemberg durchgeführt. Gescreent werden konnten 781 Heimkinder, von denen nur 157 nicht die Einschlusskriterien in Bezug auf eine behandlungsbedürftige, kinder- und jugendpsychiatrische Störung erfüllten. Von den 624 Kindern und Jugendlichen wurden 336 einem Behandlungsarm mit »Treatment as usual«, also dem üblichen Vorgehen in den Kinderheimen zugeteilt, 228 kamen in den Genuss der Vorzüge des Liasonservices (detailliertere Angaben finden sich bei BESIER, FEGERT und GOLDBECK 2009). Berichtet werden soll hier nur, dass die durchschnittliche Zahl der stationären Behandlungstage pro Person in zwölf Monaten von 2,47 in der Kontrollgruppe auf 1,3 in der Interventionsgruppe hoch signifikant

gesenkt werden konnte. Solche Versorgungsmodelle tragen also auch dazu bei, die Kostenträger mit klaren Kostenargumenten davon zu überzeugen, dass es sich lohnt, die Systemgrenzen zu überwinden und Hilfen an einem Ort, am besten aus einer Hand, anzubieten. Denn auch für die Jugendhilfe wurde offensichtlich, dass auf diese Weise eine viel größere Zahl von Kindern und Jugendlichen adäquat in Heimen versorgt werden konnte. Evaluiert wurde auch die Zufriedenheit der Fachkräfte mit der Kooperation und den Behandlungsmodalitäten und diese war rundum positiv. Auch für andere Patientengruppen wie Kinder psychisch kranker Eltern, bei denen eine komplexe interdisziplinäre Versorgung unter Einbeziehung von Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe notwendig wäre, lassen sich ambulante und versorgungsverbessernde Strukturen denken, die inzwischen in Modellen erprobt wurden, aber kaum in die Regelversorgung überführt worden sind (SCHMID et al. 2008).

Derzeit muss festgestellt werden, dass im Vorfeld der Reform des Entgeltsystems Kostenträger eher konservativ reagieren und neue Behandlungsformen eher kritisch sehen. Auf einen Antrag an den Landeskrankenhausausschuss 2008 erhielten wir im Bewilligungsbescheid des Regierungspräsidiums letztendlich eine höhere Bettenerweiterung als ursprünglich beantragt mit dem Hinweis, dass die »Kostenträger experimentelle, teilstationäre Behandlungsformen mit ungewöhnlichen Behandlungszeiten eher kritisch gegenüber« stünden. Das zuständige Sozialministerium empfahl, solche innovativen Ansätze zu erproben und auch wissenschaftlich zu begleiten, um später erneut zu verhandeln. Wer diese wissenschaftliche Erprobung allerdings finanzieren sollte, blieb offen. Heute, drei Jahre nach Eingang des Bescheids, müssen wir feststellen, dass wir teilweise ohne Förderung initiierte Versorgungsansätze wie die Behandlung psychisch kranker Mütter und gleichzeitige Behandlung psychisch kranker Kinder eher wieder reduzieren müssen, da der Verwaltungsaufwand der Einzelfallbewilligung so groß ist, dass im Regelfall nicht zeitnah genug interveniert werden kann. Insofern besteht oft ein langer Weg aus der Modellsituation bis hin zur praktischen Umsetzung. Derzeit ist in der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie immer noch das um Mitternacht belegte Bett, also der Pfl egetag, die zentrale Maßeinheit und dies mag auch erklären, dass die im Rahmen der Reform des Entgeltsystems eigentlich gegebenen positiven Veränderungschancen von den Akteuren kaum thematisiert werden. Sowohl Krankenhausträgern wie Kostenträgern geht es anscheinend primär darum, das bisher »Bewährte« unter den Vorzeichen eines neuen Entgeltsystems mit Konvergenz etc. weiter zu führen.

Diese Beharrungssituation verlangt nach einem Umdenken in Bezug auf Forschungsperspektiven, wobei auch neue Ansätze, wie das von der APK wiederholt geforderte persönliche Budget und entsprechende Komplexleistungen, in Bezug auf möglicherweise kritische Folgen wissenschaftlich untersucht werden sollten.

Forschungsperspektiven in der Versorgungsforschung

Ein bemerkenswerter Beitrag in der Zeitschrift *Nature* (COLLINS et al. 2011) macht deutlich, dass molekularbiologische Grundlagenforschung und sozialpsychiatrische Versorgungsforschung in einer Forschungsagenda keine Gegensätze sein müssen sondern sich vielleicht sogar in Zukunft eher gegenseitig bedingen, um eine bessere Versorgung der Bevölkerung im Kampf gegen die Last der seelischen Erkrankungen zu gewährleisten. Der Beitrag macht deutlich, dass neuropsychiatrische Störungsbilder wie die Schizophrenie, die großen Affekterkrankungen, Suchterkrankungen, aber auch posttraumatische Belastungen sowohl in den Drittweltländern wie in den Ländern der ersten Welt zu den zentralen »Health Issues« gehören, mit denen immense gesellschaftliche Folgekosten und eine deutlich verminderte Lebensqualität des Einzelnen verbunden sind. Deutlich wird bei diesem Papier, dass es einerseits in der Zukunft darum gehen wird, tatsächlich kausale ätiologische Erklärungsmodelle für die großen neuropsychiatrischen Erkrankungen zu finden und evtl. kausale molekulare Therapieansätze einzuführen, welche dann dem Schlagwort der individualisierten Medizin gerecht werden, da sie wenigstens einen Teil der genetischen Voraussetzungen des zu behandelnden Individuums berücksichtigen. In Bezug auf solche Ansätze bleibt allerdings Skepsis angebracht, da die großen Erkrankungen wie affektive Störungen, Schizophrenie etc. so vielschichtig sind, dass es evtl. nie gelingen wird, hier eine molekulare Therapie zu etablieren, wie auch bisher schon Versprechungen der molekularen Medizin hinsichtlich der Therapierelevanz eher zu groß waren. Andere umrissene Syndrome wie das Fragile X Syndrom mögen in wenigen Jahren behandelbar sein. Hier steht die Forschung schon vor einem Durchbruch.

Das National Institut of Mental Health (NIMH) hat seine Forschungsagenda neu organisiert und setzt einerseits ganz auf die Entwicklung neuer molekular begründeter Behandlungskomponenten und andererseits soll in verschiedenen psychosozialen Interventionsversuchen erforscht werden, wie »scaling-up«, also die bestmögliche Verbreitung von erfolgreichen Pro-

grammen, so dass sie überall wirken und kostengünstig dargeboten werden können, gelingen kann (vgl. MARCH, FEGERT 2012). Die klassischen klinischen Studien, deren Restriktionen in Bezug auf die Aussagefähigkeit oben erläutert wurden, haben ihre Bedeutung für die Medikamentenzulassung, werden aber unter »Public Health«-Aspekten eine immer geringere Bedeutung haben. Neue Zielgrößen jenseits der Symptomreduktion, wie Stabilität erzielter Behandlungsergebnisse, Zurechtkommen im Alltag, Rückfallfreiheit, Lebensqualität, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, Selbstverwirklichung und Realisierung individueller Ziele trotz Beeinträchtigung durch eine psychische Erkrankung, werden zunehmend an Bedeutung gewinnen. Dies bedeutet aber auch, dass in solche Studien größere Samples in einem observationalen Design eingeschlossen werden müssen. Die neuen Möglichkeiten der Telemedizin können zum Monitoring, ebenso wie zur Mitbetreuung der Patienten eingesetzt werden. Verglichen mit den USA haben wir hier in Europa, insbesondere in Deutschland, eine privilegierte Situation des Zugangs zur psychiatrischen Versorgung für alle Betroffenen. Insofern sind unsere Verhältnisse prädestiniert für große Datenbanken, welche Wirkungen und Nebenwirkungen, z. B. von Medikamenten oder anderen Interventionen, auch in der Langzeitperspektive erfassen können. Allerdings müssen Datenschutzbedenken, die gerade in Deutschland verglichen mit den skandinavischen Ländern besonders hoch sind, adressiert werden. Webbasierte »Therapeutic Drug Monitoring«-Plattformen (TDM), wie unsere vom BMBF geförderte Plattform in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (MEHLER-WEX et al. 2009) können ebenso wie Zielerreichungsinstrumente wie PädZi¹, Equals² oder KliZi³ zur besseren Therapiegestaltung und Therapieevaluation im Feld beitragen (LUTZ et al. 2008). In der Forschung verstärkt berücksichtigt werden muss der individuelle Zielhorizont der Betroffenen. Was wollen die Betroffenen für sich erreichen und nicht welche Symptome der Arzt reduziert wissen möchte, sollte im Fokus stehen. Solche individuelle Zielerreichung lässt sich definieren und operationalisieren. Darüber hinaus gilt es, Fragen der Partizipation, der Selbstbestimmung, auch des Beschwerdemanagements für psychiatrische Patienten stärker in den Mittelpunkt zu rücken. Im Rahmen der Begleitforschung für die Unabhängige

1 Pädagogische Zielerreichung

2 Projekt zur ergebnisorientierten Qualitätssicherung in sozialpädagogischen Einrichtungen www.equals.ch

3 Klinische Zielerreichung

Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Frau Dr. Bergmann⁴ ist es uns gelungen, tausende Äußerungen von Betroffenen und ihren Familienangehörigen auszuwerten und zu systematisieren, so dass generelle Anliegen und Themen im Sinne eines »Critical Incident Reporting Systems« (vgl. FEGERT, ZIEGENHAIN und FANGERAU 2010) in die politische Diskussion eingespeist werden konnten. »Ohnmächtigen« einzelnen Opfern wurde damit eine Stimme gegeben, welche im Diskurs am Runden Tisch zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Voraussetzung für dieses Vorgehen war die permanente Evaluation und die Transparenz bei der Erarbeitung und Darstellung dieser Themen aus dem sich generierenden Datensatz. Eine weitere zentrale Voraussetzung war die öffentliche Bekanntmachung des Vorgehens durch eine gut konzipierte Medienkampagne (vgl. SPRÖBER et al. 2011, KÖNIG et al. 2011, FEGERT 2011).

Ähnliche, kontinuierlich ausgewertete Beschwerdesysteme könnten auch in der Psychiatrie, zum Schutz der Betroffenen und ihrer Interessen, zunehmend an Bedeutung gewinnen. Zumal, wenn ähnlich wie in der Altenpflege immer mehr Leistung im häuslichen Milieu angeboten wird und es damit für Aufsichtsgremien, wie Besuchskommissionen, immer schwerer werden wird, im Interesse der Betroffenen eine Kontrolle über die Qualität der angebotenen Leistungen zu haben.

Unter dem Schlagwort »Burden of Disease« (Last der Erkrankung) beschreibt das Movement for Global Mental Health (www.globalmentalhealth.org) die quantifizierbaren Belastungen aufgrund von neuropsychiatrischen Erkrankungen. Die individuelle Last, die jeder einzelne zu tragen hat, das individuelle Zurechtkommen im Alltag, die Berücksichtigung individueller Teilhabewünsche etc. kommen häufig sowohl bei Globalbetrachtungen des Systems wie in der Versorgungsforschung und erst recht bei klinischen Studien zu kurz. Hier scheint, ähnlich wie in der Versorgung, mit dem Wechsel zu persönlichen Budgets und frei kombinierbaren Leistungspaketen auch ein Wechsel in den entsprechenden Forschungsparadigmen notwendig zu sein. So könnte es in der Zukunft z. B. nicht mehr darum gehen, immer ausgefeiltere, lange manualisierte Therapieprogramme zu erstellen, sondern es wäre wichtiger zu untersuchen, welche Basisbausteine in welchen Kontexten funktionieren, so dass entsprechend den Wünschen der Patienten und entsprechend der Behandlungsintentionen individualisierte Interventions-

4 Endbericht der Begleitforschung unter www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Dokumente/Endbericht_Mittelfassung17112011_A4.pdf

programme bei psychiatrisch multimorbiden Patienten erstellt und evaluiert werden können. Versucht man, die generellen Forderungen aus dem oben erwähnten Nature-Papier und der Global Mental Health Debatte auf die deutschen Verhältnisse zu übertragen, wäre Folgendes zu fordern:

- *Ein besseres Verständnis von Ursachen, Risiken und protektiven Faktoren in Bezug auf das Zurechtkommen psychisch kranker Menschen im Alltag.* Dies bedingt eine epidemiologische Identifikation psychosozialer Risikofaktoren, insbesondere die Analyse der Bedeutung von Armut (transgenerationale Weitergabe von Armut) in so genannten »bildungsfernen« Schichten. Wichtig erscheint gerade in Deutschland die Analyse der Folgen von Migration und der spezifischen Anforderungen an eine gelingende Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Migrationserfahrungen.
- Ein besseres psychosoziales Risikoverständnis muss auch zur *Präventionsstrategie und zu einer Diskussion der Ethik in der Prävention* führen. Sollte es je molekulare Therapieansätze in der Psychiatrie geben, wird man Surrogatmarker, also Biomarker, welche das Risiko, später eine bestimmte Krankheit zu entwickeln repräsentieren, als Zielgrößen von Behandlungsversuchen einführen. Wir haben derzeit in Deutschland kaum eine ethische Debatte zu solchen Ansätzen. Hier stellt sich die Frage, ob besorgte Eltern überhaupt als Garanten der besten Interessen ihrer Kinder fungieren können. Denn wer wünscht seinem Kind nicht ein gesundes Aufwachsen. Ist es aber gerechtfertigt, ein 30 %iges Risiko, an Schizophrenie zu erkranken, ein 60 %iges Risiko, an Brustkrebs zu erkranken etc., frühzeitig durch eine pharmakologische Intervention auf molekularer Ebene anzugehen? Der Umgang mit diagnostizierbaren Risiken für die spätere Entwicklung wird zu einer der zentralen Fragestellungen werden, wenn die Molekulare Medizin tatsächlich einmal auch in der Neuropsychiatrie in größerem Umfang zu Erfolgen führen wird. Schon heute brauchen wir hier dringend eine gesellschaftliche Debatte über präventive Interventionen. Der Versuch, im Kontext der Frühbehandlung der Schizophrenie nun Prodromalsymptome wiederum zu einer Erkrankung zu machen, damit man dann eine bislang präventive Intervention wie eine Krankenbehandlung erforschen kann und dann Medikamente zur Behandlung der Prodromalstadien der Schizophrenie zulassen kann, zeigt die derzeitige Hilflosigkeit, auch in der Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) Vorbereitungsgruppe, im Umgang mit den immer größeren Herausforderungen in

der präventiven Medizin bei erkennbaren Risiken. In Deutschland ist ein »Präventionsgesetz« vielfach gescheitert. Die Thematik der Prävention und zukünftig auch die Thematik der molekularen Intervention bei bestimmten Risiken zur Prävention, bedarf dringend einer breiten gesellschaftlichen Debatte. Derzeit sind in der Prävention aber nicht mit solchen molekularen Spekulationen, sondern durch die breite Etablierung einfacher, bewährter, evidenzbasierter Ansätze auf kommunaler Ebene Verbesserungen zu erzielen. Hier gilt es, Netzwerke aufzubauen, um allgemein die Dauer unbehandelter schwerer psychischer Erkrankungen zu reduzieren und um Interventionen zur Reduktion negativer Langzeitfolgen zu entwickeln. Die neusten Zahlen zur Häufigkeit von sexuellem Missbrauch und Kindesmisshandlung in Deutschland (vgl. KFN-Studie, erster Forschungsbericht BIENECK, STADLER, PFEIFFER 2011) deuten darauf hin, dass die verstärkte gesellschaftliche Beschäftigung mit Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch, die Einführung der gewaltfreien Erziehung im Bürgerlichen Gesetzbuch etc. tatsächlich präventiv zu einer Reduktion von Übergriffen auf Kinder geführt hat. Das Institute of Medicine hat mit seiner Klassifikation der Präventionsansätze in universelle Prävention, selektive Prävention und indizierte Prävention einen geeigneten Rahmen gesetzt. Wobei gerade Ansätze indizierter Prävention, wie unsere Expertise für die Europäische Sucht- und Drogenbehörde, EMCDDA (FEGERT et al. 2009) zeigen, sehr gut evaluiert werden können und sich in der Praxis bewähren, aber bislang viel zu wenig angewandt werden.

- *Behandlungsformen verbessern und Zugang zur Versorgung verbessern*
Es gilt, flächendeckend bundesweit Basisfertigkeiten in der Routineversorgung zu integrieren, welche eine stärkere Sensibilität im Umgang mit psychischen Erkrankungen bewirken. Auch therapeutische Laien und privilegierte Erstansprechpartner wie Hausärzte, müssen über zentrale Problembereiche Bescheid wissen. Insofern wird es erforderlich sein, auch in der Ausbildung zukünftiger Mediziner, d. h. in der Approbationsordnung, Veränderungen dahingehend vorzunehmen, dass genügend Basiswissen zu psychiatrischen Krisen und zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter wie im Erwachsenenalter und im Greisenalter vermittelt wird. Im psychiatrischen Bereich prädiert die Diagnosestellung allein häufig nicht das Ausmaß der psychosozialen Beeinträchtigung, weshalb sich DRGs als Ansatz in der Psychiatrie und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch verbieten. Gerade deshalb

muss bei der Diagnostik stärker auf die sozialen Dimensionen von Behinderung und Teilhabebeeinträchtigung eingegangen werden und es müssten mehr Ressourcen für die Früherkennung und Frühbehandlung psychischer Störungen mobilisiert werden. Alle Gesundheitsberufe und so genannte Heilhilfsberufe müssen kompetent in die flächendeckende Versorgung, wie z. B. in den skandinavischen Ländern mit einbezogen werden. Webbasierte E-Learning-Programme und telemedizinische Ansätze können hier von zentraler Bedeutung sein. Sie ermöglichen auch die Evaluation und stellen damit einen neuen wissenschaftlichen Zugang, auch in der Versorgungsforschung dar.

- »Scaling up« wird das große Thema der Zukunft und in der Gesundheitsforschung sein. Also in klinischen Studien bewährte Modelle in die Breite zu bringen, Minimalstandards zu etablieren und zu überprüfen, ob Protokolltreue und Wirksamkeit auch in der breiten Anwendung erhalten werden können. Dies bedeutet, dass nur in Bereichen, wo es wirklich keine bislang evaluierten Ansätze gibt, klassische Modellprojekte angebracht sind. Überall da, wo Modellprojekte positiv evaluiert werden, sollte der nächste Schritt zu systemweiten, etablierten, evaluierten Zugängen (Scaling up) gegangen werden. Dabei müssen Genderaspekte, unterschiedliche Umwelteinflüsse und soziale Einflüsse z. B. in unterschiedlichen Regionen bei der Umsetzung und bei der Adaptation von Programmen berücksichtigt werden.

Fazit

Moderne Versorgungsforschung muss, ähnlich wie die Krankenbehandlung, dahin gehen, wo die Probleme sind und z. T. aufrecht erhalten werden (Home-treatment, personenbezogene Ansätze vs. klinische Studien). Forschung muss der Enthospitalisierung und Individualisierung Rechnung tragen. Deshalb benötigt zukünftige Versorgungsforschung große »catchment areas«, ausreichend große Erfassungsgebiete, und hinreichende Fallzahlen, um der Vielfältigkeit der Lebensentwürfe gerecht zu werden. Moderne Instrumente der Telemedizin können diese Diversifizierung unterstützen. Der Schutz der Patienten und ihrer Familien, ihr Einbezug und die Etablierung von Anregungs- und Beschwerdemanagementsystemen sollten zentrale Komponenten zukünftiger Versorgungsforschung sein. Der alte Gegensatz zwischen Biologischer Psychiatrie und Sozialpsychiatrie versperrt den Blick darauf, dass auch neue biologische Erkenntnisse über Risiken der Krankheitsentwicklung in einen

sozialen Diskurs und eine soziale Praxis eingebunden werden müssen. Die Systembiologie, die modernen ...omics (Genomics, Protenomics) etc. wollen bewusst in biologisch vorgezeichnete Entwicklungsverläufe eingreifen und gesündere Entwicklungen unterstützen. Schon heute sprechen einige Forscher davon, dass man zukünftig Alzheimer im Kindesalter »präventiv« behandeln werde. Die daraus resultierenden ethischen und rechtlichen Fragestellungen, insbesondere bei Interventionen im Kindes- und Jugendalter, sind bislang viel zu wenig gesellschaftlich diskutiert worden. Die Gewichtung von biologischen Risiken vs. sozialen Einflussfaktoren wie Armut, scheint hier manchmal verzerrt zu sein oder diese Einflussfaktoren werden derzeit zu isoliert diskutiert. Gerade die Befunde der Epigenetik zeigen Zusammenhänge zwischen psychosozialer Umwelt und biologischen Anlagebedingungen, bis hin zum Transfer in kommende Generationen. Eine wirklich sozialpsychiatrische Versorgungsforschung darf deshalb nicht aus den Augen verlieren, dass Interventionsansätze außerhalb der Psychiatrie wie im Bereich der basalen sozialen Fürsorge und insbesondere dem Zugang zur Bildung und zur Arbeit, sowie Ansätze der Armutsbekämpfung oder lebensweltnahe Ansätze der gesundheitlichen Prävention z.B. im Arbeitskontext mehr zur Verbesserung in einer Lebenslaufperspektive beitragen können, als einzelne klinische Interventionen.

Literatur

- BESIER, T./FEGERT, J. M./GOLDBECK, L. (2009): »Evaluation of Psychiatric Liaison-Services for Adolescents in Residential Group Homes«, *European Psychiatry*, vol. 24, pp. 483–489.
- BIENECK, S./STADLER, L./PFEIFFER, Ch. (2011): *Erster Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011*, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- COLLINS, P. Y./PATEL, V./JOESTL, S. S./MARCH, D./INSEL T. R./ABDALLAH, S. D. (2011), »Grand challenges in global mental health«, *Nature*, vol. 7, no. Vol 475, pp. 27–30.
- FEGERT, J. M. (2011): »Betroffene verstehen und besser beteiligen – Editorial«, *Trauma & Gewalt*, vol. 5, no. 2, pp. 97–97.
- FEGERT, J. M. (2004): »Depressionsbehandlung mit SSRI in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - Ein Forschungs- oder ein Informationsdebakel?«, *Nervenheilkunde*, vol. 23: 60–64.
- FEGERT, J. M./BESIER, T. (2009): »Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem« in *13. Kinder- und Jugendbericht: »Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen – Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe«* Verlag Deutsches Jugendinstitut, München, pp. 1–133.

- FEGERT, J. M./KÖLCH, M./ZITO, M. J./GLAESKE, G./JANHSEN, K. (2006): »Antidepressant Use in Children and Adolescents in Germany«, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, vol. 16, no. 1/2 2006, pp. 197–206.
- FEGERT, J. M./SCHEPKER, R./KELLER, F./LUDOLPH, A. G./PLENER, P. L./WILLIAMSON, A. E./VOLMER-BERTHELE, N./WENINGER, L. E./KAPUSTA, N. D./HART-KERKHOFFS, L. (2009): *Preventing Later Substance Use Disorders In At-Risk Children and Adolescents a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, 1. th edn, Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg.
- FEGERT, J. M./ZIEGENHAIN, U./FANGERAU, H. (2010): *Problematische Kinderschutzverläufe - Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes*, 1. edn, Juventa, Weinheim, München.
- HEIL, M./KUNZE-TURMANN M./FEGERT, J. M./MEITINGER, H. (1978): »Behandlung im natürlichen Milieu Home Treatment«, *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, vol. 6, pp. 163–176.
- KÖLCH, M./LUDOLPH, A. G./PLENER, P. L./FANGERAU, H./VITIELLO, B./FEGERT, J. M. (2010): »Safeguarding children's rights in psychopharmacological research: ethical and legal issues«, *Current pharmaceutical design*, vol. 16, no. 22, pp. 2398–2406.
- KÖLCH, M./PRESTEL, A./SINGER, H./KELLER, F./FEGERT, J. M./SCHLACK, R./HOELLING, H./KNOPF, H. (2009): »Psychotropic Medication in Children and Adolescents in Germany: Prevalence, Indications and Psychopathological Patterns«, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, vol. 19, no. 6, pp. 765–770.
- KÖNIG, L./SPRÖBER N. RASSENHOFER M., SEITZ A. & FEGERT JM 2011, »Gehör für die Betroffenen – Telefonische Anlaufstelle zur Aufarbeitung sexuellen Missbrauchs. Inanspruchnahme, erste Eindrücke zu Missbrauch in Institutionen und zum Beratungs- und Therapiebedarf«, *Trauma & Gewalt*, vol. 5, no. 2, pp. 114–123.
- KUNZE, H./ELSÄSSER-GAIßMAIER, H./FEGERT, J. M./HEINZ, A./SCHMIDT-MICHEL, P. (2011): »Das »St. Florian-Prinzip« steuert die maßnahmenbezogene Finanzierung von Leistungen für psychisch Kranke – Anstehende Reformen der Rahmenbedingungen für die Finanzierung«, *Psychiatrische Praxis*, vol. 38, no. 1, pp. 45–52.
- LUTZ K./KLEINRAHM, R./KÖLCH, M./FEGERT, J. M./KELLER, F. (2008): »Entwicklung und psychometrische Eigenschaften von Zielerreichungsskalen zur Qualitäts- und Veränderungsmessung im pädagogischen Setting«, *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, vol. 57, no. 4, pp. 282–300.
- MARCH, J./FEGERT, J. M. (2012): »Drug Development in Pediatric Psychiatry: Current Status, Future Trends«, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health (online journal www.capmh.com)*, [Online], vol. 6, no. in Press.
- MEHLER-WEX, C./KÖLCH, M./KIRCHHEINER, J./ANTONY, G./FEGERT, J. M./GERLACH, M. (2009): »Drug monitoring in child and adolescent psychiatry for improved efficacy and safety of psychopharmacotherapy«, *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, vol. 3, no. 1, pp. 14.
- SCHMID, M./FEGERT, J. M./SCHMECK, K./KÖLCH, M. (2007): »Psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen in Schulen für Erziehungshilfe«, *Zeitschrift für Heilpädagogik*, vol. 8, pp. 282–290.

- SCHMID, M./SCHIELKE, A./BECKER, T./FEGERT, J. M./KÖLCH, M. (2008), »Versorgungssituation von Kindern während einer stationären Behandlung ihrer Eltern«, *Nervenheilkunde – Themenheft: Kinder psychisch kranker Eltern*, vol. 27, no. 6, pp. 533–539.
- SPRÖBER, N./KÖNIG, L./RASSENHOFER, M./SEITZ, A./FEGERT, J. M. (2011): »Gehör für die Betroffenen – Telefonische Anlaufstelle zur Aufarbeitung sexuellen Missbrauchs – Aufbau und wissenschaftliche Begleitung«, *Trauma & Gewalt – Forschung und Praxisfelder*, vol. 5., no. 2., pp. 104–113.
- VITIELLO, B./KRATOCHVIL, C. J./SILVA, S./CURRY, J./REINECKE, M./PATHAK, S./WASLICK, B./HUGHES, C. W./PRENTICE, E. D./MAY, D. E./MARCH, J. S. (2007): »Research knowledge among the participants in the Treatment of Adolescents With Depression Study (TADS)«, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 46, no. 12, pp. 1642–1650.

B Gesundheitspolitische Handlungsfelder

I Psychiatrische Behandlung und Integrierte Versorgung (IV)

Einleitung

Ingmar Steinhart

Integrierte Versorgung – quo vadis?

Die folgenden Beiträge sollen es dem Leser ermöglichen, sich aus verschiedenen Perspektiven ein Bild über die aktuelle Situation des Themas *Integrierte Versorgung in der deutschen Psychiatrie* zu machen. Im Großen und Ganzen haben bei der psychiatrischen Behandlung integrierte Versorgungsverträge nunmehr in ihrer dritten Generation nicht nur zahlenmäßig, sondern auch in ihrer Bedeutung für die direkte fachliche und auch die versorgungspolitische Auseinandersetzung an Fahrt gewonnen – ganz im Gegensatz zum schleppenden Beginn im Vergleich zu anderen medizinischen Disziplinen. Schnell geht bei der Diskussion um und über Integrierte Versorgung verloren, dass es sich hierbei nicht um einen innovativen Therapieansatz oder eine neue Idee einer gemeindepsychiatrischen Organisationsstruktur handelt, sondern schlicht um ein neues Finanzierungsmodell aus dem SGB V, das sektorübergreifende Behandlungsangebote auch in der Psychiatrie ermöglicht.

Innovative Akteure aus der deutschen Sozialpsychiatrie-Gemeinschaft, die sich seit vielen Jahren die Zähne an althergebrachten Krankenkassen-Finanzierungssystemen ausgebissen haben und im SGB XII verharren (mussten), stürzten sich mit ihren innovativen Ideen ebenso darauf wie Krankenkassen, die meinten endlich einen Hebel gegen steigende Bettenzahlen in der Hand zu haben, oder Investoren, die den neuen Markt des »Care – Managements« in Europa etablieren wollen.

Während die gemeindepsychiatrischen Akteure eher »Morgenluft witterten« und die Chancen der neuen Verträge hoch bewerteten, weisen sowohl die Hüter gemeindepsychiatrischer Grundphilosophien, der Pflichtversorgung in einer Region oder der Zusammenarbeit in gemeindepsychiatrischen Verbänden, stärker auf die Risiken der sogenannten Selektivverträge hin. Gleiches gilt für die Krankenhäuser, die die Verträge zum Teil als Bedrohung ihrer wirtschaftlichen Expansionsmöglichkeiten interpretierten.

In dieser Gemengelage versucht Nils Greve Chancen und Risiken auf Basis der heutigen Erkenntnisse neu auszuloten.

Der Beitrag von Wolfgang Faulbaum-Decke gibt einen Überblick, wie sich integrierte Versorgung in der Psychiatrie insbesondere von den Vertragsinhalten entwickelt hat, welche Vertragsvarianten überhaupt auf dem bundesdeutschen Markt »aktiv« sind und welche Chancen für die Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie bestehen.

Thomas Bock hat es übernommen, die fachlichen Möglichkeiten bis hin zur Realisierung lang gehegter *sozialpsychiatrischer Träume* zu beleuchten, die bei einer entsprechenden Ausgestaltung von Unterstützungsangeboten in Verbindung mit Verträgen zur Integrierten Versorgung Umsetzungschancen in die Praxis bekämen.

Blickt man auf das Ganze, so könnte man doch zufrieden sein ... es bewegt sich nach einigen Jahren ruhigeren Fahrwassers wieder etwas in der Psychiatrie und vielleicht auch in eine innovative fachliche Richtung: z. B. erhalten neue Therapieansätze wie das *Open Dialogue Konzept* aus Finnland auch unter deutschen Finanzierungsbedingungen eine Chance auf Realisierung oder es entstehen qualitativ neue Konzepte für die Unterstützung von Menschen mit sehr langfristigen Psychose-Erfahrungen ... wenn da nicht die ersten Anzeichen für mehr als erhöhte Wachsamkeit auch aus Sicht der AKTION PSYCHISCH KRANKE wären, da wir aktuell nur schwer einschätzen können, ob die Nebenwirkungen der IV-Verträge größer werden als ihre positiven »Hauptwirkungen«:

1. Alle IV-Verträge sind – das liegt in der Natur der Sache – bisher Selektiv-Verträge, die stark gefährdet sind zu Selektionsverträgen zu werden. Es besteht Grund zu der Annahme, dass diejenigen selektiert werden, die in bestimmten Kassen versichert sind und keine hohen Risiken für die mit einem Malus versehene Krankenhausbehandlung haben. Es werden also diejenigen selektiert, die mit der z. T. zu geringen finanziellen Ausstattung dieser Verträge auskommen, deren Krisen also gar nicht auftreten oder leicht bzw. mit geringem Aufwand zu »managen« sind. Mancheraus der Tradition der Psychiatrie-Enquete kommender Anbieter steht mittlerweile dazu, dass es sich hier eher um ein »Geschäftsmodell« und weniger um ein gemeindepsychiatrisches Versorgungsmodell handelt.
2. Eine treibende Kraft der Selektion ist die tatsächlich überwiegend schlechte finanzielle Ausstattung der Einzelverträge, die nur in einer Bündelung in einem regionalen Verbundsystem auch eine finanziell auskömmliche Qualität sicherstellen können. So wird beispielsweise einer der wenigen auskömmlich finanzierten Verträge für langfristig Psychose-Erfahrene aus Hamburg an anderer Stelle im Bundesgebiet von den Kassen nicht zugelassen.

3. Die Selektion ist nicht transparent, die Datenlage ist hierzu extrem schlecht. Die Idee der umfassenden Pflicht- und Vollversorgung im Gemeindepsychiatrischen Verbund wird konterkariert, nicht zuletzt, da vielfach die Einschreibequoten in den Verträgen nur 20 bis 30 % betragen.
4. Viele IV-Vertragsgestalter arbeiten ohne Einbindung der zuständigen Regelversorgungskrankenhäuser. Dies führt bisher nicht dazu, dass Klinikbetten nicht belegt werden oder unter Druck stehen. Stattdessen werden bezogen auf das gesamte psychiatrische Unterstützungssystem zusätzliche Kosten generiert, die nicht zu einer Umgestaltung der Psychiatrielandschaft beitragen.
5. Zahlreiche Kliniken haben entdeckt, dass der »Kampf um die Patientenbudgets« begonnen hat und versuchen in eigenen Krankenhausbudgetvarianten, die sie mit den Kassen vereinbaren, die Einnahmen an sich zu binden und sich überwiegend ohne die außerstationären gemeindepsychiatrischen Anbieter über die eigene Institutsambulanz hinaus in den ambulanten Bereich zu entwickeln. Es entsteht so zwar eine höhere Durchlässigkeit zwischen den Sektoren, aber kein »Regionalbudget« im eigentlichen Sinne.
6. Im Zuge der Vorbereitung auf die gesetzlich festgelegte Finanzierungs-umstellung in der Krankenhausfinanzierung psychiatrischer Betten versuchen bundesweit die meisten Kliniken vor der Umstellung ihre Budgets durch Bettenzahlerhöhungen hoch zu fahren. Die in der neuen Krankenhausfinanzierung im Referentenentwurf vorgesehenen Modellvorhaben bieten zunächst auch den Kliniken Wettbewerbsvorteile gegenüber außerstationären Anbietern in der Bindung der regionalen Krankenhausbudgets beim Krankenhausträger und regen nicht zur Umverteilung über die Anbietergrenzen des Krankenhausträgers an.

Bereits auf Basis dieser sechs Punkte muss perspektivisch sowohl in Richtung der neuen Krankenhausfinanzierung wie auch Sektor übergreifender Selektivverträge darauf geachtet werden, dass die qualitativen versorgungsstrukturellen Anforderungen, wie sie u. a. für die Gemeindepsychiatrischen Verbände formuliert wurden, bei jeder Weiterentwicklung der Finanzierung erhalten bleiben. Statt Selektion sollte die umfassende Behandlungs-garantie der Anbieter einer Region für die psychisch erkrankten Bürgerinnen und Bürger dieser Region sichergestellt und gleichzeitig die individuelle Therapie und Behandlung unabhängig vom Behandlungsort, unabhängig

vom Schweregrad der Krankheit und unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse ermöglicht werden: d. h. ambulant vor stationär, Home Treatment gleichrangig mit stationärer Krisenbehandlung etc.

Hinsichtlich der Finanzierung ist sicherzustellen, dass die Gelder nicht Anbieter zentriert, sondern mit Bezug auf einen Sozialraum wie z. B. eine Gebietskörperschaft gesteuert werden und dass bei dieser Steuerung die Personenorientierung an erster Stelle steht.

Die Integrierten Versorgungsverträge haben die Diskussionen in der Psychiatrie neu bewegt, eine alternative Psychiatrie im Sinne einer neuen (therapeutischen) Beziehungsqualität und neuer Modelle des Verstehens und der Behandlungskultur scheint möglich. Strukturell hat sich in der Praxis leider noch wenig verändert. Ebenfalls fehlt die Finanzierung einer heutigen wissenschaftlichen Standards genügenden Evaluation, die auch den neuen Modellen eine faire Chance bieten würde, den Nachweis ihrer Wirksamkeit anzutreten.

Offen bleibt weiterhin die Frage, ob und wie die aktuelle Generation der Integrierten Versorgungsverträge als Transformationsmotor für eine neue gemeindepsychiatrische Bewegung in die auch von der APK begrüßte qualitative Richtung (s. o.) eine tragende und tragfähige Rolle spielen kann, ob die IV-Verträge zur Integration aller Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung in das Unterstützungssystem beiträgt und inwieweit der erwartete »Shift« in Richtung »ambulant statt stationär« erzielt wird. Aus Sicht der AKTION PSYCHISCH KRANKE können die IV-Träger diesen Effekt wahrscheinlich nur dann erreichen, wenn sie nicht nur qualitativ hochwertige therapeutische Angebote vorhalten, sondern auch in das Management eines regional abgestimmten Verbundsystems in Abstimmung mit allen Akteuren, insbesondere der Versorgungskrankenhäuser und der niedergelassenen Ärzte eingebracht und dort integriert werden. Die Steuerung vor Ort sollte unter Beteiligung von allen Akteuren und den Leistungsträgern mit einem besonderen Mandat für die Region(d.h.: »kommunal«) erfolgen, damit Selektionsmechanismen langfristig zum Wohle der Bürgerinnen und Bürger der Region vorgebeugt werden und die Bürgerinnen und Bürger nicht zu Steuerungselementen zentraler Care-Management-Systeme werden. Alle Aktivitäten, die diesem Ziel dienen, sollten unterstützt werden, auch wenn sie im Anfangsstadium mehr Neben- als Hauptwirkungen erzeugen.

Wovon wir träum(t)en ...

Integrierte Versorgung - Anthropologie - Dialog - Sozialraum 40 Jahre Psychiatrie-Enquete

Thomas Bock

Psychiatriereform auf halbem Weg

Zwar wurden die inhumanen Zustände der früheren psychiatrischen Anstalten überwunden und sozialpsychiatrische Institutionen sowie Tageskliniken und Ambulanzen aufgebaut. Der Paradigmenwechsel von den institutionszentrierten hin zu den personenbezogenen Hilfen wurde vollzogen mit der Konsequenz, dass das ambulante betreute Wohnen heute immer häufiger Vorrang vor stationären Wohnhilfen hat und sich dieser Wandel allmählich auch auf andere Lebensbereiche, wie die Teilhabe an Arbeit, ausweitet. Trotzdem gibt es weiterhin Strukturprobleme bei der psychiatrischen Versorgung und deren Finanzierung.

Die anhaltenden Widrigkeiten haben nicht zuletzt mit der Struktur der Versorgung und insbesondere des Finanzierungssystems zu tun: Das Deutsche Versorgungssystem ist im europäischen Vergleich teuer und nicht besonders effektiv. Wir leisten uns Doppelungen und Trennungen, die anderswo schon überwunden sind oder so nie existierten: zwischen Psychiatrie und Psychosomatik, privater und gesetzlicher Versicherung, ambulanter und (teil)stationärer, klinischer und außerklinischer Versorgung, Kranken- und Eingliederungshilfe (Sozialgesetzbuch (SGB) V und XII), kommunaler und überregionaler Eingliederungshilfe usw. Das Nebeneinander beeinflusst auch die Beziehungskultur. Ressourcen des Krankenhauses bedarfsgemäß in den ambulanten Raum zu verschieben, um Krisenintervention vor Ort zu leisten, gar denselben Bezugstherapeuten unabhängig vom (ambulanten oder stationären) Behandlungsstatus einzusetzen, wird – unabhängig von der eingesetzten Gesamtsumme – vom Finanzierungssystem nicht nur nicht gefördert, sondern bestraft.

Die Zersplitterung setzt sich in den lebensweltbezogenen Hilfesystemen fort: Betreutes Wohnen, PPM, ambulante Pflege, Soziotherapie, Medikation – minutenweise abgerechnet können unterschiedliche Menschen mit abgegrenzten Funktionen zum Einsatz, evtl. auch Besuch kommen, ohne umfassende Wahrnehmung, lebendigen Beziehung oder wirklichen Halt gewährleisten zu können, Beziehung zu gewährleisten. Mitarbeiter/innen in

Institutsambulanzen, in psychosozialen Kontaktstellen und Gemeindepsychiatrischen Diensten arbeiten aufopferungsvoll gegen diese Widrigkeiten an.

Die Grenzen bei der Umsetzung der Psychiatriereform haben verschiedene Hintergründe:

- Es gibt weiterhin eine Übermacht der großen Institutionen: Nach wie vor binden die großen Einrichtungen viel Geld und die Abrechnung von Pflegesätzen, das Anhäufen und Belegen von Betten und Plätzen wird belohnt.
- Es gibt Probleme beim Angebot von Wohnraum und Arbeit: Die Orientierung auf selbst bestimmtes Wohnen und Arbeiten wird davon begrenzt oder sogar gelähmt, so dass erschwinglicher Wohnraum und sinngebende Arbeit kaum zur Verfügung stehen.
- Die (Selbst)Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen dauert an. Vorurteile gegenüber psychisch erkrankten Menschen gibt es weiterhin. Nur fragt man sich zunehmend, von wem sie am meisten genährt werden und welchen Anteil die Psychiatrie selbst mit ihren historischen und aktuellen Fehleinschätzungen daran hat.
- Therapeutische Beziehungsqualität und -kontinuität sind nicht durchgängig gewährleistet – weder im klinischen, noch im außerklinischen Bereich, erst recht nicht dazwischen. Die Orientierung auf den Sozialraum wird noch viel zu wenig als möglicher Ausweg oder notwendige Ergänzung angesehen.
- Der Trialog als Idee einer Begegnung auf Augenhöhe ist immer noch eine große Herausforderung; das gilt für die Ebene der Behandlung ebenso wie für Lehre, Forschung, Öffentlichkeitsarbeit und Versorgungsplanung.

Welche Träume hatten wir und haben wir immer noch? Wieweit sind sie verwirklicht und wie können wir hoffnungsvolle Ansätze aufgreifen und verallgemeinern? Ohne andere Träume, Ideen und Wünsche damit abwerten zu wollen, möchte ich diese fünf in den Vordergrund rücken:

Traum 1: Neue Krankenhausfinanzierung im Sinne eines globalen Budgets oder in neuer Terminologie einer »Integrierten Versorgung«.

Traum 2: Überwindung von sozialer Benachteiligung durch Abschaffung der Subsidiarität bei der Wiedereingliederung (Nachrangigkeit, Einsatz von Rücklagen, Belastung der Angehörigen) z. B. durch Überwindung der Trennung von Eingliederungs- und Krankenhilfe (SGB XII und V).

Traum 3: Integration der Psychotherapie und Nutzung besonders qualifizierter Hilfen für die, die sie besonders brauchen.

Traum 4: Rückbesinnung auf ein Krankheitsverständnis, das auch im subjektiven Erleben nicht Spaltung, sondern Aneignung befördert, das nicht nur das Fremde, sondern auch das Gemeinsame und zutiefst Menschliche betont. Mindestens aber Ergänzung der pathologischen Nomenklatur durch ein anthropologisches Verständnis.

Traum 5: Soziale Inklusion statt immer weiterer diagnostischer Verschachtelung und therapeutischer Spezialisierung, mindestens aber Ergänzung und Relativierung gezielter Hilfen durch eine Besinnung auf den Sozialraum und dessen stützende und schützende Ressourcen.

Traum 1: Andere Krankenhausfinanzierung

Über 30 Jahre nach den Aktionen der »Plattformverbände« (Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP), Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) u. a.) sowie der AKTION PSYCHISCH KRANKE, die Finanzierung psychiatrischer Kliniken mit ihren fatalen belegungsfixierten Belohnungsmechanismen zu ändern, kommt endlich Bewegung in die Szene. Damit ist weniger die Erbsenzählerei des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK) i. R. der offiziellen Reform, sondern die bunte Vielfalt der Modelle regionaler Budgets und Integrierter Versorgung gemeint. Gelingt es, diese in die offizielle Reform zu übertragen, würden nachhaltig (wörtlich und übertragen) Türen geöffnet.

Hamburger Modell

Das Hamburger Modell der Integrierten Versorgung des *Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)* ist mit einem neuen Belohnungssystem gekoppelt: Statt eines »Full-house«-Prinzips erfolgt eine Belohnung guter ambulanter Arbeit, inklusive Hometreatment. Stationäre Ressourcen können in ambulante Ressourcen umgewidmet werden. Die Zusammenarbeit mit ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringern »lohnt« sich. Hometreatment und Krisenbetten sollen im Mittelpunkt stehen – mit der Chance, dort zu behandeln, wo es am wenigsten Angst macht. Die ersten Erfahrungen und Ergebnisse deuten auf eine Win-Win-Win-Situation für alle Beteiligten: Für die Patienten/Erfahrene gibt es mehr Kontinuität, Verbindlichkeit und Flexibilität in Krisen, für Angehörige eine selbstverständliche und schnellere Möglichkeit, sie einzubeziehen und zu begleiten.

Die Rate von Einweisungen und Zwangsmassnahmen sinkt deutlich! – Die Klinik hat durch die Entkopplung von Personal und Betten mehr Handlungsspielraum, mehr Flexibilität beim Einsatz personeller Ressourcen und mehr Planungssicherheit. – Die Krankenkassen können mit Kostendeckelung und -transparenz rechnen, im Einzelfall durch Synergieeffekte auch mit einer Kostenreduktion. (LAMBERT et al. 2009)

*Evidenz von Akutbehandlung zuhause
(Leitlinien psychosoziale Therapien)*

- Wahrscheinlichkeit stationärer Aufnahme geringer
- Stationäre Behandlungszeiten reduziert
- Behandlungsabbrüche seltener
- Patientenzufriedenheit höher
- Angehörigenzufriedenheit höher
- Erlebte Angehörigen-Belastung geringer
- Kosteneffektivität besser

Traum 2: Überwindung sozialer Benachteiligung u. a. durch Integration SGB V und XII

Das bundesweite Modell der Techniker-Krankenkasse zielt weniger auf eine Veränderung der Krankenhausfinanzierung, sondern eher auf die Stärkung des außerklinischen Bereichs durch eigenen Zugang zum SGB V. Allerdings mit dem Risiko eines Malus für (teil)stationäre Behandlung. Beide Ziele entsprechen uralten Forderungen der Sozialpsychiatrie und stehen nicht im Gegensatz; insofern wird es drauf ankommen, die Modelle zu integrieren. Beide verfolgen die Absicht, die Behandlung flexibler, kontinuierlicher und ambulanter zu machen.

Hauptunterschiede: Das Hamburger Modell (DAK/AOK u. a.) zielt vor allem auf akut und chronisch Erkrankte mit bestimmten Diagnosen (F20, F30), das TK-Modell ist diagnostisch breiter angelegt und zielt auf die Zeit nach der akuten Behandlung.

Im ersten Fall die Pauschale orientiert an den realen Gesamtkosten der Vergangenheit (retrospektiv berechnet), im zweiten gibt es eine prospektive Kalkulation für die Zeit nach der stationären Behandlung. Entsprechend ist die Höhe der Pauschalen sehr verschieden. Das erst genannte Modell zielt eher auf Kliniken, das zweite eher auf gemeindenahe Träger. Im einen Fall gibt es einen Bonus für die Beteiligung der niedergelassenen Ärzte,

im anderen müssen die ambulanten Träger mit einem Malus für die (teil) stationäre Behandlung rechnen.

Beide Ziele »Aufhebung der sektoralen Krankenhausfinanzierung mit all den fatalen Belohnungsmechanismen« und »Aufhebung der Trennung von SGB V und XII, bzw. von Kranken- und Sozialhilfe« entsprechen uralten Forderungen der DGSP. Dass sie jetzt in zwei Modellen neben- oder sogar gegeneinander stehen ist unnötig und unglücklich. Verbindungsmöglichkeiten sind aber auszumachen – z. B. bei der Behandlung von Ersterkrankten (im TK-Modell sog. Phase A, die weitgehend nach dem Hamburger Modell verrechnet wird). Wie nötig und erfolgreich Solidarität der Anbieter ist, wurde sichtbar, als es gemeinsam gelang, den Malus für die Nutzung von Institutsambulanzen abzuschaffen; dieser stand der Kooperation mit Kliniken grundlegend entgegen.

Die Reformkräfte in der Psychiatrie müssen dafür sorgen, dass beide Modelle integriert werden, dass (trialogische) Qualitätsstandards und der regionale Bezug eingehalten werden. Vor allem wird es darauf ankommen, die Öffnung für privatwirtschaftliche Interessen – etwa von Pharmafirmen ist zurückzuweisen, zu bekämpfen. - »Integrierte Versorgung« bedeutet eine große Chance - für Patienten/innen, Angehörige, Behandler/innen. Doch die Integration darf sich nicht auf formale Strukturen und Finanzierungswege beschränken, sondern muss sich auch auf Inhalte, Verstehensmodelle und die psychiatrische sowie psychotherapeutische Behandlungskultur beziehen.

Traum 3: Integration der Psychotherapie

Ähnliches gilt für unsere Kritik am Psychotherapeutengesetz. Die Strukturen der Einzelpraxis grenzen psychisch erkrankte Menschen systematisch ernsthaft aus. Mit der gleichen Verzögerung kommt nun endlich eine Diskussion in Gang, welche Änderungen an Ausbildungsinhalten, Versorgungsstrukturen und Gutachterverfahren nötig sind, um z. B. auch Menschen mit Psychosen und Bipolaren Störungen psychotherapeutisch zu behandeln, wie das moderne Leitlinien eindeutig fordern.

Viele, insbesondere psychologische Psychotherapeuten meiden Patienten mit psychotischen und bipolaren Störungen (F20 und F31), weil sie sich dafür inhaltlich oder strukturell nicht ausreichend gerüstet sehen, nicht selten aber auch wegen Vorurteilen gegenüber diesen Störungsgruppen. So wird der Verband auf vielen Ebenen aktiv werden müssen: Verbesserungen bei Ausbildungskonzepten, Behandlungsstruktur und Abrechnungsmodalitäten,

Integration von Versorgungsangeboten mit dem Ziel einer kontinuierlichen Begleitung auf qualifiziertem Niveau, damit Psychotherapie endlich denen zukommt, die sie am meisten brauchen.

Gute Psychiatrie braucht Psychotherapie, doch Psychotherapie braucht mehr als Pathologie.

Psychose-Erfahrene brauchen eine besondere Wahrnehmungs- und Beziehungskultur, Respekt vor Eigensinn und Sinnbedürfnis. Um das zu verwirklichen, müssen sich Haltungen und Rahmenbedingungen ändern. Dass wir die Zusammenarbeit der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen gerade bei Psychosen schaffen, ist aufgrund deren Besonderheit notwendig, zugleich gemessen an der deutschen Psychiatrie-Geschichte aber auch ein kleines Wunder.

Das Hamburger SuSi-Projekt, eine dialogische Forschergruppe zum Thema Subjektiver Sinn, belegt die Notwendigkeit eines anderen Umgangs mit Psychoseerfahrung inzwischen auch empirisch. Die Befragung von fast 500 Psychose-Erfahrenen aus drei Ländern und 15 Orten zeigt ein großes Sinn-Bedürfnis. Über 70 % der Beteiligten bringen ihre Psychose mit Lebenserfahrungen in Verbindungen, fast 50 % berichten von auch positivem Symptomerleben und fast 60 % haben – weitgehend unabhängig von der Schwere der Erkrankung – auch positive Zukunftserwartungen. Bemerkenswert ist dabei vor allem der innere Zusammenhang der Faktoren des neu konstruierten Fragebogens: Je stärker der Bezug auf eigene Lebenserfahrung, desto konstruktiver das Psychoseerleben, optimistischer der Blick in die Zukunft und positiver die subjektive Lebensqualität (Bock u. a. 2010 a). Diese Studie bestätigt die bisher qualitativen Daten aus den Psychoseminaren sowie die sinnorientierten Theorien von Victor Frankl und das Salutogenese-Konzept von Antonovski: Zu (seelischer) Gesundheit und Gesundung gehören das Erleben von Sinn und Kohärenz. Vor allem aber belegt sie die Notwendigkeit psychotherapeutischer Behandlungsstrategien und unterstreicht die große Relevanz von Peer-Arbeit. Gerade Peers können bei der Aneignung schwerer seelischer Krisen helfen und damit zu einer konstruktiven Verarbeitung beitragen.

Traum 4: Anthropologisches Verständnis – gegen Pathologisierung und Reduktionismus

Psychische Erkrankungen scheinen zuzunehmen. Diesen Eindruck signalisieren Statistiken und Zeitungsmeldungen sowie die wachsende Breite des -Spektrums der medizinischen Diagnoseverschlüsselung (ICD). Davon abgesehen, dass viele dieser Zahlen von Interessen geleitet sind und manche auch eher eine Akzeleration – also eher einen früheren Erkrankungsbeginn und eine längere Lebensdauer, als eine absolute Zunahme – markieren, erscheint es umso wichtiger, psychische Erkrankungen nicht nur medizinisch, sondern auch entwicklungspsychologisch, nicht nur pathologisch, sondern auch anthropologisch und im psychosozialen/politischen Zusammenhang zu betrachten.

Die medizinische Diagnoseverschlüsselung (ICD 10) hat die Psychiatrie differenzierter gemacht, aber tendentiell jeglichem biographischen und beziehungsorientierten Denken entfremdet. Das kann dann etwas zugespitzt in Dialogen wie diesen enden: (a) »Warum ist Herr A. psychotisch geworden?« – »Er hat eine Psychose!«; als böte die Zuordnung einer Diagnose nicht nur eine Benennung, sondern zugleich auch eine Erklärung. (b) »Warum nimmt Frau B. ihre Medikamente nicht?« – »Sie ist noncompliant«; als handle es sich hier um eine Eigenschaft oder gar ein Krankheitsmerkmal, das mit dem Gelingen oder Misslingen einer therapeutischen Beziehung nichts zu tun hätte.

Ist psychische Krankheit ein dem menschlichen Wesen fremder Zustand oder ein Rückgriff auf Daseinsformen und Entwicklungszustände, die jedem Menschen möglich und vielleicht sogar vertraut sind, wenn wir die Perspektive entsprechend wechseln? Die Besinnung auf »anthropologische« Aspekte ist entscheidend für jedes Bemühen in der Öffentlichkeit um Sensibilität im Umgang mit sich und Toleranz im Umgang mit anderen (Antistigmaarbeit s.u. Beispiel »Irre menschlich« Hamburg). Sie ist notwendig, weil sie das Risiko von Ausgrenzung bzw. von sozialem Rückzug sowie von (Selbst)Stigmatisierung reduziert und weil sie die Chancen von Wieder-Aneignung und Verarbeitung des Erlebten im Sinne von Psychotherapie (s. Traum 3) befördert.

Die anthropologische Sicht ist auch nicht unbedingt neu; in Deutschland gibt es eine lange Tradition im Bemühen um unvoreingenommene Wahrnehmung und Begegnung – z. B. Daseinanalyse und Phänomenologie (Binswanger, Kisker u. a.). Doch im Unterschied zu damals gibt es heute eine andere Basis für diese Art der Betrachtung: Die Selbstorganisation

von Patienten und Angehörigen, die 20 jährige Erfahrung des Dialogs der annähernd »herrschaftsfreie« Diskurs im Psychoseseminar, die vielfältige Erfahrung von dialogischen Aufklärungsprojekten, die neue Bewegung des EXperienced-INvolvement machen es schwerer, diese Art des Zugangs als Spinnkram einzelner exaltierter Wissenschaftler abzutun. (BOCK 2010b)

Anthropologisches Verständnis – eine Übersicht

- *Angst – Fähigkeit oder Störung?* Angst zu haben, ist keine Krankheit, sondern eine überlebensnotwendige Fähigkeit des Menschen, um sich vor Gefahr zu schützen. Erst die Verallgemeinerung, Generalisierung oder Zuspitzung der Angst macht sie zur »Störung« und damit einer Psychotherapie zugänglich. Die Frage nach der Funktionalität bleibt.
- *Zwang – Halt oder Abgrund?* Zwänge oder Rituale zu entwickeln, kann ebenfalls Ausdruck des Bemühens sein, (künstliche) Ordnung zu entwickeln, wo Chaos und Orientierungslosigkeit droht. Und je unsicherer ein Mensch ist und je weniger ihm natürliche, soziale, biographische oder religiöse Rituale zur Verfügung stehen, desto eher mag er/sie zu pathologischen Ausdrucksformen kommen.
- *Depression – Schutz und Eigendynamik:* Auch eine Depression ist zunächst als Schutzmechanismus der Seele – vor zu starken oder zu vielfältigen/verwirrenden Gefühlen, vor unlösbaren Konflikten oder Entscheidungen – bzw. als Totstellreflex zu verstehen. Wir brauchen dann Zeit, Ruhe, Geduld, Besinnung, Trost, Hilfe, Zuspruch ... Problem ist allerdings, dass solche Phasen eine psychische, soziale und auch somatische Eigendynamik entwickeln können; d. h. Seele, soziale Bezüge und Hirnstoffwechsel reagieren immer empfindlicher. Spätestens dann ist professionelle Hilfe angesagt. (BOCK 2008).
- *Manie – Flucht nach vorne, aber wohin?* Ähnlich wie die Depression als Vermeidung von Trauer, kann die Manie als Flucht aus der Depression zu verstehen sein. Bei manchen Menschen folgt die Depression dann mit Verspätung, gesteigert noch durch die unvermeidliche Erschöpfung. Andere nehmen in der Depression lange Anlauf, um dann wellenförmig über das Ziel der Mitte hinauszuschießen. Psychotherapeutisch bedeutsam ist die hintergründige Überanpassung bipolarer Patienten, also ihr sozialisations-mitbedingtes Bemühen, allen Ansprüchen zu genügen und niemanden zu enttäuschen. (KOESLER u. BOCK 2005).

- *Borderline – Grenzgänger:* Die Balance zwischen Nähe und Distanz, Anpassung und Widerstand, Bindung und Autonomie ist eine Lebensaufgabe für jeden Menschen. Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gestalten diese Spannungen besonders extrem und ausdauernd, wandern als »Grenz-Gänger« zwischen Wirklichkeit und Traum, wobei Wunsch- und Angstanteile unverwundlich oder untrennbar erscheinen. Selbst- und Fremdwahrnehmung haben kaum noch Bezug. Das Gefühl für Zwischentöne und Gleichzeitigkeiten geht verloren. Es handelt sich um eine Phase des Erwachsenwerdens, die später mit mehr oder weniger gelungener Verselbständigung an Dynamik verliert.
- *Psychosen gelten als extreme Dünnhäutigkeit:* Innere Konflikte und Schwierigkeiten treten nach außen und nehmen Gestalt an (Halluzinationen). Umgekehrt gelangen äußere Einflüsse ungefiltert nach innen, ohne die Möglichkeit, zu gewichten und zu ordnen (paranoide Wahrnehmungen). Das Erleben einer Psychose ist vergleichbar mit einem Traum – allerdings ohne den Schutz des Schlafes. So wie es Wunsch- und Alpträume gibt, lassen sich auch in der Psychose Wunsch- und Angstanteile unterscheiden, sinnbildlich in der paranoiden Psychose als Mischung von Bedrohung und Bedeutung. Diese Beziehungs-Setzung ist anthropologisch vergleichbar der Wahrnehmung eines kleinen Kindes, das alles, was um es herum passiert, auf sich bezieht und sich entsprechend schuldig fühlt, wenn z.B. die Eltern miteinander streiten. (Bock 2006, Bock 2010 b).

Traum 5: Soziale Inklusion unabhängig von diagnostischer Spezialisierung

Diagnosespezifische Angebote mögen strukturübergreifend (ambulant und stationär) sinnvoll und nötig sein; aber sie dürfen die Strukturentwicklung nicht blockieren. Aus der Perspektive des Hometreatment ist die Konzentration auf die individuelle Situation in ihrer sozialen Besonderheit weit mehr und passendere Spezialisierung als der ausschließliche Bezug auf Diagnosen.

Die Notwendigkeit dialogisch zusammenzuarbeiten, ist nicht diagnoseabhängig. Dasselbe gilt für präventive Arbeit, Aufklärungs- und Antistigmaprojekte und für die Peer-Arbeit (EXperienced-INvolvement).

Ebenen des Dialogs

Nahezu gleichzeitig entstanden im Kleinen die Psychoseseinare und im Grossen der Bundesverband Psychiatrieerfahrener. So begann der Dialog zugleich im Kleinen und Grossen. Es ging dabei auch um das Ausräumen wechselseitiger Vorurteile und eine neue Basis, gemeinsam Aktiv zu werden. Viele Länder beneiden uns um diese Konstellation; denn bei allen Interessensunterschieden und bei allem finanziellen Werben der Pharmaindustrie, blieben die drei Verbände im Kontakt, auf Augenhöhe mit gleicher Stossrichtung. Sonst wären z. B. der Weltkongress für soziale Psychiatrie »Abschied von Babylon – Verständigung über Grenzen« (1994 in Hamburg) oder dialogische Projekte, wie die Beschwerdezentren und die Antistigma-Projekte, nicht möglich gewesen.

Der Dialog ist nicht vom Himmel gefallen, hat Vorläufer und Wurzeln. Und die sich artikulierenden Bedürfnisse haben eine lange Geschichte. Um eine anthropologische Sicht bemühten sich schon Daseinsanalytiker und Phänomenologen (wie Binswanger, Kisker u. a.).

Der Dialog hat diese anthropologische Sicht nicht erfunden, doch er hat sie belebt und ihr eine neue Basis gegeben. Die Aufarbeitung der Schuld gegenüber Angehörigen begann schon vorher (s. z. B. »Freispruch der Familie« von Klaus Dörner). Respekt vor der subjektiven Bedeutung von Psychosen lehren Pioniere nahezu aller psychotherapeutischen Schulen. Und der Wert der ehrlichen Begegnung, des wirklichen Sprechens ergibt sich zwingend aus den Verbrechen der sprachlosen Psychiatrie im Nationalsozialismus (Dorothea Buck).

Die Psychoseseinare und später die breitere Dialog-Bewegung mit organisierten Erfahrenen und Angehörigen, mit Kongressen (bis hin zum Weltkongress »Abschied von Babylon« 1994 in Hamburg) und mit dialogischen Aufklärungs-, Antidiskriminierungs- und Beschwerdeprojekten hat gebündelt und artikuliert, was überfällig war:

- Psychose-Seminar wechselseitige Fortbildung, Übung
- Praxis Behandlungsvereinbarung, »Open dialogue« bei Erstbehandlung
- Antistigma-Projekte z. B. Irre menschlich Hamburg
- Tagungen z. B. Weltkongress »Abschied von Babylon« (1994)
- Theorie Respekt vor Subjektivität, anthropologische Sicht
- Forschung z. B. Hamburger SuSi-Projekt
- Lehre, Fortbildung, Zeitschriften z. B. »InBalance«
- Qualitätssicherung z. B. dialogische Beschwerdestellen

- Psychiatrieplanung Beiräte, PSAG, Integrierte Versorgung
- Andere Trialogforen Borderline, Bipolare, Stimmenhörer

Geschichte und Ebenen des Trialogs

- 1989 erstes Psychoseseminar in Hamburg
- 1992 Gründung des Bundesverbandes Psychiatrieerfahrener, seitdem Trialog auch auf Verbandsebene
- 1993 Erste trialogische Bücher, Ausweitung der Trialog-Idee, Trialogforen beim Stimmenhörer-Netzwerk
- 1993 Fischer-Appelt-Preis der Uni Hamburg für den besonderen Stellenwert des Psychoseseminars in der Lehre
- 1994 Weltkongress für soziale Psychiatrie »Abschied von Babylon« mit trialogischem Konzept, seitdem viele trialogische Kongresse und Fortbildungen
- 1998 Veröffentlichung der Broschüre *Es ist normal, verschieden zu sein* in deutscher und englischer Sprache. Mit einem breiten (anthropologischen) Verstehensmodell und sehr differenziertem Behandlungskonzept
- bis 1998 bundesweit ca. hundert Psychoseseminare
- 1998 erste Behandlungsvereinbarung (Bielefeld)
- 1999 Beginn der »Antistigmakampagne von unten«, trialogische Aufklärungsarbeit gegenüber Journalisten, in Schulen und Betrieben, Start *Irre menschlich Hamburg*
- 2000 Etablierung der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störung (DGBS) als trialogische Fachgesellschaft
- 2002 Trialogforen von Borderline-Patienten
- 2004 Trialogforen bei der jährlichen DGPPN-Tagung
- 2005 trialogische Beschwerdestellen, ein Projekt, das von der DGSP gefördert wurde
- 2005 Start des EU-Programms zu Förderung eines Curriculums »Experienced Involvement«
- 2006 Beginn der EX-IN-Fortbildung in Hamburg und Bremen
- 2007 Beginn des trialogischen SuSi- Forschungsprojekts zum Subjektiven Sinn von Psychosen

Beispiel Irre menschlich Hamburg – eine dialogische Bürgerinitiative

»Irre menschlich Hamburg e. V.« gehört mit »Irrsinnig menschlich Leipzig« zu den Antistigma-Projekten der ersten Stunde. Im Unterschied zu Leipzig sind die Themen und Einsatzorte sehr viel breiter angelegt und die Angehörigen spielen im Sinne eines Dialogs eine größere Rolle. Das gilt insbesondere auch für die vielen verschiedenen Fortbildungsangebote. Zu den Leistungen des dialogischen gemeinnützigen Vereins gehören:

- regelmäßige Informations-, Unterrichts- und Präventionsprojekte für Hamburger Schulen für alle Altersstufen und verschiedene Unterrichtsfächer
- regelmäßige Tage der offenen Tür u. a. speziell für Schüler/innen »Psychiatrie macht Schule«
- Aufklärungs- und Informationsprojekte in Hamburger Betrieben
- Regelmäßige Aus- und Fortbildungsveranstaltungen für Gesundheitsberufe, Jugendhilfe, Polizisten, Lehrer, Pastoren, Wohnungswirtschaft ...
- Öffentliche Aktivitäten u. a. in Zusammenarbeit mit dem Behindertenbauauftragten
- Verschiedene kulturelle Veranstaltungen (Ausstellungen, Filme, Theater)
- Entwicklung, Erprobung und Durchführung eines Curriculums zur Vorbereitung Psychiatrie-Erfahrener auf eigenständige Aufgaben in Antistigmaarbeit und psychosozialer Versorgung.

Es gibt Referent/innen zu allen Störungsbildern, einen großen Bestand an authentischen Materialien, die kostenlos zur Verfügung gestellt werden (Medienkoffer), ein ausführliches Lehrer-Begleitheft »Irre!«, die erfolgreiche dialogische Broschüre »Es ist normal verschieden zu sein – Verständnis und Behandlung von Psychosen« sowie die preisgekrönt Photoausstellung (mit eigener Broschüre) »Erfahrungsschatz« erstellt, in der in Bild und Wort vor allem Erfahrene portraitiert werden, die ihre Krankheitserfahrung in Aktivitäten zum Nutzen anderer umgewandelt haben. Alle Projekte dienen dem Ziel »Mehr Toleranz im Umgang mit anderen und mehr Sensibilität im Umgang mit sich selbst« – als Voraussetzung für seelische Gesundheit bei allen Beteiligten.

Vom Patienten zum Lebens-Lehrer und Peer-Berater – Beispiel »Experienced-Involvement«

Durch die Unterstützung der EU im Rahmen des Leonardo da Vinci Topfs ist es sozialpsychiatrisch Aktiven aus Bremen und Hamburg (UTSCHAKOWSKI, SIELAFF, BOCK 2009) im Verbund mit Projekten aus fünf weiteren europäischen Ländern (England, Niederlande, Norwegen, Schweden, Slowenien) gelungen, ein Curriculum zur Förderung von Erfahrenen zu entwickeln und zu erproben, das diese befähigt/unterstützt, nicht nur lehrend/informierend, sondern auch beratend/versorgend tätig zu werden.

Inzwischen heben mehrere »Generationen« an Erfahrenen diese sorgfältige Vorbereitung absolviert und sind zum Gewinn für alle Beteiligten praktisch tätig geworden. Ein Train the Trainees-Programm ist angelaufen, dass inzwischen viele andere Regionen beteiligt: Die Erfahrenen erschließen sich ein neues Betätigungsfeld (analog den Ex-Usern im Drogenbereich bereits vor über 30 Jahren). Patienten kommen in den Genuss von Peer-Beratung. Und die Institutionen gewinnen ein besonderes und vielfältiges Angebot hinzu. Vor allem aber verändert sich auch durch dieses Projekt das alte Bild psychisch erkrankten Menschen auf besonders radikale Weise. Erfahrungen und Ergebnisse vor allem aus englisch-sprachigen Ländern zeigen den enormen Gewinn für alle Beteiligten. Die Psychiatrie mit Peers wird eine andere sein als die ohne.

Zehn Abschlussthesen

1. Die Psychiatrie muss wieder politischer werden. Die Beschaffung von Wohnung und Arbeit sind kein fachliches Problem, aber Voraussetzung jeder Reform.
2. Eine menschenwürdige Psychiatrie im Sinne von Respekt und Beziehungsqualität muss täglich neu erstritten werden.
3. »Integrierte Versorgung« muss nicht nur sektorale Finanzierungs- und Versorgungsstrukturen, sondern auch eingefahrene Verstehens- und Behandlungsmuster ändern.
4. Den Dialog auf alle Ebenen zu übertragen – inkl. Lehre, Qualitätssicherung und Forschung, bedeutet große Herausforderung und Chance.
5. Zahlen, wonach »30 % der Menschen psychisch krank« seien, sind interessensgeleitet und fragwürdig. Zugleich stellt sich aber auch die Frage ob die Menschheit krank oder die Krankheit menschlich ist?

6. Die Besinnung auf Anthropologische Aspekte muss den pathologischen Reduktionismus korrigieren helfen - eine Voraussetzung für Recovery (Wiedergesundung).
7. Die Bedeutung von Subjektivem Sinn und das Bedürfnis nach Kohärenz unterstreichen die Notwendigkeit von biographisch orientierter Psychosen-Psychotherapie.
8. Bedeutung des Eigensinns als Ressource/Lebensqualität erfordert kreative Strukturen und flexible Beziehungsangebote, statt nur die »Höllenhunden« vor Psychiatrie (Krankheitseinsicht und Compliance) zu füttern.
9. Dialogische Bürgerinitiativen (wie z. B. Irre menschlich HH) haben mit Begegnungs-, Präventions-, Fortbildungsprojekten nicht nur eine psychiatrie-, sondern auch eine kommunalpolitische Funktion
10. Die Entwicklung vom Erfahrenen zum Experten kann und wird die Psychiatrie sowie die Wahrnehmung psychischer Erkrankungen wesentlich verändern.

Literatur

- BOCK, T./KOESLER, A. (2005): Bipolare Störungen, Manie und Depression verstehen und behandeln, Psychiatrieverlag Bonn 2005.
- BOCK, T.: (2006) Eigensinn und Psychose – Noncompliance als Chance, ISBN 978-3-926200-90-7 Paranusverlag Neumünster, 170 Seiten.
- BOCK, T. (2010): BRYNSKI, T./KLAPHECK, K./BENING, U./LENZ, A./NABER, D. (2010): Zum Subjektiven Sinn von Psychosen - Erstellung, Validierung und erste Anwendung eines Fragebogens - das Hamburger SuSi-Projekt, Psychiatrische Praxis, Thieme-Verlag 1.
- BOCK, T. (2010): Wie gesund ist krank? – Anthropologische Aspekte psychischer Erkrankungen und ihre Bedeutung für die Suizidprophylaxe, in Heft 141 Suizidprophylaxe 37 (2010) 50–55.
- KLAPHECK K./NORDMEIER S./CRONJÄGER, H/NABER, D./BOCK, T. (2011): Subjective experience and meaning of psychoses: The German Subjective Sense in Psychosis (SUSE) Questionnaire. Psychological medicine 2011, 7, 1–11.
- LAMBERT, M./NABER, D./BOCK Th./MEIGEL-SCHLEIFF, C./OHM, G.(2009): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen – Das »Hamburger Modell«, Soziale Psychiatrie, 34, Heft 1. 2009, S. 30 ff.
- UTSCHAKOWSKI, J./SIELAFF, G./BOCK, T. (2009): Vom Erfahrenen zum Experten – Wie Peers die Psychiatrie verändern, Psychiatrieverlag 2009 (ISBN 978-3-88414-470-1 240 Seiten.

Ein Überblick über etablierte integrierte Versorgungsangebote und ein Rückblick zur Vertragsentwicklung

Wolfgang Faulbaum-Decke

Die Zielsetzung des Gesetzgebers im Jahre 2004 bestand darin, selektive Vertragsmodelle zu entwickeln, die eine sektorübergreifende Versorgung (Krankenhaus mit Vertragsärzten) sowie interdisziplinär-fachübergreifende Angebote möglich machen. Unter selektiven Verträgen sind hierbei Einzelverträge zu verstehen, die Gestaltungslösungen jenseits der Regelversorgung realisieren helfen. Derzeit sind rund 7.000 Integrierte Versorgungsverträge geschlossen (ca. 10 % der Regelversorgung), mit wachsender Bedeutung von Verträgen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, wobei indikationsbezogene Modelle derzeit dominieren und populationsbezogene Modelle eher die Ausnahme bilden.

Aufgrund des Anstiegs psychischer Erkrankungen und der sich durchsetzenden Erkenntnis, dass eine stetige Ausweitung stationär klinischer Versorgung nicht die adäquate Antwort auf diese Entwicklung ist, bemühen sich Krankenkassen derzeit verstärkt um Vertragsabschlüsse zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Dies bietet – insbesondere den Leistungserbringern der Gemeindepsychiatrie – die große Chance, sich in der ambulanten medizinischen Behandlung im SGB V zu engagieren, somit ihr bisheriges Leistungsspektrum entscheidend zu erweitern und Schnittstellen zwischen den Sozialgesetzbüchern in der Praxis und im Sinne einer Personenzentrierung zu füllen.

In der Vertragsentwicklung für Menschen mit psychischen Erkrankungen lassen sich rückblickend drei Entwicklungsstufen Generationen (Vertragsgenerationen) identifizieren:

1. Verträge mit Vergütungsanreizen für verbesserte Koordinierungstätigkeiten;
2. Case-Management-Modelle (ärztliche Praxis als Leitstelle), mit einer zusätzlichen extrabudgetären Vergütung der beteiligten Ärzte sowie einer verbesserten Verordnungslogik für APP und Soziotherapie;
3. Sektorübergreifende Budgetmodelle mit einer Bonus/Malus Regelung und autonomer Budgetverantwortung sowie multiprofessioneller Steuerung in regionalen Koordinationsstellen als Verträge der dritten Generation.

Ein Überblick über etablierte integrierte Versorgungsangebote und ein Rückblick zur Vertragsentwicklung

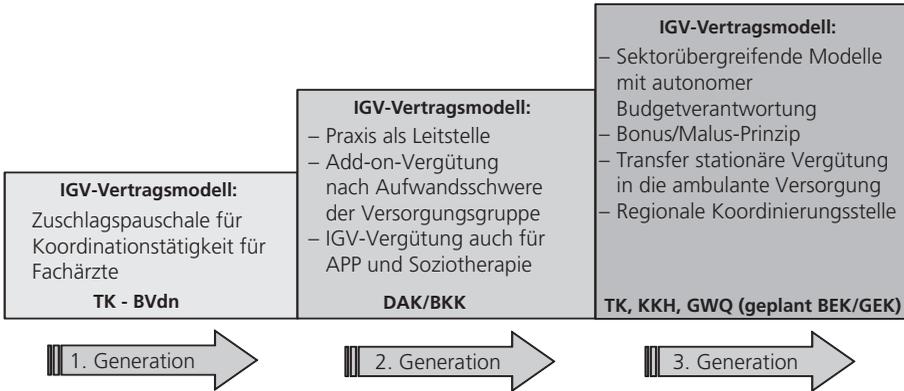
Exkurs: Vertragsentwicklung in der IGV Psychiatrie



Ab 2007

Ab 2008

Ab 2009



Diesbezüglich sind auch unterschiedliche Krankenkassen innerhalb dieser Vertragsentwicklungen involviert, wie zum Beispiel die TK mit einem prospektiven Budgetmodell, die Securvita-Krankenkasse mit einem Modell der Vergütung auf Basis der Normkostenprofile (Zuweisungsbeiträge aus dem Morbiditätsrisikostrukturausgleich), die AOK mit Budgetverträgen unter Einschluss der Regelversorgung und die GWQ mit Fallkomplexpauschalen.

Hier zeigt sich, dass je nach Vertragsziel und -architektur unterschiedliche Anreizsysteme vergütungsseitig realisiert werden. Entsprechend unterschiedlich sind je nach Budgetwirkung die Verteilung von Vertragsflexibilität einerseits und Höhe der Risikoübernahme (medizinische und ökonomische Verantwortung) für die Vertragsnehmer andererseits. Dies gilt es bei den Vertragsverhandlungen als normativen Kontext, unter Berücksichtigung der leistungs-, gesellschafts-, steuerrechtlichen Aspekte zu berücksichtigen. Interessant ist, dass Krankenkassen mittlerweile verschiedentlich intendieren, innerhalb der Vergütungsstruktur für Integrierte Versorgungsverträge und je nach Versorgungslage der einzuschreibenden Versicherten unterschiedliche Finanzierungsalternativen einzubinden.

Daraus kann ein Finanzierungsmix aus einem patientenorientierten Budget für Patientinnen/Patienten mit einer bestimmten Krankenhaushistorie, Pauschalen für extrastationäre Versorgung sowie ein Basisbudget für Versicherte zur Stabilisierung und langfristigen Betreuung entstehen. Derartige

intelligente Finanzierungssysteme (Vergütungsmix) wurden bisher nur in Ansätzen diskutiert, konnten aber bislang noch nicht in die Praxis umgesetzt werden.

Derartige Vergütungssimulationen, bezogen auf sehr individuelle Verlaufsformen der Versicherten, stellen eine fachliche und ökonomische Herausforderung für die Vertragsnehmer dar und sind trotz nachweisbarer positiver Ergebnisse einer intensiven ambulanten Behandlung vertragstechnisch nur schwer umsetzbar.

Ein besonders interessantes aber in der Fachöffentlichkeit sehr kritisch diskutiertes Vergütungsmodell stellt das »Predictive Modelling« (prognostische Kostenkalkulation als Vorhersagemodell der Techniker-Krankenkasse) dar. Hier werden anhand von zwei gesundheitsökonomischen Annahmen (LOH, Homogenisierung von Vergütungsgruppen) anhand von vielfachen Splitvariablen ein virtuelles Versorgungsbudget kalkuliert, das anhand dieser Variablen in unterschiedliche Vergütungsgruppen spezifiziert wird, um so einen leistungsgerechten Case-Mix prognostisch zu kalkulieren. Das Resultat stellt wirtschaftlich eine echte Herausforderung für die Vertragsnehmer dar, da die kassenseitige Kalkulation auf einer 100 % Potentialberechnung erfolgt, die Einschreibung der Versicherten aber in der Regel wesentlich geringer ausfällt und somit die Umsetzung eines ökonomisch belastbaren Case-Mix deutlich erschwert wird.

Insgesamt jedoch lässt sich feststellen, dass bei aller Heterogenität der Vertragsarchitekturen und der Finanzierungssysteme die Anreizsystematik grundsätzlich darauf fokussiert, dass ein Mitteltransfer aus dem stationären in den ambulanten Bereich durch die Vertragsmodellierung initiiert wird.

Psychiatrische Behandlung und Integrierte Versorgung - Chancen und Risiken für die Gemeindepsychiatrie

Nils Greve

In den letzten Jahren sind Verträge der Integrierten Versorgung (IgV) gemäß §§ 140 a ff SGB V deutlich innovativer als in den Anfängen dieser neuen Versorgungsform. Sie ermöglichen den Aufbau einer ambulanten Komplexbehandlung, verbunden mit Alternativen zur stationären Krankenhausaufnahme (»Rückzugsräume«, »Krisenwohngruppen« u. Ä.). Durch individuell angepasste und erforderlichenfalls zeitintensive sowie aufsuchende Behandlung können voraussichtlich Hospitalisierungen in nennenswertem Maße überflüssig gemacht werden.

Diese neue Form der IgV-Verträge, für die stellvertretend das »Netzwerk psychische Gesundheit« (NWpG) der Techniker-Krankenkasse und das Vertragswerk »Seelische Gesundheit leben« (SeGel) der BKK-Managementgesellschaft GWQ Service Plus AG stehen, können Auswege aus bisher unüberwindlich scheinenden Sackgassen der Versorgungsstrukturen weisen, aber auch neue Risiken mit sich bringen.

Chancen

Die genannten Verträge eignen sich dazu, einen der letzten großen weißen Flecken auf der Landkarte der psychiatrischen Versorgung in Deutschland zu schließen: Die krasse Unterfinanzierung ambulanter Behandlung mit der Folge, dass aufwändige Behandlung, die auch in akuten Krisensituationen Halt gibt, nur als (teil-)stationäre Maßnahme im Krankenhaus zur Verfügung steht.

Die Kombination von Soziotherapie, ambulanter psychiatrischer Pflege, Erreichbarkeit von Fachkräften rund um die Uhr, psychoedukativen Gruppen, aufsuchender Behandlung, sofort verfügbarer psychotherapeutischer Beratung und Unterstützung in akuten Krisen und Krisenbetten mit der ärztlichen und psychotherapeutischen Regelbehandlung (einschließlich psychiatrischer Institutsambulanzen) ist im Rahmen der Verträge vorgesehen. Sie wird personenzentriert organisiert, ist multiprofessionell und multikonzeptionell und wird trotz des Zusammenwirkens mehrerer Akteure im Idealfall vom Patienten »wie aus einer Hand« erlebt.

Diese ambulante, bei Bedarf aufsuchende Komplexbehandlung bietet gute Aussichten, eine Vielzahl von akuten Krisen ohne die sonst unvermeid-

liche teil- oder vollstationäre Krankenhausbehandlung zu bewältigen. Dafür sprechen sowohl internationale Erfahrungen aus Ländern mit ähnlichen regional vernetzten ambulanten Strukturen (Need Adapted Treatment in skandinavischen Regionen, Crisis Resolution Teams und Assertive Community Treatment in Großbritannien u. a.) als auch erste Daten aus Regionen vor allem in Norddeutschland, die mit dem NWpG-Vertrag schon einige Zeit arbeiten.

Die relative Freiheit der Leistungserbringer durch Pauschalfinanzierung ermöglicht die Verwirklichung innovativer Therapiekonzepte. So lehnen sich viele Regionen des NWpG-Vertrages explizit an das bereits genannte, stark psychotherapeutisch ausgerichtete finnisch-schwedische Modell der Bedürfnisangepassten Behandlung (Need Adapted Treatment) und des Offenen Dialogs an, erbringen die Vertragsleistungen in erheblichem Maße aufsuchend (Home Treatment) und beteiligen Psychiatrieerfahrene (insbesondere Ex-In-Absolventen) und Angehörige im Sinne des Dialogs an der Erbringung von Leistungen.

Insgesamt ermöglichen die Verträge eine »intelligente«, auf die Bedürfnisse des Einzelfalls ausgerichtete Steuerung der Hilfen: An die Stelle der »paketförmigen« Organisation in Form von Krankenhausstationen und Tageskliniken mit ihrem umfassenden Behandlungsangebot treten ambulante Netzwerke, die für jeden Patienten und seine soziale Umgebung die erforderlichen Behandlungselemente flexibel und »modulförmig« zusammenführen.

Eine weitere große Chance könnte darin liegen, dass die Verträge einen verbindlichen Verbund der beteiligten Leistungserbringer vorsehen. Diese Verbindlichkeit ist erheblich größer als in den bisherigen »Gemeindepsychiatrischen Verbänden«, weil sie mit Leistungsverträgen, Finanzierung aus einem gemeinsamen »Topf« und Absprachen aller Beteiligten zur Behandlung in jedem Einzelfall einhergeht. Insofern könnten die hier entstehenden Kooperationsbeziehungen durchaus ein Modell darstellen, das Ideal des *Gemeindepsychiatrischen Verbundes* um die Erprobung vertraglich gesicherter Kooperationsstrukturen zu bereichern.

Allerdings sind in diese Kooperation nur Leistungserbringer kassenfinanzierter Leistungen der Behandlung einbezogen. Entgegen dem unglücklich gewählten vollmundigen Begriff »Integrierte Versorgung« umfassen die Vorschriften der §§ 140 a–d SGB V ja nur Leistungen einer »Integrierten Behandlung« und fördern somit die Vernetzung der daran beteiligten Leistungserbringer; die Einbeziehung von Leistungen aus anderen Sozialgesetzbüchern werden durch diese Regelungen nicht stimuliert.

Andererseits wird sie dadurch aber auch nicht erheblich erschwert. Da es sich bei den Vertragspartnern der beiden IgV-Verträge größtenteils um gemeindepsychiatrische Träger mit langjähriger Erfahrung in der Vernetzung psychiatrischer und psychosozialer Hilfen handelt, können diese die durch die IgV neu hinzukommenden Leistungsarten in ihre bestehenden Netzwerke integrieren im Sinne ganzheitlicher personenzentrierter Hilfen. Diese Chance scheint nach den Berichten aus den beteiligten Regionen bisher in sehr unterschiedlichem Maße genutzt zu werden, zum Teil werden wohl zur Umsetzung der neuen Verträge zunächst eigene Parallelstrukturen aufgebaut, die erst im zweiten Schritt mit den Hilfen gemäß SGB XII usw. zusammengeführt werden.

Risiken

Den genannten Chancen stehen unverkennbar auch Nachteile und Risiken gegenüber, die in erster Linie daher rühren, dass es sich bei den IgV-Modellen um Selektivverträge einzelner Kassen mit einzelnen Leistungserbringern oder ihren Managementgesellschaften handelt, die zum Teil außerhalb der detaillierten Vorschriften des SGB V agieren können und nicht – oder nur in geringem Maße – der Kontrolle durch die Organe der Selbstverwaltung oder die zuständigen Behörden unterliegen.

Diese rechtliche Ausgangssituation führt, wenn sie denn in nennenswertem Maße umgesetzt wird, zu einer Zersplitterung der ansonsten einheitlichen Strukturen des Gesundheitswesens. Aus der Sicht der Leistungserbringer bedeutet das, sich auf die unterschiedlichen Bestimmungen der IgV-Verträge mit jeder Krankenkasse einzeln einzustellen, mit jeweils anzupassenden Behandlungsabläufen, Dokumentationen, Vergütungen und weiteren Vorschriften.

Für die Patienten entsteht zunächst die Hürde der Entscheidung, sich in das Vertragswerk ihrer Krankenkasse einzuschreiben. Diese Prozedur ist nach bisherigen Erfahrungen keineswegs niederschwellig, so dass sich lediglich zwischen 10 und allenfalls 30 Prozent der in Frage kommenden Versicherten für eine Teilnahme entscheiden.

Daraus ergibt sich für die eingeschriebenen und die nicht eingeschriebenen Patienten sowie für die Versicherten verschiedener Krankenkassen eine unterschiedliche Versorgungsqualität – überspitzt gesagt, »die Guten ins Töpfchen, die Schlechten ins Kröpfchen«. Die Einrichtungen der Regelversorgung, insbesondere die Krankenhausstationen, können so zur Restgröße

für solche Patienten werden, die Mitglieder der »falschen« Kassen sind oder sich für eine Teilnahme an der Integrierten Versorgung nicht entscheiden wollen oder können.

Mit der Einschreibung kann für die teilnehmenden Versicherten eine Einschränkung ihrer Wahlfreiheit verbunden sein: Zum einen, weil sie sich mit ihrer Unterschrift verpflichten, nach Möglichkeit die Behandlung durch Vertragspartner in Anspruch zu nehmen, und zum anderen, weil die Vertragspartner eine etwaige Krankenhausbehandlung aus der Vergütungspauschale bezahlen müssen (»Malus Regelung«) und darum ein starkes wirtschaftliches Interesse daran haben müssen, ihren Patienten eine stationäre oder teilstationäre Behandlung möglichst wenig nahezu legen.

Der letztgenannte Faktor ist allerdings wohl darum nicht von großer Bedeutung, weil Patienten, die sich in einen solchen Vertrag einschreiben, dies ja selbst darum tun, weil sie lieber auf ambulant-aufsuchender Basis als im Krankenhaus behandelt werden wollen.

Ein anderer möglicher Nachteil der IgV-Verträge könnte in der Förderung der bereits erwähnten Parallelstrukturen liegen: Wenn in einer Region die IgV-Netzwerke außerhalb vorhandener gemeindepsychiatrischer Verbundstrukturen entstehen, könnten letztere dadurch auch geschwächt oder gefährdet werden.

Eine weitere Variante von Parallelstrukturen könnte dann zustande kommen, wenn es nicht gelingt, psychiatrische Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen im Sinne einer schrittweisen Ambulantisierung an der Umsetzung der Verträge zu beteiligen. Derzeit sind ja offensichtlich in vielen Regionen die Akutstationen überbelegt, so dass die Krankenhausträger gute Gründe haben, eine Aufstockung ihrer Bettenkapazitäten zu betreiben. Das würde der Intention der IgV-Verträge zuwider laufen.

Schließlich soll noch darauf hingewiesen werden, dass einige der neueren Verträge, so auch NWpG und SeGel, einen Teil der Budgetrisiken auf die Leistungserbringer verlagern – diese verpflichten sich, alle vertraglichen Leistungen zu erbringen, unabhängig davon, ob die Pauschalvergütungen dafür im Einzelfall ausreichen oder nicht. Längere Krankenhausaufenthalte einzelner Patienten können durchaus eine erhebliche wirtschaftliche Gefährdung für den jeweiligen Vertragspartner der Kassen bedeuten. Erst bei relativ großen Zahlen eingeschriebener Versicherter, die erfahrungsgemäß nicht rasch erreicht werden, wird dieses Risiko unbedeutend. In den bereits aktiven Regionen ist dieses Problem allerdings bisher gut beherrschbar gewesen.

Ökonomische Partialinteressen zeigen sich leider auch darin, dass nunmehr Hersteller von Pharmaka und medizinischen Geräten vom Gesetzgeber (durch das Arzneimittel-Neuordnungsgesetz) offiziell eingeladen wurden, Vertragspartner der Integrierten Versorgung zu werden. Die Vorreiter dieser Entwicklung, die AOK Niedersachsen und die Tochter I3G GmbH des Pharmaherstellers Janssen-Cilag, beteuern zwar, eine Verquickung von Interessen sei in ihrem Vertrag ausgeschlossen; eine langfristige Strategie, die auch eine Zusammenführung der Geschäftsfelder Pharma und Integrierte Versorgung beinhaltet, wird man Janssen-Cilag aber wohl unterstellen dürfen.

Bewertung

Zusammengefasst handelt es sich bei den neueren Verträgen der Integrierten Versorgung in der Psychiatrie um Projekte mit großen Chancen, aber auch erheblichen Risiken. Sie geben uns endlich die Möglichkeit, die neue Versorgungsform der ambulant-aufsuchenden Komplexbehandlung breitflächig zu erproben, in diesem Zusammenhang neue Strukturen aufzubauen und diese in vorhandene Verbundversorgungen einzubetten und von einer stark institutionszentrierten zu einer mehr personenzentrierten, flexiblen Akutbehandlung zu gelangen. Gemeindepsychiatrische Träger können mit Hilfe dieser Verträge ihre schon bisher breite Palette psychiatrischer Angebote vervollständigen, und sie erhalten neue Möglichkeiten, mit ihren regional zuständigen Krankenhausträgern verbindliche Kooperationsbeziehungen einzugehen.

Neben krankenhausbasierten Modellen des Home Treatment und des regionalen Krankenhaus-Gesamtbudgets (Itzehoe, Geesthacht u. a.) entsteht so ein weiteres Modellprojekt der Ambulantisierung und der Überwindung der starren Sektorgrenzen im Bereich der psychiatrischen Behandlung.

Konsequenzen

Alle diese Modelle sollten auf ihre Wirksamkeit und Kosteneffizienz hin evaluiert werden, erforderlich hierfür wäre wohl ein Zeitraum von etwa fünf Jahren. Als Ergebnis dieser Auswertung sollten sie dann aus ihrem experimentellen und privatwirtschaftlichen Sonderstatus herausgeholt und – soweit sie sich bewährt haben – in die öffentlich-rechtlich verfasste und kontrollierte Regelversorgung übernommen werden.

Wünschenswert ist daher eine Transparenz und öffentliche Kontrolle der Verträge. Sie sollten so rasch wie möglich die Leistungserbringer aller

Sektoren – Kassenärzte und psychotherapeuten, Krankenhäuser, Gemeindepsychiatrie – sowie alle Kassen einbeziehen, um eine weitere Zersplitterung der Versorgung zu verhindern. Die Selektionslogik des Einschreibeverfahrens sollte zugunsten einer Ausweitung auf alle Patienten schrittweise überwunden werden.

Schließlich sollten die neuen Verträge in die regionale Bedarfsplanung für den Krankenhausbereich einbezogen werden. Angesichts geringer Zahlen eingeschriebener Versicherter mag man bisher zwar noch keine großen numerischen Auswirkungen auf den Bettenbedarf erwarten. Sollten die Verträge aber ihren bisherigen Aufschwung hoffentlich fortsetzen können, ist mit einer geringeren Nachfrage nach stationärer und teilstationärer Krankenhausbehandlung durchaus zu rechnen.

II Neues Entgeltsystem für Krankenhäuser

Einleitung

Heinrich Kunze, Stefan Wöhrmann

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) von 2009 wird eine Neuregelung der Vergütung der psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatischen Krankenhausbehandlung vorgegeben. Das Gesetz schreibt die schrittweise Entwicklung und Einführung eines neuen tagesbezogenen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Kliniken im Sinne eines »lernenden Systems« vor. Die Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BPfV) im KHRG hat zum Ziel, in den Kliniken die Personalausstattung nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) als Startvoraussetzung der Entwicklung des neuen Entgelts nach § 17 d KHG wieder herzustellen. Bis zur zunächst kostenneutralen Umstellung der Finanzierung ab dem Jahr 2013 sollen die Partner der Selbstverwaltung, die Spitzenverbände der GKV und PKV sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) unterstützt durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem entwickeln. Der *Entwicklungss*prozess führt seit 2010 an den Krankenhäusern für Psychiatrie und für Psychosomatik (Erwachsene) und für Kinder- und Jugend-Psychiatrie und -Psychotherapie zu einem großen Mehraufwand an Dokumentation.

Das Symposium befasste sich mit dem durch die »Eckpunkte« (31.08.2011) angekündigten Gesetz zur *Einführung* des neuen Entgeltsystems von 2013 an bis 2021. Uns war es wichtig, dass Krankenhausbehandlung nicht nur leistungsgerechter und transparenter, sondern auch wirksamer und sparsamer wird. Dies soll auch zur Realisierung der erfreulicherweise seit Jahren steigenden Inanspruchnahme von Behandlung durch Menschen mit psychischen Erkrankungen beitragen. Eine Allianz sonst getrennt – oder gar gegeneinander – agierender Seiten entsteht mit dem gemeinsamen Ziel, im Rahmen der Entwicklung des neuen Entgeltsystems für Psych-Krankenhausbehandlung geeignete Wege zu diesem Ziel zu verstärken.

Dr. Stephan Rinckens beschreibt aus der Sicht der ärztlichen Leitung eines kleinen, gemeindepsychiatrisch orientierten Fachkrankenhauses die Versuche und Widerstände, die Behandlung am individuellen Bedarf und den Bedürfnissen der erkrankten Personen, ihrer Angehörigen und ihres

sozialen Kontextes auszurichten, in enger Zusammenarbeit mit den anderen medizinischen und gemeindepsychiatrischen Dienstleistern. Dabei wirbt er besonders für eine Kultur des Vertrauens, entgegen dem vom Finanzierungssystem stimulierten Misstrauensaufwand.

Die Länder sind nicht primär für die Entwicklung des Entgeltsystems zuständig, sie mischen sich jedoch ein aus ihrer Verantwortung für das Versorgungssystem (Gesundheit und Soziales) sowie die finanzielle Belastung der Länder, der Krankenkassen und damit auch der Beitrags- und Steuerzahler. Aus dieser Perspektive zieht Andreas Hauk für die Seite der Bundesländer eine kritische Zwischenbilanz unter Bezug auf den aktuellen Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom 29./30. Juni 2011.

Wichtigen Verbänden der Krankenkassen geht es nicht nur um Sparen, wie viele Tagungsteilnehmer meinen, sondern ebenso um bessere Wirksamkeit von Krankenhausbehandlung. Deshalb kommt das dritte Impulsreferat von Jürgen Malzahn. Er berichtet über Vorschläge einiger Bundesverbände der Krankenkassen, die Entwicklung des neuen Entgeltsystems zu nutzen für effizientere Versorgung, die den Patienten besser nutzt und möglichst sparsam wirtschaftet.

Personen- und lebensfeldorientierte Krankenhausbehandlung

Stephan Rinckens

Als ich eingeladen wurde, aus unseren Erfahrungen in Mönchengladbach heraus ein Impulsreferat zu halten, habe ich zunächst gezögert.

Für Impulse, habe ich gedacht, sind doch die Leuchttürme mit ihren Projekten zuständig. Und im Sinne innovativer Finanzierungsmodelle oder Aufbau neuer Versorgungsstrukturen sind wir kein Leuchtturm.

Wir mühen uns eher mit dem klassischen sektorierten Finanzierungsmodell ab und machen dabei vielleicht das ein oder andere Experiment. Trotzdem bemühen wir uns eben in diesem klassischen Finanzierungsmodell täglich um die Umsetzung einer personen- und lebensweltorientierten Krankenhausbehandlung.

Ich kann Ihnen also im Moment nur von den Mühen des Alltags berichten und hoffe dabei weder larmoyant noch fundamentalistisch zu werden. Auch hoffe ich, dass ich hier nicht »Eulen nach Athen« trage, wenn ich unseren psychiatrisch-psychotherapeutischen Alltag und das, was wir innerhalb dieses Systems im Hinblick auf die Entwicklung von Integration der Bereiche tun können, beschreibe.

Ein Impuls, denke ich, kann es dennoch sein. Ein Impuls nämlich, nicht erst auf ein anderes Finanzierungssystem und damit sozusagen auf eine bessere Welt zu warten, sondern sich jetzt schon auf Kooperation und Aufbau von Vertrauen einzulassen und die jeweiligen institutionellen Eigeninteressen zugunsten des Gemeinsamen einmal zurückzustellen. Aber eine bessere Unterstützung unseres Bemühens durch das neue Finanzierungssystem wünschen wir uns auch. Es wäre schön, wenn auch die ökonomischen Anreizfaktoren in die gleiche Richtung zielen würden.

Zunächst also ein kleiner Überblick über unsere – noch kurze – Geschichte als psychiatrische Klinik und die aktuelle Situation in unserem Versorgungsgebiet:

Unsere Klinik wurde 1972 gewissermaßen als ein »Kind der Psychiatriereform« gegründet. Der Landschaftsverband Rheinland hatte Gebäude und Grundstück des Städtischen Krankenhauses übernehmen können. Zunächst sollte hier eine Abteilung der benachbarten großen LVR-Klinik speziell für chronisch psychisch Kranke eingerichtet werden. Herr Prof. Kulenkampff und Herr Dr. Veltin entschlossen sich jedoch dann, hier mit den Ideen der Psychiatriereform ernst zu machen und eine pflichtversorgende Abteilung

für die damals noch selbständige Stadt Rheydt mit ca. 130.000 Einwohnern aufzubauen.

Ab ca. 1978, nach der Fusion der beiden Städte Mönchengladbach und Rheydt, wuchs das Versorgungsgebiet auf knapp 200.000 Einwohner. Für dieses Einzugsgebiet haben wir in Mönchengladbach 130 vollstationäre Plätze, 36 Tagesklinikplätze und 42 Plätze (NRW Krankenhausplan) im Bereich Soziale Rehabilitation sowie eine Institutsambulanz. Im Rahmen der Neuordnung der Pflichtversorgungsgebiete werden wir voraussichtlich im Jahr 2014 die Pflichtversorgung für die ganze Stadt Mönchengladbach mit ca. 270.000 Einwohnern übernehmen.

Dann stimmen das Versorgungsgebiet der Klinik und das Stadtgebiet überein. Die Klinik wird dann noch einmal um 40 vollstationäre Plätze und 20 Tagesklinikplätze wachsen (sofern wir dann noch in diesen Kategorien denken werden). Ich betone das, weil es leichter ist, sich im Wachstum weiterzuentwickeln als im Schrumpfen. Aus unserer Sicht sind das also ideale Voraussetzungen für die Weiterentwicklung regionaler Versorgungskonzepte.

In den ersten Jahren der Klinik wurden in Mönchengladbach, wie in vielen anderen Regionen der Bundesrepublik zu dieser Zeit auch, gemeindepsychiatrische Strukturen aus der Klinik heraus, jedoch in sehr guter Kooperation mit der Stadt aufgebaut. Das Projekt des Aufbaus gemeindepsychiatrischer Versorgung wurde im Rahmen des Modellprogramms der Bundesregierung gefördert und der Aufbau gelang unter diesen Bedingungen und mit engagierten Mitarbeitern sehr gut. Es war Aufbruchsstimmung.

In den 1990iger und frühen 2000er Jahren setzte dann ein Prozess der Verselbständigung des aus der Klinik und von Klinikmitarbeitern gegründeten Reha-Vereins ein. Der Verein hat sich emanzipiert. In der Klinik begann gleichzeitig ein Prozess der Konzentration auf die eigenen, inneren Angelegenheiten: Es wurden diagnosebezogene Behandlungskonzepte ausgearbeitet, Qualitätsmanagementstrukturen aufgebaut, ein Neubau errichtet und die inneren Abläufe neu geordnet.

Kurz: Auch eine Institution muss gut gepflegt werden, wenn sie verlässlich und nachhaltig arbeiten soll.

Gleichzeitig ist die Entwicklung auch außerhalb weitergegangen:

Im Rheinland wurden, durch den LVR gefördert, Sozialpsychiatrische Zentren (SPZ) eingerichtet und der Bereich des ambulant betreuten Wohnens (insbesondere durch die Finanzierung über Fachleistungsstunden) stark ausgeweitet.

Einerseits ist hier ein Markt mit eigener Marktgesetzlichkeit von Angebot und Nachfrage entstanden, andererseits wächst hier eine große Kompetenz zur Begleitung von psychisch Kranken mit ihren Krisen in ihrem Lebensumfeld heran bzw. ist bereits herangewachsen.

Ich möchte hier nicht missverstanden werden! Ich halte diesen Ver selbständigungsprozess der Klinik und des ambulanten Bereichs für sehr wichtig! Die Klinik muss ihre Perspektive und ihre Strukturen auch pflegen und unser Reha-Verein die ambulante Perspektive entwickeln und einbringen. Kooperation besteht ja nicht darin, dass jeder alles (und keiner etwas) macht, sondern darin, dass man mit den anderen und ihren Standpunkt achtend zusammenarbeitet.

Dies sei an einem kleinen Beispiel verdeutlicht: Wir lernen das beidäugige Sehen nur, wenn die leicht unterschiedlichen Bilder beider Augen gleichermaßen anerkannt und miteinander in Deckung gebracht werden. Gelingt das nicht, schielen wir oder leiden unter alternierenden Doppelbildern und wissen nicht, auf welches wir uns gerade verlassen können. Gelingt es uns, gewinnen wir eine zusätzliche Dimension. Damit das aber gelingt, müssen beide Augen auch Gelegenheit haben, sich zu entwickeln.

Entwicklungspsychologisch betrachtet müssen sich dazu Phasen der Individuation und Differenzierung mit Phasen der Aussenorientierung und Integration abwechseln. Für diese pulsierenden Spiralbewegungen (innen-außen) braucht es eine tragfähige Atmosphäre. Die gilt es immer wieder herzustellen.

Natürlich haben auch wir in den letzten Jahren erheblich unter der 15-jährigen Budgetdeckelung gelitten. Ein Aufatmen kam dann mit dem viel diskutierten Krankenhausfinanzierungsreformgesetz. Jetzt, diesen Herbst, gelingt es uns nun endlich, die finanzierten PsychPV Stellen auch zu besetzen. Wir sind zuversichtlich, zum Ende des Jahres endlich die 100 % PsychPV erreichen zu können.

Ich bin jetzt seit fünf Jahren in Mönchengladbach. Als ich kam, habe ich zwei gut entwickelte, selbständige einander gewogene Partner, Klinik und Verein, kennengelernt. Mit der Größe der Bereiche und der entstandenen Vielfalt der Anbieter gerade im Betreuten Wohnen geht es jetzt nicht mehr um Mangelverwaltung sondern um die Entwicklung tragfähiger, vertrauensvoller Kooperation.

In den letzten Jahren hat sich unsere Zusammenarbeit, die zu Beginn noch von der personalen Kontinuität der ersten Jahre getragen war, in vielen kleinen Projekten auch für die «jüngeren» Kollegen wieder intensiviert. In diesem Som-

mer haben wir schließlich zusammen mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst, der Stadt Mönchengladbach und dem Landschaftsfahrensverband Rheinland einen Gemeindepsychiatrischen Verbund gegründet. In diesem Herbst hoffen wir auf eine rege Beteiligung und Erweiterung unseres GPV durch andere Anbieter von »BeWo« Leistungen in Mönchengladbach.

Als Klinik brauchen wir die Unterstützung und Anregungen durch die ambulanten Kollegen, um uns von der diagnose- und fallbezogenen Perspektive zur personenbezogenen und lebensweltbezogenen Perspektive weiterentwickeln zu können. Wir leben nicht mehr in einer Anstalt, die das Leben innerhalb und außerhalb der Klinik veranstaltet und wollen das auch nicht. Und auch der Blick auf die einzelne Behandlungsepisode ist bei den kürzer gewordenen Verweildauern in der Klinik für viele unserer Patienten nicht mehr angemessen. Hier brauchen wir die selbständige und eigenständige Perspektive aus der Gemeinde, um gemeinsam die Arbeit weiterzuentwickeln.

Wir tun das durch gemeinsame Fortbildungen, gemeinsame Verlaufsgespräche mit den Patienten und ihren Wohnbetreuern und Angehörigen, die Intensivierung der Arbeit mit den Hilfeplänen, Zusammenarbeit mit Psychoseseminaren und Selbsthilfegruppen, die Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege, den Pflegestationen, den Seniorentagesstätten und Seniorenheimen, den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und vielen anderen kleinen Dingen im Alltag.

Wenn man nicht immer auf die Zahlen schielen muss und die Belegung insgesamt stimmt, dann kann man auch in dem klassischen Finanzierungsmodell schon eine Menge tun. Auch wenn das Finanzierungsmodell solche Ansätze nicht explizit fördert, sind sie doch eigentlich in der PsychPV zum Teil jedenfalls mitgedacht. Aus rein betriebswirtschaftlicher Sicht sind sie sozusagen die Kür. Aber sie sind möglich und machen die Arbeit soviel zufriedenster.

Mit neuen Finanzierungsmodellen haben wir bisher nur vorsichtig experimentiert. Aber wir machen solche Experimente. Nicht weil wir denken, dass durch eine Vielzahl unterschiedlicher IV Modelle die Integration wirklich besser würde. Im Gegenteil. Die beschriebene Gefahr des Flickenteppichs und der Parzellierung der Versorgung sehen wir auch als Risiko in Mönchengladbach. Wir machen solche Experimente trotzdem, damit wir auch konkret selber den Perspektivenwechsel erleben können und dadurch unsere Kooperationsfähigkeit weiter entwickeln. Sie können auch sagen, es sind die notwendigen Fingerübungen für die Entwicklung von Vertrauen und Kooperation; sozusagen unsere »Sehschule« für das beidäugige Sehen.

Im Folgenden einige Beispiele für solche Entwicklungsaufgaben oder kleinen Experimente.

- Durch Umgestaltung unseres Aufnahmekonzepts gelingt es uns besser, in den Abklärungsuntersuchungen die Perspektive des Patienten, seines Umfeldes und ggf. seiner ambulanten Behandler zu berücksichtigen. Inzwischen spiegelt sich das auch in den Behandlungsplanungen und auch in den Entlassungsberichten wieder. Z. T. konnten wir das gegenfinanzieren durch die Abrechnung der sog. Abklärungsuntersuchungen über die Krankenkassen.
- Ein inzwischen schon klassisches Instrument für solche Experimente ist natürlich unsere Psychiatrische Institutsambulanz (PIA). Hier können auch die stationär tätigen Kolleginnen und Kollegen schon recht früh in ihrer Weiterbildungszeit Erfahrungen aus der ambulanten Perspektive heraus machen und die Kolleginnen und Kollegen der Ambulanz können auch während der stationären Behandlung den Kontakt halten. Dies fördern wir durch Zuordnung der entsprechenden Stationen und Ambulanzbereiche zu einer Oberärztin bzw. einem Oberarzt.
- Wir haben unser Ergotherapieangebot erweitert und auch zur Nachbehandlung stationärer oder tagesklinischer Patienten geöffnet. Damit erhalten Patienten die Möglichkeit, sich langsam aus der Klinik zu verabschieden und auch vom niedergelassenen Nervenarzt weiter in die Klinik kommen zu können. Unser Ergotherapie Team übt sich so auch in der ambulanten Perspektive und macht die Erfahrung, welche Bedeutung sie in der Beziehungskonstanz für unsere Patienten nach der Entlassung haben.
- Unser Reha-Verein bietet weiterhin Soziotherapie und ambulante psychiatrische Pflege zu Lasten der Krankenkasse als Kostenträger an, obwohl die Finanzierung schwieriger und schlechter ist als die von betreuten Wohnleistungen zu Lasten des Sozialhilfeträgers. Wir bleiben trotzdem bei diesem Modell, da wir das Subsidiaritätsprinzip in der Kostenträgerschaft wichtig finden und weil diese Art der Hilfe zunächst zugänglicher und für Familien oft auch weniger stigmatisierend ist. Wir machen damit gute Erfahrungen.
- Wir organisieren und gestalten das Psychose Seminar mit Angehörigen und Betroffenen zwischen Klinik und Reha-Verein gemeinsam.
- In der Zeit größter Personalnot haben uns niedergelassene nervenärztliche Kolleginnen bei der Aufrechterhaltung unseres Bereitschaftsdienstes nachts und am Wochenende unterstützt. Auch dies war eine Erfahrung

gelungener Kooperation, an die wir nun im wieder etwas entspannteren Alltag anknüpfen können.

- Wir haben eine Verbindungsarztstelle zwischen der Klinik und dem Sozialpsychiatrischen Dienst wieder eingerichtet. D. h., einer der Kollegen in fortgeschrittener Weiterbildung kann im Sozialpsychiatrischen Dienst mitarbeiten, so die ambulante und auch die amtsärztliche Perspektive hinzu gewinnen und das Verständnis dieser Seite in die Klinik einbringen. Außerdem bietet sich hier die Möglichkeit, die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin zu erwerben.

Dies ist eine Auswahl der innerhalb der klassischen Finanzierungsstrukturen möglichen Experimente. Darüber hinaus haben wir Anfang des Jahres einen IV-Vertrag als Experiment begonnen. Auf Initiative der AOK haben wir diesen Vertrag mit der Managementgesellschaft 3GL (nicht zu verwechseln mit I3G!) geschlossen. Zielgruppe dieses IV-Vertrags sind Patienten mit leichten bis mittelschweren Depressionen, die bereits längere Zeit im Krankengeldbezug sind und im Bereich der niedergelassenen Kollegen wegen der Wartezeiten noch keine oder eine zu geringe Behandlungsintensität erfahren. Es ist nicht eigentlich unsere Kernklientel, aber wir haben uns auf dieses Experiment auf Bitten der AOK eingelassen und unsere Kollegen können in diesem Rahmen die ambulante Perspektive kennen lernen und wichtige sozialmedizinische Erfahrungen sammeln.

Aktuell stehen wir in Verhandlungen mit der Techniker Krankenkasse zu einem weiteren IV-Vertrag. Auch den sehen wir als ein Experimentierfeld, um aus der Klinik heraus in stärkerem Umfang ambulante Erfahrungen machen zu können und gerade mit diesem Technikerkrankenkassenvertrag auch die feste Ressourcenzuordnung zu ambulanter oder teilstationärer oder stationärer Behandlung etwas lockern zu können.

Gerade diese IV-Experimente würden wir sicher noch lieber mit unseren Partnern im GPV gemeinsam machen und uns hier in eine gemeinsame Leistungserbringung teilen. Dafür fehlen uns aber noch die passenden Strukturen. Gerne würden wir z. B. einen Vertrag nach dem Muster des IV-Vertrags in HH-Eppendorf umsetzen. Wir glauben aber, dass wir bis dahin noch einen Entwicklungsweg vor uns haben. Wir müssen eben ambulant auch so gut behandeln und kooperieren können. Dazu gehört eine nachhaltig gute personelle Ausstattung ebenso wie eine ausreichende Erfahrung.

Begegnung und Lernen findet in Raum und Zeit statt. Und all diese kleinen Experimente bieten Raum und Zeit für Begegnung und für Erfah-

nung. Vertrauen als Kernstück einer gelingenden Integration der sektorierten Versorgung entsteht aber nur aus Erfahrung in Begegnung. Dafür braucht es eben Raum und Zeit. Deshalb alle diese vielen kleinen Projekte und Experimente.

Naiv könnte man denken, es wäre so einfach: Ein Finanzierungsmodell muss nur Raum und Zeit finanzieren, sonst nichts! Alles andere ist unsere Verantwortung! Nur braucht es, damit ein solches Finanzierungsmodell entwickelt werden und funktionieren kann, auf beiden Seiten Vertrauen und Verantwortung. Auch diese beiden korrespondierenden und zutiefst personalen Eigenschaften können sich nur in der Begegnung, im gelebten Leben, in der Arbeit entwickeln. Und auch dafür braucht es Raum und Zeit. Auch dafür die genannten Experimente.

Diese Experimente machen nicht nur Arbeit und manchmal auch Frust, sie machen auch Freude und sie machen uns beweglicher. Sie werden zwar durch das klassische sektorierte Finanzierungssystem nicht gefördert, aber sie sind in dem bisherigen System zumindest bereits möglich.

Soweit ein Zwischenbericht aus Mönchengladbach, einer früheren Modellregion, mit einer nach wie vor guten Tradition, aber noch ganz klassischen Finanzierungsstrukturen.

Ich möchte aber die Gelegenheit nutzen, noch einen anderen Gedanken mit Ihnen zu teilen, eine Beobachtung und einen Impuls zur Diskussion:

Vertrauen kommt von trauen. Ich traue jemandem, wenn ich nichts Böses von ihm erwarte. Vertrauen ist die Steigerung von trauen. Ich vertraue jemandem, wenn ich von ihm nicht nur nichts Böses sondern sogar mit Sicherheit Gutes erwarte. Das erfordert dann aber, dass ich jemandem, dem ich vertrauen möchte, auch seine Freiheit lassen muss. Sonst kann er mich ja nicht überraschen und mir etwas Gutes tun! Ich muss dem anderen die kreative Freiheit lassen mich mit etwas Gutem zu überraschen, sonst kann ich ihm nicht vertrauen, sondern mich nur auf ihn verlassen, ihm bestenfalls trauen.

Wir erleben aber mit allen unseren Manualen und Behandlungspfaden, der OPS Erfassung, den Qualitätsmanagementstrukturen, etc. eine Zeit des Festlegens, des Reglementierens, des Kontrollierens.

Gefordert werden Transparenz, Sicherheit und Vorausberechenbarkeit des Anderen in der Begegnung. Auch ich halte Transparenz unserer Kliniken, Öffentlichkeit und Kontrolle durch Besuche und Öffentlichkeit gerade in der Psychiatrie für sehr wichtig. Aber nicht Transparenz selbst führt zu Vertrauen, sondern die Erfahrung, dass der andere mir Gutes tut! Zuviel kontrollie-

ren, zählen und festlegen fördert eher eine Kultur des Misstrauens und nicht des Vertrauens. Dafür hat Herr Deister den Begriff »Misstrauensaufwand« zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern geprägt. Ausgehend von der positiven Erfahrung der Vertrauenskultur zwischen Kliniken und Krankenkassen in Schleswig-Holstein, die dort eine wesentliche Voraussetzung für die Budgetmodelle zur Erprobung integrierter Behandlungsprozesse ist, wurde dieser »Misstrauensaufwand« im klassischen System umso spürbarer. Diesen Aufwand sparen zu können, würde einen echten Ressourcengewinn darstellen.

Jeder kann sich selbst fragen, ob das nicht sogar schon eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung ist und kein isoliertes Problem der Psychiatrie! Mir jedenfalls erscheint es als ein Symptom innerhalb der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung.

Lassen Sie mich das noch mit einer anderen Überlegung im Rückblick auf die Psychiatriereform in der Bundesrepublik verknüpfen:

Die Psychiatrie-Enquête konnte eine so nachhaltige Wirkung entfalten, weil sich damals psychiatrische Fachleute und politisch Verantwortliche verbündet haben und weil in der Gesellschaft eine breite politische Auseinandersetzung stattfand. Dies war eine Auseinandersetzung mit autoritären, auf Unterordnung und Herrschaft ausgerichteten Strukturen der Gesellschaft. Dadurch war eine breite Öffentlichkeit für die Missstände in der Psychiatrie sensibilisiert und bereit, die Initiativen der Fachleute und politisch Verantwortlichen mitzutragen und zu begleiten. Meine These ist, dass die Psychiatrie-Enquête nur dadurch Erfolg haben konnte, dass eben auch gesamtgesellschaftlich diese Diskussion (damals um Autorität und Herrschaft) geführt wurde.

Aus dieser ersten These, die ich gerne den damaligen Akteuren und heute noch aktiven Kollegen zur Diskussion stelle, möchte ich gewissermaßen als Analogie eine weitere These für unsere aktuelle Situation und die Bemühungen um ein neues Finanzierungssystem ableiten:

Wenn meine Überlegungen zu der gesamtgesellschaftlichen Kultur des Vertrauens oder Misstrauens zutreffen, dann brauchen wir auch heute wieder eine breite Diskussion zu diesem Thema, zur Kultur des Vertrauens und wider die Kultur des Misstrauens, für eine Kultur der gemeinsamen Erfahrung und Begegnung und wider die immer weitergehende Ausweitung von Kontrolle und gegen das »Fliegenbeine-Zählen« in der Psychiatrie.

Gerade aus unserer psychotherapeutischen Arbeit mit schwer kranken Patienten und insbesondere aus der Erfahrung und Begegnung mit psy-

chorekranken Menschen sollten wir wissen, dass immer mehr Kontrolle, immer höhere Transparenzforderungen und ein immer weiter getriebener »Misstrauensaufwand« nicht zu einer Kultur des Vertrauens beitragen und nicht gegen Misstrauen und Verfolgungsgefühle helfen.

Hilfreich ist hier nach meiner Überzeugung nur die gemachte Erfahrung, dass der andere in der Begegnung mir Gutes will und tut. Diese Erfahrung kann ich aber nur machen, wenn ich mich in vielen kleinen Projekten und Experimenten immer wieder auf die Begegnung einlasse, bereit bin Erfahrungen zu machen und die Experimentierfelder achtsam, aufmerksam und verantwortungsvoll und dann eben auch transparent gestalte.

Zwischenbilanz und Anforderungen der Länder an das neue Entgeltsystem

Andreas Hauk

Die Länder sind nicht vorrangig an der Entwicklung eines Entgeltsystems für die psychiatrische Behandlung im Krankenhaus beteiligt. Es ist aber so, dass wir die Bedeutung dieses Vorgangs nicht unterschätzen. Dabei geht es auch um eine vernünftige finanzielle Steuerung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung durch ein leistungsorientiertes Vergütungssystem. Ebenso wichtig ist uns aber die Verbesserung der Rahmenbedingungen für eine qualitative Fortentwicklung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung und zwar

- im Krankenhaus selbst und
- sektorübergreifend durch die Einbeziehung der ambulanten Versorgungsstrukturen bis hin – aber das ist leider noch Vision – zu den komplementären Strukturen der Gemeindepsychiatrie.

Es gibt dazu einen Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) vom 30. Juni dieses Jahres, der darauf gerichtet ist, dass in der weiteren Entwicklung die Chancen, die in dem Prozess zur Entwicklung des neuen Entgeltsystems liegen, auch genutzt werden.

Die GMK bewertet in ihrem Beschluss die bisherige Entwicklung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Leistungen kritisch. Derzeit ist nicht erkennbar, wie der gesetzgeberische Auftrag, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem zu entwickeln und einzuführen, im Hinblick auf die Durchgängigkeit und Leistungsorientierung hinreichend umgesetzt wird. Die GMK hält insbesondere die Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen in das Vergütungssystem für unerlässlich. Solange lediglich die stationären und teilstationär erbrachten therapeutischen Kernleistungen und körperliche Diagnostik in den Operationen- und Prozedurenschlüsseln abgebildet werden, ist nur ein geringer Teil der Kosten leistungsgerecht zuzuordnen. Dies entspricht aber nicht der gesetzlich geforderten Leistungsorientierung. Das ist der erste Punkt.

Zum Zweiten kann nach Auffassung der Länder nicht von einem durchgängigen Entgeltsystem gesprochen werden, solange

- ambulante Leistungen
- Modelle für sektorübergreifende Versorgungsansätze und

- die besonderen Leistungen im Bereich der Kooperation zur Sicherstellung der regionalen Pflichtversorgung unberücksichtigt bleiben.

Die GMK hat in ihrem Beschluss daher an die beteiligten Akteure appelliert, den bisherigen Umsetzungsstand ggf. unter Zuziehung eines Forschungsinstituts oder eines Expertengremiums – der Vorschlag der APK, einen Beirat einzubringen geht auch in diese Richtung – kritisch zu überprüfen. Außerdem sind die Länder dezidiert der Auffassung, dass die derzeit modellhaft erprobten alternativen sektorübergreifenden Finanzierungsmodelle einzubeziehen sind.

Zum fachlichen Hintergrund des Beschlusses der Gesundheitsministerkonferenz:

Wir haben ja in den Ländern seit einigen Jahren festzustellen, dass die Krankenhausbetten jährlich anwachsen. Das ist ausschließlich auf den Aufwuchs der Psychiatrie/ Psychosomatik-Betten zurückzuführen und belastet nicht nur die Krankenkassen, sondern auch die Länderhaushalte bei der Investitionskostenförderung. Die deutliche Zunahme der vollstationären Behandlungsfälle in der Psychiatrie scheint ein Indiz dafür zu sein, dass etwas im System nicht stimmt. Und da sollten wir uns – wenn es um Versorgung und Finanzierung in der vollstationären Psychiatrie geht – von der gesellschaftspolitischen Dimension, nämlich der erheblichen Zunahme der psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren, die auf gesellschaftliche Entwicklung zurückgeführt wird – vom erhöhten Leistungsdruck in der Schule und am Arbeitsplatz bis zu den Bedrohungen der Globalisierung – nicht ablenken lassen.

Es gibt nämlich Hinweise dafür und das wird vielleicht auch heute noch deutlich, dass nicht alle Patienten, die stationär behandelt werden, diese Form der Behandlung auch wirklich benötigen würden. Sie könnten vielmehr zu einem großen Teil auch ambulant oder teilstationär behandelt werden, wenn es dafür mehr Angebote gäbe. Hier sollten wir nicht abwarten müssen bis dies durch Studien noch besser wissenschaftlich belegt ist, zumal dies von Praktikern bestätigt oder zumindest nicht geleugnet wird. Was wir brauchen ist also ein ausreichendes ausdifferenziertes ambulantes und teilstationäres Behandlungsangebot, um den Anstieg der stationären Behandlungsfälle zu stoppen oder wenigstens zu begrenzen. Das allein wird allerdings nicht ausreichen: Entscheidend wird sein, dass es gelingt, endlich zu einer sektorübergreifenden integrierten psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung zu kommen.

Ein solches Versorgungsmodell scheitert bisher nicht an der Bereitschaft der Psychiater und Psychotherapeuten als Behandler in Einrichtungen oder Praxen. Es scheitert an dem immer noch bestehenden finanziellen Fehlanreiz in der Krankenhausfinanzierung, wonach die stationäre Behandlung für die Klinikträger lukrativer ist als alles andere. Die Frage ist nur, wie eine Finanzierungsart gefunden werden kann, die den bestehenden Anreizeffekt umkehrt und ambulante Behandlung finanziell belohnt. Dabei muss natürlich eine Verschlechterung der Behandlungsbedingungen in den psychiatrischen Klinikstationen vermieden werden.

Der wesentliche Hinweis für ein Entgeltsystem, das den bisherigen finanziellen Fehlanreiz zur vollstationären Behandlung ersetzen könnte, ergibt sich nach Auffassung der Länder aus dem Gesetz, wenn § 17 d KHG ausdrücklich regelt, dass die vorhandenen Modellprojekte mit einbezogen werden können. Hier geht es insbesondere um regionale Globalbudgets mit mehrjähriger Laufzeit und um Modelle der integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V.

Soweit der Beschluss der Länder-Gesundheitsminister.¹

Die Diskussion ist seither weitergegangen und mir scheint es einleuchtend, dass wir zur Einbeziehung der Modellprojekte weitere Überlegungen anstellen müssen. Ich denke, es bedarf in jedem Fall der Weiterentwicklung der gesetzlichen Vorgabe zur Präzisierung und Erleichterung von Modellvorhaben zur psychiatrischen Versorgung.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Anreize müssen m.E.

- speziell für psychiatrische Modelle geregelt werden,
- so gestaltet werden, dass sie eine flexiblere Behandlung der Patientinnen und Patienten auch in ihrem Lebensumfeld erleichtern und
- gleichzeitig darauf abgestimmte alternativen Vergütungsmodelle zur Einbeziehung in das neue Vergütungssystem nach § 17d KHG ermöglichen.

Die ersten beiden Punkte wären wohl in den §§ 63 und 64 SGB V ergänzend aufzunehmen. In § 17 d KHG bedarf es einer Ergänzung zur Entwicklung von einheitlichen Vorgaben zur Umsetzung der Modellvorhaben, die sicherstellen

1 s. http://www.apk-ev.de/Datenbank/themen/0149_GMK%2006-2011%200028_001.pdf

müssen, dass die Ergebnisse und Dokumentationen der Modellprojekte für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems genutzt werden können. Hier hat die APK den Vorschlag gemacht, ab 2013 mit der budgetneutralen Phase bei der Einführung des neuen Entgeltsystems zweispurig vorzugehen:

A: die Modellkliniken mit personenbezogenen und integrativen Behandlungsformen entwickeln die bisherige Leistungsbeschreibung fort und bringen eine ihrem jeweiligen Modell angepasstes Vergütungssystem mit seinen Leistungsbeschreibungen in das »lernende« Gesamtsystem ein

B: die Regelkliniken mit den traditionell sektoral getrennten Behandlungsprozessen führen zunächst das hierfür entwickelte Entgeltsystem ein.

Aus meiner Sicht ist das ein zielführender Ansatz, wenn es wirklich darum geht,

- ein lernendes System zu installieren (das setzt ja neue, alternative Inputs voraus) und
- die von allen Seiten beklagten Sektorengrenzen zu überwinden.

Meine Damen und Herren,

es sieht so aus, dass das Bundesgesundheitsministerium die Zielrichtung des GMK-Beschlusses, mit der die Länder ja nicht alleine stehen, im Ansatz aufgegriffen hat. Jedenfalls hat es in seinen Eckpunkten zur Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Einführung des Psychiatrie-Entgeltsystems § 17 d KHG die Stärkung sektorübergreifender Ansätze mit aufgenommen. Die AG-Psychiatrie der Länder wird sich am Donnerstag damit im Einzelnen befassen und voraussichtlich eine Stellungnahme beschließen, der ich heute an dieser Stelle noch nicht vorgreifen kann.

Ich will abschließend folgendes festhalten: Die Antwort auf die Frage, wie es gelingt, das Krankenhausentgeltsystem im Rahmen eines sektorübergreifenden Finanzierungsmodells ohne den bisherigen finanziellen Anreiz zur stationären Unterbringung zu entwickeln wird der Maßstab sein, an dem die Länder die weitere Entwicklung dieses Entgeltsystems messen werden.

Ausgestaltung des neuen Entgeltsystems aus Sicht von Krankenkassenverbänden

Jürgen Malzahn

Vorbemerkungen

Einige Vorbemerkungen mit Blick auf die Diskussion möchte ich mir an der Stelle doch erlauben. Zunächst zu Herrn Hörstel mit der Frage nach der Überfrachtung, die entsteht, sofern eine Entgeltreform auch eine Patientenorientierung durch Sektor übergreifende Elemente enthält. Es gibt zwei Möglichkeiten: entweder man begreift die Aussagen von Herrn Rosemann, Herrn Steinhart und Herrn Heinz heute morgen im Plenum als Sonntagsreden, die man ganz im Allgemeinen mal wieder als Perspektive der psychiatrischen Versorgung in die Welt setzt. Oder man nimmt das, was man dort gehört hat und was auch hier beklascht worden ist, ernst und versucht zumindest erste Schritte in diese Richtung in der Realität umzusetzen. Ich für meinen Teil bin ein Anhänger der zweiten Variante und von daher wird auch mein Vortrag sich in diese Richtung bewegen.

Ich möchte insbesondere bei den praktischen Punkten von Herrn Rinckens noch einmal ansetzen. Herr Rinckens hat darauf hingewiesen, das bestehende Entgeltsystem stützt sektorübergreifende lebensfeldorientierte Versorgungskonzepte dem Grunde nach nicht, aber finanziell gut ausgestattete Krankenhäuser können damit experimentieren.

Und auch unter genau diesen Fragestellungen wollen wir hier weiter kommen. Nach 15 Jahren Erfahrung im Krankenhausbereich mögen Sie mir bitte glauben, was sich mir in dieser Zeit sozusagen eingebrannt hat. Vergütungssysteme im Allgemeinen, seien es stationäre, seien es Sektor bezogene, seien es Sektor übergreifende Formen: Wenn in einem System Fallpauschalen bezahlt werden, dann führt das dazu, dass Liegezeiten sich tendenziell verkürzen. Ein pflegetagorientiertes System produziert Pfllegetage. Und wenn die ökonomische Situation es nahe legt, Patienten wenig ambulant vertragsärztlich zu behandeln, weil eine Quartalspauschale nur ca. 45 Euro im Durchschnitt beträgt, dann kommen diese Patienten sehr viel schneller in die stationäre Versorgung, schon deshalb, weil viele Fachärzte ihre Zeit eher für Psychotherapie nutzen, denn die Psychotherapie wird mit 80 Euro pro Stunde vergütet. Das hat dann wenig mit Vertrauen zu tun, sondern schlicht und ergreifend mit finanziellen Anreizen, die steuern.

Was sagen die Kennzahlen?

Ich werde sie mit einigen Zahlen am Anfang hier kurz noch einmal in die Debatte einführen. Aber ich will den Hinweis nicht unerwähnt lassen, den Herr Kunze gegeben hat: Es geht hier nicht um Aussagen zum Bedarf, sondern ich stelle schlicht und ergreifend Zahlen und auch einige Entwicklungsparameter dar. Die erste Zahl, die Sie hier sehen, ist eine Darstellung der OECD, aus der hervorgeht, dass in Deutschland die standardisierte Rate an vollstationären Fällen die aller anderen Staaten übersteigt. (Abbildung 1)

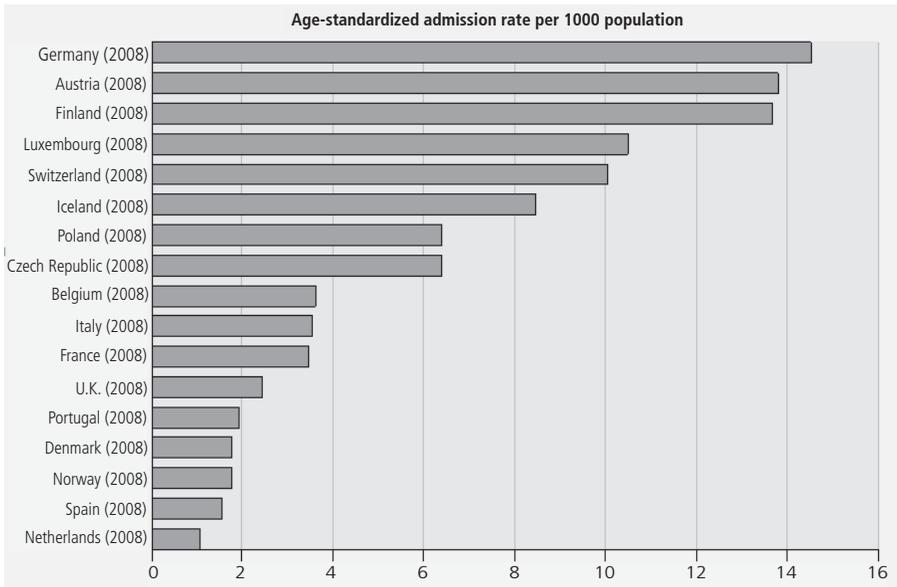


Abb. 1: Fallzahl je 1.000 Einwohner: Deutschland ist Spitzenreiter bei psychiatrischen Diagnosen

Mit der durchschnittlichen Verweildauer bei den stationären Fällen liegt Deutschland im oberen Drittel. (Abbildung 2)

Die aus meiner Sicht zentrale Abbildung 3 – hier geht es lediglich um den Trend, nicht um den Bedarf – zeigt, dass die Anzahlen der Fachabteilungen, die der Fälle, der Belegungstage und der Betten im stationären Sektor schlicht und ergreifend seit 2002 ff. Schritt für Schritt bundesweit gestiegen sind (Daten des Statistischen Bundesamtes).

Inter-country comparison of hospital in-patient admission rates, average length of stay and day-cases

Main diagnosis: Mental and behavioural disorders

ICD codes: ISHMT: 0500

Age: All ages

Sex: Both

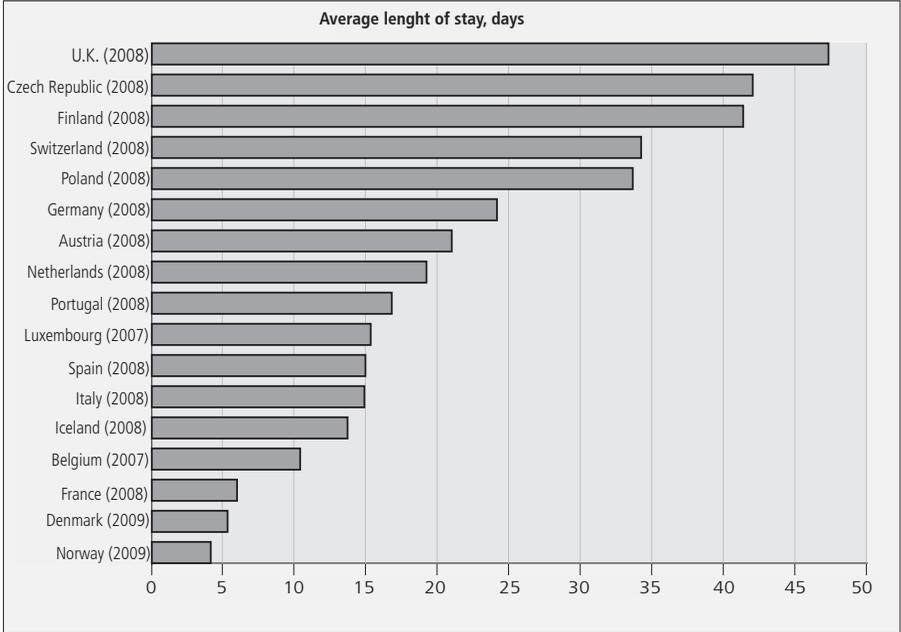


Abb. 2: Durchschnittliche Verweildauer: Deutschland im oberen Drittel bei psychiatrischen Diagnosen

Ziele der Entgeltreform im DRG- und Psych-Bereich

Der Gesetzgeber hat nicht das erste Mal eine Entgeltreform durchgeführt, sondern ist mit dem § 17 d dem § 17 b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) gefolgt. Worauf ich hinweisen möchte ist, dass die Ziele zur Einführung der DRGs im somatischen Bereich relativ klar definiert waren. Hier sollte die leistungsbezogene Vergütung der Krankenhäuser mehr Transparenz bewirken. Der Gesetzgeber hat in seiner Begründung 2000 auch gesagt, es geht um eine Stabilisierung der Ausgaben, eine Verkürzung der Verweildauer und um eine Stärkung des Wettbewerbs der Krankenhäuser untereinander, das zusammen zu einem Strukturwandel inkl. Zentrenbildung und ähnlichen Entwicklungen führen sollte. Die Zentrenbildung ist nach DRG-Begleitforschung bisher nicht erfolgt. Die anderen hier aufgeführten

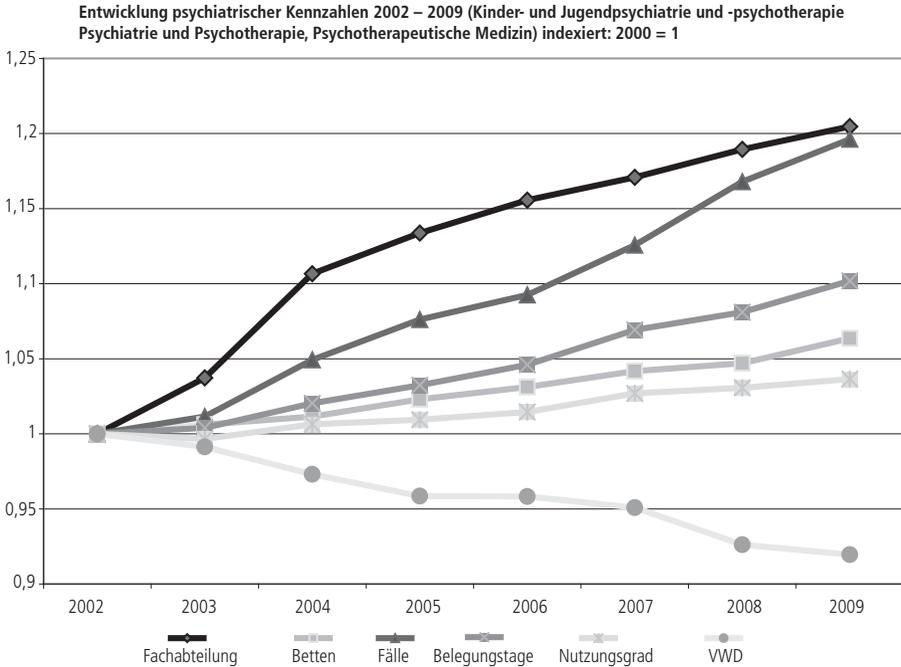


Abb. 3: Deutschland: Signifikanter Anstieg von Fachabteilungen und Fallzahlen ab 2003

Ziele inkl. »Geld folgt der Leistung« mag man in mehr oder weniger großem Umfang für den somatischen Bereich als erreicht ansehen können.

Die Ziele des pauschalierten Entgeltsystems im Psych-Bereich sind 2009 nicht so klar formuliert worden. Es geht primär um leistungsbezogene Vergütung und Transparenz, mittelfristig auch um die Einführung von flexiblen Vergütungsmodellen z. B. Patientenbudgets und die Integration der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) im Sinne der Prüfaufträge, die hier schon mehrfach genannt worden sind. Der Auftrag im KHG – den Herr Hauk klar beschrieben hat – lautet allgemein, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage tagesbezogener Entgelte einzuführen. Das lässt sich in der Form klar im Gesetz nachlesen und auf dieser Basis hat die Selbstverwaltung einen Zeitplan geschaffen, der 2009 zu einer Vereinbarung über die Grundstrukturen des neuen Entgeltsystems geführt hat. In 2010 wurde mit der Datendokumentation nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), Operationen- und Proze-

durenschlüssel (OPS) u. a. begonnen. Es gab die Debatte um den OPS, die sie alle gut kennen. Es gab eine erste Probekalkulation jetzt im Jahre 2011, die allerdings noch keine Fragen vom Ergebnis her beantwortet, um das mal vorsichtig zu bewerten. Es wird jetzt weiter kalkuliert werden und es sieht auch so aus, dass wir zum Jahr 2013 den Umstieg in die 17-d-Welt bekommen werden. Und das ist auch gut so.

Nichtsdestotrotz, und da bin ich dann schon nah an den Punkten, die von Herrn Hauk auch angesprochen wurden: Die bisherige Umsetzung des § 17 d KHG ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes nicht frei von jedweder Kritik. Wir haben die Situation, dass wir die Prüfaufträge im Bereich PIA etc. derzeit nicht umgesetzt sehen und gemäß § 17 d soll ab 2013 die Krankenhausbehandlung von psychisch kranken Kindern und Erwachsenen in ein tagesbezogenes, pauschalierendes Entgeltsystem, aber nur für teil- und vollstationäre Behandlung, überführt werden. Und wir haben die Ausgangslage, dass die Inanspruchnahme durch Patienten mit psychischen Störungen zunimmt. In der Gesetzesbegründung zum KHG steht auch ganz klar, dass die Möglichkeit einer sektorübergreifenden Versorgung berücksichtigt werden soll. Wir sehen aber keine sektorenübergreifenden Ansätze. Wir sehen es als einen Fehlanreiz, dass wir derzeit eine Struktur haben, in der notwendige ambulante Therapieansätze unzureichend finanziert werden können, und es fehlt eine Entwicklung stationersetzender ambulanter Leistungen, die im Rahmen des 17 d prinzipiell möglich wäre. Der 17 d ist eine wichtige Chance, um eine Weiterentwicklung des Vergütungssystems hin zu einem sektorenübergreifenden Versorgungs- und Vergütungssystem anzuschieben.

Weil Vergütungssysteme auch immer Versorgungsstrukturen im Nachgang beeinflussen, glauben wir auch nicht, dass man diese beiden Punkte inhaltlich voneinander trennen kann und deshalb auch nicht trennen sollte. Das Gegenteil ist der Fall. Wenn man sich zunächst nur mit dem stationären Rahmen beschäftigt, so ist Folgendes abzusehen: Die tagesgleichen Pflegesätze für voll- und teilstationäre Krankenhausbehandlung werden umgebaut in tagesgleiche voll- und teilstationäre Pflegesätze für »medizinisch unterscheidbare Patientengruppen« (17 d Abs. 1).

Das wird mit Sicherheit in allen Krankenhäusern ganz erhebliche Fragen aufwerfen: Kann man mit dem landesbezogenen Basisentgeltwert z. B. depressiv kranke Patienten wirtschaftlich und qualitativ gut versorgen? Was muss man tun, um z. B. für diese Patienten »am Markt« zu bleiben? Ich kann auch keinem Krankenhausgeschäftsführer verübeln, sich genau mit dieser

Frage und zwar prioritär auseinander zu setzen. Das heißt aber auch, dass alle Fragestellungen, die wir heute morgen hier auf der Fachtagung gehört haben, »schlicht weg den Tisch runter kippen«, weil alle Energien im stationären Bereich absorbiert werden, ohne dass ambulante Komponenten im relevanten Umfang an dieser Stelle berücksichtigt werden.

Nach meinen Informationen gilt das bundesweit, was Herr Hauk vorhin mit der Bettenauslastung in Brandenburg gesagt hat: Die meisten psychiatrischen Einrichtungen liegen über 90 %. Und wenn wir jetzt fünf oder zehn Jahre damit vertun, nur ein stationäres tagespauschalierendes System von der einen in eine andere Form umzusetzen, werden wir wahrscheinlich 10.000 bis 15.000 neue Krankenhausbetten in Deutschland gebaut haben. Und wenn wir erst dann ggf. beginnen zu fragen, ob wir durch geeignete Stärkung ambulanter Versorgungsstrukturen und sektorübergreifender Versorgung auch ein anderes Ergebnis hätten erreichen können, dann ist das in der Tat fatal!

Ein gemeinsamer Ansatz von Kassen- und Fachverbänden

Herr Kunze hat es kurz angedeutet: APK, Ackpa, vdek und der AOK-Bundesverband haben sich vor diesem Hintergrund darauf verständigt, dass wir einen erweiterten systemischen Ansatz verfolgen. Wir setzen stärker darauf, dass Versorgungsbudgets – unter Einbeziehung aller Krankenhausleistungen in ein Gesamtbudget – grundsätzlich einen besseren Rahmen bilden, um ambulante Behandlungsformen durch Krankenhäuser stärker zu entwickeln. Ob das nun genau nach dem Modell z. B. von Herrn Deister in Itzehoe passiert oder nach dem Modell von Hanau, gilt es im lernenden System empirisch zu klären, dafür kann der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen schaffen. Welches Modell aber das optimale ist, und welche Probleme dazu gelöst werden müssen, wissen wir im Voraus noch nicht. Deshalb sollte hier auch ein gewisses Ausmaß an Flexibilität für die Verhandlungspartner möglich sein. Aber während der budgetneutralen Phase haben wir Zeit, Erkenntnisse darüber zu sammeln wie diese Systeme wirken und wir sollten uns auf ein System verständigen, wie wir Qualität sichern und vergleichen können, auch sektorübergreifend. An der Stelle des Übergangs von der budgetneutralen Phase zur Konvergenzphase sollten wir einmal inne halten, um darüber nachzudenken und anhand von Daten diskutieren zu können, ob sektorübergreifende Konzepte in der Versorgung psychisch Kranker Menschen den sektorbezogenen Versorgungskonzepten qualitativ und wirtschaftlich überlegen sein könnten.

Modellvorhaben zur Verbesserung der Krankenhausversorgung

Dafür ist es wichtig, dass die Gesetzgebung einiges berücksichtigt. Die Gesetzgebung sollte jetzt genügend Spielraum für Modellprojekte bei der Präzisierung des ordnungspolitischen Rahmens für den § 17 d KHG geben.

Es geht darum, die Möglichkeiten für kollektiv und selektiv vertragliche Abschlüsse in Modellvorhaben in den § 63–65 ff. klar einzubetten. Bestimmte bürokratische Hemmnisse sollten reduziert oder auflöst werden. Bisher sind Modellvorhaben nach § 63 f SGB V eine »Satzungsleistung«. Das ist ein relativ großer Aufwand, den man dann kassenseitig zu durchlaufen hat, um das über alle Hürden zu bringen. Ein weiteres Thema gerade im Rahmen der Psychiatrie ist die Frage der Einschreibungs- und Einwilligungsverpflichtung für die Patienten, ein schwieriger Punkt.

Die Vorschrift einer wissenschaftlichen Begleitung oder Evaluation von Modellvorhaben muss bleiben. Zu empfehlen wäre allerdings, die Ausrichtung auf den Zweck der Systementwicklung zu betonen. Man braucht ggf. Vorgaben zur Bereinigung kollektiver Budgets. Ich bin zwar durchaus ein Freund davon, diese Modellvorhaben kassenartenübergreifend zu machen. Ich habe aber auch keine Lust bzw. würde es für fahrlässig halten, wenn man eine Regelung hätte, mit der eine einzelne Kasse alle andern Kassen, die sich über ein Modellvorhaben einig sind, blockieren könnte. Das würde ich an dieser Stelle als Diktatur der Minderheit über die Mehrheit bezeichnen.

Die Verpflichtung zur Datenübermittlung muss bleiben, um auch klar zu stellen, dass der 17-d-Prozess als Ganzes ein unumkehrbarer Prozess ist. Und es ist auch Zeit, den Psych-Bereich, der mit dem stationären Sektor derzeit relativ wenig Transparenz zumindest für Dritte hat, an der Stelle etwas weiter zu entwickeln. Um das Leistungsgeschehen in psychiatrischen Institutsambulanzen wissen die Kassen in vielen Bundesländern sehr wenig. Im schlimmsten Fall gibt es eine Pauschale und die Patienten KV-Nummer, das ist nicht das, was ich mir unter transparentem Leistungsgeschehen vorstelle.

Damit sind wir zur zentralen Fragestellung vorgestoßen. Wie schaffen wir es, sektorenübergreifende Versorgung in der Psychiatrie in einen gewissen Umfang in Modellprojekten auf die Reihe zu kriegen? Führt das auch zu einem vernünftigen qualitativen und wirtschaftlichen Outcome? Dazu muss man das Modellvorhaben – Vorbereitung, Budgetvertrag, Durchführung, Auswertung, und vor allem das wechselseitige Vertrauen – auf der regionalen Ebene auch organisieren. Ich glaube, man braucht hier auf der einen Seite in der Tat auch etwas gesetzliche Hilfe, aber das Wichtigste ist dann, dass – was

die Redner heute Morgen angesprochen haben – bestimmte Pioniergruppen nach vorne gehen. Ob wir nun – und das ist das Lieblingsstreithema zwischen Herrn Wöhrmann und mir – die Vertragsärzte auch in den ersten Schritten mitdenken müssen oder nicht, da wäre ich einigermassen schmerzfrei. Wenn man die Vertragsärzte mitdenkt, wäre mein dringender Wunsch, dass der Gesetzgeber eine geeignete gerichtsfeste Regelung für die Budgetbereinigung zwischen dem Krankenhaus- und dem KV-Budget mit auf den Weg gibt. Denn dies Problem ohne Gesetzesrahmen durch freie Verhandlungen zu klären – da sind wir uns sofort einig – traut sich kaum jemand zu. Jedem Interessierten an dem Thema kann ich raten, sich die Verhandlung um die Ausgliederung der hausärztlichen Leistungen in Bayern im Zuge des § 73 b Vertrages zu Gemüte zu führen. Das war ein ausgesprochen unerfreulicher Vorgang.

Ich wäre aber auch für einen ersten Schritt durchaus mit Regelungen zufrieden, die sich auf die psychiatrischen Institutsambulanzen und die stationäre Versorgung beziehen. Ich glaube aber auch, dass wir in manchen Regionen ohne gute Kooperationsmodelle mit niedergelassenen Vertragsärzten hier nicht weiter kommen und neige von daher hier zu einer gewissen Offenheit.

»Es gibt nichts Gutes außer: man tut es« (Erich Kästner: Lyrische Apotheke)

III Soziale Teilhabe und Eingliederungshilfereform

Einleitung

Ulrich Krüger, Matthias Rosemann

Ein bedeutsames aktuelles Thema sozialrechtlicher Reform im Jahr 2011 ist die Reform der Eingliederungshilfe (Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft). Für Eingliederungshilfe werden in Deutschland (hauptsächlich aus den Haushalten der Kommunen) im Jahr 2009 über 13 Milliarden Euro aufgewendet. (Zum Vergleich im Gesundheitswesen 2008: 28,7 Milliarden Euro für die Behandlung psychischer Erkrankungen) Insbesondere für schwer und langfristig psychisch beeinträchtigte Menschen ist die Eingliederungshilfe der bedeutendste Leistungsbereich.

Die Eingliederungshilfe für psychisch behinderte Menschen ist immer noch überwiegend einrichtungsbezogen finanziert: Menschen müssen ins Wohnheim einziehen, die Tagesstätte aufsuchen, in der betreuten Wohngemeinschaft leben, die Werkstatt für behinderte Menschen aufsuchen usw., um die Leistungen dieser Einrichtungen in Anspruch nehmen zu können. Vergleichbare Leistungen im eigenen Lebensfeld der hilfebedürftigen Menschen lassen sich oft nicht oder nur unter erheblichen Aufwand finanzieren.

Als Alternative wurde in den 90er Jahren von der AKTION PSYCHISCH KRANKE das Konzept der Personenzentrierte Hilfe für psychisch kranke Menschen entwickelt. Ziel dieser Konzeption ist es, Qualitätsverbesserungen zu erreichen durch:

- konsequente Orientierung am individuellen Hilfebedarf (unter starker Berücksichtigung der individuellen Wünsche)
- Komplexleistung (»Wie aus einer Hand«)
- therapeutische Kontinuität über Maßnahmegrenzen hinaus
- Normalisierung, Hilfen im Lebensfeld
- Vorrang von Selbsthilfe und nicht-psychiatrischen Hilfen

Für die Finanzierung personenzentrierter Hilfen sollten dazu folgende Kriterien erfüllt sein:

- passgenau (d. h. bedarfsorientiert, nicht einrichtungs- oder maßnahmeorientiert)
- flexibel (Anpassung bei sich änderndem Bedarf)

- individuell vereinbart
- Einbezug nicht-psychiatrischer Hilfen

Durch die UN-Behindertenrechtskonvention sind die Aspekte Inklusion/gleichberechtigte Teilhabe, Selbstbestimmung und Partizipation in der internationalen und nationalen Diskussion noch erheblich verstärkt worden. Individualisierung (Personenzentrierung) ist zu einem Megatrend der Organisation von Teilhabeleistungen geworden – allerdings leider noch mehr in der Theorie als in der Praxis. Denn allzu oft stößt die personenzentrierte Ambition auf schwer überwindliche Hindernisse, die sich aus den Vergütungssystemen ergeben.

Vor diesem Hintergrund sind wir sehr erfreut, dass die Bundesländer und das Arbeits- und Sozialministerium einen Prozess zur Reform der Eingliederungshilfe angestoßen haben, der folgende Eckpunkte in den Vordergrund stellt:

- Entwicklung zu einer personenzentrierten Teilhabeleistung durch eine stärkere Berücksichtigung der individuellen Bedarfe und Beachtung des Selbstbestimmungsrechts der Menschen mit Behinderungen,
- Entwicklung eines durchlässigen und flexiblen Hilfesystems sowie
- Schaffung von Beschäftigungsalternativen zur Werkstatt für behinderte Menschen

(siehe: Vorschlagspapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe »Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen« der Arbeits- und Sozialministerkonferenz ASMK vom 3.9.2008)

Herr Künzel hat als Vertreter des Landes Brandenburg den ASMK von Beginn an miterlebt und mitgestaltet. Er legt in seinem Beitrag dessen Verlauf und zentralen Ziele dar.

Der Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben wird im Reformprozess ausdrücklich einbezogen. Allerdings wird im Beschluss der 85. ASMK (13./14.11.2008) noch sehr vorsichtig als Eckpunkt formuliert: »Schaffung von Beschäftigungsalternativen zur Werkstatt für behinderte Menschen«. Das könnte man dahingehend verstehen, dass die Werkstätten unverändert bleiben, aber ergänzend Alternativen geschaffen werden sollen.

Im weiteren Diskussionsprozess wurde jedoch wiederholt unterstrichen, dass das Prinzip der inklusiven Hilfen generell gilt, also auch im gesamten Bereich der Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung. Damit ist nicht nur gemeint, dass die Hilfen darauf ausgerichtet sind, den allgemeinen Arbeitsmarkt zu

erreichen, sondern auch, dass die Hilfen möglichst schon im allgemeinen Arbeitsleben stattfinden, also nicht in gesonderten Einrichtungen für Menschen mit Behinderung.

Ebenso wie im Wohnbereich ist es daher im Arbeitsbereich am sinnvollsten, die Finanzierung der Hilfemaßnahmen komplett vom Ort der Leistungserbringung zu trennen. Die individuell erforderliche Hilfeleistung wird finanziert, nicht der Werkstatt- oder Maßnahme-»platz«.

In Wiesbaden haben der Einrichtungsträger EVIM und der Träger der Eingliederungshilfe (Landeswohlfahrtsverband Hessen) in einem Projekt die Finanzierung einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung individualisiert und vom Leistungsort gelöst: Im Arbeitsbereich der Werkstatt, der über die Eingliederungshilfe finanziert wird, gibt es keine einheitliche Vergütung für den Werkstattplatz mehr, sondern eine am individuellen Bedarf gemessene Vergütung. Frau Pfautsch berichtet von den Ergebnissen dieses wegweisenden Projekts.

Die Reform der Eingliederungshilfe - Grundprinzipien des Gesamtkonzepts und derzeitiger Verfahrensstand

Gerd Künzel

Ich wurde gebeten, die Grundlagen und Grundlinien dessen darzustellen, was die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) – in Bezug auf die Reform der Eingliederungshilfe betreibt. Der Vortrag ist deswegen in vier Abschnitte gegliedert,

1. Der ASMK-Prozess seit 2007
2. Eckpunkte der von den Ländern vorgeschlagenen Reform der Eingliederungshilfe – Zielsetzung und handlungsleitende Grundsätze
3. Derzeitiger Verfahrensstand
4. Die Reform der EGH im Kontext mit anderen aktuellen Entwicklungen

Der ASMK-Prozess seit 2007

2007 war das Startjahr der gegenwärtigen Reformüberlegungen und gleichzeitig der Beginn des ASMK-Prozesses. Verschiedene Impulse kamen in diesem Jahr zusammen:

- das Strategiepapier der A- Länder zur Veränderung der Nachfrage und der Zugangszahlen zu WfbM (21.03.2007),
- die Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen in der Eingliederungshilfe vom 13. Junie 2007 und
- die Vorlagen der KOLS zur Weiterentwicklung der EGH für behinderte Menschen (31.08.2007).

Das Strategiepapier der A-Länder beschäftigte sich mit der Problematik der explodierenden Nachfrage nach Werkstattplätzen und betonte, dass eigentlich bei der Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben die Integration in das normale Erwerbsleben im Vordergrund stehen sollte, was aber in der Wirklichkeit nicht der Fall ist. In den Empfehlungen des Deutschen Vereins für Öffentliche und private Fürsorge wurde – kurz gesagt – gefordert, den Unterschied zwischen den Begriffen ambulant und stationär abzuschaffen.

Die KOLS Vorlagen führten zu einem Auftrag der ASMK durch Beschluss im Jahre 2007, zu einem umfassenden Vorschlagspapier an die ASMK 2008 und seitdem zu jährlichen einstimmigen ASMK Beschlüssen zur Reform der Eingliederungshilfe.

Das inhaltlich wichtigste Papier ist vielleicht schon das Vorschlagspapier von 2008, das die mit einem 16/0 Beschluss aller Länder formulierten Eckpunkte einer Reform näher erläuterte. Im Jahre 2008 ist eine ständige Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf Abteilungsleiter-Ebene gebildet worden. Und was ganz interessant ist, wir haben es seit dem geschafft, bei der Arbeit einen Gleichklang zwischen den Sozialministerien der Länder und dem BMAS zu erreichen. Anfang 2009 sind dann Unterarbeitsgruppen gebildet worden und Begleitprojekte definiert worden, beispielsweise zum Persönlichen Budget und zur Sozialraumgestaltung. Durch den ASMK Beschluss des Jahres 2009 wurde der Prozess der Abstimmung mit den Verbänden gestartet. Die zuvor gebildeten Arbeitsgruppen haben gemeinsam mit den Verbänden weiter gearbeitet. Es war das Ziel, mit den Vertretern der Behinderten und Trägerverbänden ein möglichst weitgehendes Einvernehmen zu erreichen.

Eckpunkte der von den Ländern vorgeschlagenen Reform der Eingliederungshilfe – Zielsetzung und handlungsleitende Grundsätze

Warum formuliert man Eckpunkte für die Reform der Eingliederungshilfe? Wo ist der Reformbedarf? Den erreichten Stand der Behindertenhilfe darf man nicht außer Acht lassen. Sie bewegt sich in Deutschland im Vergleich zu vielen Ländern, für die die UN-Konvention gilt, auf einem außerordentlich hohen Niveau. Außerordentlich hoch heißt auch finanziell gut ausgestattet. Es steckt sehr viel Geld im System. Trotzdem gab es Gesichtspunkte für die Bewertung, dass das Ganze noch nicht vollkommen ist. Das lässt sich darstellen an den Begriffen »ambulant vor stationär«, »Selbstbestimmung« und es macht sich fest an den wesentlichen Parametern, die die UN-Konvention jetzt festgeschrieben hat.

Der wichtigste Ansatz inhaltlicher Art war die Entwicklung der Eingliederungshilfe hin zu einer personenzentrierten Teilhabeleistung, die sich stärker auf die individuellen Bedarfe und stärker auf das Selbstbestimmungsrecht konzentriert. Eigentlich ist es ja schon so, dass die Eingliederungshilfe sehr offen ist für Individualisierungen. Gleichwohl war festzustellen, dass durch die Typisierung von Leistungen und durch die Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Hilfesystemen bei einem faktischen Vorrang stationärer Leistungen diese Personenzentrierung nicht wirklich im Vordergrund stand. Wir kommen in Deutschland – dass muss man so sagen – im Prinzip aus einem Anstaltsdenken. Ich glaube, das ist ihnen gerade hier bei

der AKTION PSYCHISCH KRANKE und bei der Geschichte, die sie in den letzten Jahrzehnten durchlaufen haben, sehr bewusst. Vielleicht nicht ganz so krass wie früher in der Psychiatrie gibt es bei den geistig Behinderten, gerade im Osten Deutschlands, eine Tradition von Großeinrichtungen.

Es geht darum, ein Hilfesystem aufzubauen, das durchlässig und flexibel ist. Die Realität ist demgegenüber speziell bei geistig Behinderten, bei psychisch Kranken nicht so ausgeprägt, so dass, wer einmal in einem Heim war, auch sein Leben lang da blieb. Es gibt relativ wenig Durchlässigkeit. Wer einmal in einer Werkstatt arbeitet, kommt nur sehr selten weiter in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Um diese Durchlässigkeit und die Flexibilität als Ziel ging es bei Beschäftigungsalternativen zur Werkstatt.

Ehrlicherweise muss man sagen, dass die Reformgedanken auch von der Sorge um die Beherrschbarkeit der Kosten der Eingliederungshilfe getragen waren. Die Nettoausgaben der Eingliederungshilfe betragen inzwischen 12 Milliarden Euro. Die Kostendynamik hat viele Ursachen. Die Zahl der betreuungsbedürftigen Menschen wird immer größer. Daran kann man nicht sparen, wenn es auch zu Überlegungen für präventive Hilfen Anlass geben muss.

Es gibt aber auch systemimmanente Elemente:

Ein Element ist, dass in der Vergangenheit die Zuständigkeitsteilung zwischen örtlichen und überörtlichen Trägern für ambulante Maßnahmen und stationäre Maßnahmen dazu führte, dass für den örtlichen Träger der Sozialhilfe jede stationäre Maßnahme der kostengünstigste Weg war, auch wenn sie im Einzelfall erheblich mehr gekostet hat. Hinzu kommen im Sozialhilferecht Differenzierungen bei der Kostenheranziehung, die nach Wohnformen unterscheiden. Das sind relativ starke Impulse, die stationäre Unterbringungsformen begünstigen.

Ähnliches lässt sich für die Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben feststellen: Wenn die Möglichkeit zur Beschäftigung auf dem Arbeitsmarkt finanziell unzureichend ausgestattet ist und die Betroffenen in der Werkstatt einen bessere rentenrechtliche Absicherung haben als in Integrationsfirmen oder anderen arbeitsmarktlichen Beschäftigungsformen, fördert das den Verbleib in der Werkstatt und gleichzeitig steigen die Kosten der Sozialhilfe. Eines der Reformziele ist daher, diese Fehlsteuerungsimpulse abzuschaffen. Es geht um eine Reform, die nicht mit mehr Kosten pro Fall im Schnitt verbunden sein sollte und mit der sogar die Hoffnung verbunden ist, dass ein menschenfreundliches Hilfesystem, ein individualisierteres, letztendlich sogar eher Kosten spart oder Kostenanstiege dämpft.

Der Personenzentrierte Ansatz der Eingliederungshilfe soll erreichen, dass die Leistungen im Einzelfall individuell bedarfsgerecht und flexibel sind unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechts. Die Orientierung an bestimmten Wohnformen soll wegfallen.

Das heißt dann operational, den Hilfebedarf zu ermitteln und dann die notwendigen Fachmaßnahmen zu definieren, die dem Hilfebedarf gerecht werden. Unabhängig davon, ob jemand zu Hause, in einer Wohngemeinschaft oder in einem Setting wohnte, das als Heim bezeichnet wird. Bezeichnungen am Türschild der Haustür sind uninteressant. Es geht immer um dieselben personenbezogenen Maßstäbe.

Das bedeutet auch, dass sich im Vertragsrecht Wesentliches ändert. Fachleistungen sind von den Leistungen zum Lebensunterhalt zu trennen, auch bei bisher stationären Gestaltungen, wo beides sozialhilferechtlich zurzeit integriert ist. Das ist eine Veränderung ist, die nicht ganz leicht zu bewerkstelligen ist und durchaus einige Sorgen erzeugt, obwohl sie ja von allen an den Empfehlungen des deutschen Vereins beteiligten gemeinsam gefordert wurde.

Auf der individuellen Ebene verändern sich die Vorschriften über das Wunsch und Wahlrecht. Es gilt der Vorrang ambulanter Maßnahmen, aber mit dem sogenannten Mehrkostenvorbehalt des geltenden Rechts, der Grenze bei unzumutbaren Mehrkosten. Dies ist eine Vorschrift, die mit der Reform gegenstandslos ist, hierfür sind neue Regeln zu entwickeln.

Für die schwierige Diskussion zu einer geeigneten Neufassung ist darauf hinzuweisen, dass wir uns nach wie vor in einem System der Sozialhilfe bewegen, eines Einkommens- und vermögensabhängigen Fürsorgerechts. Die Sozialhilfe ist ein offenes Leistungssystem, das anstelle von Leistungsbeschränkungen, die in Leistungsgesetzen üblich sind, begrenzt wird durch den Nachrang und die Prinzipien der Erforderlichkeit und der Wirtschaftlichkeit. Es gilt also eine Formulierung zu finden, die das Wahlrecht zwischen gleich geeigneten Maßnahmen zu diesen Prinzipien in ein sinnvolles Verhältnis bringt.

Wenn individuelle bedarfsgerechte Leistungen gefunden werden sollen, dann braucht man dafür ein Verfahren. In der Pflegeversicherung hat der Beirat für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ein neues Bedarfsassessment vorgeschlagen. Dabei ist deutlich geworden, dass wir in der Sozialhilfe gewissermaßen einen Feststellungsrückstand haben. Es gibt das ICF, aber es gibt kein koordiniertes Verfahren, dass das auch nur in einem Bundesland und schon gar nicht auf Bundesebene einigermaßen einheitlich verabredet

wäre. Es gibt Bemühungen, auch der AKTION PSYCHISCH KRANKE selber, um Bedarfsermittlungsverfahren, aber es gibt keine gemeinsame Linie. Insgesamt gibt es in Deutschland trotz SGB IX und der Bemühungen der BAR kein verbindliches Feststellungsverfahren, was es erlauben würde, auch über die Systemgrenzen verschiedener Sozialleistungssysteme hinweg die Grundbedarfe umfassend und einheitlich zu ermitteln.

Von daher ist das Ziel formuliert, zumindest bundeseinheitliche Kriterien zu entwickeln, sowohl zu Verfahren als auch zu Inhalten. Das Verfahren haben wir inzwischen gemeinsam mit den Verbänden definiert. Inhaltliche Vorgaben sind noch offen. In diesem Verfahren soll der Betroffene maßgeblich beteiligt werden und auch die Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Leistungsformen und zwischen den Angeboten haben. Er kann sie kombinieren, da er nicht mehr an einen Träger gebunden ist. Er kann aber auch ein All-Inklusive Angebot wählen.

Hierfür braucht es auch neue Methoden der Steuerung. Das Stichwort heißt »Zielvereinbarungen«, eine Anleihe beim Persönlichen Budget. Es ist noch nicht dasselbe wie die Regelungen über ein Persönliches Budget. Aber das Verfahren geht sozusagen Schritte in diese Richtung, ohne dass das Risiko in demselben Ausmaß den Betroffenen trifft, wie das beim persönlichen Budget der Fall ist. Dazu gehört auch, dass man sich überlegen muss, wie der Erfolg kontrolliert wird. Bisher haben wir Kontrollmechanismen, die eher institutionenbezogen sind. Eine echte Ergebnissicherung in der Sozialhilfe haben wir eigentlich nicht. Hier ist das Stichwort einer personenbezogenen Wirkungskontrolle angesprochen. Es ist zu prüfen, was bei einer Hilfe herauskommt. Tut man das, dann stellt man auch fest, ob die Maßnahme, die vor drei Jahren richtig war, heute immer noch richtig ist oder ob in der Zwischenzeit etwas anderes nötig wäre. Das gehört mit zur Flexibilität und zur Individualisierung.

Schon das geltende Recht des SGB XII enthält eine Regelung über den Gesamtplan. Dies soll zu Verfahrensmaßstäben weiter entwickelt werden, die auch die anderen Beteiligten Sozialleistungsträger einbinden. Typischer Weise sind zumindest Leistungen der Krankenversicherung einzubinden. Bei Menschen mit geistiger Behinderung und psychisch Kranken reden wir über einen Personenkreis, bei dem der Sozialhilfeträger der vorrangige Kostenträger ist. Von daher schlägt die ASMK vor, dieses Verfahren für den Personenkreis der wesentlich behinderten Menschen federführend beim Sozialhilfeträger anzusiedeln.

Derzeitiger Verfahrensstand

Die ASMK Arbeitsgruppe arbeitet jetzt das vierte Jahr an diesem Werkstück, ab 2008 sehr konstruktiv mit dem Bund zusammen. Dann gab es eine Bundestagswahl, die immer zu Verzögerungen, zu einem vorübergehenden Stillstand der Rechtspflege führt. Dies scheint inzwischen überwunden. Es gibt wieder vier neue Unterarbeitsgruppen, die dabei sind, konkrete Gesetzesformulierungen auszuarbeiten. Ziel ist spätestens am Jahresende ein Gesetzentwurf. Die Kosten der Reform sind dabei eine nicht ganz uninteressante Größe. Erst die genauen Gesetzesformulierungen erlauben eine Berechnung, was es kostet. Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung führen zu einem deutlich erhöhten Verwaltungsaufwand. Die ASMK-Beschlüsse enthalten zwei Vorgaben. Erstens ist es nicht Ziel der Reform für die behinderten Menschen, Leistungseinschränkungen vorzunehmen. Zweitens, es muss kostenneutral sein. Kostenneutral bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die die Durchschnittskosten des einzelnen Falles.

Eine Unterarbeitsgruppe beschäftigt sich mit dem Gesamtkomplex des partizipativen Teilhabemanagements. Die zweite Unterarbeitsgruppe klärt die Abgrenzung von Lebensunterhalt und Wohnen gegenüber der Fachleistung. Das ist ein relativ spannendes Thema, weil Fachleistungen und Lebensunterhalt unterschiedlichen Heranziehungsregelungen in der Sozialhilfe unterliegen. Die Idee ist, dass die Menschen mit Behinderung beim Lebensunterhalt genauso behandelt werden, wie alle anderen Menschen auch. Dafür gibt es dann keine Sondervorschriften mehr, es sei denn, zur Berücksichtigung eines behinderungsbedingten Mehrbedarfs. Wenn jemand eine barrierefreie Wohnung braucht, ist das natürlich zu berücksichtigen. Wenn jemand nicht selber kochen kann, dann ist das auch ein Bedarf. Wenn jemand eine bestimmte Diät braucht, kann das auch ein Sonderbedarf sein. Aber ansonsten gelten die Vorschriften über die Grundsicherung bzw. die Hilfe zum Lebensunterhalt wie bei jedem anderen auch.

Eine Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit dem Vertragsrecht. Es gibt eine besondere Arbeitsgruppe zum Sonderproblem Werkstätten. Die Werkstätten sind der Bereich, der in unseren Zusammenhängen am intensivsten durch geregelt ist und dem entspricht das größte Beharrungsvermögen. Es ist eine Institution, die nicht nur genau geregelt ist sondern die auch eine gewisse Sicherheit schafft. Da treten die Befürchtungen vor dem Risiko des Neuen besonders stark auf.

Die ASMK Arbeitsgruppe führt begleitend zum Prozess Gespräche mit den Verbänden. Sie werden wieder konkreter werden können, wenn die Gesetzentwürfe vorliegen. Es gibt eine Gesprächsebene mit den anderen Rehabilitationsträgern. Die Regelungen zum Teilhabemanagement greifen natürlich in das SGB IX thematisch hinein. Und sie überschneiden und berühren sich mit Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Es gibt eine intensive Debatte, weil wir diese Teilhabe stärker verrechtlichen und verbindlicher machen wollen, als das die Empfehlungen der BAR können. Weitere Begleitprojekte, wie die zum Persönlichen Budget und zur Konversion (wie kann stationären Einrichtungen geholfen werden, den Wandel zu bewältigen) sollen die Umsetzung begleiten.

Die Reform der EGH im Kontext mit anderen aktuellen Entwicklungen

Die UN-Behindertenrechtskonvention hat diesen Reformprozess eingeholt und auch ein bisschen überholt. Er wurde inzwischen an die UN Konvention angepasst. Der ASMK Reformgedanke passt hervorragend zur UN-Konvention, zu dem Anspruch der Individualisierung, zu dem Anspruch der Stärkung der Selbstbestimmung und insbesondere auch zu dem Artikel 19 Buchstabe a, wonach die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen treffen, um die freie Wahl des Wohnorts zu gewährleisten und keine Pflicht zum Leben in besonderen Wohnformen zu erzeugen.

Eine ganz andere Schnittstelle war die Gemeinde-Finanzkommission, die zu einem vorläufigen Abschluss gekommen ist. Der Impuls war, die Gemeindefinanzen zu sichern. Es gab eine Reihe von Vorschlägen, die nicht alle behindertenfreundlich waren. Viele sind in die Bund Länder Arbeitsgruppe verwiesen worden. Ich denke, dabei kommen zum Schluss tragbare Dinge heraus.

Wir haben eine Schnittstelle zur Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Behinderte Menschen in Einrichtungen erhalten nach § 43 a SGB XI maximal 256,00 Euro, deutlich weniger als die ambulante Pflegeleistung und als in der stationären Pflegeeinrichtung.

Dies ist eine Vorschrift mit deutlichen Fehlsteuerungsanreizen, die mit der UN-Konvention auch nicht mehr vereinbar ist. Es kommt vor, dass junge Menschen nach einem Unfall in einem Pflegeheim für alte Menschen untergebracht werden. Das hängt damit zusammen, dass die SGB XI Leistungen in einer Eingliederungshilfeeinrichtung nicht in voller Höhe erbracht werden. Es kann ein Verhalten nach Maßgabe der Finan-

zen erzeugen und nicht nach Maßgabe dessen, was der Mensch eigentlich braucht. Das muss man ändern.

Ein interessantes Thema war auch die Instrumentenreform im SGB II-Bereich. Wenn die Menschen den allgemeinen Arbeitsmarkt erreichen sollen – und das ist ja vor allen Dingen auch ein interessantes Thema für psychisch Kranke, für seelisch Behinderte – dann ist bei schwereren Fällen ein Nachteilsausgleich erforderlich. Es gibt viele Menschen, die nie eine 100 % Leistung erbringen werden. Man kann von keinem Arbeitgeber erwarten, dass er in Größenordnungen Menschen beschäftigt, die vielleicht 50/60 % leisten die er aber zu 100 % bezahlen muss. Dies muss man ausgleichen. Es gab die Vorschrift des § 16 e im SGB II, die das ermöglicht hat. Dies ist künftig nur noch für begrenzte Zeit möglich. Die Position des Bundesrats im ersten Durchgang hat sich am Ende nicht durchgesetzt. Bemerkenswert ist, dass dies ausgerechnet unter der Geltung der UN-Konvention geändert wurde.

Schlussbemerkung

Die ASMK betreibt ein Reformvorhaben, das individualisiert und gleichzeitig mehr Qualität bringen soll und auch die Kosten beherrschen kann, weil jeder Euro der richtig eingesetzt wird, besser ist als einer, der falsch eingesetzt wird. Wir glauben auch, dass es am Ende insgesamt kostengünstiger wird, wenn man Menschen zu mehr Selbstständigkeit verhilft. Das ist etwas, was gut zur Umsetzung der UN-Konvention passt.

Es gibt gewisse Gefahren für diese Reform. Die Legislaturperiode ist weit fortgeschritten. Je länger das dauert, umso kritischer werden manche Diskussionen. Eine dieser Gefahren ist die Debatte, ob die Eingliederungshilfe besser im SGB IX geregelt wird. Man kann sicher später manche Regelung ins SGB IX verlagern. Wir möchten nur, dass diese Reform zumindest in den wesentlichen Ansätzen vor Ende dieser Legislaturperiode verabschiedet wird. Dies würde durch eine umfassende SGB IX Debatte gefährdet.

Eine andere Gefahr kann man so beschreiben: Man sagt zwar »das Besere ist der Feind des Guten«, aber in der Politik ist manchmal auch eine gewisse Bescheidung erforderlich. Bestrebungen für ein anrechnungsfreies Grundhilfesystem sind verständlich. Es gibt aber noch kein Bundesleistungsgesetz. Die Länder fordern zwar in fast allen Beschlüssen ein Basisgesetz des Bundes mit Bundesbeteiligung, das dann in einem gewissen Rahmen anrechnungsfrei wäre. Das wird aber nicht in einem Schritt erreicht werden

können. Dazu ist auch aus Sicht der Länder eine Bundesbeteiligung erforderlich. Und man muss sehen, dass die Eingliederungshilfe ein völlig nach oben offenes Hilfesystem ist. Alles, was im Einzelfall erforderlich ist, kann bei entsprechendem Bedarf gewährleistet werden. Leistungsgesetze, wie z. B. das Pflegeversicherungsgesetz, haben demgegenüber immer sachliche Grenzen. Die Begrenzungen der Sozialhilfe liegen anstelle von Leistungsbeschränkungen in den Prinzipien des Nachrangs und der Erforderlichkeit und der Wirtschaftlichkeit. Wenn man zu viel auf einmal fordert, verhindert man möglicherweise die durchsetzbaren Fortschritte. Man muss sich damit abfinden, dass bestimmte Dinge nur in gewissen Schritten weiterentwickelt werden können. Ich hoffe, dass das erfolgreich ist. Die Chancen stehen aus meiner Sicht relativ gut und ich glaube es wäre ein großer Schritt für die Behindertenhilfe.

Personenbezogene Finanzierung in der Eingliederungshilfe Projekt PerSeH Hessen¹

Renate Pfautsch

Es gibt von Seiten der Betroffenen und von Seiten der Politik seit Jahren Forderungen zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe im Sinne der Abkehr von der Institutionsorientierung hin zur Personenzentrierung bei der Leistungserbringung.

Sie werden in den Vorschlagspapieren der Bund-Länder-Arbeitsgruppe »Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen« formuliert, in den sogenannten ASMK-Papieren.

Forderungen zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe im ASMK-Prozess

- Stärkung von Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Selbsthilfepotentialen,
- Zuständigkeit aus einer Hand für alle Teilhabeleistungen, Auflösung der Kategorien ambulant, teilstationär und stationär,
- zielorientierte Gestaltung der Zugänge zum Teilhabesystem durch individuelle Teilhabeplanungen, lokale Koordination und Teilhabestrukturen,
- verbesserte Steuerung und Wirkungskontrolle,
- Leistungsgewährung, die sich am individuellen Teilhabebedarf des Menschen mit Behinderung orientiert und nicht mehr von der Leistungsform, dem Leistungsort und dem Leistungsanbieter abhängt,
- aktive Beteiligung der Betroffenen bei der Steuerung der erforderlichen Hilfen und gewünschten Leistungen.

Die Verfahren und Strukturen bei der Planung, Umsetzung und Finanzierung der Eingliederungshilfe-Leistungen sind in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich.

In Hessen ist der Bereich Eingliederungshilfe beim überörtlichen Sozialhilfeträger, dem Landeswohlfahrtsverband (LWV) Hessen angesiedelt.

Trotz der alleinigen Zuständigkeit gibt es kein einheitliches Verfahren für die Leistungserbringung für die unterschiedlichen Zielgruppen.

1 Praxistest Wiesbaden – Landeswohlfahrtsverband Hessen/EVIM Gemeinnützige Behindertenhilfe GmbH

Ausgangssituation in Hessen

- Es gibt keine systematische Verbindung von individuellem Bedarf, Hilfeplanung/Gesamtplan, Leistung und Vergütung.
- Es gibt unterschiedliche Bedarfserhebungsinstrumente und divergierende Formen von Vergütung (pauschal, plattformbezogen, intensitätsabhängig und zeitbasiert).
- Damit gibt es keine einheitlichen Möglichkeiten für die verschiedenen Personenkreise.
- Es besteht noch immer eine Planung nach den Kategorien ambulant, teilstationär und stationär nach Plattformorientierung: Diese widerspricht mit ihrer Pauschalvergütung institutionell vorgegebener Leistungen personenbezogenen Hilfen.

Um dies zu verändern, hat der Landeswohlfahrtsverband Hessen 2008 den Praxistest für ein Projekt zur personenzentrierten Teilhabeplanung gestartet (nach Vorläuferprojekten in der Gemeindepsychiatrie von 2003 bis 2006).

Ziel ist es, nach der Erprobung in verschiedenen Modellregionen, zukünftig hessenweit ein einheitliches Verfahren der Planung und Finanzierung einzuführen.

Projekt PerSeH

»Projekt zur Weiterentwicklung der personenzentrierten, leistungsbasierten Finanzierungssystematik in der Eingliederungshilfe für erwachsene Menschen mit Behinderung aller Zielgruppen«.

Damit sind folgende Ziele verknüpft:

- Implementierung eines einheitlichen Verfahrens der individuellen Bedarfsfeststellung/Teilhabeplanung, das alle Lebensbereiche berücksichtigt – auch als Gesamtsteuerungssystem in Hessen.
- Verknüpfung dieses Verfahrens mit einer prospektiven, zeitbasierten Vergütung der Teilhabeleistungen.
- Parallel zum inhaltlichen Impuls erhofft sich der Leistungsträger dadurch auch einen Beitrag zur Vermeidung der weiteren Kostensteigerung bzw. eine Kostensenkung.
- Das System soll den bürokratischen Aufwand in Grenzen halten.

Es gibt drei Kernelemente der personenzentrierten Leistungssystematik:

- der Integrierte Teilhabeplan (ITP Hessen) mit Bogen zur Zeiteinschätzung,
- die Hilfeplankonferenz (HPK),
- die zeitbasierte Leistungsvergütung.

Die EVIM Behindertenhilfe hat sich für den Praxistest in Wiesbaden zur Verfügung gestellt

Der Praxistest begann Mitte 2008 und umfasste die gesamte Umstellung der Einrichtungen der EVIM Behindertenhilfe in Wiesbaden (Angebote für Menschen mit psychischer Erkrankung, geistiger Beeinträchtigung und Körperbehinderung in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Tagesstruktur) auf das Instrumentarium ITP (Integrierter Teilhabeplan) und die budgetneutrale Umrechnung der bisherigen Vergütung in das neue Finanzierungssystem. Ab 01.01.2009 wurde die Finanzierung dauerhaft umgestellt.

Was hat uns als Leistungserbringer motiviert:

- unsere Beteiligung und gute Erfahrung an den Vorgängerprojekten,
- Die Möglichkeit der konsequenten Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes,
- eine Flexibilisierung der Hilfen und der individuellen »Leistungspakete«/Raum für klientenbezogene kreative Lösungen,
- die Erreichung einer Durchlässigkeit der Systeme/die Definition der benötigten Leistung unabhängig vom Ort der Erbringung,
- gleiche Voraussetzungen für alle Zielgruppen.

Warum braucht es dazu ein neues Finanzierungssystem

»Was bringt eine differenzierte individuelle Hilfeplanung, wenn am Ende nur eines der institutionellen Leistungspakete herauskommt« – wenn sich wirklich an den Angebotsstrukturen etwas verändern soll, braucht es ein flexibles Vergütungssystem zur Förderung der Abkehr von der Institutionsorientierung hin zur Personenorientierung.

Was soll erreicht werden/was sind die Anforderungen an ein neues Finanzierungssystem:

- größtmögliche individuelle Passgenauigkeit,
- eine systematische Verknüpfung der in der individuellen Hilfeplanung vereinbarten Leistungen mit deren prospektiver Vergütung nach einem zeitbasierten System,

- Schaffung eines standardisierten Verfahrens der Quantifizierung und Verpreislichung parallel zur standardisierten Hilfeplanung,
- hohe Transparenz bzgl. der Leistungen (Zielerreichung) und Geldmengen,
- Vergleichbarkeit,
- Schaffung von Anreizen für Qualität und Mengenkontrolle bei den Leistungserbringern,
- Entwicklung neuer Angebote und Förderung der Ambulantisierung,
- Verminderung der Kontroll- und Verwaltungskosten beim Leistungsträger,
- PerSeH soll die Grundlage für eine regionale Steuerung und Verantwortung bieten (Controlling),
- Einfachheit in der täglichen Handhabung,
- Offenheit für andere Finanzierungsformen wie Trägerübergreifendes Persönliches Budget (TPB),
- Förderung von Wunsch und Wahlrecht der Betroffenen,
- zeitnahe Umsetzung von Leistungen für die Klienten,
- Rechtssicherheit und Konformität mit den gesetzlichen Vorgaben (SGB XII) d. h.
 - Individualanspruch (versus Budgets)
 - Bedarfsdeckungsprinzip
 - Maß des Notwendigen
 - Prospektivität und Vergleichbarkeit
 - Differenzierung
 - Keine geschlossenen Märkte
 - Es muss auf alle Leistungen zur Teilhabe in Hessen anwendbar sein

Wie sieht das neue Finanzierungsmodell aus

Aus den vormals drei Entgeltbestandteilen (Investivbetrag, Grundpauschale, Maßnahmepauschale) wurden zwei Vergütungsbestandteile ermittelt, aus denen sich das neue Entgelt zusammensetzt:

Der *Basisbetrag*, darin sind enthalten die strukturbedingten Bestandteile (z. B. Gebäudekosten, Instandhaltung, Reinigung, Teil Verwaltungs- und Leitungskosten ...). Der Basisbetrag ist orientiert an der vereinbarten Platzzahl.

Der *Maßnahmebetrag* (in Leistungsgruppen), der die leistungs- und intensitätsabhängigen Bestandteile enthält (Umfang von konkreten Angebo-

ten in Zeiteinheiten). Die Ermittlung der personenbezogen benötigten Zeit erfolgt auf Grund einer fachlichen Schätzung und bildet den aufgrund von Erfahrung benötigten prospektiven Umfang zur Erreichung eines Zieles ab (nicht verrichtungsorientiert!)

Dem Maßnahmebetrag (gemäß Leistungsgruppen) liegt ein je Leistungserbringer einheitlicher Geldbetrag pro Zeiteinheit (Minute als Recheneinheit) zu Grunde für alle Einrichtungsarten. Der abrechenbare Maßnahmebetrag in Form einer Leistungsgruppe kann über die vereinbarte Platzzahl hinausgehen. Je Klient sind maximal zwei Basisbeträge und eine Summe von Leistungsminuten in Form von zwei Leistungspauschalen abrechenbar.

Kriterien der Neuen Vergütung

- Einheitliche Preisgestaltung des zeitbasierten Teils (Maßnahmebetrag) für alle Angebotsformen (Wohnen, Tagesstruktur, Arbeit) und Zielgruppen – damit sind die Kosten der direkten Betreuung überall gleich.
- Der individuell erforderliche zeitliche Aufwand der Leistung (Zielerreichung) bestimmt die Kosten der Betreuung (im Gegensatz zum defizitorientierten Finanzierungsmodell)/es gibt keine vorgegebenen Einheiten.
- Ein hoher Anteil der Vergütung ist an den Klienten gebunden.
- Lösung der Zuordnung zu einem bestimmten Platz.
- Schaffung einer Planungssicherheit für Leistungsträger und Leistungserbringer.

Durch die einheitliche Preisgestaltung für alle Angebotsformen in der direkten Betreuung erfolgt eine Verschiebung zwischen den »Säulen« (z. B. Aufwertung der Tagesstruktur).

Wie erfolgt die Umstellung beim Leistungserbringer auf die neue Vergütung

Das bisher vorhandene Budget (Summe aller Entgelte) wird budgetneutral in die neuen Vergütungsbestandteile umgerechnet.

Ermittlung des Basisbetrages:

- Für jeden Leistungsbereich (BW, WH, GdT, TS, WfbM) wird ein Stichtagsbudget gebildet und auf ein Jahr hochgerechnet.
- Dieses Budget wird in struktur- und intensitätsabhängige Leistungen aufgeteilt.

- Der tägliche Basisbetrag ergibt sich aus der Division der Summe der strukturabhängigen Leistungen durch die vereinbarten Plätze der jeweiligen Einrichtung und 365 Tage.

Ermittlung des Maßnahmebetrages:

- Für jeden Klienten wird zu einem Stichtag ein Zeiterfassungsbogen ausgefüllt.
- Die so ermittelten Minuten werden summiert und auf ein Jahr hochgerechnet.
- Die Summe der intensitätsabhängigen Leistungen wird dann durch die Gesamtjahresminute geteilt, daraus ergeben sich die Kosten pro Leistungsminute.

Bei der Umstellung erfolgt eine Plausibilitätsprüfung, das heißt eine Quantifizierung und ein Abgleich der erhobenen Zeiten mit der Leistungskapazität (Personal) der Einrichtungen. Die Summe der am Stichtag erhobenen Leistungsminuten ergibt das »virtuelle Budget« der Einrichtungen, d. h. ihre maximale Leistungskapazität.

Wie bekommt der Klient/der Leistungsträger sein Geld?

Wie bisher ist die Voraussetzung eine Kostenzusage des Leistungsträgers auf der Grundlage des ITP und der Empfehlung der Teilnehmer der HPK.

- Es erfolgt eine Vorstellung des ITP mit Zeiterfassungsbogen in der HPK.
- Dies ergibt eine Zuordnung zu einer Leistungsgruppe.
- Es erfolgt eine Kostenzusage des Leistungsträgers.
- Bei mehreren Maßnahmen nimmt der Leistungsträger die prozentuale Zuordnung vor und erteilt verschiedene Kostenzusagen.

Durch die Teilnahme des Leistungsträgers an den HPK und die gemeinsame Festlegung am Ende der Sitzung auf die Art der Hilfen, Umfang, Zeitdauer und den Leistungserbringer entsteht eine relative Planungssicherheit für den Betroffenen und den Leistungserbringer auch vor der formalen Erteilung der Kostenzusage und der sozialrechtlichen Prüfung. Die Zeitdauer zwischen Antragstellung und Kostenzusage wird dadurch erheblich verkürzt worden.

Von »außen« geäußerte Kritik am personenzentrierten Vergütungssystem

- Das Finanzierungssystem wird mit der Pflegeversicherung verglichen (Abrechnung in »Minutenwerten«).
- Es gibt keine validen, objektiven Werte. Der Zeitwert basiert auf Schätzung, damit erfolgt eine »Input-Orientierung«. Im Bereich Psychiatrie: Das Modell einer prospektiven Quantifizierung ist ein »Mythos«, da die Befindlichkeit der Klienten schwankend und nicht vorhersehbar ist.
- Es besteht die Gefahr einer betriebswirtschaftlichen Tendenz zur Verbesserung der Erträge durch Leistungserweiterung (institutionsbezogen).
- Es gibt keine klaren Vorgaben und Transparenz, wie gesteuert werden soll (Widerspruch zwischen personenzentriertem Ansatz und Kosteneinsparung).

Was muss neben dem neuen Vergütungssystem vorhanden sein, wenn es gelingen soll/in der Region etwas verändern soll

Entscheidend für die Einführung neuer Modelle in einer Region ist das Vorhandensein und die Qualität von Strukturen der Zusammenarbeit und der Wille zur Veränderung und Weiterentwicklung der Einrichtungen hin zur konsequenten Personenzentrierung. Das heißt:

- eine funktionierende, verantwortungsbereite HPK,
- innovationsbereite Leistungserbringer,
- verbindliche regionale Strukturen und Kooperation,
- Kultur der Zusammenarbeit (Transparenz, Umgang mit Konkurrenz ...),
- Kooperation und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Leistungsträger.

Auswirkungen des neuen Systems – Was hat sich durch PerSeh verändert?

Für die Klienten:

- Stärkung der Selbstbestimmung und Transparenz/stärkere Position im »Aushandeln« der Hilfe/Wunsch und Wahlrecht,
- Die Vielfalt der Angebote hat sich vergrößert/es gibt eine höhere Flexibilität zwischen den Bereichen.
- Der Zugang zum Hilfesystem ist niedrigschwelliger.

- Die Klienten müssen nicht mehr das Komplexangebot eines Anbieters nehmen.
- Die Klienten müssen mehr Verantwortung übernehmen.

Für die Mitarbeiter:

- Die Rolle gegenüber den Klienten hat sich verändert (Aushandlungsprozess/Definition konkreter Ziele ...).
- Es gibt ein größeres Bewusstsein über die Budgetverantwortung. – Der Arbeitsauftrag wird klarer und eingrenzbarer.
- MA müssen mehr Verantwortung übernehmen für den Gesamtprozess.
- Es gibt eine stärkere Einbeziehung des Sozialraumes.

Für die Leistungserbringer:

- Alle Leistungserbringer sind an der Steuerung beteiligt, sie geschieht auf einer gemeinsamen Basis.
- Es gibt eine Vergleichbarkeit von Qualität, Leistung und Preis.
- Personelle Ressourcen können zielgerichtet eingesetzt werden (Differenzierung der Stellen/Vergütung).
- Das System verlangt bessere Planung und Controlling/ständige Plausibilitätsprüfungen.
- Die Organisationsstrukturen müssen angepasst werden/Entwicklung neuer Organisationseinheiten.
- Es muss eine Verlagerung von Entscheidungskompetenz erfolgen.
- Es gibt eine Veränderung zu Kooperation und mehr Netzwerkarbeit.
- Es gibt eine Bereitschaft zur Versorgungsverpflichtung (zeitnahe Angebote, Schaffung von Ressourcen).
- Es müssen trägerübergreifende Angebote entwickelt werden.
- Verlagerung der Angebote in der Sozialraum.
- Es gibt eine deutlichere Konkurrenz/einen Anbietermarkt (Rolle HPK).

Für die Region:

- Alle am Prozess Beteiligten übernehmen mehr Verantwortung für die Entwicklung in der Region.
- Es muss eine Bereitschaft zum Umgang mit Controlling-Ergebnissen vorhanden sein (Transparenz).
- Es entstehen zusätzliche Aufgaben (Gremienarbeit).
- Der Aufbau und die Weiterentwicklung der regionalen Strukturen ist ein gemeinsamer Prozess.

- Die Leistungserbringer haben eine Rolle als Impulsgeber.

Im Verhältnis Leistungserbringer – LWV

- Es entsteht eine konstruktive Kooperation/ein besseres Vertrauensverhältnis durch mehr Transparenz und inhaltliche Zusammenarbeit in allen Gremien.
- Der Entscheidungsprozeß ist beschleunigt/es entstehen zeitnah Lösungen.
- Probleme: offene Interpretation der Controlling-Zahlen/es gibt keine vereinbarten Kriterien.
- Der Abgleich der unterschiedlichen Verwaltungsstrukturen ist schwierig.
- Die Rolle der anderen Leistungsträger ist ungeklärt.

Fazit

Die EVIM Behindertenhilfe positioniert sich eindeutig für die Koppelung einer personenzentrierten Teilhabepflicht an ein neues Vergütungssystem.

Das Projekt PerSeh schafft Raum für Veränderung und die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe, dies setzt allerdings einen aktiven Veränderungs- und Gestaltungswillen der Leistungserbringer voraus.

IV Pflegereform – Bilanz und neue Wege

Einleitung

Regina Schmidt-Zadel, Hans Gutzmann

Die Gesamthilfesituation für Menschen mit Demenz wie für sonstige psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige ist unbefriedigend. Die Hilfesysteme sind auf die besonderen Bedürfnisse psychisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger nicht ausreichend eingerichtet.

In vielen Fällen ist die Versorgung nicht bedarfsgerecht, oft sind Pflegendе – zumeist die Angehörigen – überfordert, und nicht selten sehen sich pflegebedürftige Menschen mit psychischer Beeinträchtigung gezwungen, ihre Wohnung und ihren bevorzugten Lebensort aufzugeben, um in einer Einrichtung Hilfe zu erhalten, weil die Planung, Koordination und Finanzierung mehrerer separater Hilfen sie überfordert.

Aktuelle Versorgungssituation

Menschen mit Demenz stellen den größten Teil der Pflegebedürftigen mit psychischen Beeinträchtigungen. Ein Blick auf die Versorgungssituation macht die Dimension des Problems für unsere Versorgungssysteme deutlich. 2002 entfielen 5,6 Milliarden Euro Gesundheitsausgaben der Kranken- und Pflegekassen (Behandlung, Rehabilitation und Pflege) auf die Behandlung von Menschen mit Demenz. Demenzerkrankungen treffen in aller Regel nicht nur die Patienten selbst, sie haben einschneidende Konsequenzen auch für ihre Familien.

Infolge der Pflegebelastung erkrankt rund ein Drittel der pflegenden Angehörigen an Depressionen und anderen belastungskorrelierten Störungen.

Zwei Drittel der Demenzpatienten leben in der eigenen Wohnung oder in der Familie, allerdings wohnt nur ein Viertel bis zum Tod zu Hause. Die Zahl der allein lebenden Demenzpatienten ist – besonders in städtischen Ballungsräumen – hoch.

In einer Studie der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) zeigte sich, dass bei 20 % der Kunden ambulanter Pflegedienste eine ärztliche Demenzdiagnose vorlag. Weitere 10 % wurden durch die betreuenden Fachpflege als demenz einge-

schätzt, ohne dass dieser Verdacht ärztlich gesichert gewesen wäre¹. In Tagespflegeeinrichtungen fanden sich bei 44,8 % der Gäste eine mittlere bis schwere Demenz².

Bis zu 80 % aller Demenzkranken treten im Verlauf der Demenz in ein Pflegeheim ein³. Ein Drittel der Demenzpatienten lebt aktuell im Heim, mehr als zwei Drittel der Pflegeheimbewohner leiden an einer Demenz. Dabei handelt es sich um eine Entwicklung, deren Dynamik selbst innerhalb kurzer Beobachtungsfristen deutlich wird: In sechs Jahren erhöhte sich die Prävalenz von Demenzerkrankungen in denselben Heimen von 55 % auf 65 %⁴.

Mindestens 50.000, unter Einbezug der Diagnose »Delir bei Demenz« knapp 70.000 Demenzkranke werden pro Jahr stationär in der Psychiatrie behandelt⁵, wobei die jährliche Wiederaufnahmerate hoch ist: Demenzkranke hatten in einer Berliner Studie eine Wiederaufnahmerate von 6,9 %, ältere Patienten anderer Diagnosegruppen dagegen von nur 0,39 %⁶.

Bei Demenzkranken liegt also eine erhebliche »Drehtürgefahr« vor, was der Kompetenz und Belastbarkeit der komplementären Versorgungssysteme eine besondere Verantwortung zuordnet. Wie intensiv der ambulante Behandlungsbedarf ist, macht der Befund deutlich, dass nur 12 % der schwer, knapp 30 % der mittelschwer und etwa 60 % der leicht Demenzkranken ohne Schwierigkeiten mehrere Stunden alleine gelassen werden können⁷.

-
- 1 Siehe: GRASS-KAPANKE B, KUNCZIK T, GUTZMANN H, Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor (DIAS), Schriftenreihe der DGGPP, Band 7, Nümbrecht 2008
 - 2 Siehe: WEYERER S, HÖNIG T, SCHÄUFELE M, ZIMMER A, Demenzkranke in Einrichtungen der voll- und teilstationären Altenhilfe, Empirische Forschungsergebnisse, in: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg.), Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzkranke in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen, Stuttgart 2000, S. 1–58
 - 3 Siehe: BICKEL H, Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit in Deutschland, in: Das Gesundheitswesen 63, S. 9–14, 2001
 - 4 siehe: WEYERER S, SCHÄUFELE M, HENDLEMEIER I, KOFAHL C, SATTEL H, Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen, Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich, Kohlhammer, Stuttgart, 2006
 - 5 persönliche Mitteilung BICKEL in Abweichung der Angaben im zweiten Heft zum demographischen Wandel des Statistischen Bundesamts: DESTATIS 2008
 - 6 siehe: WETTERLING T, GUTZMANN H, HAUPT K, Gründe für die Einweisung in eine gerontopsychiatrische Klinik, in: Nervenarzt 79, 2008, S. 340–347
 - 7 siehe: SCHÄUFELE M, HENDLEMEIER I, TEUFEL S, WEYERER S, Qualitätsniveau I: Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen, Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen, 2006

Richtungswechsel von der Angebotsorientierung zur Orientierung am individuellen Bedarf

Psychisch kranke Menschen sind mit zwei grundlegenden Problemen konfrontiert:

Sie sind aufgrund ihrer Erkrankung oft nicht in der Lage, für ihre Rechte selbst einzutreten. Das gilt insbesondere für Demenzzranke. Wenn sie zunehmend komplexe personenbezogen integrierte Hilfsleistungen benötigen, kommen sie mit den segmentierten ambulanten Hilfen in ihrer eigenen Häuslichkeit nicht mehr zurecht und sehen keine Alternative zur Versorgung im Heim. Außerdem sind sie teure Patienten.

Die meisten Menschen wollen so lange es geht in ihrem eigenen Wohnumfeld bleiben. Das gilt auch für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Es geht darum, auch ihnen – wie anderen alten und behinderten Menschen – dies zu ermöglichen, mit den notwendigen abgestimmten Hilfen.

Viele Menschen sehen aber keine andere Wahl, als notgedrungen in ein Heim zu gehen, weil andere Problemlösungen nicht erreichbar sind oder nur mit außergewöhnlichem persönlichem Einsatz, z. B. der Angehörigen, organisiert werden können.

Es geht um einen Richtungswechsel von der Angebotsorientierung zur Orientierung am Bedarf der Menschen in Wohngebieten und Regionen.

Diese am Bedarf orientierten – personenzentrierten Hilfen:

- sind an den im Verlauf von Erkrankungen auftretenden individuellen Bedürfnissen orientiert,
- können überall dort geleistet werden, wo Hilfe benötigt wird, also auch in eigener Häuslichkeit oder in der Familie, die den kranken Menschen unterstützt hat und
- werden als individuelle Gesamthilfeprogramme koordiniert geleistet und nicht fragmentiert nach Zuständigkeiten.

Wilhelm Stuhlmann führt in seinem Beitrag aus, wie diese Personenzentrierte Pflege praktisch umgesetzt werden kann. Die Orientierung an den Grundbedürfnissen ist dabei elementare Voraussetzung.

Der Gesetzgeber kann nicht für jeden Einzelfall ein eigenes Gesetz schaffen, aber die Gesetze müssen Strukturen schaffen, die individuelle Vorgehensweisen ermöglichen und insofern ein Höchstmaß an Effektivität und damit auch Zufriedenheit ermöglichen.

Zu diesem Richtungswechsel gehört, die Rahmenbedingungen so zu verändern, dass auf den individuellen Bedarf der Person ausgerichtete, koordinierte oder integrierte Leistungen auch für die Leistungserbringer und die Leistungsträger betriebswirtschaftlich lohnender werden als entsprechend den Segmentierungen des bisherigen System spezialisierte Leistungen. Dazu sind intelligente Lösungen für ökonomische Steuerung mit dem Ziel der Effizienzverbesserung gefragt, die den Nutzen für die Patienten, den (betriebswirtschaftlichen) Nutzen für die Leistungserbringer sowie die Leistungsträger und den Nutzen für die Volkswirtschaft ins Gleichgewicht bringen. Die normativen Ziele der Sozialgesetzbücher, des Grundgesetzes und der UN-Behindertenkonvention lassen sich nur erreichen, wenn auch die ökonomische Steuerung in die gleiche Richtung geht.

Dringend erforderlich ist die Überwindung der derzeitigen Segmentierung des Versorgungssystems, die sich aus der Gliederung in die Teilsysteme Pflege, Behandlung, Rehabilitation, Hilfe zur Teilhabe – je noch unterteilt in ambulant und stationär – ergibt. Dies trägt zur Ineffizienz der Leistungserbringung und zur Einschränkung von Wunsch und Wahlrecht der Betroffenen bei. Die Finanzierung erfolgt nach bereichsspezifischen Regeln und bezieht sich in der Regel ausschließlich auf selektive Leistungen in einem sozialrechtlich und, dem folgend, über die Einrichtungskonzeption definierten Bereich. Daher sind die bereichsspezifischen Angebote aus betriebswirtschaftlichen Gründen stärker an ihrer eigenen Optimierung interessiert als an ihrer integrierten Wirkung für die Patienten, der Unterstützung der Angehörigen sowie der Effizienz des Gesamtsystems. Sofern Träger sich über ihre institutionellen Aufgabenstellungen hinaus für »ihre« Klienten engagieren, geschieht dies aus fachlichen, humanitären oder ethischen Gründen trotz und im Gegensatz zu betriebswirtschaftlichen Anreizen.

Pflegereform und Pflegebedürftigkeitsbegriff

In der letzten (16.) Legislaturperiode wurden wichtige Weichenstellungen zur Verbesserung der Hilfen für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen vorgenommen. Im SGB XI wurden zusätzliche Leistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz festgelegt, Leistungen die vor allem Menschen mit Demenz zu Gute kommen. Ein Anspruch auf integrierte Pflegeberatung wurde geschaffen, im Bedarfsfall auch in der eignen Häuslichkeit. Ein vom Alter und von Erwerbsfähigkeit unabhängiger Anspruch auf medizinische Rehabilitation wurde im SGB V

verankert. Damit wurden gesetzliche Voraussetzungen zur Vermeidung und Verminderung von Pflegebedarf deutlich verbessert. Vor allem jedoch wurde eine Neubestimmung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingeleitet, nicht zuletzt um die Pflegebedarfe von psychisch Kranken Menschen, insbesondere Menschen mit Demenz besser zu berücksichtigen. Diese sind im aktuellen Pflegebegriff schlecht bis gar nicht abgebildet. Der eingerichtete Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriff legte zum Ende der 16. Legislaturperiode seinen Abschlussbericht vor. Die Regierungskoalition der aktuellen (17.) Legislaturperiode hatte sich im Koalitionsvertrag zum Ziel gesetzt, diesen Prozess fortzusetzen. Nach aktuellem Stand ist mit einer Gesetzesreife jedoch nicht mehr in dieser Legislaturperiode zu rechnen. Jürgen Gohde fasst in seinem Beitrag die Arbeitsergebnisse des Beirates zur Neubestimmung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes zusammen und zieht eine Bilanz des Erreichten.

Integrierte quartiersorientierte Versorgung

Im Rahmen dieses vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts (Laufzeit 01.12.2007 bis 28.02.2010) hat die AKTION PSYCHISCH KRANKE mit Hilfe einer Arbeitsgruppe und einer Expertengruppe konzeptionelle Vorschläge zu einer integrierten quartiersorientierten Versorgung für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen erstellt⁸.

Wenn pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in den Mittelpunkt gestellt werden, ist damit keine Beschränkung auf Pflegeleistungen verbunden. Personenzentrierte Hilfe für psychisch beeinträchtigte Menschen mit Pflegebedarf umfasst einen individuell abgestimmten Hilfemix unter Berücksichtigung der Pflege. Dabei sollen alle Leistungen, also auch die Pflegeleistungen, die besonderen Bedürfnisse und Bedarfe von psychisch kranken und beeinträchtigten Menschen berücksichtigen.

Grundlegend ist dafür die Kooperation der somatischen Medizin, der Geriatrie und Gerontopsychiatrie und -psychotherapie sowie sozialer Dienstleister und der sozialen Netzwerke der Menschen im Wohngebiet.

Die Grenzen von Institutionen und deren Hilfsangebote müssen durchlässiger gestaltet werden.

8 AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.), Projektbericht »Entwicklung eines Konzeptes quartiersorientierter integrierter Versorgung für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«, siehe <http://www.apk-ev.de>

Ralf Ihl berichtet in seinem Symposium-Beitrag über erste Erfahrungen und die Anfänge mit der Organisation einer quartiersorientierten Versorgung in Krefeld. Dieser Prozess wird aktuell durch ein BMG-gefördertes Projekt begleitet⁹.

9 Projekt »Implementation personenzentrierter Hilfen für psychisch kranke alte Menschen«, siehe <http://www.apk-ev.de>

Pflegereform und Pflegebedürftigkeitsbegriff

Jürgen Gohde

Meine sehr geehrte Damen und Herren, es geht um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Wir sind alle miteinander dazu seit Längerem im Gespräch. Ich rede heute aus der Position des Kuratoriumsvorsitzenden Deutscher Altershilfe und nicht als Vorsitzender des Beirats zur Überarbeitung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Der Minister hat mich zwar am 02.09. wieder in die Funktion des Vorsitzenden des Beirats berufen, aber da die anderen Mitglieder des Beirats ihre Berufung noch nicht haben, bin ich sehr zurückhaltend, aus dieser Position heraus zu reden.

Sie werden meine Meinung deutlich erkennen können. Lassen sie mich beginnen mit einem Bild: Das ist das erste Kunstwerk der 13. Dokumenta im nächsten Jahr, was seit einem Jahr in der Karlsau in Kassel steht.



Abb. 1: Giuseppe Penone, »Idee di Pietra«

Für mich ist das ein geniales Bild für die Pflegeversicherung und ihre Entwicklung. Es handelt sich um die Plastik eines Baums, der nach einer afrikanischen Legende gebaut worden ist. Ein Mensch hat in einen Baum, in das Herz einen Stein gelegt. Dieser Baum ist trotzdem gewachsen. Wie ist es möglich, dass ein Baum trotzdem wächst, trotz Beeinträchtigung in die Höhe strebt? Trotz der Beeinträchtigung seiner Bestimmung, nach oben zu wachsen folgt? Wie weit ist ein solcher Baum überhaupt wachstumsfähig?

Ein sehr spannendes Bild für ein menschliches Leben insgesamt, aber auch für die Herausforderung der Pflegeversicherung. Die Fragen, die sich uns in dem Zusammenhang stellen, sind die nach unserer eigenen Lebensperspektive:

Wie wollen wir alt werden?

Wo wollen wir alt werden?

Mit wem wollen wir alt werden?

Wie wollen wir leben, wenn wir schließlich pflegebedürftig sind?

Die letzte Frage:

Wie wollen wir gepflegt werden?

Sie merken, dass sind Fragen nach dem Zusammenleben. Das sind Fragen nach den eigenen Perspektiven. Es sind Fragen nach dem Anderen. Es sind Fragen nach unseren Ressourcen und nicht zuletzt auch nach der Qualität der Pflege. Entscheidend dabei ist die Sicht auf den einzelnen Menschen.

Ich könnte den Menschen definieren als Gattungswesen. Sehr abstrakt und unterscheidend mit sehr grundsätzlichen Bedürfnissen. Ich kann ihn beschreiben als einen Faktor, der Kosten verursacht und in dieser Weise natürlich soziale Sicherungssysteme herausfordert. Ich kann ihn beschreiben als Objekt von Interventionen. Wenn wir aber im Laufe der letzten Jahre über Pflege nachgedacht haben – auch insbesondere in diesem Beirat – haben wir verstärkt nachgedacht über die Stellung des Menschen als Subjekt. Als Subjekt in einem Prozess – der Mensch der in Beziehungen lebt oder eben auch nicht. Wie er sich entwickelt bis zuletzt. Der mit anderen Menschen kommuniziert und der auch kommunikations- und entwicklungsfähig ist bis zuletzt. Das ist heute Morgen in den Beiträgen sehr deutlich geworden. Keiner lebt auf einer Insel. Menschen leben mit Ressourcen mit Fähigkeiten, auch mit Beeinträchtigungen. Es kommt immer darauf an, diese Beeinträchtigungen zu erkennen, aber insbesondere auch bewusst die Fähigkeiten, die wir haben, wahr und ernst zu nehmen.

Wenn man das jetzt im Blick auf Leitvorstellungen übersetzt, dann taucht natürlich auch bei der Definition des Pflegebegriffs die Vorstellung der Selbstbestimmung und die Beeinträchtigung der Selbstbestimmung auf. Es taucht die Verantwortung auf, die jeder Mensch für sich selber hat. Also alles das, was wir unter dem Begriff der Selbstsorge verstehen und es wird, weil der Mensch in Beziehungen lebt, auch seine Fähigkeit zur Mitverantwortung bedeutsam. Wir sind ja auch im Blick auf die Pflege längst nicht mehr in einer Situation, wo wir nur Defizite beobachten könnten. Ältere Menschen – auch die mit

Pflegebedarf – haben etwas zu geben und geben das auch an andere weiter in diesem Kontext. Wir sehen den Menschen in einem Verantwortung- und Gestaltungsraum. Weiter ist es extrem bedeutsam, wenn wir über Selbstbestimmung reden, dass zur Selbstbestimmung auch die Bejahung der eigenen Abhängigkeit hinzugehört. Pflege und Betreuung sind zu unterscheiden.

Wir haben uns bei der Entwicklung des Begriffs von einer wissenschaftlichen Analyse leiten lassen. Das Institut der Pflegewissenschaft der Uni Bielefeld hat sich dabei auf eine Definition von Virginia Henderson aus dem Jahr 1961 bezogen. Ich finde diese Definition deshalb so aufregend und spannend, weil sie einerseits die Ziele eines Lebens des Menschen sehr schön beschreibt, nämlich dass ein Mensch »Aktivitäten ausführen würde, die er ohne Unterstützung durchführen würde, wenn er die notwendigen Kraft und das Wissen dazu hätte.« Eine Pflegekraft hat dann eine einzigartige Aufgabe: Menschen dabei zu unterstützen, diese Aktivitäten – wieder zu gewinnen, die er ohne Unterstützung durchführen würde. Die Unterstützung geschieht in einer Weise, die dem Individuum dabei hilft, die eigene Unabhängigkeit schnellst möglich zurück zu bekommen. Sie merken, es ist ein individueller personenzentrierter Ansatz, der natürlich durch das Leistungsrecht in der gegenwärtigen Form, insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege erheblich unter Druck und in Spannung gerät, weil die Verrichtungsbezogenheit, insbesondere im ambulanten Bereich, dies nicht zum Ziel hat. Die Probleme, die wir in der Umsetzung der gegenwärtigen Praxis haben, kommen nicht zuletzt aus dieser Differenz.

Die große Herausforderung bei der gegenwärtigen Pflegereform ist die Frage, was wird mit den Menschen, die selber einen Pflegebedarf aufgrund einer dementiellen Erkrankung haben oder in einer Familie mit dementiell erkrankten Angehörigen leben. Und es ist jedem seit der Einführung der Pflegeversicherung 1994 klar, dass die Pflegereform heute eigentlich sinnlos ist, wenn sie für diesen Personenkreis nichts bringt. Die Bundesregierung hat sich deshalb in einem gemeinsamen Beschluss festgelegt – es sei ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff zu entwickeln. Das Ganze sollte geschehen in einer wissenschaftlich fundierten Weise. Der Prozess wurde als Versuch nach § 8 SGB XI vom GKV-Spitzenverband begleitet mit einer Steuerungsgruppe, die sehr sorgfältig diskutiert hat. Wir haben dann weiter gearbeitet an den Instrumenten. Es ist ein entsprechendes Begutachtungsverfahren erarbeitet worden und nach diesem Begutachtungsverfahren hatten wir noch die Aufgabe, zu sagen, welche finanziellen Auswirkungen auf die anderen sozialen Sicherungssysteme entstehen.

Sie können an dieser Statistik aus dem Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) in Bremen über die Entwicklung der Zahlen der Menschen mit Demenz sehen, dass wir nicht über eine Randgruppe reden, sondern wir reden über eine Kerngruppe, die Leistungen aus der Pflegeversicherung bekommt. Die Sozialdaten stammen aus dem Barmer GEK-Pflegereport 2009. Deswegen können diese Zahlen leicht differieren von der Bundesstatistik. Das sind die 2,108 Millionen Pflegebedürftigen von denen 1,204 Millionen Menschen insgesamt - wie auch immer - im Zusammenhang mit dementiellen Erkrankungen zu betrachten wären. Das ist ein ganz enorm hoher Anteil. Damit ist noch nicht klar, dass diese Menschen pflegebedürftig sind. Die Zahl der Pflegebedürftigen ist geringer. Das sind die 800.000, die hier genannt werden, mit steigender Tendenz. Wir wissen, dass die Zahl der dementiellen Erkrankten bei den über 90jährigen noch einmal sehr stark weiter ansteigt. Damit entstehen Herausforderungen sowohl für die familiären Pflegearrangements, aber auf das Leistungsrecht der Pflegeversicherung, bezogen auf die Wahrnehmung der Lebenswirklichkeit dieser Menschen.

Ich will auf ein weiteres Problem aufmerksam machen:

1,204 Millionen Menschen entsprechen nahezu der Zahl der Menschen, die nach Betreuungsrecht als Betreute anzusehen sind. Wir haben nicht nur ein Pflegeproblem haben, sondern auch hinsichtlich der Zahl der Betreuungsverhältnisse.

5. Bedeutung von Demenz und Pflege

- Basierend auf einer Hochrechnung der GEK-Daten sind in der SPV

- 2,108 Mio. Pflegebedürftige
- 1.204 Mio. Demente
- 0,761 Mio. demente Pflegebedürftige



- Bezogen auf die Altenbevölkerung (60+):

- 1,830 Mio. Pflegebedürftige
- 1.155 Mio. Demente
- 0,750 Mio. demente Pflegebedürftige

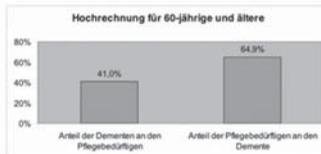


Abb. 2

Gegenüber der letzten Pflegestatistik 2007 ist die Zahl der vollstationär versorgten Menschen nicht gestiegen.

Es ist jedoch eine leichte Steigerung im Bereich der ambulanten Versorgung. Zu beobachten. 1,62 Mio. also 69 % werden entweder von Angehörigen oder durch professionelle ambulante Pflegedienste versorgt. Und hier ist die einzige wirkliche Veränderung in dieser Pflegestatistik 2009 zu sehen. Die Zahl der Menschen, die durch Angehörige versorgt werden geht leider zurück, während die Zahl derer, die durch professionelle Pflegedienste ambulant versorgt werden, steigt. Das hat etwas damit zu tun, dass die Potenziale der Familien abnehmen, und auf der anderen Seite Wirkungen von gesetzlichen Veränderungen zu beobachten sind. Wir haben eine bessere Finanzierung der Tagespflege. Es gibt Veränderungen aufgrund eines veränderten Leistungsrechts. Wir haben die Regelungen des § 45 b des Pflegeversicherungsgesetzes. Wir haben diese Auswirkungen, wie auch die Gestaltung der Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen. Man kann sagen, die Kassen und die Politik haben hier eine gute Richtung eingeschlagen. Der stationäre Bereich ist nicht weiter angewachsen.

Ausgangspunkt der Betrachtung zum Pflegebedürftigkeitsbegriff sind die §§ 14 und 15 a SGB XI. Die Leistungen sind konzentriert auf den somatischen Aspekt. Hilfe ist Unterstützung, teilweise vollständige Übernahme, Beaufsichtigung und Anleitung. Dann ist der Zeitfaktor hier zu nennen. Der Zeitfaktor ist nicht der Zeitfaktor der professionellen Pflegekräfte, sondern es ist der Zeitaufwand, der sich aus den Arbeitszeitaufschrieben von Ehrenamtlichen, von informellen Pflegekräften ergibt. Von daher geben die Werte nicht den tatsächlichen professionellen Bedarf wieder. Das ist unendlich wichtig für die kommende Diskussion. Als man 1994 über die Pflegeversicherung diskutiert hat, ist deutlich kommuniziert worden, das Geld reiche nur für den somatischen Bereich. Diejenigen, die ehrlich sind, sagen es heute auch noch. Es ist niemandem ein Vorwurf zu machen, aber es ist genauso klar, dass wir aus diesem Grund einen Veränderungsbedarf haben. Es ist einerseits pflegewissenschaftlich nicht zu vertreten, es ist zweitens aus Gerechtigkeitsgründen nicht zu vertreten und es ist drittens anthropologisch nicht zu vertreten. Wenn sie noch die pflegewissenschaftliche Begründung dafür haben wollen aus der Sicht der Professionalität heraus, ist die Ausklammerung der Menschen mit Demenz überhaupt nicht hinzunehmen!

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff setzt anders an. Im Mittelpunkt steht die Bewältigung des Alltagslebens. Wenn man das Alltagsleben eines

Menschen betrachtet, geht es immer um Selbstbestimmung. Es geht immer darum, dass ein Mensch Subjekt des Lebensprozesses bin. Es geht immer darum, dass ich Teil habe, dass ich in Beziehungen stehe usw. Dabei steht die Fähigkeit, sich selber zu versorgen Immer im Vordergrund: waschen, essen, trinken, alles das was damit zusammenhängt. 40 % des Leistungsgeschehens stammt aus diesem Bereich. Dann haben sie wesentliche Teile der Mobilität: Ob ein Mensch gefesselt ist an einen Stuhl, an ein Zimmer, an einen Lebensraum, macht einen erheblichen Unterschied aus zu der Tatsache, dass er seine Wohnung verlassen will, dass er zu anderen Menschen in Beziehungen treten könnte usw.

Wenn man in dem bayerischen Papier, dass vor wenigen Wochen zur Pflegereform veröffentlicht worden ist, lesen kann, dass man das gut voneinander scheiden und unterscheiden kann, dann entspricht das eben nicht der Wirklichkeit in der jetzigen Pflegestufe III. Weiter wird der Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen als Merkmal für Pflegebedürftigkeit genannt. Das ist alles das, was sie bisher unter dem Stichwort der Behandlungspflege kennen.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff stellt einen Paradigmenwechsel dar. Herr Steinhart hat heute Morgen beschrieben, was ein solcher Paradigmenwechsel ist. Das ist eine Veränderung einer allgemein anerkannten Sichtweise. Eine Veränderung einer allgemein anerkannten Strategie. Und sie sehen hier, der springende Punkt besteht darin, dass ein Mensch nicht von seinen Defiziten her begriffen wird, sondern von seinen persönlichen Ressourcen betrachtet wird. Das ist der erste Punkt.

Das ist alles noch sehr krankheitsnah formuliert, weil die Pflegeversicherung sich auch aus diesem Bereich heraus entwickelt hat. Es ist ein weiter Weg bis der Mensch als ein ganzes Wesen mit Ressourcen und Anforderungen, die kompensiert werden oder bewältigt werden können, gesehen wird. Und jetzt kommt die erste wirkliche Veränderung: ist die Beeinträchtigung dauerhaft oder nur vorübergehend? Erinnern sie sich an den alten Begriff: »Dauerhaft« war die Voraussetzung. »Vorübergehend« heißt, Pflege ist ein Geschehen, das in der Zeit passiert, was Wirkungen hat, es gibt Verbesserungen, es gibt Verschlechterungen. Wenn es Verbesserungen gibt, kann ich Interventionen möglich machen, durch die Verbesserungen erzielbar sind. Es ist von Anfang an die soziale Beziehung, es ist von Anfang an die Rehabilitation, es ist von Anfang an die Prävention mit zu denken und es geht immer um die selbstständige Aktivität. Und damit steht der Begriff der Teilhabe auf dem Spiel. Kurz gesagt: es geht um das Modell Selbstbestimmung und Teilhabe.

Pflege ist also kein Austausch einer Warenbeziehung, sondern von Anfang an eine Beziehung auf Augenhöhe.

Das Begutachtungsverfahren ist modular entwickelt. Das, was wir Pflegebedürftigkeit nennen, ist das personenbezogene Merkmal, es ist vom Bedarf zu unterscheiden. Der Bedarf wird in einem Hilfeplanverfahren ausgehandelt und da musste man Gewichtungen finden.

Ich habe Ihnen vorhin schon gesagt, die Selbstversorgung ist der Kernbereich (40 Punkte). Bisher heißt dieser Aspekt Alltagsverrichtungen, wir nennen es nicht mehr Alltagsverrichtung, weil der Verrichtungsbegriff genau dazu führt, das Ganze als abgeschlossenes Produkt zu begreifen und gerade nicht in dieser Lebendigkeit abbildet. Es handelt sich um Prozesse. Wir haben ein neues Begutachtungsverfahren entwickelt. Und durch dieses neue Begutachtungsverfahren werden zunächst einmal die personenbezogenen Merkmal umfassend beschreiben: Selbstständigkeit und Teilhabe, funktionale Beeinträchtigung kompensieren, der Abschied von der Minutenpflege, die Veränderung des Berechnungsprinzips. Das sind die entscheidenden Elemente. Maßstab ist der Grad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit. Darüber hinaus ergeben sich durch das neue Begutachtungsverfahren einige Mehrwertaspekte. Wir können einerseits aus dem Fragebogen einen Präventionsbedarfsbegriff ableiten, Die Pflegekraft wird in ihrer Selbstständigkeit gesehen, in ihrer eigenen Wahrnehmung und in ihrer Aktivität gewürdigt. Die Überprüfung der Rehabilitationsfähigkeit geht in die gleiche Richtung. Die Erfassung des Status der Hilfsmittelversorgung.

Und, was ganz wichtig ist, eine Ermittlung von besonderen Bedarfskonstellationen. Pflege wird eingebettet in ein Geschehen von Rehabilitation, Prävention und anderen Herausforderungen. Wir haben lange über die Frage diskutiert, ob man mit dem Schema von drei Pflegestufen künftig der Tatsache veränderter Bedarfe gerecht werden kann. Unser Vorschlag geht von fünf Bedarfsgraden aus. Wir gehen von einer geringen Beeinträchtigung aus und versuchen, die Wirklichkeit durch fünf Bedarfsgradeschemata besser abzubilden als bisher. Zusammengefasst: vom Defizit zum Potential. Der Vorteil liegt auf der Hand: viel bessere Erfassung bei der Beeinträchtigung der Alterskompetenz. Die Verfahren sind evaluiert worden. Sie sind valide. Das freut natürlich Wissenschaftler immer ganz besonderes. Und wir können sagen, dass das Verfahren, das die beeinträchtigende Alltagskompetenz darstellt, zu gleich guten Ergebnissen wie die medizinischen Verfahren führt. Es besteht eine wesentlich bessere Eignung bei Kindern und wir haben damit natürlich eine bessere Gerechtigkeit als in den bisherigen Verfahren. Das

zeigt sich übrigens auch bei der Evaluierung. Das Ergebnis der Begutachtung wird als gerecht empfunden.

Übrigens auch das Leistungsrecht, weil die Ballungen von Fällen an den Schwellen der Pflegestufen nicht mehr da sind. Das hat viele Vorteile. Die Gleichstellung psychisch – kognitiv – somatisch ist der große Gewinn.

Und damit ist das erste Ziel, das die Pflegereform beim Begriff leisten muss, benannt. Psychisch- kognitive und somatische Beeinträchtigungen müssen sich auf Augenhöhe begegnen. Das zweite liegt in Verbesserungen der Infrastruktur- der unterstützenden Strukturen der Pflege. Und dazu zählt der Zeitfaktor, zählen Instrumente, die eine verbesserte Zusammenwirkung der Akteure bewirken. Dazu zählt die Möglichkeit, die Beratung zu verbessern. Dazu zählt die leistungserschließende Beratung, die die Kassen zu leisten haben und auch leisten und da zählt auf der anderen Seite die Beratung der Dienstleister und vieles andere mehr. Bei dem Personenkreis, um den es uns heute vor allen Dingen geht, geht es natürlich auch darum, dass die Wirklichkeit anders wahrgenommen wird. Wenn die Wirklichkeit von Menschen mit psychisch- kognitiven Beeinträchtigungen besser dargestellt wird und man kann das im Fragebogen erkennen, steht anders als bisher die Beratung und die Anleitung von Angehörigen im Vordergrund. Damit verändert sich das Leistungsgeschehen. Wie der alte Pflegebedürftigkeitsbegriff absolut ungeeignet ist bei Menschen mit psychisch kognitiven Beeinträchtigungen, stellt der neue die Möglichkeit dar, Verhalten zu verändern und auch Pflege besser zu gestalten.

Die Vorteile und die Chancen des neuen Begutachtungsverfahrens liegen auf vier grundsätzlichen Ebenen. Das eine ist die Frage der Transparenz. Dies spielt eine große Rolle im Blick auf die Leistungseinschätzung. Erinnern sie sich an die ganze Diskussion um die Transparenzvereinbarungen. Die individuelle Versorgungsplanung spielt eine ganz große Rolle. Die Verbesserung der Qualität und die Chance einer nationalen Pflegeberichterstattung sind gegeben. Die Ziele der Umsetzung liegen auf drei Ebenen:

Die eine Ebene ist die Förderung der Selbstständigkeit. Die zweite Ebene ist die Minderung von Abhängigkeiten und die dritte ist umgebende Strukturen zu stärken. Herr Steinhart hat uns heute Morgen auf der einen Seite diese Exklusion fördernden Faktoren beschrieben und auf der anderen Seite inklusionsorientierte Strategien genannt. Das ist in der Sparte der Pflegeversicherung ein durchaus vergleichbarer Zusammenhang.

So und dann muss man genau hinschauen, wo liegen die Herausforderungen bei der Umsetzung des neuen Begriffs in der Pflegeversicherung. Ein

Problem ist, dass wir nach wie vor schlecht ausgestaltbare Wahlmöglichkeiten zwischen Geld- und Sachleistung haben. Wir haben eindeutig Anreize zu geben für bessere Vernetzung, das weiß jeder. Und wir haben weiter an Transparenz und Qualität zu arbeiten. Abhängigkeit mindern durch mehr niedrigschwellige Hilfen, mehr Rehabilitation; umgebende Strukturen stärken, das große Thema des Hilfemix und die Beratung von Angehörigen.

Die Kernaufgaben, die wir lösen müssen, sind benannt und zwar insbesondere angesichts der verstärkten Veränderung der zunehmenden Zahl von Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Alter ist nicht gleich Pflegebedürftigkeit, aber es gibt spezifische Beratungsbedarfe einzelner Gruppen. Man muss Menschen mit Pflegebedarf fragen, was ihnen wichtig ist. Die Japaner machen das kleinräumlich. In Wako z.B. einer Stadt in der Nähe von Osaka haben sie kleinräumlich die Bedarfe erfragt. Danach ist keine stationäre Einrichtung mehr gebaut worden, sondern es sind kleine Wohngruppen entstanden, die genau diese Wünsche aufgenommen haben.

Alter ungleich Pflegebedürftigkeit. Aber:
Spezifischer Beratungsbedarf von einzelnen
Gruppen (Pflegeenquete Landtag NRW)

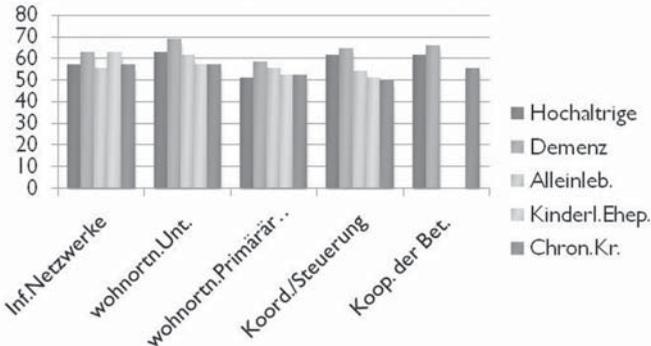


Abb. 3: Alter ungleich Pflegebedürftigkeit. Aber: Spezifischer Beratungsbedarf von einzelnen Gruppen (Pflegeenquete Landtag NRW)

Die Untersuchungen des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen für den Landtag in Nordrhein- Westfalen zeigt die herausragende Bedeutung der von hochaltrigen Menschen mit demen-

ziellen Erkrankungen, die sehr spezifische Bedürfnisse haben. Es besteht ein hoher Kooperations- und Steuerungsbedarf.

Es heißt, wir sind nicht gut damit beraten, bei der Pflegeversicherung nur Einzelteile dieser Reformnotwendigkeiten zu realisieren. Ein Wurf wird erst dann daraus, wenn wir tatsächlich neben der Veränderung des Blickwinkels auch die Infrastruktur in Augenschein nehmen und damit eine andere Teilhabe und Gestaltung, eine andere Teilhabemöglichkeit realisieren.

Zentrales Thema hier ist die Pflegeberatung. Manche meinen in Deutschland immer noch, wir kämen um die Pflegeberatung herum. In einem Jahr sind 160 Pflegestützpunkte eingerichtet worden. Die Japaner haben in der Umsetzung ihrer Pflegestützpunkte in einem Jahrzehnt 10.000 Pflegestützpunkte ans Netz gebracht. »10.000« auf kommunaler Ebene mit einer stringenten Planung und mit einer sehr sorgfältigen Verankerung.

Kommen wir zum Schluss. Die Schlüsselrolle in diesem komplexen Geflecht haben die Kommunen inne. Auf einer Tagung im November letzten Jahres hat Angelika Trilling aus Kassel, eine wirklich sehr langjährig erfahrene Pflegeplanerin gesagt, nach 15 Jahren Pflegeversicherung ist die fast völlige Entpflichtung der Kommunen von diesem Bereich ihrer Daseinsvorsorge zu konstatieren. Angelika Trilling hat recht! Es ist einerseits dadurch passiert, dass durch die Urteile des Europäischen Gerichtshofs die Pflegeplanung durch die Pflegemarktbeobachtung nahezu ersetzt worden ist. Das ist ein Faktor. Die Verwettbewerblichung hat weiter dazu geführt, dass der Spielraum der Kommunen kleiner geworden ist. Wenn wir heute neu über die Infrastruktur nachdenken, stehen Quartierskonzepte im Vordergrund, wie sie vom KDA an verschiedenen Orten entwickelt wurden. Wir werden über eine neue kommunale Verantwortung nachdenken müssen. Bei der Pflege-reform werden die Kommunen wieder zu einem wirklichen Akteur werden müssen, der tatsächlich auch Infrastrukturverantwortung übernehmen kann, sie werden eine besondere Rolle wahrnehmen müssen.

Wir sind an diesem Punkt angelangt, an dem zu fragen ist, wie sich die Akteure zueinander verhalten. Die klassische Altenhilfe ist am Ende. Hier geht es um Querschnittsaufgaben, die ganz unterschiedliche Professionen zusammen bringen müssen. Dann ist die Zielvorstellung – Selbstbestimmung und Teilhabe – der Schlüssel für eine Lebensqualität, in der tatsächlich Menschen gestaltend mitbestimmen können und bei begrenzten Ressourcen für sich ein Höchstmaß an Lebensqualität verwirklichen können.

Konzept »Quartiersorientierte integrierte Versorgung für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«

Ralf Ihl

Bestehende Netzwerke

Im Quartier selbst besteht häufig ein sehr differenziertes Versorgungsnetzwerk. Es krankt allerdings daran, dass es nicht koordiniert ist. Institutionen und Prozesse existieren zwar, sind aber nicht aufeinander abgestimmt. Ein und derselbe Prozess läuft oft überflüssigerweise doppelt und dreifach ab. Hier schlummern offensichtlich Ressourcen. Werden sie effizient genutzt, kann ein koordiniertes System entstehen, das unter dem Strich kostengünstiger arbeitet: zwar schickt die Bevölkerungsentwicklung immer mehr Menschen ins System, ein koordiniertes Netzwerk selbst könnte aber für mehr Menschen eine bessere Versorgung sichern.

Ein quartiersorientierter Lösungsansatz: Wohnquartier⁴¹

Eine quartiersorientierte integrierte Versorgung für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen kann nur durch ein Zusammenwirken aller an der Versorgung Beteiligten erreicht werden. Selbstständigkeit, Teilhabe, Selbstbestimmung, Achtung der Menschenwürde sind die Basisziele einer quartiersnahen Versorgung. Bezogen auf das Quartier hat das Projekt Wohnquartier⁴ diese Aspekte im Auge behalten und versucht herauszufinden, was geschehen muss, damit innerhalb eines Wohnquartiers eine zielgenaue Versorgung entstehen kann. Die hochgestellte Zahl Vier steht dabei für die Einbeziehung von vier Faktoren:

1 Wohnen und Wohnumfeld

Die Art der Wohnung, in der wir leben, gibt vor, wo wir unser Alter verbringen. 90 Prozent der Wohnungen, seien es Wohnungen in Mehrfamilienhäusern oder Einfamilienhäuser in Reihenstruktur oder sonst mit mehreren Stockwerken, führen mehr oder minder zwangsläufig ins Altenheim. Unser Bauen bestimmt damit den Wohnungswechsel und so einen großen Teil der Struktur unserer Altersversorgung. So wird verhindert, dass ein wesentlicher

1 Quelle Wohnquartier4: <http://www.wohnquartier4.de>

Wunsch im Alter, nämlich zuhause zu bleiben, weiter aufrecht gehalten werden kann. Die Wohnung und das Wohnumfeld müssen demnach so gestaltet werden, dass eine wunschgemäße Altersversorgung entstehen kann.

2 Gesundheit, Service, Pflege

Was den meisten älteren Menschen sehr schwer fällt, ist mit Gesundheitsproblemen, Service und Pflege zu Recht zu kommen, was wie das Wohnumfeld mitbeteiligt am Verlassen des eigenen Zuhauses ist. Der Aufbau eines leicht erreichbaren Angebots im Bereich Gesundheit, Service und Pflege ist damit eine wesentliche Säule einer quartiersnahen Altersversorgung.

3 Partizipation und Kommunikation

Damit die Teilhabe sichergestellt werden kann, muss eine quartiersnahe Versorgung Partizipation und Kommunikation ermöglichen. Der Aufbau kommunikativer Strukturen ist somit ein zentraler Bestandteil einer altersgerechten Versorgungsstruktur.

4 Bildung, Kunst und Kultur

Bildung, Kunst und Kultur stehen nicht nur in der Maßnahmenpyramide der Bedürfnisbefriedigung nach Maslow an der obersten Stelle. In unseren Versorgungsstrukturen für ältere Menschen sind sie noch ein recht hehres Ziel, was uns aber nicht veranlassen sollte, es aus dem Auge zu verlieren.

Überlegungen zu einer Umsetzung und Weiterentwicklung

Unter den vier genannten Bereichen kann der Bereich Gesundheit, Service und Pflege als Schlüsselbereich angesehen werden, da er die Menschen hautnah betrifft und den Entscheidungsspielraum vorgibt. Er steht daher im Zentrum der weiteren Betrachtungen.

Zu diesem Schlüsselbereich soll beispielhaft dargestellt werden, wie seine Organisation im Quartier aufgebaut sein kann. Als Beispielkrankheit dient dabei die Demenz, die durch die Vielgestaltigkeit ihrer Krankheitszeichen alle Facetten von Versorgungsnotwendigkeiten umfasst und so einen Transfer der ermittelten Versorgungslösungen auf die Versorgungsnotwendigkeiten anderer Krankheiten zwanglos übertragbar macht. Da ein solches Modell

bereits in Krefeld umgesetzt wird, werden die dabei gewonnenen Erfahrungen in die Beschreibung einbezogen.

Einstieg in das Versorgungssystem

Sollen Versorgungsnotwendigkeiten erkannt werden, stellt sich als erstes die Frage, ab wann Versorgungsbedarf besteht, bzw. ab wann und durch wen er erkannt wird bzw. werden kann. Grundsätzlich ist hier an die Betroffenen selbst bzw. die Menschen in ihrem Umfeld zu denken. Auch wenn Öffentlichkeitsarbeit schon ein Bewusstsein für die Notwendigkeit von Hilfe verdeutlichen kann, erreicht sie doch nur einen Teil der Betroffenen. In der Fülle der alltäglichen Informationen sind Menschen jedoch gezwungen, die für sie wesentlichen Informationen zu filtern, was es häufig unmöglich macht, einen Überblick über eine mögliche eigene Erkrankung zu gewinnen geschweige denn das jeweilige Hilfenetzwerk wahrzunehmen. Tauchen Beschwerden auf, wird in unserem Gesellschaftssystem zuerst ärztliche Hilfe aufgesucht. Dieser traditionell enge Zugangsweg eröffnet aber auch eine systematische Organisation des Einstiegs in das Hilfesystem. Die wesentlichen Eintrittspforten in das Hilfesystem sind nachfolgend benannt und in Abbildung 1 schematisch dargestellt.

1. Der niedergelassene Arzt

Der größte Teil der Menschen erreicht über den niedergelassenen Arzt den Eingang in das Versorgungssystem bzw. könnte den Einstieg so erreichen. Häufig ist diese Eingangspforte aber verschlossen. Viele niedergelassene Ärzte haben den Zugang zum Netz selbst noch nicht gefunden. Ihnen fehlen die Informationen wie eine weitere Versorgung aussehen könnte. Dadurch, dass viele niedergelassene Ärzte bisher nicht ins Netz geholt wurden, bleiben viele Kranke unversorgt bzw. werden wieder nach Hause geschickt. Hieraus ergibt sich die Aufgabe, die Ärzte selbst besser in das Hilfesystem einzubinden. Weiterbildungsveranstaltungen sind dabei von begrenztem Nutzen, da Hausärzte mit einer vierstelligen Zahl von Krankheiten konfrontiert sind. Im Fokus der Hausärzte stehen Diagnostik und Therapie. Schon die sind nur durch Unterstützung weiterer Säulen des Versorgungssystems überhaupt sicherzustellen. Der Anspruch, die psychosoziale und häusliche Versorgung sicherzustellen, überfordert den Hausarzt. Er selbst benötigt einen Kontakt, der nach dem Erkennen von Hilfebedarf die Einbindung in das Hilfesystem herstellt (Konzept NAHT s. u.).

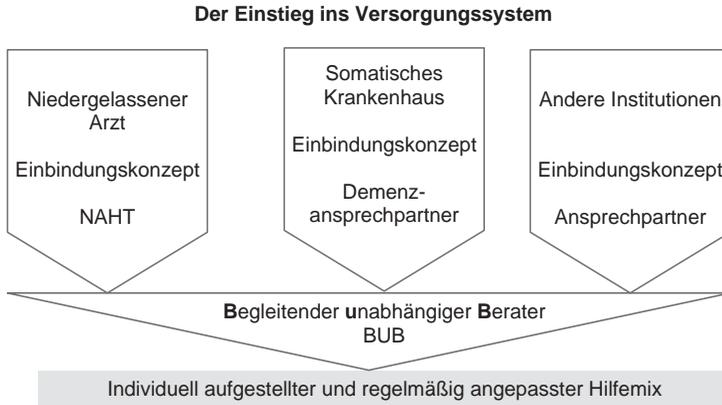


Abb. 1: Die Abbildung stellt die typischen Zugangswege zum Versorgungssystem wie Niedergelassener Arzt, somatisches Krankenhaus und andere Institutionen dar und benennt Einbindungskonzepte, die im Text dargestellt sind wie das »Niedergelassener Arzt Hilfemix Team NAHT und den Begleitenden unabhängigen Berater – BUB.

2. Das somatische Krankenhaus

Eine weitere wichtige Eingangspforte in das Versorgungssystem stellen Krankenhäuser dar. Viele Krankenhäuser sind sich dieser Funktion nicht bewusst. Demenzkranke bleiben unerkannt und gehen als »kognitiv gesund« wieder nach Hause. Der Einstieg in das Versorgungssystem verschiebt sich so unnötig lange. Krankenhäuser benötigen wie die niedergelassenen Ärzte zu allererst Hilfe beim Erkennen des Versorgungsbedarfs. Hier könnte ein »Demenzansprechpartner« auf jeder Station Abhilfe leisten. Ist der Bedarf erkannt, benötigen sie wie der Hausarzt einen Menschen, der den Zugang in das Hilfesystem steuert und organisiert. Ein zweites sehr hilfreiches Ergebnis bei der Untersuchung auf Hilfebedarf wirkt sich direkt im Krankenhaus aus. Wird z. B. eine Demenz erkannt, können eine notwendige Narkose oder andere Diagnose- und Therapiebestandteile auf die Bedürfnisse des Menschen abgestimmt werden. So können Komplikationen und lange Krankenhausaufenthalte erspart bleiben.

3. Andere Einrichtungen wie Beratungsstellen etc.

Andere Einrichtungen erfahren von der Krankheit meist erst, wenn eine ärztliche Diagnose vorliegt. Sie können über die ersten Ansprechpartner – von dem niedergelassenen Arzt oder dem somatischen Krankenhaus – ein-

gebunden werden, gegebenenfalls die Funktion des ersten Ansprechpartners selbst übernehmen.

Überwinden der Schnittstelle medizinisches und soziales System

Das Konzept NAHT

Die Verbindung von medizinischem und sozialem System ist eine der größten Herausforderungen beim Aufbau einer quartiersorientierten Versorgung. In Krefeld wurde ein Lösungsansatz mit dem Projekt NAHT (Niedergelassener-Arzt-Hilfemix Team) geschaffen. Das Konzept führt den einzelnen niedergelassenen Arzt als Ansprechpartner des medizinischen Systems mit einem persönlichen Ansprechpartner des sozialen Systems zusammen. Beide stimmen einen Termin ab, der regelmäßig z. B. einmal pro Monat oder alle vierzehn Tage stattfindet. Zu dem Termin kommt der Ansprechpartner des sozialen Systems in die ärztliche Praxis und findet dort alle Menschen vor, bei denen der niedergelassene Arzt einen Hilfebedarf festgestellt hat. Konzeptionell wichtig ist dabei, dass Arzt und Sozialarbeiter jeweils die gleichen handelnden Personen sind und die Zusammenarbeit nicht durch wechselnde Ansprechpartner erschwert wird. So wird eine vertrauensgeleitete Verbindung von medizinischem und sozialem System möglich. Eine Zusammenfassung der Aufgaben im Projekt NAHT findet sich in Abbildung 2.

**Niedergelassener Arzt Hilfemix Team
NAHT**

Beschreibung:

- Schliesst die Lücke zwischen ärztlicher und psychosozialer Versorgung
- Steht dem Arzt als Angebot in seiner Praxis zur Verfügung
- Kommt nach Absprache im Rhythmus oder nach Bedarf
- Stellt bei Bedarf die Verbindung zur Gedächtnissprechstunde her
- Informiert über institutionelle Angebote
- Informiert über alle Möglichkeiten von Hilfen
- Ermöglicht den Zugang zu rechtlichen und finanziellen Hilfen
- Vermittelt niederschwellige Angebote

© IHI, 2012

Abb. 2: Aufgaben des Ansprechpartners des sozialen Systems im Niedergelassener Arzt Hilfemix Team NAHT

Das Konzept »Demenzansprechpartner«

Das somatische Krankenhaus birgt für die Behandlung einer Demenz diverse Risiken. Der Großbetrieb Krankenhaus unterliegt unter anderem auch dem Risiko des Informationsverlustes. Bei chronischen Erkrankungen mit hohem Hilfebedarf wie der Demenz besteht das Risiko, dass die Demenz nicht erkannt wird und Menschen nach Behandlung des somatischen Leidens als gesund nach Hause entlassen werden. Ein zweites Risiko, das durch das Nichterkennen entsteht, ist, dass es bei der Behandlung zu unerwarteten und Verlaufs verschlechternden Beeinträchtigungen kommen kann (z. B. einem schlechteren Verkräften einer Narkose). Ein drittes Risiko besteht darin, dass die Krankenhausabläufe z. B. auf den Stationen durch das abweichende Verhalten bei Demenz nachhaltig beeinträchtigt werden können. Wie in der niedergelassenen Praxis ist es kaum zu erwarten, dass alle Mitarbeiter eines Krankenhauses alle Krankheitsrisiken kennen und adäquat handeln können. Ein wesentlicher Schritt für eine bessere Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus wird durch das Einrichten einer Funktion »Demenzansprechpartner« auf jeder Station eines Krankenhauses geschaffen. Im Regelfall kommt der Demenzansprechpartner aus dem Pflorgeteam. Er achtet darauf, ob Hinweise auf eine Demenz auftreten, wirkt bei der Problemlösung vor Ort mit, gibt, wenn notwendig, die Information zum Versorgungsbedarf an einen begleitenden unabhängigen Berater (BUB s. u.) und zu Diagnose- oder Behandlungsbedarf an einen Facharzt mit gerontopsychiatrischer Erfahrung weiter. Das Krankenhaus in Krefeld versteht sich als demenzfreundliches Krankenhaus und gibt es eine auf Teamarbeit und Lösungen ausgerichtete Psychiatrie wird der Netzaufbau erleichtert.

Das Konzept Begleitender Unabhängiger Berater (BUB)

Aus der Sicht des Menschen mit Demenz und der ihn Pflegenden ist eine vertrauensvolle Basis die Grundvoraussetzung für eine gelungene Versorgung. Eine vertrauensvolle Basis kann am ehesten erreicht werden, wenn es einen konstanten Ansprechpartner über den Verlauf der Krankheit hinweg gibt. Weder der niedergelassene Arzt, noch das Krankenhaus oder eine andere bisher bekannte Institution kann das leisten. Es bedarf daher eines systemübergreifenden Beraters, der selbstverständlich nicht z. B. von einem Anbieter abhängig sein sollte. Um hier einen adäquaten Ansprechpartner

zu schaffen, wurde das Konzept Begleitender Unabhängiger Berater (BUB) geschaffen. Stadt, Krankenkassen, Pflegestützpunkte und Krankenhäuser nehmen Beratung mit Sozialarbeitern und anderen Mitarbeitern anderer Ausbildungsgänge wahr. Es lag nahe, dies Menschen an einen Tisch zu holen und mit ihnen eine Gruppe begleitender unabhängiger Berater aufzubauen. So wird es möglich einer Vielzahl von Menschen einen BUB an die Seite zu stellen. Direkt nach Feststellen der Krankheit bietet der BUB seine Beratung an. Er ist damit die Verbindungsstelle im NAHT-System, Kontaktperson für den Demenzansprechpartner im Krankenhaus und alle versorgungsrelevanten Institutionen des Quartiers. Er steht als Ansprechpartner über den gesamten Krankheitsverlauf zur Verfügung. Die Beschreibung der Funktion ist in Abbildung 4, typische durch den BUB beantwortete Fragen sind Abbildung 5 zu entnehmen.

Begleitender Unabhängiger Berater BUB

Beschreibung:

- Bietet direkt nach Feststellen der Krankheit seine Beratung an
- Bleibt über den gesamten Verlauf der direkte Ansprechpartner
- Ermöglicht den Aufbau von Vertrauen über Konstanz der Zuwendung
- Verhindert als „menschliche Datenbank“ das immer wieder neue Erheben der Vorgeschichte
- Seine inhaltliche und fachliche Kompetenz wird über Aus-, Fort- und Weiterbildung des BUB sichergestellt
- Gemeinsame Treffen sowie Zufriedenheitsbefragungen dienen der Qualitätssicherung
- Die Einbindung in das Demenznetzwerk Krefeld ermöglicht eine sinnvolle Weiterentwicklung

© Ihl, 2012

Abb. 4: Beschreibung der Funktion BUB

Im gerontopsychiatrischen Bereich lässt sich das Konzept auch für andere psychisch Kranke nutzen z. B. für Menschen, die unter Depressionen leiden. Auch sie erhalten Zugang zu einem unabhängigen Berater, der ihnen über den gesamten Verlauf der Krankheit zur Verfügung steht, damit ein Vertrauensverhältnis durch die Konstanz aufbaubar ist.

Die Funktion BUB bringt eine Reihe Ressourcen schonender Vorteile mit sich. Menschen gehen nicht mehr in die Beratungsstelle A dann in die Beratungsstelle B dann zum Berater C, wo jedes Mal die gesamte Vorge-

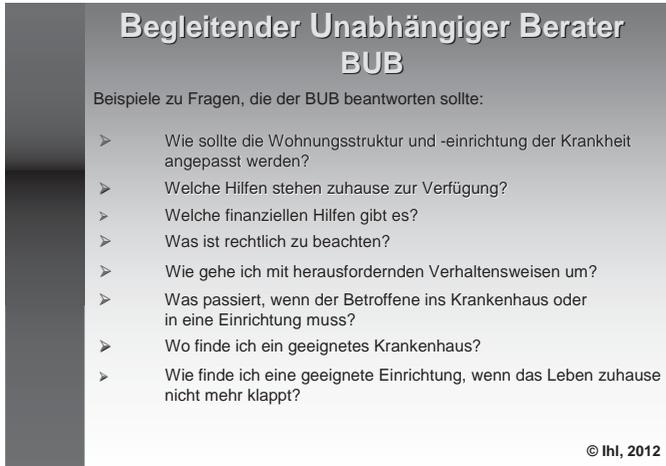


Abb. 5: Aufgabenspektrum des BUB

schichte neu erhoben wird. Der Prozess findet nicht mehr viele Male statt, sondern er ist koordiniert. Der BUB stellt eine Art »menschliche Datenbank« dar. Er selbst bringt die Informationen mit, wenn Absprachen zwischen Einrichtungen notwendig werden. Aus-, Fort- und Weiterbildung der unabhängigen Berater müssen selbstverständlich genauso gesichert ist, wie eine organisierte Kommunikation der BUBs untereinander. So wird nicht nur die Zufriedenheit der versorgten Menschen sondern auch die Zufriedenheit der unabhängigen Berater sichergestellt, was wieder den versorgten Menschen zu Gute kommt.

Ein nicht unerheblicher Teil der Menschen, die zum Aufbau des Systems erforderlich sind, ist bereits in den Netzwerken vorhanden (z. B. niedergelassene Ärzte, Kliniken, Beratungsstellen, Pflegestützpunkte etc.). Die Herausforderung ist das Zusammenführen aller Beteiligten. Hierzu ist ein langsam, schrittweise vorangehendes, Ängste abbauendes und integrierendes Konzept erforderlich. Genau an dieser Stelle sind zusätzliche Ressourcen erforderlich. Koordinatoren werden benötigt. Genau die Koordinatoren sind es aber, die z. B. die Vielzahl gedoppelter Prozesse abbauen helfen und damit das System kostengünstiger machen. Hierbei ist erneut ein vorsichtiges Vorgehen unverzichtbar: auch die Koordinatoren müssen koordiniert werden und nicht jedes Bundesland verfügt wie NRW über Demenz-Service-Zentren, die eine solche Koordination übernehmen könnten. In NRW ist das Einrichten einer solchen Funktion z. B. auch über die Förderung von Beratungsstellen im

Rahmen des GPZ-Programms möglich und konnte daher in Krefeld bereits umgesetzt werden. Für die Weiterfinanzierung nach Ende der Landesförderung gibt es mehrere Wege im Rahmen der Regelfinanzierung, die Stelle ohne jegliche Zusatzmittel weiter zu betreiben.

Demenz-Netz Krefeld

Quartiersorientierte Versorgung bedarf eines differenzierten Konzepts flankierender Maßnahmen, wenn sie nicht die Schwächen früherer Versorgungsstrukturen beibehalten will. Hierzu gehören neben Angeboten und Organisation auch Maßnahmen zur weiteren Entwicklung und zur Forschung. Die dringend erforderlichen Bestandteile finden sich in Abbildung 6.

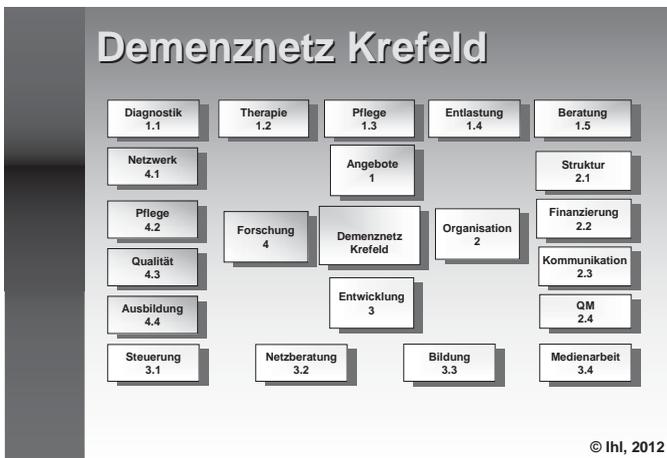


Abb. 6: Bausteine einer umfassenden Demenzversorgung. Neben den Angeboten dürfen die wesentlichen Bereiche Organisation, Entwicklung und Forschung nicht vergessen werden.

Die Angebote selbst können nur dann koordiniert werden, wenn sie über eine Struktur gebende Instanz organisiert werden, die Finanzierung geklärt ist, die Kommunikation der Akteure auch der professionellen untereinander lösungsorientiert entwickelt worden ist und ein Qualitätsmanagement entsteht, das es schafft, die organisatorische Struktur zu evaluieren und Erkenntnisse die daraus gezogen werden können, auch umsetzbar macht.

Quartiersbezogene Netzwerke sollten nicht im eigenen Saft schmoren. Kein Netzwerk ist schon jetzt optimal. Auf dem aktuellen Stand des Wissens

zu sein ist unabdingbar. In Krefeld wurden u. a. Alzheimergesellschaften und gerontopsychiatrische Fachgesellschaften auf städtischer, Landes-, Bundes- und Europaebene einbezogen. Es muss überlegt werden, wie man die Akteure im Netz weiter bildet und wie das Netz an die Menschen gebracht wird. Dabei spielt Medienarbeit eine ganz entscheidende Rolle.

Ohne Forschung droht Stillstand. Netzwerkforschung wird wie Pflegeforschung benötigt, um herauszufinden, ob das vermeintlich gute Angebot wirklich dem Menschen nutzt. Qualitätssicherungsforschung muss herausfinden, ob das, was man als Qualität annimmt, auch wirklich Qualität ist. Letztendlich muss auch erforscht werden wie man in dem Bereich besser bildet, weiterbildet und ausbildet.

Zusammenfassende Handlungsvorschläge

Aus dem Gesagten werden Grundvoraussetzungen und Handlungsvorschläge deutlich, die in Abbildung 7 zusammengefasst sind.

Grundvoraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Entwicklung

- Der größte Teil notwendiger Menschen ist bereits vorhanden
- Es fehlt an einer Koordination über alles und in allen Bereichen
- Wir benötigen Koordinatoren
- Wir benötigen Schulung und Koordination der Koordinatoren
- In NRW findet ein erster Teil der Koordination bereits über die Demenz-Service-Zentren statt
- Die regionale Koordination steckt noch in den Kinderschuhen
- Eine Gleichstellung ambulanter und stationärer Versorgung könnte zu Entwicklung und Finanzierung beitragen

© Ihl, 2012

Abb. 7: Zusammenfassende Handlungsvorschläge

Personenzentrierte Pflege in der praktischen Umsetzung - Orientierung an den Grundbedürfnissen

Wilhelm Stuhlmann

Die Philosophie der personenzentrierten Pflege führt weg vom Defizitmodell. Sie stellt nicht die Krankheit oder Behinderung eines Menschen in den Mittelpunkt ihres Handelns, sondern den von Krankheit und Einschränkungen betroffenen Menschen selbst mit seinen Potenzialen und allen Rechten und Pflichten eines Mitbürgers. Jeder kranke pflegebedürftige Mensch wird als einzigartige Person angesehen, die ernst genommen wird mit ihren Gefühlen, mit ihren Grundbedürfnissen, mit ihren Qualitätsurteilen, mit ihrem Recht auf Selbstbestimmung und dem Recht, am Leben der Gemeinschaft teil zu haben und das zu verwirklichen, was unter den gegebenen Umständen erreichbar ist.

Personenzentrierte Hilfe und Pflege ist dialogisch angelegt. Gelingende Aushandlungsprozesse und Kommunikation auf Augenhöhe zwischen pflegenden und zu pflegenden Personen – verbal und vor allem auch nonverbal – sind daher die Schlüssel zur Erfüllung zentraler psychischer Bedürfnisse im Rahmen der personenzentrierten Pflege.

Das Konzept der personenzentrierten Pflege wurde in den ersten Paragraphen der Charta der Rechte pflegebedürftiger Menschen als wesentliche Forderung eingeführt.

- »Die Betroffenen haben das Recht auf Beachtung Ihrer Willens- und Entscheidungsfreiheit sowie auf Fürsprache und Fürsorge.
- Die an der Betreuung, Pflege und Behandlung beteiligten Personen müssen Ihren Willen beachten und ihr Handeln danach ausrichten.
- Sie können erwarten, dass gemeinsam mit Ihnen sowie gegebenenfalls Ihren Vertrauenspersonen und den für Ihre Betreuung, Pflege und Behandlung zuständigen Personen abgewogen wird, wie Ihre individuellen Ziele und Wünsche unter den gegebenen rechtlichen und tatsächlichen Möglichkeiten verwirklicht werden können.
- Auch wenn Sie selbst nicht in der Lage sind, alleine Entscheidungen zu treffen oder Ihre Wünsche zu artikulieren, sollen die oben genannten Personen dafür Sorge trage, dass in Ihrem Sinne gehandelt wird.«

Die Charta betrifft alle hilfe- und pflegebedürftige Menschen, hebt aber nur an einigen Stellen besondere Bedarfe von Menschen mit Demenz hervor. Eine personenzentrierte Pflege von Menschen mit Demenz muss daher noch einige Besonderheiten berücksichtigen.

Demenz ist nach wie vor ein Tabu-Thema. Daher mangelt es häufig an der Fähigkeit, angemessen mit Menschen mit Demenz umzugehen. Selbst viele Ärzte wünschen sich mehr Informationen zum richtigen Umgang mit Menschen mit Demenz, zum frühzeitigen Erkennen der Erkrankung und zu den vielfältigen psychosozialen Hilfsmöglichkeiten.

- Demenz wird daher häufig erst sehr spät richtig diagnostiziert.
- Im Frühstadium der Erkrankung fehlen geeignete psychosoziale Hilfsangebote.
- Nach der Diagnose fallen die Betroffenen häufig in ein tiefes Loch ohne Trost und weitere fachliche Unterstützung.
- Alleinlebende mit Demenz sind besonders gefährdet.

Relatives Wohlbefinden von Menschen mit Demenz kann insbesondere durch die Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse und durch die Sichtweise, dass jegliches Verhalten eine Möglichkeit der Kommunikation ist, erreicht werden.

Noch bedeutsamer als das physikalische Wohnumfeld ist allerdings, in welchem psychosozialen Klima die Person mit psychischen Einschränkungen leben kann oder leben muss. Die Skala reicht von feinfühligem »Genährt – Werden« durch positive Ereignisse, Eingebunden sein und Gehaltenwerden über Vernachlässigung, Vorwürfen, Kränkungen bis zur Gewalt.¹

Personenzentrierte Pflege zielt darauf ab, möglichst alle Formen von Stress zu vermeiden und möglichst viele positive Ereignisse zur Verstärkung des Selbstwertgefühls herbeizuführen.

Ausgangspunkt sind die existentiellen Grundbedürfnisse, die für jeden Menschen eine grundlegende Voraussetzung zur Erhaltung seiner körperlichen und seelischen Gesundheit angesehen werden.

- Selbstbestimmung und Kontrolle über das eigene Leben in einer Umgebung die durch Kommunikation, Struktur und Abläufe dieses ermöglicht
- Erleben von Freude und Vermeidung von Leid und Schmerz
- Erkennbare Zufriedenheit

Auch in den Handlungsprinzipien, entsprechend der Kernforderungen der APK in dem Tagungsband Psychisch kranke alte und demente Menschen (2009), finden sich wesentliche Elemente der Umsetzung personenzentrierter Ansätze in der Betreuung, Versorgung und Pflege von Menschen mit Demenz. Sie stellen den Rahmen dar, in welchem die Grundbedürfnisse unter Bewahrung von Respekt und Würde gesichert werden sollten. Die von der APK entwickelten Leitlinien umfassen:

- Normalitätsprinzip
- Selbstbestimmung und Empowerment
- Beibehaltung des vertrauten Lebensmittelpunktes (räumlich, familiär, sozial, kulturell etc.)
- Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bis zum Lebensende
- Lebensqualität in jeder Lebensphase, auch bis zum Ende und würdigem Sterben
- »Quartiersprinzip« und soziale Netzwerke – familiär, nachbarschaftlich, sozial, kulturell
- Integrierte individuelle Hilfeplanung (Gesamtplan)
- Integration von professionellen, familiären und ehrenamtlichen Hilfen
- Personale Kontinuität bei Veränderungen im Hilfebedarf

Der Sozialpsychologe Tom Kitwood hat beschrieben, dass die meisten Menschen mit Demenz ein sehr starkes und unmittelbares Verlangen nach Liebe und Zuwendung zeigen. Das bedeutet im Umgang mit Menschen mit Demenz ein bedingungsloses, verzeihendes Annehmen des Anderen – ein Geben ohne die Erwartung einer direkten Gegenleistung. Kitwood beschreibt positiven Interaktionen in der personenzentrierten Pflege, die eine Hilfe sind, die Kriterien für Wohlbefinden von Menschen mit Demenz zu entwickeln.

Kitwood schlägt vor, sich in dem allumfassenden Bedürfnis nach Liebe fünf große, miteinander verbundene Bedürfnisse vorzustellen:

Bindung, Einbeziehung, Trost, Beschäftigung und Identität.

Feinfühliges Kommunizieren ist die Voraussetzung für »Bindungssicherheit«. Bindung an ein »Du« bringt Schutz und Geborgenheit und stellt die Zuwendung sicher, wenn sie benötigt wird. Bindung ist für jeden Menschen wichtig, um sich entwickeln zu können – unabhängig von seinem Alter. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und besonders Menschen mit Demenz sind auf das »Gehaltenwerden« und »Einbezogenheit« durch die Nähe von zuverlässigen und feinfühligem Menschen angewiesen.

Demenz braucht Bindung

Zu den wesentlichen Grundbedürfnissen von Personen mit Demenz gehört zunächst das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle über das eigene Leben, Erhalt von Autonomie und Selbstbestimmung. Danach steht das Bindungsbedürfnis als Streben nach Geborgenheit, Schutz, Nähe, Wärme und genährt werden ganz oben an.

Auf dieser Grundlage werden weitere Bedürfnisse nach Stärkung und Stabilisierung des Selbstwertgefühls, Schutz des Selbstwertgefühls, Schutz vor Bloßstellung, Versagen oder Beschämung sowie das Vermeiden von Leid oder Schmerzen aber auch das Erleben von Freude reguliert.

Bindung bringt Schutz und Geborgenheit und stellt die Zuwendung sicher, wenn sie benötigt wird. Demenzkranke sind besonders auf das gehaltenwerden durch die Nähe von zuverlässigen und feinfühlig Menschen angewiesen.

Die sichere Bindung zu den jeweils bedeutsamen Bezugspersonen gehört zu den lebensnotwendigen Grundlagen der menschlichen Existenz.

Nur mit tiefem Vertrauen in die Personen, die sich auf die Bedürfnisse eines Menschen in dieser die Existenz bedrohenden Lebensphase einlassen wollen und können, gelingt es an das existentielle Bedürfnis anzuknüpfen.

Das Grundbedürfnis nach Bindung sichert damit das Überleben – Gleichzeitig wird durch ein System von gegenseitigen Signalen ein Erkennen, Verstehen und Erfüllen der Bedürfnisse entwickelt. Es entwickelt sich aus einer biologisch determinierten Überlebensstrategie zu einem System der sozialen Interaktion. Dies ist die Grundlage zur Entstehung von Vertrauen und Selbstvertrauen, Wahrnehmen und Gestalten von Beziehungen nach den Mustern verinnerlichter Bindungsmodelle und Fähigkeiten zur Bewältigung von Lebenskrisen.

Damit erfordert die Erfüllung des Bindungsbedürfnisses immer ein Gegenüber, das feinfühlig die Signale wahrnimmt, richtig interpretiert, angemessen und prompt darauf regieren kann. Fürsorge umfasst einen wesentlichen Teil diese Eigenschaften, die eine Bezugsperson in der Demenzpflege auszeichnet.

Für die Pflege aus einer ganzheitlichen psycho-sozialen Sicht ist die Lebensqualität der Maßstab für alle Konzepte, Aktivitäten und Maßnahmen, erkennbar am Wohlbefinden des Pflegebedürftigen.

Unter den Gegebenheiten einer Wohngruppe für Menschen mit Demenz, die sich als besonderen Raum der Normalität und Teilhabe, auch in der letzten, oft von Einsamkeit geprägten Lebensphase versteht, ist das Bedürfnis nach sicherer Bindung gebunden an eine bedingungslose Respektierung der Würde eines Menschen.

Das Gewähren einer sicheren Bindung ist auch das Fundament der Identität als Person. Demenzkranke können ihre Identität nur mit Unterstützung durch andere aufrechterhalten. – Sie brauchen ein Umfeld, in dem ihre Realität anerkannt wird und in dem die eigene Lebensgeschichte wie ein roter Faden lebendig gehalten wird.

Dazu ist ein möglichst detailliertes Wissen über die Biographie wichtig. Identität betrifft auch das körperliche Erleben – dabei sind die Elemente der basalen Stimulation oft die bis zuletzt möglichen Zugänge

Die Arbeit mit Demenzkranken unter der Bindungsperspektive zu betrachten, stellt kein neues Konzept dar, es soll die Sichtweise um die Perspektive erweitert werden, dass auch im höheren Lebensalter die Wurzeln früher Bindungserfahrungen sichtbar werden. Viele der problematischen Verhaltensweisen, die für die Kranken selbst und die Bezugspersonen oft zu einer enormen Belastung werden können, sind unter der Bindungsperspektive schlüssig erklärbar und damit besser verstehbar.

Auch in der Demenz ist die Person von seiner Biographie nicht abgeschnitten. Der Kranke kann zur Gestaltung seiner Beziehungen und zur Bewältigung der Krankheit nur auf die Muster zur Beziehungsgestaltung und die Bewältigungsstrategien zurückgreifen.

Bindung sichert Schutz und Geborgenheit und stellt die Zuwendung sicher, wenn sie benötigt wird. Bindung ist für jeden Menschen, unabhängig von seinem Alter, wichtig, um sich entwickeln zu können.

Demenz braucht Einbeziehung

Der Mensch ist ein soziales Wesen, er ist angewiesen auf das »Du«, auf ein Leben von »Angesicht zu Angesicht«. Gerade bei Demenzkranken im fortgeschrittenen Stadium ist das Alleinsein häufig beängstigend und kann sich im Umherwandern, Anklammern und anderen Verhaltensweisen äußern. Einbezogen sein meint, einen festen Platz in der Gruppe zu haben, sich in der Gruppe zu Hause zu fühlen.

Einbeziehen bedeutet, Menschen Wert schätzen, sie in Gespräche und Aktivitäten einzubeziehen, ihnen das Gefühl des Dazugehörens zu vermitteln und gemeinsam Spaß und Freude zu erleben – all dies trägt bei zu dem Bedürfnis, einbezogen zu sein.

Zu vermeiden sind schädigende Handlungsweisen im sozialen Umfeld wie Lästern über Personen, das Fernhalten von der Gruppe, Ignorieren oder Stigmatisieren.

Als Person wahrgenommen werden ist überlebenswichtig. Unter dieser Sichtweise, haben bestimmte herausfordernde Verhaltensweisen (z. B. ständiges Rufen) als Möglichkeit der Kommunikation das Ziel, als Person gesehen zu werden.

Demenz braucht Trost

Trost zu spenden bedeutet, die Situation, in der sich eine Person befindet, empathisch wahrzunehmen und ihre belastenden Emotionen anzuerkennen und Beistand zu leisten.

Das Entgegenbringen echter Empathie hilft dem Trostbedürftigen, sich seelisch wieder aufzurichten.

Eine Demenz ist für die betroffenen Personen mit vielfältigen Verlusten verbunden: Verlust an sozialen Beziehungen, Verlust von Fähigkeiten, Verlust der Kontrolle, Verlust eines unabhängigen Lebensstils – somit ist ein dringliches Verlangen nach Trost nur allzu verständlich und hilfreich.

Demenz braucht Beschäftigung

Eine Beschäftigung zu haben, die den eigenen Fähigkeiten und Kräften entspricht, bedeutet, persönlich bedeutsam zu sein. – Die Möglichkeiten der Beschäftigung nehmen ab, doch sind Anregungen über die Sinne (Ohren, Augen, Geschmack, Geruch, Lagesinn, Hautsinn) bis zuletzt möglich.

Auch Menschen mit Demenz haben das Bedürfnis, etwas für sie Wichtiges zu tun oder an einer für sie persönlich bedeutsamen Aktivität mitzuwirken, sich handlungsfähig zu erleben, das Gefühl zu haben, darauf Einfluss nehmen zu können, was und auf welche Weise etwas getan wird. Sie möchten die eigene Wirksamkeit erleben.

Personenzentriert pflegen heißt, nicht nur eine Beschäftigung, sondern für sie sinnvolle Aktivitäten ermöglichen, die den Kräften und Fähigkeiten entsprechen – dadurch erleben sie sich, trotz ihres Handicaps, als handlungsfähig und persönlich bedeutsam – eine wichtige Quelle für Selbstvertrauen, Selbstachtung, Selbstbewusstsein und Wohlbefinden.

Zur Erfüllung des Bedürfnisses nach Beschäftigung dient ein vielfältiges Angebot an Betätigungsmöglichkeiten in der Wohnung, im Heim, im Garten, im Wohnumfeld und vor allem die Fähigkeiten der Menschen im sozialen Umfeld im Hinblick auf Ermöglichen von Betätigungen, Erleichtern, Zusammenarbeit und Anerkennung.

Demenz braucht Identität

Demenzkranke können ihre Identität nur mit Unterstützung durch andere aufrechterhalten. – Sie brauchen ein Umfeld, in dem ihre Realität anerkannt wird und in dem die eigene Lebensgeschichte wie ein roter Faden lebendig gehalten wird. Dazu sind ein möglichst detailliertes Wissen über die Biographie und eine einfühlsame Biographiearbeit wichtig. Sehr hilfreich sein kann dazu ein Erinnerungsalbum. Unterstützt wird Identität durch Achtung, Akzeptanz und Feiern.

Bedroht werden kann die Identität durch das soziale Umfeld z. B. durch Infantilisieren, Etikettieren und Herabwürdigungen.

Die praktischen Ansätze zur Sicherung der Grundbedürfnisse von Menschen mit Demenz werden im Umgang in der Betreuung und Pflege über drei wesentliche Zugänge umgesetzt. Sie sind die Grundlage zum verstehenden Umgang mit Menschen mit Demenz und zur Entwicklung von Konzepten.

1. Die *emotionale Stabilität* (Anerkennung und Bestätigung der Gefühle als gegenwärtige Realität sowie zuverlässige, einfühlsame und konstante Bezugspersonen i.S. von Bindungssicherheit).
2. Das *Zurechtfinden und Handeln in der Realität* (Stärkung von Orientierung, Gedächtnis und Alltagskompetenz, Normalität der Umgebung, regelmäßige Abläufe (Rituale), Tagesstruktur).
3. Nutzen der *körperlichen Zugänge* über Bewegung, Musik, Tanzen, Kreativität, Aktivierung aller fünf Sinne in der basalen Stimulation und Nutzen aller Möglichkeiten zur Entspannung. Entspannung verbessert die Impulskontrolle, reduziert herausfordernde Verhaltensweisen und Stress und ist außerdem wirksam gegen Ängste.

Literatur

AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) (2009): Psychisch kranke alte und demente Menschen. 1. Auflage, Bonn

AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) (2011): Entwicklung eines Konzeptes quartiersorientierter integrierter Versorgung für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere Demenz, Bonn

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Berlin, 10. Auflage

- KITWOOD, T. (2000): Demenz. Der Personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Deutschsprachige Ausgabe hrsg. von Christian Müller Hergl. Bern: Verlag Hans Huber
- STUHLMANN, W. (2011): *Demenz braucht Bindung – Wie man Biographiearbeit in der Altenpflege einsetzt*. Reinhardt Verlag, München
- STUHLMANN, W. (2007): *Unsere Zukunft gestalten – Nutzerorientierte Ausrichtung der psychosozialen Hilfen für psychisch kranke alte Menschen* Psychosoziale Umschau, Heft 1, 9–10

V Inklusive Arbeit – Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung

Einleitung

Jörg Holke, DyrkZedlick

Jedes Beschäftigungsverhältnis stellt einen höchst wirksamen Integrationsfaktor dar, da darüber eigenes Einkommen, Kontakt, Zugehörigkeit, Tages- und Wochenstruktur sowie Aktivierung erreicht wird.

In der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung ist in Artikel 27

»... das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird ...«

verankert. Zugleich versichern die Vertragsstaaten und damit auch Deutschland, die Verwirklichung dieses Rechtes auf Arbeit auch umzusetzen.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) hat 2004–2008 ein bundesweites, BMAS gefördertes Konzeptions- und Umsetzungsprojekt »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke« durchgeführt, in dessen Fokus die Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesystem stand.

Es hat sich im Projektverlauf gezeigt,

- dass sich mit der entsprechenden fachlichen und am individuellen Bedarf orientierten Unterstützung für viele Menschen mit psychischen Erkrankungen individuelle Wege ins Arbeitsleben eröffnen *sowie*
- dass für die Sicherstellung der Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung verschiedene Akteure in verschiedenen Hilfesystemen mit unterschiedlichen Aufträgen gefordert sind und die regionale Zusammenarbeit von entscheidender Bedeutung ist.

So ermöglichen seit 2005 die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) II Arbeitsuchenden mit psychischen Beeinträchtigungen verbesserte Chancen anhand verschiedener Förderinstrumente bis hin zu unbefristeten Minderleistungsausgleichen bei dem Weg in Arbeit. Zu berücksichtigen sind hierbei die aktuellen gesetzlichen Reformen.

Wolfgang Haacke berichtet in seinem Beitrag über den Entwicklungsstand im Jobcenter Köln.

So können die Träger der Sozialhilfe nach dem SGB XII Angebote zur Beschäftigung von Menschen psychischen Erkrankungen ermöglichen, die nicht, noch nicht oder noch nicht wieder in der Lage sind, die Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes zu erfüllen. Das sind in der Mehrheit Angebote in den Arbeitsbereichen der Werkstätten für Menschen mit Behinderungen aber auch Zuverdienstprojekte außerhalb der Werkstatt. Im Projekt der APK wurden Angebote weiterentwickelt, die sich in der Leistungserbringung an dem individuellen Bedarf der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und so weit wie möglich betrieblich orientieren.

Niels Pörksen fasst in seinem Beitrag die Ergebnisse des APK-Projektes zusammen und zieht die Verbindungslinien zu den aktuellen Überlegungen bzw. dem Arbeitsstand zur Reform des Werkstattrechts.

Zur Überwindung der Auswirkungen der Behinderung bzw. der Erkrankung und besteht die Möglichkeit, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. beruflichen Rehabilitation¹ zu erhalten. Die Eingangsphase und der Berufsbildungsbereich ist diesem Bereich zuzuordnen. Das neue Angebot der »Unterstützten Beschäftigung nach § 38 a SGB IX« bietet hier eine Alternative im Betrieb. Jörg Bungart stellt dieses Angebot aus Sicht der Bundesarbeitsgemeinschaft »Unterstützte Beschäftigung« vor, zieht eine erste Umsetzungsbilanz und ordnet das Angebot in das Fachkonzept »Unterstützte Beschäftigung« ein.

Gewissermaßen als »Kompass« ist der graphische Überblick (s. Abbildung 1) über die Fördermöglichkeiten zu verstehen, in den die in den folgenden Beiträgen vorgestellten Möglichkeiten eingeordnet werden können.

Literatur

- Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (in Kraft getreten am 3. Mai 2008)
- AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (Hg.) (2010): Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme (01.01.2004 bis 31.12.2007)

1 Leistungskatalog siehe SGB IX ...

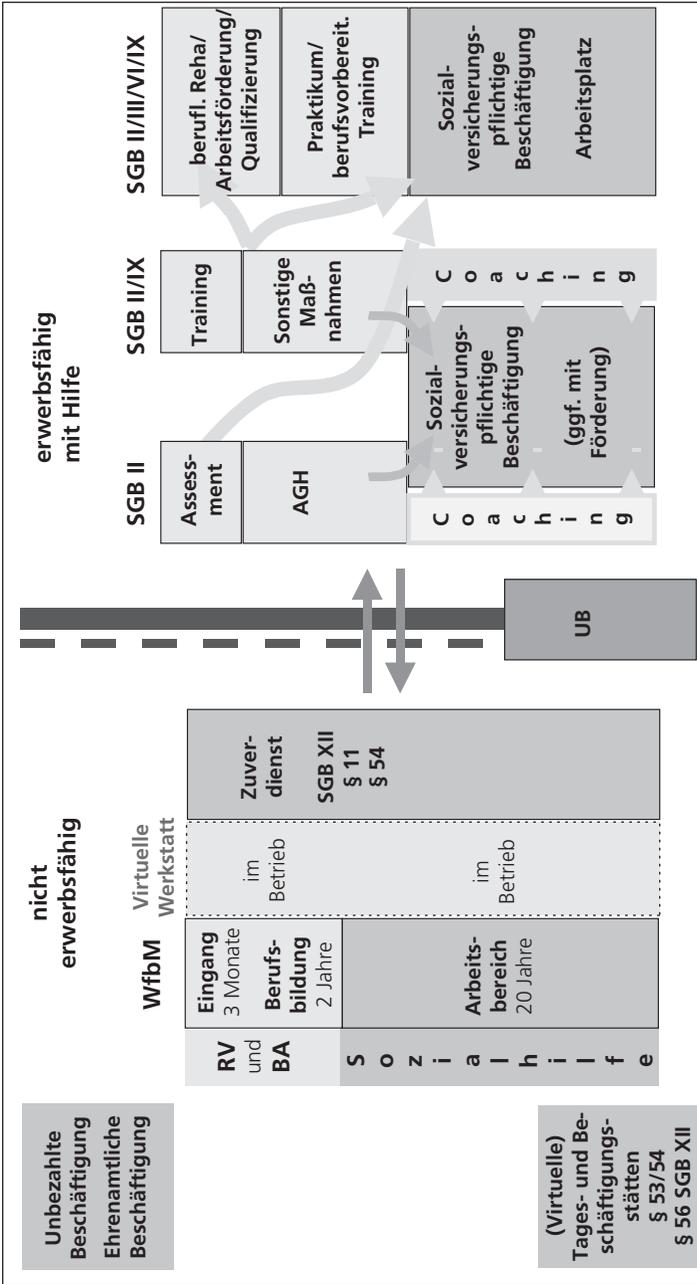


Abb. 1: Überblick Fördermöglichkeiten

Die Reform des Werkstattrechts

Niels Pörksen

Aktuell wird im Rahmen der Eingliederungshilfereform bundesweit und in den zuständigen Ressorts der Länder die Reform des Werkstattrechts diskutiert und inhaltlich vorbereitet. Auf der Grundlage der Ergebnisse einer Bund-Länderarbeitsgruppe ist im ersten Halbjahr 2012 mit einem ersten Arbeitsentwurf aus dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu einer Gesetzesreform zu rechnen.

Bevor ich die einzelnen Aspekte der Werkstattreform erläutere, möchte ich zunächst auf die Projekterfahrungen der AKTION PSYCHISCH KRANKE zum Werkstattbereich eingehen.

In dem bundesweiten Projekt der AKTION PSYCHISCH KRANKE »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen« (Laufzeit 2004–2008) war ein zentrales Handlungsfeld die Weiterentwicklung der Angebote für Menschen mit fraglicher oder fehlender Erwerbsfähigkeit, darunter auch die Weiterentwicklung der Werkstätten nach § 39 ff SGB IX (APK 2010).

Zu Grunde lag dem Projekt die inhaltliche Leitlinie, dass eine den Neigungen und Fähigkeiten eines Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen entsprechende Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeit für die persönliche und psychische Stabilisierung von höchster Bedeutung ist. Aus diesem Grund hat sich die APK während der Projektlaufzeit darauf konzentriert, allen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Behinderungen »individuelle Wege Ins Arbeitsleben« zu ermöglichen, unabhängig von den vorhandenen institutionellen Rahmenbedingungen. Wenn Unterstützung im Einzelfall erforderlich ist, dann sollte sie auch im Einzelfall ermöglicht werden.

Von daher unterstützt die APK die Weiterentwicklung des Werkstattrechts und die der »unterstützten Beschäftigung«, ob als »Persönliches Budget« oder institutionelle Förderung.

Der Institution »Werkstatt für behinderte Menschen« sind bereits nach aktueller Gesetzeslage mehrere Aufgaben zugeschrieben. So definiert das Sozialgesetzbuch IX die Zielsetzung der Leistungen im § 39 SGB IX:

Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen werden erbracht, um die Leistungs- und Erwerbsfähigkeit der behinderten Menschen zu erhalten, zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen, die Persönlichkeit

dieser Menschen weiterzuentwickeln und ihre Beschäftigung zu ermöglichen oder zu sichern.

Hier muss man jetzt zunächst die Aspekte zur Erwerbsfähigkeit besonders betonen: »zu erhalten und zu entwickeln«. Denn entgegen dem geltenden Recht wird sehr häufig unterstellt, dass die Werkstatt für behinderte Menschen nur ein Hilfeort ist für Menschen, deren Erwerbsunfähigkeit bereits festgestellt ist. Das ist gesetzlich keineswegs so gegeben. Dafür ist ja gerade der Berufsbildungsbereich da: um zu klären, ob die Erwerbsfähigkeit unter Umständen eben auch erhalten werden kann. Als Eintrittskarte für diese oft einzige Hilfeform in der Region soll man nicht den Ausschluss aus dem System der Hilfen für erwerbsfähige Menschen in Kauf nehmen müssen. Eine enge, auf voll erwerbsgeminderte Menschen begrenzte Zielgruppendefinition hat ausschließlich der Arbeitsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen:

§ 41 SGB IX Leistungen im Arbeitsbereich

(1) Leistungen im Arbeitsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen erhalten behinderte Menschen, bei denen

– eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder

– Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung und Weiterbildung oder berufliche Ausbildung (§ 33 Abs. 3 Nr. 2 bis 4) wegen Art oder Schwere der Behinderung, nicht noch nicht oder noch nicht wieder in Betracht kommen und die in der Lage sind, wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen.

Diese Leistungsbeschreibung bezieht sich nur auf den Arbeitsbereich. Aber selbst im Arbeitsbereich ist eine der wesentlichen Perspektiven, die Erwerbsfähigkeit zu verbessern bzw. wiederherzustellen, wie es im § 39 SGB IX formuliert ist.

Wir wissen aus der Behandlungs- und Rehabilitationsforschung, dass Beziehungskontinuität und Einbindung in das berufliche und soziale Umfeld, besonders für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen wichtig ist. Der Wunsch nach Normalität und dort zu arbeiten, wo auch andere arbeiten, spielt dabei eine zentrale Rolle.

Für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist es zudem bedeutsam, sich an einer Arbeitsstelle angenommen und sicher zu fühlen, sich dort langsam an die Arbeitswelt und die Kollegen zu gewöhnen, in der konkreten Arbeit vieles nacheinander zu lernen und dann auch dort zu bleiben. Wenn es Übergänge in die betrieblichen Alltagsnormalität bzw. ein

sozialversicherungspflichtiges Regelarbeitsverhältnis gehen soll, dann ist es umso wichtiger so frühzeitig wie möglich betriebliche Erfahrungen bzw. ein betriebliches Umfeld zu ermöglichen.

Diesen besonderen Bedürfnissen Rechnungen zu tragen, ist mit dem Ansatz der Unterstützten Beschäftigung, wie ihn die Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung beschreibt (s. Beitrag Bungart), umsetzbar. Mehrere Studien belegen auch die nachhaltige Wirksamkeit dieses Ansatzes (RÖSLER et. al. 2008).

Für die Leistungen im Berufsbildungsbereich und im Arbeitsbereich – so war unser Ansatz im Projekt, gilt es somit, von vorneherein zu prüfen, ob die betriebliche Ausgestaltung der Werkstattleistungen im Sinne einer Unterstützten Beschäftigung im Betrieb möglich ist, auch wenn eine reguläre Beschäftigung unter Arbeitsmarktbedingungen nicht oder noch nicht wieder möglich ist.

Es bedeutet, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen mit Werkstattstatus in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarkts tätig sind. Es bedeutet ein höheres Maß an Normalität bei der Arbeit als die Beschäftigung in einem Arbeitsbereich, in dem ausschließlich Menschen mit Behinderung arbeiten. Die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen spricht in diesem Zusammenhang von Inklusion. Darüber hinaus erhöht es die Chance des Übergangs in ein sozialversicherungspflichtiges Regelarbeitsverhältnis. Bei steigender Leistungsfähigkeit ist kein Betriebswechsel nötig.

Manche Bundesländer benutzen hier in Modellen die Begriffe »Virtuelle Werkstatt«, andere »betriebsintegrierte Arbeitsplätze«. In der Werkstattverordnung ist der Begriff »ausgelagerte Werkstattplätze« verankert und die Pflicht zu Vorhaltung solcher Möglichkeiten steht seit 2008 im Gesetz (§ 138 SGB IX).

Auch wenn Möglichkeit eines Einsatzes im Betrieb für voll erwerbsgeminderte Menschen somit nicht neu war, so war sie doch stark eingeschränkt und wenig verbreitet. Wir haben den Ansatz » die Werkstatt geht in die Betriebe« im unserem Projekt forciert.

Die entscheidende Frage war auch hier für uns: Wie ist es realisierbar, dass sich die Leistungen an dem Bedarf der Person ausrichten – personen-zentriert – und nicht an den Vorgaben einer Institution »Werkstatt« ausrichten. Sofern eine Arbeitsmöglichkeit in einem Betrieb gewünscht ist bzw. den individuellen Möglichkeiten entspricht, muss solche ein Angebot auch realisiert werden.

Wir haben viele Projektpartner gefunden, z. B. die Hamburger Arbeitsassistenten oder Kopernikus in Ostvorpommern, die sich dieser Haltung verpflichtet haben. Eine Umstellung auf eine individuelle personenzentrierte Finanzierung haben wir in der Projektzeit nicht mehr erproben können. Eine individuelle personenzentrierte Finanzierung ermöglicht die Hilfen zu Teilhabe am Arbeitsleben passgenau einzusetzen und zu garantieren, dass jede und jeder den Leistungsumfang bekommt, der notwendig ist, um Teilhabe am Arbeitsleben zu verwirklichen. Zur Zeit wird in Hessen eine personenzentrierte Finanzierung modellhaft in zwei Werkstätten durchgeführt, d. h. die Betreuungsleistungen werden individuell ermittelt und entsprechend mit Fachleistungsstunden finanziert (s. Beitrag Pfautsch).

In die Verbändeanhörungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe (BL-AG) haben wir unsere Projekterfahrungen einbringen können und viele konstruktive Diskussionen mit den Ländervertretern aber auch zum Beispiel mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger führen können.

Die BL-AG hat sich für eine personenzentrierte Ausrichtung zukünftiger Leistungen für die Zielgruppe nach § 136 SGB IX – aktuell Werkstattmitarbeiter ausgesprochen. Im Eckpunktepapier heißt es:

»Das Leistungsspektrum zur Teilhabe am Arbeitsleben wird von einer einrichtungsorientierten zu einer personenzentrierten Leistung ausgerichtet. Der Rechtsanspruch richtet sich künftig auf die Leistung.«

Als konsequente Umsetzung dieser Systemveränderung sind dann auch die Vorschläge BL-AG zur Veränderung der Leistungsausgestaltung zu sehen. Eine modulare Gestaltung bietet mehr Wahlmöglichkeiten:

»Anstelle der heute im SGB IX beschriebenen Leistungen im Eingangs-, Berufsbildungs- und Arbeitsbereich werden Leistungsmodule definiert, die der Mensch mit Behinderungen unabhängig vom Ort und Träger der Leistungserbringung – auch in Form eines Persönlichen Budgets – in Anspruch nehmen kann.« Die Leistung kann durch anerkannte Werkstätten für behinderte Menschen sowie »andere Leistungserbringer« erbracht werden. Die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen und der arbeitsrechtliche Status sind dann unabhängig vom Ort und Träger der Leistungserbringung.

Der Rechtsanspruch auf die Leistung bleibt damit bestehen und auch die Regelung zu den Renteneinzahlungen (80 % vom Renteneckregelsatz) und die Regelung zu den Ansprüchen auf eine Erwerbsminderungsrente.

Die Komplexleistung soll weiterhin der bewährten Form »Werkstatt« vorbehalten werden:

Anerkannte Werkstätten für behinderte Menschen müssen (weiterhin) alle Module vorhalten (fachliche Anforderung wie bisher).

Aber für andere Bereiche wie zum Beispiel die Betreuung von ausgelagerten Arbeitsplätzen oder den Berufsbildungsbereich sollen auch andere Leistungserbringer Angebote machen können. Somit könnten gerade hier Träger tätig werden, die über das entsprechenden Knowhow und Kontakte verfügen. Füngeling-Router im Rheinland und Access in Erlangen sind positive Beispiele von Trägern, die nicht gleichzeitig anerkannter Werkstatträger mit Komplexleistungsangebot sind.

»Andere Leistungserbringer können einzelne Module anbieten, die geeignet sind, die Teilhabe am Arbeitsleben außerhalb der Werkstatt zu fördern. Die fachlichen Anforderungen an »andere Leistungserbringer« sollen den vergleichbaren Anforderungen an Werkstätten entsprechen.«

Auch die in Rheinland-Pfalz und Niedersachsen erprobte Möglichkeit des »Budgets für Arbeit« wurde diskutiert und wurde zumindest in das Eckpunkt Papier aufgenommen.

»Für dauerhaft voll erwerbsgeminderte Menschen sollen verstärkt die Möglichkeiten genutzt werden, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf der Basis eines Arbeitsvertrages (in geeigneten Fällen mit Lohnkostenzuschuss) und Finanzierung der Betreuungsaufwendungen tätig zu werden. Der behinderte Mensch soll dieselben Rechte und Pflichten haben wie jeder andere Arbeitnehmer, grundsätzlich auch im Hinblick auf Bezahlung und Sozialversicherung (Ausnahme: Arbeitslosenversicherung, da bei einem »Scheitern« die Rückkehr in die Werkstatt oder künftig zu einem »anderen Leistungserbringer« möglich bleibt). Dabei ist sicherzustellen, dass die Anreize und Bemühungen zur vorrangigen Eingliederung bzw. zum Wechsel aus der WfbM auf den ersten Arbeitsmarkt nicht geschwächt oder konterkariert werden und es nicht zu einer Ausweitung des nach derzeitigem Recht anspruchsberechtigten Personenkreises kommt.«

Diese Möglichkeit, statt Werkstattfinanzierung einen Lohnkostenzuschuss für einen betrieblichen Arbeitsplatz zu leisten, soll nach aktuellem Informationsstand gesetzlich insofern verankert werden, dass es weiterhin als Option den Länder freigestellt wird, ob sie solch eine Möglichkeit als freiwillige Leistung anbieten.

Alle anderen genannten Bestandteile des Eckpunkt Papiers sollen jetzt in einen Arbeitsentwurf für ein Eingliederungshilfereformgesetz einmünden, dass im Frühjahr nächsten Jahres in eine erste Anhörungsschleife gehen soll.

Somit besteht nach wie vor die realistische Chance, dass noch in dieser Legislaturperiode wesentliche Schritte in Richtung einer personen-

zentrierten und mehr betrieblich orientierten Leistungsgestaltung für die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gesetzlich verankert werden.

Und damit würde die Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen der Eingliederungshilfe einen ganzen Stück näher rücken an die in der UN-Konvention formulierte Vorgabe auf ein *Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird.*

Das Konzept Unterstützte Beschäftigung - es geht oft mehr als man denkt!

Jörg Bungart

Anfangsworte

»Es gibt ja eine Menge Gründe, warum in unserer Gesellschaft immer mehr Leute verrückt werden.«
(Auszug aus Interviews mit psychisch erkrankten Menschen, LWL 1997, S. 23)

Ausgehend von den langjährigen, an einigen Standorten in Deutschland gemachten positiven Erfahrungen einzelner Anbieter mit dem Konzept Unterstützte Beschäftigung (UB), hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) mit dem Gesetz zur Einführung«Unterstützter Beschäftigung« vom 22.12.2008 mit § 38 a SGB IX einen neuen Leistungstatbestand verankert.

Durch die Einführung des § 38 a SGB IX ist zwischen der gesetzlich verankerten Maßnahme und dem Konzept UB zu unterscheiden. Laut Gesetz verfolgt UB das Ziel »behinderten Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf eine angemessene, geeignete und sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu ermöglichen und zu erhalten« (§ 38 a (1) SGB IX). Das Konzept UB ist umfassender. Darauf verweist auch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS): »So ist etwa der Ansatz der Unterstützten Beschäftigung, wie ihn die BAG UB vertritt, weiter als der in § 38 a SGB IX« (MOZET 2009, S. 9). Denn: Das Konzept UB zielt auf bezahlte Arbeit in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes, auch dann, wenn ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis nicht erreicht werden kann.

Durch die gesetzliche Regelung der Maßnahme UB wird jedoch im positiven Sinne ein Personenkreis anerkannt, dessen Leistungsspektrum zwischen Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) und allgemeinem Arbeitsmarkt liegt. Die gesetzlichen Grundlagen greifen wichtige Inhalte des Konzepts UB auf. Viele Elemente des Konzepts wurden bereits weit vor der Diskussion um das neue Gesetz von verschiedenen Angeboten der beruflichen Rehabilitation übernommen, wenn auch nicht immer unter diesem Begriff.

Prinzipien und Inhalte des Konzepts UB finden sich – unabhängig von § 38 a SGB IX – z. B. in der Berufsorientierung in Schulen, in betrieblichen Ausbildungskonzepten der Berufsbildungswerke, in Übergangskonzepten

der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (einschließlich Außenarbeitsplätze), in Integrationskonzepten psychiatrischer Dienstleistungsanbieter, in Integrationsfirmen und im besonderen Maße in der Aufgabenbeschreibung der Integrationsfachdienste (IFD).

Dokumentierte Erfahrungen zum Thema Unterstützte Beschäftigung liegen in Deutschland bisher vor allem im Hinblick auf die Unterstützung von Menschen mit Lernschwierigkeiten vor. Darstellungen betrieblicher Qualifizierung psychisch erkrankter Menschen nach dem Konzept Unterstützte Beschäftigung sind bisher wenig verbreitet. Die BAG UB hat 2011 Unterlagen zum Thema »Job Coaching: Qualifizieren und Lernen im Betrieb« veröffentlicht, die auch im Rahmen der Weiterbildung von Fachkräften eingesetzt werden können¹.

Das Konzept »Unterstützte Beschäftigung«

Definition

Was bedeutet UB? Der europäische Dachverband für Unterstützte Beschäftigung (European Union of Supported Employment – EUSE) benennt folgende Definition des Konzepts UB (EUSE 2004/2007, S. 13; vgl. auch DOOSE 2009 a):

Unterstützung

- von Menschen mit Behinderungen oder anderen benachteiligten Gruppen
- beim Erlangen und Erhalten
- von bezahlter Arbeit (tarifliche bzw. ortsübliche Entlohnung)
- in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes,
- wobei die Unterstützung so lange wie erforderlich gewährleistet wird.

Es wird deutlich, dass sich UB nicht nur an Menschen mit Behinderung richtet, sondern an alle Personen mit Unterstützungsbedarf.

1 Die Unterlagen können hier downgeloadet werden [Zugriff am 02.12.11]: URL:http://www.bag-ub.de/publikationen/idx_publikationen.htm#job_coaching_psy; Informationen zur Weiterbildung der BAG UB finden Sie hier: URL: http://www.bag-ub.de/weiterbildung/idx_wb.htm

Praxisbeispiele

Wie sieht UB in der Praxis aus? Folgende zwei Beispiele sollen einige konzeptionelle Grundlagen verdeutlichen:

Beispiel 1 – Erprobung:

»Ein 43 Jahre alter Maurer, der wegen einer psychischen Erkrankung aber auch wegen seiner fortschreitenden Knieprobleme unsicher ist, ob er weiterhin auf Baustellen arbeiten kann und will, lernt im Rahmen eines Orientierungspraktikums die Arbeitsbedingungen bei einem Baustoffhändler kennen. Hier werden sowohl seine Wünsche nach einem Arbeitsplatz im Freien als auch seine Vorstellungen über einen festen Arbeitsort erfüllt, außerdem kann er sein Fachwissen anwenden. Es zeigt sich aber, dass der Arbeitsplatz für seine Knieproblematik ungünstig ist. Eine weitere Orientierung schließt sich an« (ULRICH; BUNGART 2008, S. 19).

Beispiel 2–Qualifizierung und Vermittlung:

»Eine 49 Jahre alte Bürokauffrau findet Interesse an einer Verwaltungstätigkeit im Amtsgericht. Im Rahmen einer Trainingsmaßnahme zeigt sich, dass ihre psychische Beeinträchtigung in Form einer Zwangserkrankung bei der Ausführung der Aufgaben hinderlich ist. Es gelingt ihr immer wieder nicht, bearbeitete Akten tatsächlich abzuschließen und an die zuständige Kollegin weiter zu geben. Immer wieder kontrolliert sie, ob sie ihre Aufgabe korrekt erfüllt hat. Unter Hinzuziehung einer Ergotherapeutin »trainiert« sie direkt am Arbeitsplatz einen Ablauf bei der Bearbeitung, der ihr hilft, ihre Arbeiten zeitgerecht abzuschließen« (ULRICH; BUNGART 2008, S. 20).

Beispiel 3 – Arbeitsplatzsicherung:

»Nach einer schweren psychischen Erkrankung (bipolare Störung) kehrt ein Techniker an seinen Arbeitsplatz zurück. Da er mit gefährlichen Gütern hantieren muss, fühlt er sich sehr verunsichert, ob er dieser Verantwortung weiterhin nachkommen kann. In der manischen Phase seiner Erkrankung hat er seine Entscheidungsspielräume nicht einhalten können und es konnte nur durch die Aufmerksamkeit einer Kollegin verhindert werden, dass er durch sein unsachgemäßes Umgehen mit Chemikalien Menschen gefährdete. Diese Befürchtungen konnten in einem gemeinsamen Gespräch zwischen IFD Mitarbeiter, dem Vorgesetzten und dem Ratsuchendem angesprochen werden und es wurde im Betrieb eine Kontrollmöglichkeit für den Arbeitnehmer eingeplant, so dass er jederzeit sein sachgerechtes Umgehen selbst kontrollieren kann« (ULRICH; BUNGART 2008, S. 21).

Entscheidend in allen Beispielen ist letztlich das individuelle Vorgehen bei der Unterstützung, wobei sowohl die Anforderungen des Betriebs als auch die Fähigkeiten der Person berücksichtigt und aufeinander abgestimmt werden (kundenorientiertes Modell).

Bausteine des Konzeptes

Zusammenfassend können folgende Bausteine von UB benannt werden:

- Vorbereitung durch eine individuelle Berufs- und Zukunftsplanung auf der Basis eines differenzierten Interessen-, Fähigkeits- und Kompetenzprofils.
- Akquisition eines Arbeits- bzw. Qualifizierungsplatzes und Erprobung im Betrieb durch fortlaufende »Passung« von Anforderungen und Fähigkeiten.
- Job Coaching sowohl zur Einarbeitung am Arbeitsplatz als auch zur Sicherung des Beschäftigungsverhältnisses. Die Methode umfasst neben tätigkeitsspezifischen Inhalten auch betriebsübergreifende Aspekte und berücksichtigt persönlichkeits- sowie bildungsfördernde Zielsetzungen. Einen zentralen Stellenwert hat zudem die Beratung zur sozialen Integration im Betrieb. Job Coaching erfordert speziell geschulte Fachkräfte, die jeweils nach Bedarf sowohl für Arbeitnehmer bzw. Praktikanten als auch für Arbeitgeber (Kollegen und Vorgesetzte) zur Verfügung stehen.
- Vermittlung in ein individuell passendes Arbeitsverhältnis.
- Stabilisierung und Sicherung des Arbeitsverhältnisses nach Abschluss des Arbeitsvertrages (z. B. Weiterqualifizierung, Krisenintervention und Begleitung von Umstrukturierungen).

Ein Fachdienst bzw. Job Coach initiiert und begleitet den gesamten Prozess in enger Abstimmung mit den Beschäftigten, Betrieben und weiteren relevanten Akteuren im Umfeld (z. B. Schulen, Bildungsträger, Werkstätten für behinderte Menschen).

Ein Grundsatz des Konzepts UB lautet: »Erst platzieren, dann qualifizieren«. Dies bedeutet, dass die Unterstützung in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes den entscheidenden Unterschied zu anderen Unterstützungskonzepten ausmacht und damit ein zentrales Erfolgskriterium ist. Dies schließt nicht aus, erforderliche Schulungs- und Bildungsinhalte auch außerbetrieblich zu vermitteln (z. B. Staplerführerschein und Schulung in Arbeitnehmerrechten). Ausschlaggebend ist jedoch die Unterstützung

im Betrieb, direkt am Arbeitsplatz und unter Einbeziehung der Kollegen sowie Vorgesetzten. Art und Intensität der Unterstützung richtet sich sowohl nach der zu unterstützenden Person als auch nach den betrieblichen Erfordernissen.

Leitlinien des Konzeptes

Insgesamt sind nachstehende Leitlinien von grundlegender Bedeutung:

- Ziel des Konzepts UB ist ein betriebliches Arbeitsverhältnis und die leistungsgerechte Entlohnung der im Betrieb erbrachten Arbeitsleistung.
- UB findet immer in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes statt.
- UB ist ein Konzept für alle Menschen mit Unterstützungsbedarf, unabhängig von ihrem Leistungsvermögen, also auch für Menschen mit erheblichen Leistungseinschränkungen.
- Im Mittelpunkt des Konzepts UB steht der behinderte Mensch mit seinen Fähigkeiten, Interessen und Potentialen. Auf dieser Basis wird ein Arbeitsplatz gesucht und gegebenenfalls angepasst.
- UB bezieht die Vorbereitung in der Schule ein, um erste betriebliche Erfahrungen (v. a. in Betriebspraktika) und dort entwickelte Fähigkeiten und Fertigkeiten nahtlos für den Übergang von der Schule in den Beruf nutzen zu können.
- UB bedeutet die Unterstützung nach dem individuellen Bedarf, um eine betriebliche Beschäftigung zu ermöglichen und langfristig zu sichern.
- UB führt nur dann zur umfassenden Teilhabe, wenn die Lebensbereiche Arbeit, Wohnen und Freizeit in ihren Wechselwirkungen berücksichtigt werden. UB bezieht sich somit auf das Konzept der Sozialraumorientierung.
- UB fördert Selbstbestimmung, Wahlmöglichkeiten und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

UB hat den Anspruch, *keine* Person mit Unterstützungsbedarf auszuschließen. Daher sind im Einzelnen unterschiedlich intensive Unterstützungsformen sowie verschiedene arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Regelungen erforderlich. UB fragt nicht *ob*, sondern *wie* die Teilhabe in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes gelingen kann.

Auch dauerhaft stark leistungsgeminderte, werkstattberechtigte, erwerbsunfähige Personen können mit dem Konzept UB betrieblich integriert werden, wenn der Hilfe- und Unterstützungsbedarf im notwendigen Umfang

ermittelt und gegebenenfalls dauerhaft geleistet wird. Das Konzept UB ist ursprünglich für diesen stark leistungsgeminderten Personenkreis entwickelt worden. Arbeitsplätze ohne das Konzept UB entstehen aus den Anforderungen des Betriebes heraus, umfassen einen bestimmten Leistungs- und Stundenumfang, daran anschließend wird ein dafür geeigneter, entsprechend qualifizierter Arbeitnehmer gesucht. Im Gegensatz dazu geht UB vom Menschen aus, (er)findet und gestaltet »passgenaue Arbeitsplätze«. Das sind neue, meist zusätzlich eingerichtete Arbeitsplätze, die auch Teile eines regulären Arbeitsplatzes umfassen können. Immer werden sie aber an den Fähigkeiten und Fertigkeiten des behinderten Menschen ausgerichtet, der dort arbeiten möchte. Dabei werden die Leistungsanforderungen dem Leistungsvermögen des behinderten Menschen angepasst und der Stundenumfang wird auf die von dieser Person für diese Arbeit benötigte Zeit festgelegt.

Die Maßnahme »Unterstützte Beschäftigung«

Zielgruppe der Maßnahme

Ausgehend von den langjährigen positiven Erfahrungen einzelner Anbieter mit dem Konzept UB, hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) mit dem Gesetz zur Einführung »Unterstützter Beschäftigung« vom 22.12.2008 mit § 38 a SGB IX einen neuen Leistungstatbestand verankert.

»Unterstützte Beschäftigung« nach § 38 a SGB IX steht seit 2009 für behinderte Personen,

- die einen besonderen Unterstützungsbedarf haben,
- aber nicht das besondere Angebot der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) benötigen
- und einen sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatz anstreben bundesweit zur Verfügung.

Zur Frage der Definition der Zielgruppe der Maßnahme UB sei verwiesen auf eine Aussage des BMAS: »Der Gesetzgeber hat auf eine präzise, ausgrenzende Definition des Personenkreises – etwa auf den Kreis schwerbehinderter Menschen – verzichtet (§ 38 a Absatz 2 SGB IX). Die Rechtsanwendung bleibt (...) einer Konkretisierung durch den Leistungsträger überlassen. Behinderte Jugendliche mit Lernbehinderung zählen somit auch potenziell zur Zielgruppe UB« (ROMBACH 2009, S. 63).

In der Gesetzesbegründung wird die Zielgruppe etwas näher beschrieben: »UB ist eine neue Möglichkeit, insbesondere Schulabgängern und Schul-

abgängerinnen aus Förderschulen eine Perspektive auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu geben. Dabei geht es insbesondere um Personen, für die eine berufsvorbereitende Maßnahme oder Berufsausbildung wegen Art und Schwere ihrer Behinderung nicht in Betracht kommt (...). UB kann aber auch für solche Personen die richtige Alternative sein, bei denen sich im Laufe ihres Erwerbslebens eine Behinderung einstellt und für die heute mangels Alternativen oftmals nur die WfbM in Frage kommt.«²

Phasen der Maßnahme

Die Maßnahme UB nach § 38 a SGB IX ist unterteilt in zwei Phasen:

- Die individuelle betriebliche Qualifizierung (InbeQ) mit dem Ziel eines sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses und
- eine ggf. erforderliche Berufsbegleitung nach Abschluss eines Arbeitsvertrages.

Individuelle betriebliche Qualifizierung

Für die 2 bis 3 Jahre umfassende InbeQ (vgl. § 38 a Absatz 2 SGB IX) sind in der Regel die Agenturen für Arbeit (neben Renten- und Unfallversicherung sowie Kriegsopferversorgung bzw. Kriegsopferfürsorge) die zuständigen Leistungsträger³.

Es hat sich bereits in der Vergangenheit bewährt, dass die Teilnehmenden der betrieblichen Qualifizierung Erfahrungen in verschiedenen Tätigkeitsfeldern machen, unterschiedliche Betriebsstrukturen kennen lernen und die gewonnenen Erkenntnisse reflektieren. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass konkrete Entscheidungs- und Wahlmöglichkeiten vorliegen, um letztendlich den am besten geeigneten Arbeitsplatz zu »finden«. Die Erfahrungen zeigen, dass dazu in der Regel mehrere Qualifizierungsplätze in verschiedenen Berufsbereichen bzw. Betrieben erforderlich sind. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die InbeQ keine zeitlich verkürzte Maßnahme sein darf, sondern individuell ausreichende Erprobungsräume zu ermöglichen sind. Die zeitliche Dauer der InbeQ ist mit bis zu zwei Jahren (plus

2 Deutscher Bundestag: Drucksache 16/10487 vom 07.10.08, S. 10

3 Die Bundesagentur für Arbeit vergibt die Maßnahme UB im Rahmen öffentlicher Ausschreibungen. Dies wird von der BAG UB aus verschiedenen Gründen kritisch betrachtet. Weitere Informationen unter: http://www.bag-ub.de/ub/ub_gesetz.htm#nr_6 [Zugriff am 12.05.11]

ggf. Verlängerung um ein Jahr) angegeben. Zwar kann im (eher seltenen) Einzelfall durchaus ein Arbeitsvertrag relativ schnell abgeschlossen werden. Zu hinterfragen ist jedoch, ob dann die Entwicklung der so genannten Schlüsselqualifikationen und Persönlichkeitsmerkmale ausreichend berücksichtigt wurde.

Berufsbegleitung

Für eine erforderliche Berufsbegleitung (vgl. § 38 a Absatz 3 SGB IX) im Rahmen eines sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses sind in der Regel die Integrationsämter (neben Unfallversicherung und Kriegsopferversorgung/-fürsorge) zuständig. Eine Berufsbegleitung ist aufgrund der überwiegenden Zuständigkeit des Integrationsamtes vor allem für anerkannt schwerbehinderte Menschen und ihnen gleichgestellte Personen möglich (vgl. § 2 SGB IX). Nach Auffassung des BMAS sollte diese »rechtliche Hürde kein Problem darstellen, da der Personenkreis, auf den UB zielt, typischerweise zumindest die Voraussetzungen für einen Grad der Behinderung in Höhe von 30 vom Hundert aufweist« (ROMBACH 2009, S. 63). Dies zeigt an, dass ggf. eine entsprechende Anerkennung der Schwerbehinderung bzw. Gleichstellung zu beantragen ist. Zwischenzeitlich hat sich herausgestellt, dass für Personen ohne Schwerbehindertenstatus durchaus ein Problem besteht, wenn sie eine Berufsbegleitung benötigen, für die in der Regel ein Leistungsträger fehlt. Hier gilt es noch, adäquate Lösungen zu finden.

Standards der »Gemeinsamen Empfehlung UB«

Zur Sicherung der fachlichen Qualität wurde zwischen April 2009 und November 2010 die Gemeinsame Empfehlung »Unterstützte Beschäftigung« (GE UB; vgl. § 38 a SGB IX, Absatz 6) im Rahmen einer Fachgruppe unter Federführung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) mit den zuständigen Leistungsträgern und verschiedenen Verbänden, u. a. der BAG UB, erarbeitet und in den zuständigen Gremien verabschiedet. Die GE UB trat anschließend am 1. Dezember 2010 in Kraft. Die GE UB enthält neben fachlichen Anforderungen für Leistungsanbieter auch Regelungen zur Zusammenarbeit der Leistungsträger und bezieht sich auf Artikel 27 (Arbeit und Beschäftigung) der UN-Behindertenrechtskonvention.

In § 2 der GE UB wird klargestellt: »Leistungen der Unterstützten Beschäftigung dürfen nicht dazu führen, dass Menschen mit Behinderung die berufliche Integration durch andere Teilhabeleistungen, insbesondere

Berufsvorbereitung und Berufsausbildung oder Weiterbildung nicht möglich ist« (BAR 2010).

Die Arbeit der Fachgruppe soll nach Inkrafttreten der GE UB punktuell (mindestens jährlich) fortgeführt werden, um die zukünftige Umsetzung des § 38 a SGB IX unter qualitativen Kriterien zu beobachten⁴. Die GE UB kann einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass in der Praxis der Maßnahme UB die fachlichen Standards in ausreichendem Maße angewendet werden, um an die bisherigen Erfolge der ersten Anbieter der UB anzuknüpfen (z. B. ACCESS in Erlangen und die Hamburger Arbeitsassistenten⁵). Gleichzeitig wird es von Bedeutung sein, z. B. neue Erfahrungen mit bisher kaum erreichten Zielgruppen auszuwerten (wie Menschen mit psychischer Erkrankung oder Autismus). Zudem sollte in strukturschwachen bzw. ländlichen Regionen (z. B. geringere Betriebsdichte, lange Fahrtwege zu den Betrieben sowie eingeschränkte Mobilität durch kaum vorhandenen Öffentlichen Nahverkehr), die Angebotsgestaltung geprüft und ggf. optimiert werden. Insgesamt gilt es, eine erfolgreiche Praxis kontinuierlich aufzubauen und weiter zu entwickeln. Die Standards der GE UB können zudem hilfreich für potentielle Nutzer/innen des Persönlichen Budgets sein (vgl. § 17 SGB IX), um ihnen die Auswahl qualifizierter Anbieter zu erleichtern⁶.

-
- 4 Um Aussagen über Erfahrungen mit der Maßnahme UB machen zu können, hat die BAG UB im Oktober 2009 und 2010 eine Umfrage zur Umsetzung von § 38 a SGB IX bei ihren Mitgliedern durchgeführt. Damit liegt bundesweit die erste Auswertung zur Maßnahme UB vor. Da die Regellaufzeit der hier erfassten InbeQ-Maßnahmen von 24 Monaten noch nicht abgeschlossen ist (frühestens Mai 2011), ist die Auswertung als »vorläufig« einzustufen. Die kompletten Ergebnisse sind nachzulesen unter: http://www.bag-ub.de/ub/ub_gesetz.htm#nr_10 [Zugriff am 12.05.11]
 - 5 ACCESS und die Hamburger Arbeitsassistenten stehen hier stellvertretend für andere Anbieter (z. B. NIAB in Fürstenwalde oder die Boxdorfer Werkstatt in Nürnberg), die sich bereits in der Vergangenheit an dem Konzept UB orientiert haben, da sie über langjährige Erfahrungen verfügen, ihre Ergebnisse in verschiedenen Veröffentlichungen dokumentiert sind und das BMAS beide Träger als Beispiele »guter« Praxis immer wieder benennt.
 - 6 Dazu startete die BAG UB 2011 das Projekt »Fachkompetenz in UB«, welches vom BMAS gefördert wird. Weitere Informationen unter: <http://www.bag-ub.de/projekte/fub.htm> [Zugriff am 20.05.11]

Berufsübergreifende Lerninhalte und Schlüsselqualifikationen

Von Bedeutung ist, dass der Gesetzesentwurf in § 38 a Absatz 2 SGB IX darauf verweist, dass die Leistungen der InbeQ auch die Vermittlung von berufsübergreifenden Lerninhalten und Schlüsselqualifikationen sowie die Weiterentwicklung der Persönlichkeit des behinderten Menschen umfasst. Dies macht deutlich, dass sowohl die spezifischen arbeitsplatzbezogenen Tätigkeitsinhalte als auch die allgemeinen berufsbezogenen Bildungsinhalte gleichberechtigt nebeneinander stehen. Es geht somit *nicht* darum, eine verengte, lediglich auf eine ganz bestimmte Arbeitsanforderung ausgerichtete Qualifizierung durchzuführen. Auch Menschen mit Lernschwierigkeiten haben gezeigt, dass sie durchaus in der Lage sind, sich übergreifende Schlüsselqualifikationen anzueignen, die in verschiedenen Tätigkeiten und Betrieben relevant sind (z.B. kritische Kontrolle der Arbeitsergebnisse oder die Auseinandersetzung mit den Anforderungen und Rechten als Arbeitnehmer/in). Oftmals haben behinderte Menschen besondere Fähigkeiten, z. B. in den Bereichen soziale Kompetenz, Ausdauer, Genauigkeit und Zuverlässigkeit.

Exkurs: Aus der Praxis

Sowohl die Hamburger Arbeitsassistenz als auch die ACCESS Integrationsbegleitung Erlangen orientierten sich bereits vor der gesetzlichen Regelung im Rahmen ihrer Angebote zur UB am Prinzip der dualen Berufsausbildung. Die berufliche Qualifizierung erfolgt überwiegend in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes und wird durch die Inhalte des berufsorientierenden Unterrichts wesentlich ergänzt (z. B. berufsübergreifende Lerninhalte, Schlüsselqualifikationen und Persönlichkeitsentwicklung). Der Unterricht findet i. d. R. an 1 bis 2 Tagen in der Woche statt. Zwischen den betrieblichen und schulischen Lernsituationen sollen inhaltliche Verknüpfungen hergestellt werden, d.h. der Unterricht ist auf die betrieblichen Anforderungen abzustimmen (Lernortkoordination und Lernortkooperation).

Auf Grund des Umstandes, dass die Teilnehmenden in ganz unterschiedlichen Berufsfeldern tätig sind und darüber hinaus der Qualifizierungsbetrieb im Verlauf der Maßnahme u. U. mehrfach gewechselt wird, ist ein fachspezifischer berufsorientierender Unterricht wenig sinnvoll. Erforderlich ist ein Lehrplan, der an konkreten Erfordernissen, Frage-

stellungen und Lernmotivationen aus den betrieblichen Anforderungen anknüpft. Damit können allgemeine Themen wie »Arbeitnehmerrolle«, »betriebliche Hierarchien«, »betriebliches Sozialverhalten« sowie differenzierte Angebote für spezifische Anforderungen wie »Hygieneregeln« »Unfallverhütung« etc. im Unterricht bearbeitet sowie Kompetenzen im Rechnen, Lesen und Schreiben trainiert werden.

Nicht zuletzt aufgrund der positiven Erfahrungen mit der Gestaltung der beschriebenen Angebote, hat die Bundesagentur für Arbeit in ihren Maßnahmenstandards (siehe Verdingungsunterlagen) so genannte »Projektstage« eingefordert, die auch in den Anforderungskatalog der GE UB aufgenommen wurden (§ 4 Abs. 7).

Zwischenworte

»Mich belastet es immer, wenn ich das Gefühl habe, da ist etwas Unausgesprochenes. Wenn der Chef mich anmotzt, kann ich damit umgehen. Aber das Gefühl, es läuft etwas hintenrum, davor habe ich große Angst. Also mir ist es auch sehr wichtig, wenn Konflikte direkt angesprochen und möglichst direkt geklärt werden.«
(Auszug aus Interviews mit psychisch erkrankten Menschen, LWL 1997, S. 23)

Rechtliche und fachliche Rahmenbedingungen

Das Konzept UB kann in einen allgemeinen Zusammenhang mit folgenden rechtlichen Entwicklungen gesetzt werden, da sich die dargestellten Prinzipien und Bausteine – zumindest teilweise – dort wiederfinden:

- 1994: Benachteiligungsverbot im Grundgesetz (Artikel 3, Absatz 3)
- 2001: Sozialgesetzbuch (SGB) IX mit den Leitzielen Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe (§ 1)
- 2009: UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen u. a. für den Bereich Arbeit und Beschäftigung

Benachteiligungsverbot gem. Grundgesetz

Das Benachteiligungsverbot im Grundgesetz »Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden« verdeutlicht den (geregelten) Anspruch, dass Staat und Gesellschaft tatsächliche und mögliche Benachteiligungen von Menschen mit Behinderung anerkennen und sie gleichzeitig als nicht festgeschrieben, sondern als behebbar bzw. als von vorneherein vermeidbar betrachten.

Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe gem. Sozialgesetzbuch

Die Einführung des SGB IX kann insofern als rechtliche Konkretisierung dieses gesetzlichen Anspruchs angesehen werden. Dies wird unmittelbar in der Verankerung des Nachteilsausgleichs in § 126 erkennbar, ist aber auch an den allgemeinen Zielsetzungen wie »Selbstbestimmung und Teilhabe« (§ 1), »Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft sichern« (§ 4 Abs. 1 Nr. 3), »persönliche Entwicklung ganzheitlich fördern« (§ 4 Abs. 1 Nr. 4) sowie der Einführung des »Wunsch- und Wahlrechts« (§ 9) und des »persönlichen Budgets« (§ 17) abzulesen.

Neue Leistungen und Weiterentwicklung bestehender Leistungen

Zudem wurden verschiedene Leistungen neu eingeführt bzw. Zielsetzungen bestehender Angebote im Sinne verbesserter Teilhabemöglichkeiten weiter entwickelt. Zu den mit dem SGB IX neu verankerten Leistungen, bezogen auf den Personenkreis der Menschen mit »besonderem« Unterstützungsbedarf, gehören – neben UB nach § 38 a SGB IX – vor allem⁷:

- Integrationsfachdienste (IFD, § 109) beraten und begleiten 105.044 (schwer-)behinderte Personen (2010) mit einem besonderen Bedarf an arbeits- und berufsbegleitender Betreuung.
- Integrationsprojekte (§ 132) beschäftigen 8.710 schwerbehinderte Arbeitnehmer (2010), deren Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf Grund von Art und Schwere der Behinderung oder wegen sonstiger Umstände trotz Ausschöpfens aller Fördermöglichkeiten und des Einsatzes von IFD auf besondere Schwierigkeiten stößt.
- Arbeitsassistenz (§ 33, 8, Nr.3 und § 102, 4) nutzen 2.038 schwerbehinderte Personen (2009) zur regelmäßig wiederkehrenden Unterstützung

7 Die folgenden Zahlen sind entnommen aus BIH 2009/2010 sowie BIH 2010/2011

bei der Arbeitsausführung in Form einer von ihnen beauftragten Assistentkraft im Rahmen der Erlangung oder Erhaltung eines Arbeitsplatzes auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Außerdem arbeiten in WfbM (§ 136) 285.000 Personen (2010/2011), die wegen Art und Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können⁸. WfbM sind zunehmend gefordert, für mehr Beschäftigte den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu fördern (§ 5 Abs. 4 der Werkstättenverordnung – WVO) bzw. vermehrt so genannte Außenarbeitsplätze in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes zu akquirieren⁹.

Weiterentwicklung der Beschäftigungsmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

Prinzipien und Bausteine des Konzepts UB lassen sich insbesondere für die genannten Leistungen anwenden und könnten zukünftig zur Erweiterung des Wunsch- und Wahlrechts im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben verstärkt genutzt werden. Das beinhaltet auch eine systematische und zielorientierte vertiefte Kooperation zwischen Schulen und nachschulischen Diensten, die bislang nicht flächendeckend existiert¹⁰.

Insgesamt sind die Teilhabemöglichkeiten weiterzuentwickeln, um mehr Menschen die Beschäftigung in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes, auch »unterhalb« eines sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses (z. B. WfbM-Beschäftigte), zu ermöglichen.

Hierbei geht es um wesentlich behinderte Menschen, die auf nicht absehbare Zeit voll erwerbsgemindert im Sinne des § 43 Abs. 2 SGB VI bzw. nicht erwerbsfähig im Sinne des § 8 SGB II sind und bei denen die Kriterien des § 136 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB IX erfüllt sind. Bei dem genannten Personenkreis ist die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft – so auch am

8 Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen. Download unter <http://www.bagwfbm.de/page/24> [Zugriff am 20.05.11]

9 Mit dem Gesetz zur Einführung »Unterstützter Beschäftigung« wurden auch dauerhaft ausgelagerte Berufsbildungs- und Arbeitsplätze verankert (§ 136 Abs. 1 SGB IX). Die Personen verbleiben im Werkstattrecht.

10 Aktuell, Herbst 2011, startet die Weiterentwicklung und Verankerung eines so genannten »Beruflichen Orientierungsverfahrens« (u. a. nach dem Vorbild der Berufswegekonferenzen in Baden-Württemberg) in das SGB III, auf der Basis eines vom BMAS geförderten Projektes (»Initiative Inklusion«, Handlungsfeld 1).

Arbeitsleben – einerseits durch die Auswirkungen ihrer Behinderung nicht nur vorübergehend »wesentlich eingeschränkt« (vgl. § 53 SGB XII). Sie sind deshalb zur Überwindung dieser Einschränkungen auf besondere Leistungen und Hilfen angewiesen. Andererseits kommen sie trotz ihrer »wesentlichen Einschränkungen« aufgrund ihrer individuellen Leistungsentwicklung für eine Erprobung bzw. ein Arbeitsverhältnis in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes in Frage. Sie können dies jedoch nicht unter den dort üblichen Bedingungen leisten, d.h. ohne dauerhafte personale Unterstützung und finanzielle Förderung (eingeschränkte Wettbewerbsfähigkeit im Vergleich zu anderen ArbeitnehmerInnen). Die Chancen auf berufliche Teilhabe können also für diese Zielgruppe nur realisiert werden, wenn der Status der Erwerbsunfähigkeit für diese Personen unabhängig von der Wahl des Leistungsanbieters und auch beim Übergang in Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarktes bestehen bleibt.

Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) hat in diesem Zusammenhang seit 2007 verschiedene Vorschläge zur »Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen« vorgelegt, die im Verlauf der sich anschließenden Bund-Länder-Gespräche weiter präzisiert und weitgehend auf den ASMK-Konferenzen im November 2009 und 2010 bestätigt wurden¹¹.

Hierzu einige Beispiele:

Die Leistungsmöglichkeiten der Eingliederungshilfe für wesentlich behinderte, voll erwerbsgeminderte bzw. nicht erwerbsfähige Menschen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind so zu gestalten, dass diese auch außerhalb der Werkstattförderung möglich sind.

Darüber hinaus wird angeregt, solche Gestaltungsmöglichkeiten auch in Bezug auf die übrigen Werkstattleistungen (Eingangsverfahren / Berufsbildungsbereich) zu entwickeln. Das BMAS hat erkannt, dass weitere Anstrengungen erforderlich sind, und prüft, inwieweit die Träger der Eingliederungshilfe »anstelle einer Werkstattleistung einen dauerhaften Minderleistungsausgleich erbringen können« (ROMBACH 2008). Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) kann sich solche Lösungen vorstellen, macht jedoch darauf aufmerksam, dass zuvor noch verschiedene rechtliche und qualitative Fragestellungen zu klären sind (vgl. FINKE 2008).

11 87. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2010 vom 24.–25.11.2010, TOP 5.1, Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe

Einige Länder, wie Rheinland-Pfalz, Niedersachsen, NRW und Baden-Württemberg, setzen bereits entsprechende Konzepte um (z. B. Budget für Arbeit¹²). Bis Ende 2011 soll ein erster Gesetzesentwurf zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe vorgelegt werden, der noch in der aktuellen Legislaturperiode verabschiedet werden soll.

Die oben beschriebene Zielgruppe wird an folgendem Beispiel veranschaulicht¹³:

Beispiel 4 – Übergang WfbM – allgemeiner Arbeitsmarkt
mit dem persönlichen Budget:

Herr T. (Diagnose: Lernschwierigkeiten und Autismus) besuchte die Förderschule für ganzheitliche (geistige) Entwicklung. Nach seiner Schulzeit arbeitete er, vor allem im Hausmeisterbereich, etwas mehr als zwei Jahre in einer WfbM. Schon länger hatte er den Wunsch, in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes zu arbeiten. Er wandte sich an einen Fachdienst (Zentrum für selbstbestimmtes Leben – ZsL Mainz), der solche Übergänge begleitet und es fand ein gemeinsames Gespräch zwischen Herrn T., dem Fachdienst und der WfbM statt. Herr T. nutzte das Persönliche Budget zur Finanzierung der Unterstützung durch den Fachdienst. Er absolvierte ein Langzeitpraktikum zur Qualifizierung in einer öffentlichen Behörde. Anfangs haben die Fachkräfte des ZsL Mainz Herrn T. jeden Tag am Arbeitsplatz begleitet. Schließlich bekam Herr T. ab März 2010 einen unbefristeten Arbeitsvertrag (Vollzeitstelle). Seine Tätigkeit umfasst Rasen mähen, Hecken schneiden sowie Maler- und Ausbesserungsarbeiten unter Anleitung. Das Arbeitsverhältnis wird dauerhaft mit 70 % Lohnkostenzuschuss über das Programm »Budget für Arbeit« gefördert¹⁴. Der Arbeitgeber betont, dass ein intensives Job Coaching im Praktikum wichtig war. Hierbei wurden auch Vorgesetzte und Kollegen für die Zusammenarbeit mit Herrn T. angeleitet. Dem Arbeitgeber ist es wichtig, dass er bei Bedarf erneut auf den Fachdienst zurückgreifen kann. Die Leitung der Abteilung resümiert: »Herr T. passt zu uns und die Arbeit passt zu Herrn T.« (vgl. BMAS 2010, S. 74f.).

-
- 12 Der Begriff „Budget für Arbeit“ wird sowohl von Rheinland-Pfalz als auch Niedersachsen benutzt.
 - 13 Ein entsprechendes Beispiel zum Personenkreis Menschen mit psychischer Erkrankung ist dem Autor leider nicht bekannt.
 - 14 Informationen unter: http://www.lag-wfbm-rlp.de/uploads/media/Handbuch_Budget_f_r_Arbeit.pdf [Zugriff am 20.05.11]

Die Beschreibungen machen deutlich, wie vielfältig die fachlichen Standards des Konzepts UB – gerade auch im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention – eingesetzt werden können und dass UB nicht auf *einen* gesetzlich definierten Leistungstatbestand zu reduzieren ist.

Die Rechte im Bereich Arbeit und Beschäftigung gemäß der UN-Behindertenrechtskonvention Inklusion im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention

Was bedeutet jedoch »Inklusion« im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention bei einem Konzept wie UB, das auf die Beschäftigung in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes abzielt?

Dieser »Arbeitsmarkt« ist systembedingt als exklusiv zu bezeichnen, denn es werden immer wieder verschiedene Personen bzw. Personengruppen ausgeschlossen. Hiervon sind nicht nur Menschen mit Behinderungen im besonderen Maße betroffen, sondern auch andere Personenkreise, wie z. B. Menschen mit Migrationshintergrund (vgl. DOOSE 2009b). Der Arbeitsmarkt ist, wie andere Märkte, bestimmt durch Angebot und Nachfrage. Dies wird in der folgenden Definition der Bundesagentur für Arbeit deutlich¹⁵:

»Auf dem Arbeitsmarkt wird Arbeitskraft in Zeiteinheiten zu Marktbedingungen nachgefragt, angeboten und getauscht. Menschen verkaufen gegen Arbeitsentgelt ihre Arbeitskraft zur Verrichtung konkreter Tätigkeiten an Arbeitgeber, für die sie bestimmte Produkte herstellen oder Dienstleistungen ausführen. Die Arbeitgeber überlassen ihnen dazu die notwendigen Rohstoffe und Arbeitsmittel. Es wird unterschieden zwischen

1. Arbeitsmarkt, der den betriebswirtschaftlich begründeten Bedarf nach Arbeitskräften (Arbeitsplatzangebote) von Unternehmen (Arbeitgeber) mit einer Nachfrage geeigneter freier Arbeitskräfte (Arbeitnehmer) zusammenführt und
2. (staatlich geförderten) Arbeitsmarkt, der über arbeitsmarktpolitische Maßnahmen zusätzliche Anreize für Arbeitgeber schafft, Arbeitsplätze anzubieten, um damit einen Marktausgleich von Angebot und Nachfrage herbeizuführen.«

15 Download unter [Zugriff am 16.05.11]: <http://www.arbeitsagentur.net/Arbeitsmarkt/arbeitsmarkt.html>

In Nr. 2 wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Staat die Verpflichtung hat, den Markt zu regulieren¹⁶. Die Förderung von bestimmten Personen, z.B. von Menschen mit Behinderung im Sinne des Nachteilsausgleichs, ist somit Bestandteil der Definition vom Arbeitsmarkt und liegt in der Verantwortung von Entscheidungsträgern aus Politik und Verwaltung. Daraus ergeben sich die verschiedensten Förderinstrumente wie z. B. UB oder Eingliederungszuschüsse.

Arbeit und Beschäftigung gem. Artikel 27 UN-Behindertenrechtskonvention

Definition und Auslegung

Die UN-Behindertenrechtskonvention bestimmt zum Bereich Arbeit und Beschäftigung in Artikel 27 (Auszug)¹⁷:

»Die Vertragsstaaten anerkennen das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf Arbeit; dies beinhaltet das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird. Die Vertragsstaaten sichern und fördern die Verwirklichung des Rechts auf Arbeit, einschließlich für Menschen, die während der Beschäftigung eine Behinderung erwerben, durch geeignete Schritte, einschließlich des Erlasses von Rechtsvorschriften.«

Beim Behindertenbeauftragten der Bundesregierung findet man dazu folgende Auslegung¹⁸:

»Artikel 27 begründet (...) vor allem Regelungen zur Chancengleichheit und ein Diskriminierungsverbot für den Arbeitsmarkt, damit diese Rechte effektiv auch für Menschen mit Behinderungen nutzbar sind. Im nationalen Arbeitsrecht ist daher sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen

16 Diese Verantwortung von Staat, Gesellschaft, Verwaltung und anderen Entscheidungsträgern ist geradezu Wesenskern des Begriffs Inklusion: Es bedeutet, das nicht der Mensch an die Struktur, sondern die (Angebots-)Struktur an die Bedürfnisse der Menschen anzupassen ist (vgl. BIELEFELDT 2009, S.11).

17 Download unter [Zugriff am 13.05.11]: http://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf;jsessionid=8E96DB62F68E9BA7CD6A7026C502AF49.2_cid095?_blob=publicationFile

18 Download unter [Zugriff am 13.05.11]: http://www.behindertenbeauftragter.de/DE/Koordinierungsstelle/UNKonvention/Inhalt/07Teilhaberechte/Teilhaberechte_node.html

nicht bei Entscheidungen im Zusammenhang mit der Beschäftigung (etwa Auswahl-, Einstellungs- und Beförderungsentscheidungen sowie Beschäftigungsbedingungen) diskriminiert werden. Die Regelung geht auf den Punkt der Werkstätten für behinderte Menschen nicht gesondert ein, aber in Artikel 27 kommt zum Ausdruck, dass vor allem auch der Zugang zum ersten Arbeitsmarkt gefördert werden soll.«

Beschäftigung von Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

Es geht nun nicht um die (fast) immer gleiche Diskussion über das Für und Wider von WfbM. WfbM bieten für viele Menschen Rahmenbedingungen, die sie teilhaben lassen an Arbeit und Beschäftigung. UB fragt jedoch: Wie können (diese) Rahmenbedingungen (möglichst für alle) so gestaltet werden, dass eine Beschäftigung in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes möglich ist? Dabei ist zu berücksichtigen, dass immer mehr Menschen, z. B. jene mit psychischen Erkrankungen (vgl. BUNGART 2010), aufgrund von Überforderungen unterschiedlichster Art, aus dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgegrenzt werden. Reden wir hier also über eine reine Utopie?

Das Konzept UB ist keine Utopie fern von jeglicher Realität. UB beinhaltet aber sicher eine Vision und ermuntert uns immer wieder zu fragen: Wie können Menschen, die auf Unterstützung angewiesen sind und die manchen Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht bzw. nicht von vorneherein entsprechen, dennoch dort integriert werden und wie sind die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass dies möglichst dauerhaft gelingt?

Dies gilt auch für Personen mit sehr hohem Unterstützungsbedarf. Gerade hier sind die Anforderungen konsequent an die Fähigkeiten anzupassen. Erste Beispiele zeigen, dass dies möglich ist, insbesondere dann, wenn der Arbeitsbegriff weit gefasst ist und sich nicht lediglich auf Lohnarbeit bezieht, die eine vollständig (zumindest weitgehend) abgesicherte finanzielle Lebensführung bedeutet¹⁹: »Unter Arbeit ist eine sinnvolle, zielgerichtete Tätigkeit zu verstehen, die auf die Erstellung von Gütern und Dienstleistungen abzielt« (Voß 2011, S. 117). Die Herausforderung bleibt bestehen, dies möglichst in

19 Nach dem Konzept UB ist eine erbrachte Arbeitsleistung, unabhängig vom Ausmaß, tariflich bzw. ortsüblich zu bezahlen. Sollte dies nicht zur Sicherung einer menschenwürdigen und selbständigen Lebensführung ausreichen, sind ergänzende Transferleistungen im Sinne eines Nachteilsausgleichs zu finanzieren.

Betrieben zu tun, wo behinderte und nichtbehinderte Personen gemeinsam wirken. Dies erfordert sowohl Kreativität als auch die Bereitschaft, neue Wege zu gehen und das Tun immer wieder zu hinterfragen und weiter zu entwickeln. Ziel ist es, die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung, unabhängig vom Unterstützungsbedarf, zu optimieren.

Zwischenworte

»Es müsste mehr Betriebe für einen langsamen Wiedereinstieg gefunden werden; mit einer Stunde, mit zwei Stunden usw. Und es bräuchte mehr Akzeptanz für einen solchen langsamen Einstieg. Dass also niemand blöde Sprüche macht.«

»Ich brauche jemanden, der mir den Rücken stärkt. Der mir sagt: Sie schaffen das, Sie können das, Sie haben Fähigkeiten.«

(Auszug aus Interviews mit psychisch erkrankten Menschen, LWL 1997, S. 23 u. 21)

Insofern bietet UB viele Ansatzpunkte, um den in Artikel 27 der UN-Behindertenrechtskonvention formulierten Anspruch umzusetzen. Es gibt weitere Konzepte, die ähnliche Fragen und Forderungen gestellt haben bzw. stellen wie z. B. die Programme »Humanisierung der Arbeitswelt«²⁰ oder »Gesunde Arbeit«²¹. Auch gesetzliche Regelungen wie »betriebliche Integrationsvereinbarungen« (§ 83 SGB IX) oder »Prävention« (§ 84 SGB IX, inklusive betriebliches Eingliederungsmanagement) sind in diesem Zusammenhang zu nennen.

Es geht somit weniger um weitere gesetzliche Regelungen zum Nachteilsausgleich, sondern eher um die konsequente Anwendung der Gesetze im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention zur individuellen Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen. Es besteht (noch) eine Lücke zwischen Anspruch und Wirklichkeit²². Dies soll an zwei Zitaten verdeutlicht werden:

»Auch Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf soll ermöglicht werden, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu arbeiten. Dies ist möglich, wenn man ihre individuellen Bedürfnisse an Unterstützung konsequent in

20 Download unter [Zugriff am 16.05.11]: http://de.wikipedia.org/wiki/Humanisierung_der_Arbeitswelt

21 Download unter [Zugriff am 16.05.11]: http://www.gesunde-arbeit.net/front_content.php

22 FUCHS (2009, S. 9) spricht in diesem Zusammenhang von einem Vollzugsdefizit.

den Mittelpunkt stellt und ihnen Möglichkeiten für die Teilhabe am Arbeitsleben unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts schafft« (Deutscher Bundestag 2008, S. 61).

»Menschen mit Behinderung haben (...) Formen des Unrechts vielfach erlebt: sowohl die Ausgrenzung aus Schule, Arbeitsmarkt, Politik oder Kultur und sogar die Verweigerung von Familienleben und Elternschaft als auch die Bevormundung durch totale Versorgungsinstitutionen« (BIELEFELDT 2009, S. 11).

Offene Fragen hinsichtlich der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Dass dies auch heute – trotz vieler Erfolge und Verbesserungen – im Kern immer noch gültig ist, zeigen u. a. die vielen Beispiele ratsuchender Menschen. So verstehen z. B. Eltern nicht, weshalb in einigen Bundesländern eine Vielfalt an beruflichen Optionen auch für Personen mit höherem Unterstützungsbedarf besteht, ein solches Angebot in anderen Ländern jedoch begrenzt ist. Wahlmöglichkeiten sind noch immer eingeschränkt, nicht transparent und stehen bundesweit nicht im gleichen Maße zur Verfügung. Es fehlt zudem an verlässlichen Beratungsstrukturen bzw. bestehende werden wieder zerstört, wie das Beispiel IFD negativ belegt. Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf werden erneut ausgegrenzt, da ihre Bedarfe aufgrund unzureichender Finanzierung nicht mehr gedeckt sind und die einheitliche Beratungsstruktur der IFD mit Vermittlung und Begleitung durch bedarfsfremde Ausschreibungsverfahren aufgelöst wird. Die aktuelle Situation der IFD ist ein typisches Beispiel für mangelhaft gestaltete Rahmenbedingungen durch Politik, Verwaltung und Leistungsträger, insbesondere bei Leistungen, die schnittstellen- und leistungsträgerübergreifend sind. Auch die Maßnahme UB (§ 38 a SGB IX) ist daher prinzipiell gefährdet. Dies ist nicht im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention und verweist auf eine nach wie vor unzureichende Umsetzung des SGB IX.

Es bleibt kritisch zu prüfen, inwieweit die UN-Behindertenrechtskonvention einen tatsächlichen Fortschritt für noch bestehende Benachteiligungen bringt und die Erfahrungen von Ratlosigkeit und Ausgrenzung von Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen zumindest (spürbar) weniger werden: »Menschenrechtskonventionen dienen dem ›Empowerment‹ der Menschen. Sie leisten dies, indem sie Ansprüche auf Selbstbestimmung, Diskriminierungsfreiheit und gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe formulieren, sie rechtsverbindlich verankern und mit möglichst wirksamen

Durchsetzungsinstrumenten verknüpfen« (BIELEFELDT 2009, S. 4). Im Kern steht die Überwindung des Defizit-Ansatzes durch einen »Diversity-Ansatz«, d.h. die »Akzeptanz von Behinderung als Bestandteil menschlicher Normalität« (a. a. O., S. 7).

Kriterien für die Verbesserung der betrieblichen Integration

Zusammengefasst sollen abschließend wesentliche Kriterien für die Berücksichtigung individueller Voraussetzungen zur Verbesserung der betrieblichen Integration beispielhaft verdeutlicht werden: Betriebe müssen betriebswirtschaftlichen Kriterien genügen. Eine Binsenweisheit, da ansonsten Arbeitsplätze generell gefährdet sind. Betriebe machen in Gesprächen aber auch immer wieder deutlich, dass sie u. a. Menschen mit Behinderungen die Chance geben, eine adäquate Beschäftigung aufzunehmen. Fähigkeiten und Anforderungen müssen eben »passen«. Betriebe erwarten aber sowohl ein beiderseitiges Erproben (Passungsprozess) als auch eine zuverlässige und professionelle Unterstützung; oftmals durch begleitende Fachdienste.

Beispiel 5 – Beachtung der familiären Situation und Rückkehr in den Betrieb:

»Nach einer Depression kehrt ein 39 Jahre alter Elektroniker zurück an seinen Arbeitsplatz in der Entwicklungsabteilung eines großen Unternehmens. Trotz guter Prognosen der behandelnden Ärzte, einer Stabilisierung der Leistungsschwankungen und seinem eigenen Wunsch, unbedingt wieder arbeiten zu wollen, zeigt sich während der stufenweisen Wiedereingliederung im gemeinsamen Gespräch mit dem Vorgesetzten, dass sein Leistungsvermögen weit hinter den bisherigen Fähigkeiten zurückbleibt. Am Arbeitsplatz lässt sich keine Erklärung finden, im Gespräch mit dem behandelnden Arzt werden ebenfalls keine Gründe erkennbar. Erst im Einzelgespräch mit dem IFD Mitarbeiter erwähnt der Arbeitnehmer massive Eheprobleme, da seine Frau sich in der langen Zeit des Klinikaufenthaltes allein mit den gemeinsamen Kindern überlastet fühlte. Er bemühte sich nun sehr, seine Rolle als Ehemann und Vater wieder vollständig zu erfüllen, was letztlich zu einer Überlastung führt. In einem Familiengespräch können die Wünsche und Ängste aller Beteiligten angesprochen werden und Entlastungsmöglichkeiten für den Familienvater gefunden werden. Es wird ein Modell der »stufenweisen Verantwortungsübernahme« entwickelt« (ULRICH; BUNGART 2008, S. 22).

Beispiel 6 – Belastungsgrenzen im neuen Job beachten:

Frau K. hat mehrere Jahre in der Systemgastronomie im Küchenbereich gearbeitet. Sie erkrankte an einem Burn-out-Syndrom. Der Wunsch nach Anerkennung

durch Vorgesetzte einerseits und Schwierigkeiten, eigene Belastungsgrenzen zu akzeptieren andererseits, hatten zu der Erkrankung beigetragen. Frau K. hatte das Ziel, in einem zukünftigen Arbeitsverhältnis ihre körperlichen Grenzen deutlicher wahrzunehmen, um einen weiteren Zusammenbruch zu vermeiden.

Während eines betrieblichen Trainings in einer Großküche zeigte sich, dass Frau K. in permanent hohem Tempo arbeitete, auch wenn dies gerade nicht erforderlich war. Einzig ihre Zigarettenpausen konnte sie zur Entschleunigung nutzen. Gemeinsam mit dem Jobcoach wurde eine weitere Entschleunigungsmöglichkeit in Absprache mit dem Vorgesetzten implementiert, da diese kurzen »Besinnungsphasen« zu einer Regulation des Arbeitstempos von Frau K. beitrugen. Frau K. musste mehrmals täglich Treppen nutzen. Sie »zwang« sich, jede Stufe mit beiden Füßen zu betreten. Hierüber trat eine körperliche und geistige Beruhigung ein und ein Bewusstsein für die eigene Befindlichkeit. Frau K. hatte schon verschiedene Entspannungstechniken ausprobiert, jedoch keine Geeignete für sich finden können. Sie hatten ihre innere Unruhe eher verstärkt. (BAG UB 2011, S. 11)²³.

Gemeinsame Gestaltung der Integrationsprozesse

Im Konzept UB werden Betriebe als Partner verstanden, d. h. im Austausch mit dem Menschen mit Behinderung sowie begleitet und koordiniert durch einen Fachdienst werden Integrationsprozesse gemeinsam gestaltet. Das gelingt nicht immer zur Zufriedenheit aller Beteiligten und auf dem Weg sind häufig Hindernisse zu beseitigen. Aber die vielen und vielfältigen gelungenen Beispiele zeigen: Es geht oft mehr als man denkt!

Schlussworte

»Ich bin sehr froh, dass mein Arbeitgeber auch dann zu mir gehalten hat, wenn es mir mal nicht so gut ging. Die Arbeit hält einen Menschen im normalen Leben. Und ich bin froh, dass ich im Betrieb nicht als ›Psychotiker‹ abgestempelt bin. (...) Wenn die anderen auch den ganz normalen Menschen sehen, dann kann man auch der ganz normale Mensch sein«

(Auszug aus Interviews mit psychisch erkrankten Menschen, LWL 1997, S. 11).

23 In den Weiterbildungsunterlagen befinden sich eine Vielzahl weiterer Praxisbeispiele

Literatur

- BAG UB – Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung (Hg.) (2011.): Job Coaching: Qualifizieren und Lernen im Betrieb – Schwerpunkt: Betriebliche Teilhabe von Menschen mit psychischer Erkrankung. Weiterbildungsunterlagen. Hamburg. Download unter: URL: http://www.bag-ub.de/publikationen/idx_publicationen.htm#job_coaching_psy
- BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.) (2010.): Gemeinsame Empfehlung »Unterstützte Beschäftigung«. Frankfurt/Main. URL: <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/BARGeEmUnterstBesch.web.pdf>. Entnommen 20.05.2011
- BAUMGARTNER, F.(2008): Berufliche Qualifizierung von Menschen mit Autismus im Berufsbildungswerk St. Franziskus Abensberg. In: impulse, Fachmagazin der Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung, Nr. 45, Heft 1/, S. 15 ff.
- BIELEFELDT, H.(2009): Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenrechtskonvention. Hrsg.: Deutsches Institut für Menschenrechte. Berlin. URL: <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/de/themen/behindertenrechte/publikationen.html>. Entnommen 20.05.2011
- BIH – Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen: Jahresbericht 2009/2010. Wiesbaden. URL: http://www.integrationsaemter.de/files/11/JB_BIH10_screen.pdf. Entnommen 02.12.11
- BIH – Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen: Jahresbericht 2010/2011. Wiesbaden. URL: http://www.integrationsaemter.de/files/11/JB_BIH10_screen_1.pdf. Entnommen 02.12.11
- BIH – Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen(2010): ZB Zeitschrift: Behinderte Menschen im Beruf, Schwerpunkt: Autismus – ist das ein Thema für Betriebe? Ausgabe 4. URL: <http://www.integrationsaemter.de/ZB-online/258c62/index.html>. Entnommen 20.05.11
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.) (2010.): Ich habe meinen Arbeitsplatz gefunden. 63 Beispiele von Menschen mit Behinderungen in Betrieben. Bonn. URL und Bestellung: http://www.bmas.de/portal/48690/a735__arbeitsplatz_gefunden.html. Entnommen 20.05.11
- BUNGART, J. (2010): Von zunehmender Bedeutung: Unterstützung bei psychischen Erkrankungen im Betrieb. In: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern, S. 220–228
- DALFERTH, M.(2009): Persönliches Budget und Autismus. Möglichkeiten der sozialen und beruflichen Inklusion. In: impulse, Fachmagazin der Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung, Nr. 51, Heft 4, S. 42 ff.
- Deutscher Bundestag (Drucksache 16/10808): Entwurf eines Gesetzes zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. 08.11.2008. URL: <http://drucksachen.bundestag.de/drucksachen/index.php>. Entnommen 20.05.11

- DOOSE, S.(2008): Supported Employment für Menschen im Autismus Spektrum. In: impulse, Fachmagazin der Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung, Nr. 48, Heft 4, S. 26 ff.
- DOOSE, S. (2009 a): Unterstützte Beschäftigung: Berufliche Integration auf lange Sicht. 3. überarbeitete Auflage, Marburg
- DOOSE, S. (2009 b): Inklusion und Unterstützte Beschäftigung. In: impulse, Fachmagazin der Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung, Nr. 50, Heft 2/3-, S. 6 ff.
- EUUSE – European Union of Supported Employment (Hrsg. der englischsprachigen Fassung 2004): Informationsbroschüre & Qualitätsstandards. Hrsg. der deutschsprachigen Fassung: Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung. Hamburg 2007, S. 13. URL: http://bag-ub.de/ub/ub_quali.htm. Entnommen 11.05.11
- FINKE, B.(Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe): »Werkstätten auf dem Weg zur Inklusion« anlässlich der Tagung »Arbeiten, wo andere auch arbeiten!« der Bundesvereinigung Lebenshilfe und des Lebenshilfe-Landesverbandes Bayern am 21.10.08 in Bamberg. URL: http://www.lwl.org/spur-download/bag/finke_21102008.pdf. Entnommen 08.03.11
- FUCHS, H.: Thesen zur Weiterentwicklung des Behindertenrechts im Lichte der Beschlüsse der ASMK vom 23./24.11.2010. Veröffentlicht im Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (Forum D). URL:[http://www.reha-recht.de/index.php?id=73&tx_ttnews\[tt_news\]=296&cHash=cf225d6334e6e83a7434500422f6fc96](http://www.reha-recht.de/index.php?id=73&tx_ttnews[tt_news]=296&cHash=cf225d6334e6e83a7434500422f6fc96). Entnommen 11.05.11
- LWL – Landschaftsverband Westfalen-Lippe / Hauptfürsorgestelle (1997): Ich hab' noch eine Menge Zukunft vor mir! Psychisch und geistig Behinderte im Arbeitsleben. Schriftenreihe, Heft Nr. 27. Münster
- MOZET, P.(2009): Unterstützte Beschäftigung nach § 38a SGB IX In: impulse, Fachmagazin der Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung, Nr. 49, Heft 1, S. 8–9
- ROMBACH, W. (BMAS) (2008): Rede zu Inklusion im Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen – Positionen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales anlässlich der Tagung »Arbeiten, wo andere auch arbeiten!« der Bundesvereinigung Lebenshilfe und des Lebenshilfe-Landesverbandes Bayern am 21.10.08 in Bamberg. URL:http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/downloads/arbeiten/Handout-Wolfgang-Rombach.pdf. Entnommen 08.03.11
- ROMBACH, W.(2009): Unterstützte Beschäftigung – ein neuer Leistungstatbestand des Rechts der Teilhabe am Arbeitsleben (§ 38 a SGB IX). In: Die Sozialgerichtsbarkeit, Ausgabe 02 (SGB 02/09), S. 61–67
- ULRICH, A.; BUNGART, J.(2008): Integrationsfachdienste – Vermittlung und Begleitung für Menschen mit Psychiaterfahrung. In: impulse, Fachmagazin der Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung, Nr. 48, Heft 4, S. 14 ff.
- VOß, N.(2011): Feinwerk – Berufliche Bildung und Orientierung für Menschen mit schwerer Behinderung. In: Leben mit Behinderung (Hg.): Ich kann mehr! Hamburg, S. 112 ff

Psychisch Kranke im SGB II - Möglichkeiten der Förderung durch die Jobcenter

Wolfgang Haacke

Ich möchte Ihnen heute hier die Arbeit der DiMa-Fallmanager des Jobcenters Köln vorstellen.

Kurz zu meiner Person: Mein Name ist Wolfgang Haacke. Ich bin der fachliche Koordinator und Leiter des DiMa-Bereiches des Jobcenters Köln. Ich übe diese Tätigkeit als kommunaler Mitarbeiter des Jobcenters seit Juni 2009 aus, vorher war ich als stellvertretender Leiter des DiMa-Bereiches tätig. In dem Zeitraum von Mitte 2005 bis Februar 2007 nahm ich das Aufgabengebiet eines DiMa-Fallmanagers im Jobcenter Köln wahr.

Die Idee zur Einrichtung des DiMa-Fallmanagements wurde bereits vor Inkrafttreten des SGB II zum 01.01.05 geboren. Bereits im Jahr 2004 wurde in Köln im Rahmen eines Modellprojektes die Zusammenarbeit zwischen dem damaligen Arbeitsamt und dem Sozialamt der Stadt Köln vereinbart. Schnell merkte man, dass viele zukünftige Kunden des SGB II-Bereiches, nämlich Arbeitslosenhilfebezieher des Arbeitsamtes und Sozialhilfebezieher der Stadt von den normierten Maßnahmeangeboten des SGB III nicht profitieren konnten. Viele dieser Kunden waren arbeitsmarktfremd und mit multiplen Vermittlungshemmnissen belastet. Um diesen Kunden ein adäquates Angebot machen zu können, wurde das DiMa-Fallmanagement speziell für diese Kundengruppe eingerichtet. Das DiMa-Team bestand zu diesem Zeitpunkt aus vier Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, mittlerweile wurde das Team sukzessive auf 29 Fallmanager und Fallmanagerinnen erweitert. Mit diesen 29 Mitarbeitern werden ca. 3.500 Kunden betreut, ca. 600 Kunden stehen auf der Warteliste für ein dimaspezifisches Fallmanagement.

Derzeit stehen im Jobcenter Köln Veränderungen bei der Organisation des Fallmanagements an. Die 29 DiMa-Fallmanager werden sukzessive den 29 Integrationsteams zugeordnet. Parallel wird aktuell ein beschäftigungsorientiertes Fallmanagement aufgebaut. So wird Mitte 2012 jedem Integrationsteam ein DiMa-Fallmanager und ein beschäftigungsorientierter Fallmanager zur Verfügung stehen.

Auf der ersten Folie meiner Präsentation möchte ich Ihnen die Kundengruppe des DiMa-Fallmanagements darstellen.

Im Jahr 2004 haben wir zunächst damit angefangen, die Kunden mit somatischen Einschränkungen zu beraten. Diese Kundengruppe kann relativ einfach identifiziert werden, der Kunde berichtet von einem Rückenleiden,

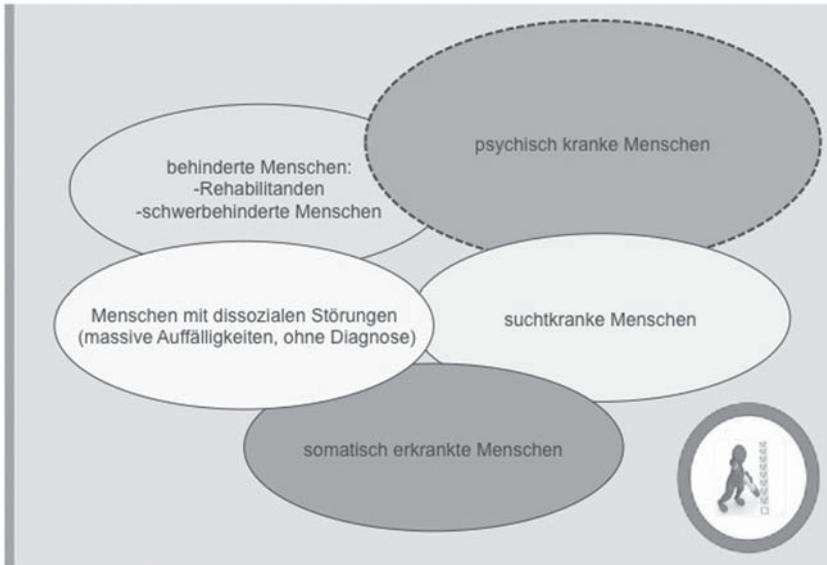


Abb. 1: FM-DiMa: gesundheitliche Handicaps

kann mit einem Arm nicht mehr heben oder hat Bewegungseinschränkungen am Knie. Wir haben jedoch recht schnell bemerkt, dass viele Kunden nach dem Beginn der Beratung durch die Fallmanager nicht nur über somatische Handicaps berichten, sondern dass viele somatische Erkrankungen zusammen mit psychischen Erkrankungen einhergehen. Im Laufe der Jahre ist, unserem Empfinden nach, die Gruppe der psychisch kranken Menschen immer größer geworden. Sie macht mittlerweile ca. 75 % der betreuten DiMa-Kunden aus.

Zu der Kundengruppe des DiMa-Bereiches gehören auch die suchtkranken Menschen. Mit den vorhandenen Personalressourcen können jedoch in diesem Zielbereich nur die »Spitzenfälle« beraten werden. Insbesondere Kunden, die erfolgreich eine Therapie und ein anschließende Adaption durchlaufen haben, werden hier zeitnah in das Fallmanagement aufgenommen, um einen Rückfall in die bisherigen Strukturen zu vermeiden.

Besonders im Bereich U25 widmen sich die DiMa-Fallmanager Menschen mit dissozialen Störungen. Diese Kundengruppe ist im Verhalten massiv auffällig, kann Gesprächen nur bedingt folgen, weicht jeglichen Forderungen aus oder tritt übermäßig fordernd gegenüber den Beratern auf. Die Ursache für das Verhalten ist ungeklärt, liegen hier Sozialisationsprobleme

vor oder ist der Kunde bzw. die Kundin gesundheitliche eingeschränkt? Dies zu klären ist Aufgabe der DiMa-Fallmanager.

Ferner ist das DiMa-Team für die behinderten Menschen im Sinne des SGB IX vor Ort. Die DiMa-Fallmanager sind die festgelegte Schnittstelle zu den RehaBeratern der Agentur für Arbeit in Köln. Der DiMa-Bereich bereitet den Rehaantrag zusammen mit dem Kunden vor, holt ggf. ein ärztliches Gutachten ein und beendet das Fallmanagement in dem Moment, in dem der Kunde bei dem RehaBerater der Agentur für Arbeit sicher angekommen ist. Mit Einverständnis des Kunden werden die für den RehaBerater relevanten Informationen vom DiMa-Fallmanager an die Agentur übermittelt.

Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit jetzt auf das kleine rote Verbotsschild in der unteren Ecke lenken. Für die Übernahme eines Kunden in das DiMa-Fallmanagement ist die individuelle gesundheitliche Situation des Kunden ausschlaggebend. Es gibt kein allgemein gültiges Raster, nach dem über die Aufnahme eines Kunden in das DiMa-Fallmanagement entschieden wird. Jeder Einzelfall wird mit dem zuständigen persönlichen Ansprechpartner im Rahmen der »warmen« Übergabe diskutiert, die vorhandenen Unterlagen ausgewertet, um dann einen Konsens zu finden. Der DiMa-Fallmanager muss dann bewerten, inwieweit sich die gesundheitlichen Einschränkungen auf das mögliche Arbeitsleben des Kunden auswirken können.



Abb. 2: DiMa-FM: Spannungsfelder

Auf der nächsten Folie möchte ich auf das besondere Spannungsfeld hinweisen, in dem sich die Arbeit der DiMa-Fallmanager vollzieht. Das SGB II gibt uns die Prämisse des »Fördern und Forderns« vor. Wir sind jedoch der Ansicht, dass diese Prämisse für die Arbeit mit stark gesundheitlich

gehandicapten Kunden einer besonderen Auslegung bedarf. Die Mitarbeit für die Kunden im DiMa-Bereich ist stets freiwillig! Zu Beginn des Fallmanagementprozesses wird der Kunde ausführlich über die Aufgaben und die besonderen Möglichkeiten im dimaspezifischen Fallmanagement informiert. Entschließt er sich, sich in diesen Prozess mit einzubringen, wird von ihm eine motivierte Mitwirkung im Rahmen seiner gesundheitlichen Einschränkungen erwartet. Die DiMa-Fallmanager verfügen über eine besondere ausgeprägte Frustrtoleranz und arbeiten sehr geduldig mit dem Kunden. Verweigert der Kunde jedoch dauerhaft seine Mitarbeit oder ist zweifelsfrei erkennbar, dass das Hauptproblem des Kunden lediglich in seiner fehlenden Motivation liegt, wechselt der Kunden sanktionsfrei in den Bereich der beschäftigungsorientierten Fallmanager und persönlichen Ansprechpartner. Diesem Wechsel gehen jedoch mehrere intensive Beratungsgespräche voraus, in denen versucht wird, den Kunden von einer aktiven Mitarbeit zu überzeugen.

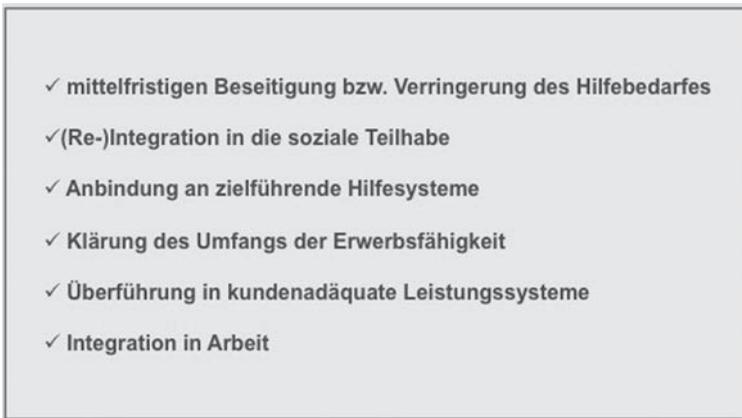
- 
- ✓ mittelfristigen Beseitigung bzw. Verringerung des Hilfebedarfes
 - ✓ (Re-)Integration in die soziale Teilhabe
 - ✓ Anbindung an zielführende Hilfesysteme
 - ✓ Klärung des Umfangs der Erwerbsfähigkeit
 - ✓ Überführung in kundenadäquate Leistungssysteme
 - ✓ Integration in Arbeit

Abb. 3: Ziele des Fallmanagements

In Abbildung 3 möchte ich Ihnen die Ziele des DiMa-Fallmanagements in gebündelter Form präsentieren. Auch für den DiMa-Bereich gilt natürlich das Ziel der mittelfristigen Beseitigung bzw. Verringerung des Hilfebedarfes. Wir möchten unsere Kunden in die soziale Teilhabe integrieren bzw. reintegrieren, und für uns besonders wichtig, an zielführende Hilfesysteme anbinden. Ferner gehört es zu unseren Aufgaben, den Umfang der Erwerbsfähigkeit einzelner Kunden zu klären und diese ggf. in kundenadäquate Leistungssysteme zu überführen. Die Integration der Kunden in Arbeit steht bei

dem DiMa-Fallmanagement nicht an erster Stelle, ist jedoch ein nicht zu vernachlässigender Faktor.

Ich habe diese gebündelten Ziele auf der nächsten Folie auf die Aufgabenstellung des einzelnen DiMa-Fallmanagers herunter gebrochen. Ein wichtiger Hinweis: Von der Größe der einzelnen Aufgabenkästchen kann man keinen Rückschluss auf die Bedeutung der Aufgaben für das DiMa-Team ziehen.

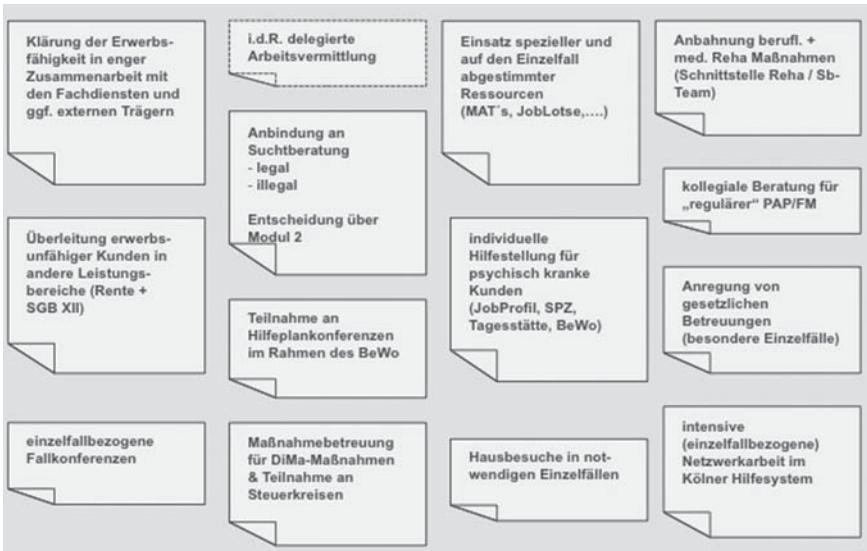


Abb. 4: DiMa-FM: Aufgaben des Fallmanagers

Wie eben schon angesprochen, ist es die Aufgabe der DiMa-Fallmanager und Fallmanagerinnen, den Umfang der Erwerbsfähigkeit einzelner Kunden zu dokumentieren. Hierbei arbeiten die DiMa-Fallmanager eng mit den Fachdiensten der Agentur, Ärztlicher Dienst und Psychologischer Dienst, zusammen. Neue DiMa-Fallmanager werden vor ihrem Einsatz von den Fachdiensten der Agentur für Arbeit geschult und über die vorhandenen Angebote eingehend informiert. Da die Kapazitäten des Ärztlichen Dienstes alleine nicht für das Jobcenter ausreichend sind, hat das Jobcenter in Abstimmung mit dem Leiter des Ärztlichen Dienstes Gutachtenkapazitäten auf dem freien Markt eingekauft. Der Ärztliche Dienst steuert hier den Auftragsfluss, entweder zu den eigenen Gutachtern oder zu den externen Gutachtern des Jobcenters. Wird bei einem Kunden eine vorübergehende oder dauerhafte Erwerbsunfähigkeit festgestellt, endet die Arbeit des DiMa-Fallmanagers

nicht. Aufgabe des DiMa-Bereiches ist ebenso, zu prüfen, ob der Kunde in ein anderes Leistungssystem, z. B. SGB XII oder Rentenbezug, übergeleitet werden kann. Ist dies zu bejahen, begleitet der DiMa-Fallmanager aktiv diese Überleitung. Er sorgt dafür, dass entsprechende Anträge gestellt werden, Termine bei dem Sozialleistungsträger vereinbart und entsprechende Unterlagen vorgelegt werden. Hierbei kann er sich einem externen Dienst des DiMa-Bereiches, den DiMa-Joblotsen, bedienen. Auf die Funktion und die Bedeutung der Joblotsen werde ich später noch eingehen. Erst wenn der folgende Sozialleistungsträger die Leistungsbewilligung aufgenommen hat, zieht sich der DiMa-Fallmanager im Rahmen eines Abschlussgespräches mit dem Kunden von dem Fallmanagementprozess zurück.

Von einem guten DiMa-Fallmanager erwarte ich eine Bereitschaft zur Mobilität. Bei der Betreuung von psychisch kranken Kunden stellt die Durchführung von Fallkonferenzen einen besonderen Stellenwert dar. Oft ist es sinnvoll, dass sich gesetzlicher oder BeWo-Betreuer, Maßnahmevertreter und DiMa-Fallmanager zusammen mit dem Kunden an einen Tisch setzen um den Weg und das Ziel des individuellen Fallmanagementprozesses zu reflektieren, zukünftige Schritte festzulegen und/oder die vereinbarten Ziele nachzuhalten. Für die DiMa-Fallmanager gilt: Kann der Kunde nicht zu dem DiMa-Fallmanager kommen, geht der DiMa-Fallmanager zu dem Kunden. Kunden, denen es nicht möglich ist, im Jobcenter zu erscheinen, bekommen die Möglichkeit angeboten, dass der DiMa-Fallmanager sie in ihrer Wohnung besucht. Dies kann z. B. bei Angsterkrankungen der Fall sein, aber auch bei schweren somatischen Erkrankungen steht diese Möglichkeit zur Verfügung. Der DiMa-Fallmanager wird dann i. d. R. von einem Joblotsen begleitet. Parallel besteht die Möglichkeit, den Kunden auf Wunsch in seiner Wohnung von einem externen ärztlichen Gutachter begutachten zu lassen und so den Umfang der Erwerbsfähigkeit zu klären.

Wie bereits dargestellt, gehört es zu den Aufgaben der DiMa-Fallmanager, Bedarfe an medizinischen und beruflichen Rehabilitation zu identifizieren und dafür Sorge zu tragen, dass diese Bedarfslagen auch in konkrete Rehabilitationsmaßnahmen umgesetzt werden. Die Zusammenarbeit mit dem Reheteam der Bundesagentur ist einer schriftlichen Zugangssteuerung fixiert. Ferner arbeiten die DiMa-Fallmanager eng mit den Rehaberatern der Deutschen Rentenversicherung zusammen. Hierzu gehört auch eine gegenseitige Information über die Maßnahmelandschaft und über die Verfahrensabläufe.

Für einen Teil der DiMa-Kunden ist die Aufnahme einer Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt durchaus erreichbar. In der Regel steht die

Vermittlungsaktivität am Ende einer Kette von stabilisierenden Maßnahmen. Die Vermittlung von gesundheitlich eingeschränkten Kunden kann nur besonders passgenau, ressourcenorientiert und mit einer mehrmonatigen Nachbegleitung erfolgen. Für das Jobcenter Köln wurde hierzu z. B. die JobBörse Arbeit & Gesundheit geschaffen. Diese hat sich auf die Vermittlung von gesundheitlich gehandicapten Kunden spezialisiert. Ferner ist die Arbeitsvermittlung Bestandteil der DiMa-spezifischen Maßnahmen, die ich Ihnen nachher noch vorstellen werde. Wesentlicher Aspekt der Arbeitsvermittlung ist die intensive Nachbetreuung des Kunden im Arbeitsverhältnis. Die Praxis zeigt, dass hier eine Nachbetreuung von bis zu sechs Monaten notwendig ist.

Zu den Aufgaben der DiMa-Fallmanager gehört es auch, zusammen mit dem Kunden sämtliche Vermittlungshemmnisse aufzugreifen und wenn möglich, zu beseitigen. Das Thema Sucht stellt hier einen großen Themenkomplex dar. Im Bereich der lebensälteren Kunden oft Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, im Bereich U25 ist die Palette der sehr sehr breit. Hier arbeiten die DiMa-Fallmanager eng mit den Beratungsstellen des Suchthilfenetzes in Köln zusammen. Einmal um den Kunden in die dortige Beratung überzuleiten, aber auch, um zusammen mit den Suchtberatern die berufliche Planungen des Kunden voranzutreiben.

Das Jobcenter Köln engagiert sich seit dem Jahr 2005 im Bereich des ambulant betreuten Wohnens. Die DiMa-Fallmanager nehmen an den bezirklichen Hilfeplankonferenzen zusammen mit den BeWo-Betreuern, dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes, den Fallmanagern des Landschaftsverbandes Rheinland und den Koordinatoren der Sozialpsychiatrischen Zentren teil. Sie entscheiden dort über die Kostenübernahme für die Fachleistungsstunden zum Thema »Arbeit«. Diese zusätzliche Vernetzung mit den Fachleuten des Betreuten Wohnens ist für die DiMa-Fallmanager sehr wertvoll. Die gemeinsame Arbeit aller Beteiligten wird hier auf den Punkt konzentriert, unterschiedliche Erfahrungen mit dem Kunden können reflektiert werden, sinnvolle und vor allem gangbare Ziele können vereinbart werden.

Parallel sind die DiMa-Fallmanager mit dem weiteren Hilfenetzwerk für psychisch kranke Menschen in Köln vernetzt. Hierzu gehört die intensive Zusammenarbeit mit Tagesstätten und Tageskliniken, Krankenhäusern und den bezirklichen Sozialpsychiatrischen Zentren. Die Vielfalt und die Kombination der unterschiedlichen Erkrankungen macht es notwendig, hier jeweils im Einzelfall zu versuchen, passende Hilfeangebote zusammenzustellen und

zusammen mit dem Kunden umzusetzen. Dies ist nicht immer einfach und verlangt von den DiMa-Fallmanagern, als auch den anderen Akteuren im Netzwerk, ein hohes Maß an Geduld und Frustrationstoleranz.

In besonderen Einzelfällen, und wirklich nur in Einzelfällen, regen die DiMa-Fallmanager bei dem zuständigen Gericht gesetzlichen Betreuungen für Kunden an. Dies kann jedoch nur der allerletzte Ausweg sein. Die DiMa-Fallmanager werden hier nur dann tätig, wenn sie davon überzeugt sind, dass Kunde nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten selbst oder mit gängiger Hilfe selbst regeln zu können. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass sich insbesondere Familienangehörige oft damit schwer tun, für ihren Bruder oder Vater eine gesetzliche Betreuung anzuregen.

Durch ihre umfangreiche Netzwerkarbeit und die ausgeprägte Kenntnis über das Maßnahmeangebot des Jobcenters sind die DiMa-Fallmanager willkommene Berater der »regulären« persönlichen Ansprechpartner im Jobcenter geworden. Kollegiale Beratung gehört deshalb ebenfalls zu ihrem Aufgabengebiet.

Auf Abb. 5 habe ich Ihnen mögliche Netzwerkpartner der DiMa-Fallmanager dargestellt. Viele der Institutionen sind Ihnen als Fachpublikum mit Sicherheit bekannt.

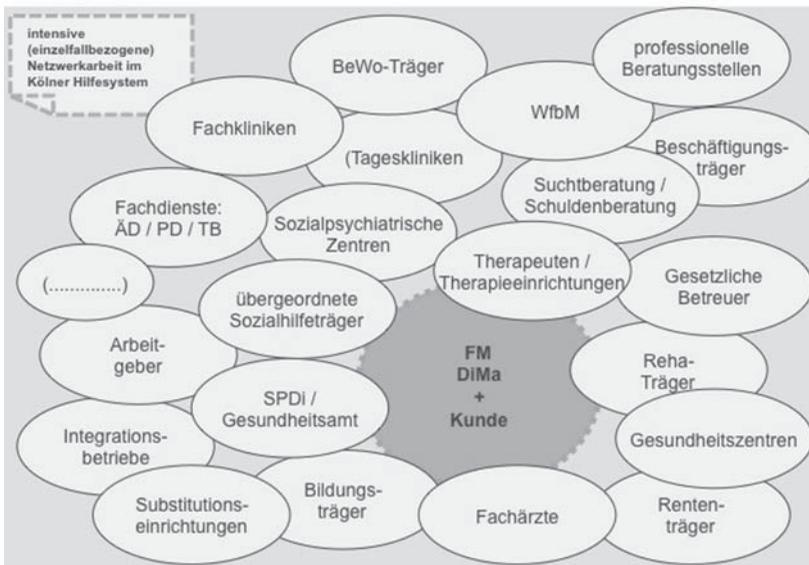


Abb. 5: DiMa-FM: einzelfallbezogene Netzwerkarbeit

Hervorheben möchte ich hier die enge Zusammenarbeit mit den Fachdiensten der Bundesagentur für Arbeit, dem Ärztlichen Dienst und dem Psychologischen Dienst. Die Zusammenarbeit mit den Fachdiensten ist in Köln von gegenseitigem Interesse geprägt. Die DiMa-Fallmanager werden von den Fachdiensten geschult, Bedarfe werden abgeglichen, Verfahrenswege optimiert.

Das Netzwerk ist hier nicht abschließend dargestellt, es muss auf den jeweiligen Einzelfall abgestimmt und ggf. neu geknüpft werden. Durch die mehrjährige Praxiserfahrung ist es uns gelungen, den Begriff »DiMa« erfolgreich im Hilfenetzwerk für psychisch kranke Menschen zu platzieren. Bei vielen Therapeuten, Beratungsstellen und gesetzlichen Betreuern ist das besondere Fallmanagement des Jobcenters Köln bekannt. Dies führt zu einem regen Austausch innerhalb des Netzwerkes; hierzu gehört durchaus auch der manchmal kritische Umgang mit dem Netzwerkpartner Jobcenter. Die DiMa-Fallmanager haben im Endeffekt einen durch das SGB II legitimierten Auftrag zu erfüllen. In den vergangenen Jahren war der gegenseitige Umgang jedoch stets von Sachlichkeit und Fairness geprägt.

Kommen wir nun zu den spezifischen Maßnahmen für die DiMa-Fallmanager.

Wichtigster Partner in unserer Arbeit sind unsere DiMa-JobLotsen. Die JobLotsen kann man am einfachsten als eine Art ambulanten, sozialen Dienst verstehen. Sie unterstützen und Begleiten den Kunden bei Behördengängen, sichten zusammen mit dem Kunden Unterlagen, helfen den Kunden bei der Anbindung bei Ärzten und Therapeuten. Oft haben wir die Erfahrung gemacht, dass Kunden es nicht schaffen, mit öffentlichen Verkehrsmitteln das Stadtgebiet in Köln zu durchqueren. Dies kann unterschiedlichste Gründe haben, Angst vor unbekanntem Terrain, Ängste die U-Bahn zu benutzen usw. Hier kommt unser freiwilliges Angebot JobLotse zum Einsatz. Der JobLotse lernt den Kunden in den Räumen des Jobcenters kennen, die möglichen Unterstützungsangebote werden ihm erläutert, dann kann sich der Kunde entscheiden, ob er dieses Angebot annehmen möchte. Für den JobLotsen ist bis zu diesem Zeitpunkt der Kunde anonym. Der Kunde entscheidet, welche Informationen und Daten der JobLotse erhält. In vielen Fällen ergibt sich aus einem kurzen Auftrag, z. B. Beantragung eines Schwerbehindertenausweises, eine mehrwöchige Zusammenarbeit mit dem Kunden in der mehrere Folgeaufträge abgearbeitet werden können. Die JobLotsen betreuen die Kunden im Durchschnitt ca. acht bis zehn Wochen, bis alle Aufträge abgearbeitet sind. Die Büros der DiMa-JobLotsen sind im

Jobcenter integriert, die Mitarbeiter des JobLotsen-Teams nehmen i. d. R. an den Dienstbesprechungen des DiMa-Teams teil. Hinweis von meiner Seite: Die JobLosten zählen zu den kommunal flankierenden Leistungen und werden nicht aus dem Eingliederungstitel bezahlt.

Der DiMa-Bereich hat Zugriff auf zwei leistungsdiagnostische Maßnahmen. JobProfil und die MAT-Leistungsdiagnostik. JobProfil bei dem BTZ Köln ist eine vierwöchige Maßnahme für Kunden mit psychischen Handicaps. Sie dient der beruflichen Orientierung und Abklärung in einem geschützten Rahmen.

JobProfil arbeitet mit Einverständnis des Kunden mit behandelnden Therapeuten und Ärzten zusammen. D. h., JobProfil stimmt mit dem Arzt des Kunden den Umfang und die Ausgestaltung der Arbeitserprobung ab, um eine Überforderung des Kunden zu vermeiden.

Die zweite leistungsdiagnostische Maßnahme ist für Kunden mit vorwiegend somatischen Einschränkungen konzipiert. Sie wird bei dem Berufsförderungswerk Köln durchgeführt. Der Kunde kann dort unter Berücksichtigung seiner Einschränkungen eine vierwöchige Arbeitserprobung durchführen. Er erhält eine umfassende Eignungsdiagnostik, optional ist eine arbeitsmedizinische oder psychiatrische Begutachtung möglich.

Beide leistungsdiagnostischen Maßnahmen sind ein wichtiger Baustein im dimaspezifischen Clearing.

Auf Abbildung 6 möchte ich Ihnen kurz drei spezielle DiMa-Maßnahmen für den U25-Bereich vorstellen. Die Fachberatung für Arbeit und Gesundheit ist ein sehr niederschwelliges Hilfsangebot für jugendliche Kunden SGB II-Kunden, die durch andere Angebote bisher nicht aktiviert werden konnten. Jugendliche Kunden, die immer wieder »wegbrechen«, Hilfsangebote nicht wahrnehmen, sich nicht mehr melden, nach einigen Wochen wieder auftauchen, für diese Kunden gibt es in Köln die Fachberatung. Sie hat die Aufgabe, die Hilfebedarfe behutsam zu klären, dem Kunden adäquate Hilfsangebote zu machen und mit einfachen Beschäftigungsangeboten eine werkägliche Präsenz herzustellen.

Ist der Kunde soweit stabilisiert, dass der weitere Integrationsprozess forciert werden kann, wäre eine mögliche Folgemaßnahme »Ferry4you«. Aufgabe dieser Maßnahme ist die Vermittlung in Ausbildung oder leidensgerechte Arbeit. Auch hier wird sehr individuell mit dem Kunden gearbeitet. Es besteht die Möglichkeit, Kunden ggf. einzeln in bestimmten Fächern aufzuschulen, individuell handwerklich oder kaufmännisch zu fördern und nach erfolgter Vermittlung noch weitere sechs Monate zu begleiten.

<p>JobLote-DiMa § 16 a SGB II -KFL</p>	<p>Unterstützende ggf. mehrwöchige Begleitung bei Behördengängen und Hilfestellung bei Antragsverfahren; Zuführung zu den entsprechenden Stellen im Kölner Hilfesystem.</p>	<p>4 JobLosen mit einer Kapazität von insgesamt 100 Klienten/mtl.</p>
<p>MAT- JobProfil -§ 46 SGB III</p>	<p>Vierwöchige Maßnahme mit lfd. Einstieg zur beruflichen Orientierung und Abklärung. Zielgruppe sind psychisch beeinträchtigte und behinderte Menschen. <u>Zusätzlich in Erprobung:</u> JobProfil für methadonsubstituierte Kunden</p>	<p>24 Teilnehmerplätze 32 Teilnehmerplätze</p>
<p>MAT- Eignungsabklärung, Leistungsdiagnostik, Arbeitserprobung -§ 46 SGB III</p>	<p>Vierwöchige TM für die Zielgruppe der <u>somatisch</u> gesundheitlich beeinträchtigten Menschen: Anamnese, Exploration, optionale arbeitsmedizinische/-psychiatrische Begutachtung, Eignungsdiagnostik, Arbeitserprobung, Verhaltensbeobachtung</p>	<p>192 Teilnehmerplätze (12x16 Plätze)</p>

Abb. 6: DiMa-FM: spezifische Maßnahmen I

<p>Ferry4you (U25) --§ 46 SGB III</p>	<p>Projekt zur Verbesserung der beruflichen Eingliederungschancen für <u>erheblich</u> sozial- und bildungsbenachteiligte Jugendliche und junge Erwachsene, deren Teilnahme an Maßnahmen der Reha-BB erfolglos verlief oder derzeit nicht in Betracht kommt. Regelförderzeit 6 Monate mit Option auf 3 Monate Verlängerung (lfd. Einstieg)</p>	<p>50 Teilnehmerplätze</p>
<p>Fachberatung für Arbeit und Gesundheit (U25) -§ 46 SGB III</p>	<p>Niederschwellige Maßnahme unter dem Gesichtspunkt Beratung und Ergotherapie für U25-Kunden, die durch anderen Angebote nicht aktiviert werden konnten, meist vor dem Hintergrund eines Traumas oder Gewalt. Erste Erfahrung mit Suchtmitteln Ziel ist die berufl. Integration, bzw. die Entwicklung einer Integrationsperspektive. Regelförderzeit 6 Monate mit Option auf Verlängerung (lfd. Einstieg).</p>	<p>80 Teilnehmerplätze</p>
<p>Arbeit im Tandem -§ 16 f SGB II</p>	<p>Spezielle Orientierungs- und Beschäftigungsmöglichkeit für junge Menschen mit psychischen oder sozialen Problemstellungen im hauswirtschaftlichen, gastronomischen, handwerklichen und pflegerischen Sektor. 1:1 Betreuung nach Prinzip „Meister / Lehrling“</p>	<p>10 Teilnehmerplätze</p>

Abb. 7: DiMa-FM_ spezifische Maßnahmen II

Die Maßnahme »Arbeit im Tandem« ist ein Projekt zur speziellen Orientierungs- und Beschäftigungsmöglichkeit für junge Menschen mit psychischen/psychiatrischen Problemstellungen. Das besondere ist hier eine Betreuung nach Meister-Lehrling-Prinzip mit einem Betreuungsschlüssel von 1:1.

<p>Working Punx -§16 f SGB II</p>	<p>Zielgruppe des Projektes sind obdachlose Kölner Punker mit multiplen Vermittlungshemmnissen (hochgradiger Drogenkonsum, Schulden, fehlende und/oder mangelnde Qualifikation, Konflikte mit Behörden, Polizei, Justiz, gesundheitliche Einschränkungen). Es wird versucht, der Gesamtgruppe ein entsprechendes Beschäftigungsangebot zu unterbreiten um erste Schritte zu einer sozialen und evtl. längerfristig zu einer beruflichen Integration zu erreichen (Bauwagensanierung).</p>	<p>15 Teilnehmer- plätze</p>
<p>Arbeit Sofort - KFL</p>	<p>Zielgruppe sind obdachlose Menschen mit akuter Drogenproblematik und gesundheitlichen Handicaps. Ziel des Projekts besteht in der Heranführung der Zielgruppe an Arbeit und/oder Beschäftigung durch die Bereitstellung einer besonders niederschweligen Beschäftigungsmöglichkeit. Der Integrationsprozess erfährt indirekte Unterstützung durch die psychosoziale Betreuung in Form von persönlicher und psychischer Stabilisierung sowie alltags- bzw. lebenspraktischer Anleitung.</p>	<p>6 Teilnehmer-plätze</p>

Abb. 8: DiMa-FM: spezifische Maßnahmen III

Das Projekt »Working Punx« und »Arbeit sofort« sind für die Zielgruppe obdachloser Menschen mit multiplen Vermittlungshemmnissen geschaffen und beinhalten zielgruppenspezifisch besonders niederschwellige Beschäftigungsmöglichkeiten.

Auf Abbildung 9 sind drei Maßnahmen für Kunden mit Suchtproblematik aufgeführt. »Brücke zur Arbeit« als Arbeitsgelegenheit für Menschen, die von illegalen Drogen abhängig sind oder substituiert werden. Die Zweiradwerkstatt ist ebenfalls ein Angebot für Kunden mit akuter Drogenproblematik. Hinzu kommt das Netzwerk der Suchtberatung für Kunden mit noch nicht identifizierter Suchtproblematik, aber auch mit Angeboten zur berufsorientierten Hilfeplanung und Unterstützung auf dem Weg in Arbeit oder Qualifizierung.

<p>Brücke zur Arbeit -AGH</p>	<p>Arbeitsgelegenheit zur Verbesserung der Integrationschancen von Menschen, die von illegalen Drogen abhängig oder substituiert sind; Dauer max. 12 Monate; individuelle Gestaltung der Arbeitszeit in diversen Einsatzfeldern -min. 15 Stunden- max. 30 Stunden pro Woche; arbeitsdiagnostischer Ansatz zu Beginn; Krisenintervention</p>	<p>30 Teilnehmerplätze</p>
<p>Suchtberatung - modularer Aufbau -KFL</p>	<p>Anbindung an das Suchthilfesystem für Kunden mit noch nicht klar identifizierter Suchtproblematik; -Angebot zur berufsorientierten Hilfeplanung -Unterstützung auf dem Weg in Arbeit oder Qualifizierung; -maßnahmebegleitende Hilfe zur Stabilisierung</p>	<p>bedarfsorientiert</p>
<p>Zweiradwerkstatt 180 ° -§16 f SGB II</p>	<p>Kunden mit akuter Drogenproblematik; AGH mit erhöhtem Betreuungsaufwand. Maßnahmedauer bis zu 18 Monate</p>	<p>15 Teilnehmerplätze</p>

Abb. 9: DiMA-FM: spezifische Maßnahmen IV

VI Selbstbestimmung, Schutzrechte und Reform des Betreuungs- und Unterbringungsrechts

Einleitung

Peter Kruckenberg, Reinhard Peukert

Die Debatte zur UN-Behindertenrechtskonvention wird häufig von dem – zweifelsfrei bedeutsamen Thema – der Anwendung von Zwang in der psychiatrischen Behandlung dominiert: Darf überhaupt noch Zwang angewendet werden, oder ist jegliche Zwanganwendung bereits ein Verstoß gegen die Konvention? Oder darf und sollte Zwanganwendung unter klar umrissenen Bedingungen zum Schutz des Erkrankten mit dem Ziel der Wiederherstellung ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit möglich sein? Wenn ja – welche Verfahrensschritte und Kontrollen sind dann unabdingbar?

Der Beitrag von Frau RA *Gabriele Lünsmann* dient der Klärung der aktuellen Rechtslage, wobei die weiteren Referenten sich den Fragen gegenwärtiger und künftig möglicher Praxis zuwenden.

Am Umgang mit Zwang zeigt sich die Kultur des Hilfesystems

Dabei ist von Folgendem auszugehen: Die Kultur eines psychiatrischen Hilfesystems zeigt sich am deutlichsten darin, wie mit Zwangsmaßnahmen umgegangen wird – im Grundsatz und im psychiatrischen Alltag.

Vieles erkennt man schon daran, ob und wie sorgfältig die beteiligten Personen und Gruppen in den Spiegel schauen und in ihrem Handeln nicht nur den eigenen Interessen folgen:

- die Politiker, die die gesetzlichen Rahmenbedingungen festlegen – auch, wie diese zu kontrollieren sind – und die darüber entscheiden, wie die Psychiatrie für ihre Hilfeleistungen ausgestattet wird;
- die professionell Tätigen, die beruflich mit Zwangsmaßnahmen umgehen – Leitungen und Mitarbeiter der Dienste und Einrichtungen, aber auch Richter, Polizisten, gesetzliche Betreuer;
- sowie die Menschen, die vom Zwang betroffen sind, unmittelbar als Patienten oder mittelbar als Angehörige oder Partner und Freunde oder Kollegen.

Die mit der Konvention und ihrer Schwerpunktsetzung auf das Selbstbestimmungsrecht aufgeworfene zentrale Frage, wie Zwanganwendungen

vermieden werden können, liegt außerhalb juristischer Klärungsversuche und kann allein im Dialog Psychiatrie erfahrener Menschen, ihrer Angehörigen und professioneller Helfer vorangetrieben werden.

Frau *Dagmar Bartelt-Paczkowski* als Psychiatrie-Erfahrenere und Herr *Dr. Martin Zinkler* als Klinikleiter waren sich einig: ein Schlüssel dazu ist die Stärkung des Empowerment sowie die Berücksichtigung der Prinzipien von Recovery – und die damit gegebene Zurückdrängung von Fremdbestimmung.

Darf das Selbstbestimmungsrecht jegliche Zwangsanwendung ausschließen?

Die Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) hat den Vertragsstaaten umfassend vorgegeben, für Menschen mit Behinderungen gleiche Rechts- und Handlungsfähigkeit sicherzustellen. Gesundheitsleistungen sollen »so gemeindenah wie möglich« und »auf der Grundlage der freiwilligen Einwilligung« vorgehalten werden. Durch »Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung (soll) das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen« geschärft werden. »Wirksame Sicherungen« seien vorzusehen, » um Missbräuche zu verhindern.«

Die Vorgabe von Artikel 14 *b*) zu gewährleisten, »dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird, dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt«, wird von einigen Juristen und Vertretern der Experten aus Erfahrung dahingehend interpretiert, dass damit Zwangseinweisungen psychisch kranker Menschen grundsätzlich ausgeschlossen sind.

Dem können wir (P. K. und R. P.) aus sozialpsychiatrischer und ethischer Sicht nicht folgen.

Abgesehen davon, dass es sich bei Unterbringungen um akute Krankheitszustände handelt, die evtl. zusätzlich zu Behinderungen auftreten, erfolgt die gesetzlich geregelte Unterbringung nach den PsychKGs der Bundesländer ggfs. nicht aufgrund der Behinderung (oder der Krankheit), sondern aufgrund erheblicher, krankheitsbedingter, nicht anders abwendbarer Gefährdung für Leben oder die Gesundheit von Anderen oder von sich selbst (nur in Ausnahmefällen auch der öffentlichen Ordnung).

»Krankheitsbedingt« ist so zu interpretieren, dass Urteilsfähigkeit, Steuerungsfähigkeit und Willensbildung so tiefgreifend gestört sind, dass aus dem aktuell geäußerten Willen nicht mehr ausreichend auf den bewussten oder den natürlichen Willen der Person rückgeschlossen werden kann; dass vielmehr der Betroffene in einer Situation ist, in der er auf Schutz und Begrenzung, im Regelfall auch auf Behandlung entgegen seiner aktuellen Willensäußerungen angewiesen ist. In dieser Situation gebietet es die Menschenwürde, Leben zu schützen und alles dafür zu tun, dass Selbstbestimmung und Selbstverantwortung soweit irgend möglich wiederhergestellt werden.

Die Problematik: eine unterschiedliche und oft nicht vertretbare Praxis

Die Problematik liegt nicht im Grundsatz ggfls. erforderlicher Zwangsmaßnahmen, sondern in der sehr unterschiedlichen und vielfach nicht vertretbaren Praxis im Zusammenhang mit Unterbringungen bis hin zu entwürdigendem und zusätzlich kränkendem Vorgehen, und in der unzureichenden Qualität des psychiatrischen Hilfesystems hinsichtlich der Vorbeugung schwerer psychischer Krisen und Entwicklungen.

Bei der Entscheidung zur Unterbringungen ist das Ausmaß der Störung der Willensfunktion, Ausmaß der möglichen Gefährdung und die Wahrscheinlichkeit des Eintretens unter unterschiedlichen Bedingungen im Sinne der *Verhältnismäßigkeit* einer evtl. Zwangsmaßnahme zu beurteilen. Bei allen drei Kriterien geht es nicht um Ja-nein-Beurteilungen sondern immer um eine mehr oder weniger gegebene Ausprägung, deren Würdigung im Zusammenhang die Einschätzung der Verhältnismäßigkeit ermöglicht.

Diese Beurteilung ist allerdings häufig mit z. T. unvermeidlicher Ungewissheit, aber auch mit einer Vielzahl von Fehlermöglichkeiten verbunden, sowohl bei den begutachtenden Ärzten wie bei den letztlich entscheidenden Polizisten oder Richtern. Dabei können neben der Prognoseunsicherheit defizitäre Informationen, Zeitmangel, Kommunikationsprobleme, evtl. auch Kompetenzdefizite bzgl. Fachlichkeit oder Grundhaltung bedeutsam sein.

Es wird – auch bei sorgfältiger und qualifizierter Prüfung – immer wieder »möglicherweise unnötige« Zwangsmaßnahmen geben, wenn das Ausmaß der Störung oder das Risiko überschätzt wird. Aber es wird auch krankheitsbedingte Suizide, Suizidversuche und Fremdverletzungen geben, weil Gefährdungen unterschätzt wurden.

Nicht hintergehbare Ungewissheiten bedürfen eines rechtlichen Rahmens

Die sowohl fachlich wie juristisch oft äußerst schwierige letztlich richterlich wahrzunehmende Entscheidungsfindung über Zwangsunterbringung – noch kritischer über eine evtl. als unerlässlich beurteilte Zwangsbehandlung – erfordert einen klaren gesetzlichen Rahmen, der die Vereinbarkeit des Landesgesetzes mit dem Grundgesetz und mit der Behindertenrechtskonvention sorgfältig beachtet. Es ist ein Unding, dass sich die Regelungen der verschiedenen Landesgesetze deutlich unterscheiden und dass einige dieser Gesetze mit beiden Rechtsgrundlagen nicht vereinbar sein dürften.

Zwangsanwendung ist kränkend

Schon die Unterbringung selbst kann zusätzlich kränkend sein, nicht selten im Sinne eines Wiederholungstraumas nach Gewalt- oder Entwürdigungserfahrungen in der Biografie.

Zur Wahrnehmung ihrer Grundrechte können Betroffenen zwar juristischen Einspruch erheben, faktisch sind sie jedoch möglichen Fehlbeurteilungen weitgehend ausgeliefert, weil der Einspruch oft zu spät kommt oder weil die Überprüfung unzulänglich ist.

Mehr noch: *Der mögliche Rückgriff auf Zwang* – sei er auch manchmal notwendig und die Anwendung gesetzlich geregelt – *verändert die Beziehungen zwischen Patienten und Behandlern*. Je schwieriger die Arbeitsbedingungen, je geringer die Kompetenz der Therapeuten, um so eher entwickelt sich ein System des offenen oder latenten Machtmissbrauchs. Die Verdichtung unterschiedlichster Problemlagen, teilweise verbunden mit fluktuierender Selbst- oder Fremdgefährdung, auf einer Akutstation – zumeist mit mehr als 20 Patienten und zeitweise nur mit zwei Pflegekräften im Einsatz – ist menschenunwürdig, vor allem für die Patienten, aber auch für die MitarbeiterInnen.

(Nicht nur) Mangelnde Kompetenz fördert Machtmissbrauch

Der Machtmissbrauch wird dann nicht selten rationalisierend als Notwendigkeit aufgrund der Störungen der Patienten angesehen oder – zur Gewohnheit geworden – als ein solcher gar nicht mehr wahrgenommen. Besonders in stationären Einrichtungen können sich ein respektloser Ton, unangemessen einschränkende Regelungen, Anordnungen zu Zielen und Methoden der

Behandlung bis hin zu unververtretbaren Androhungen von Zwang zu einem antitherapeutischen Klima verdichten, das allenfalls Anpassung erzwingt, die Verarbeitung psychischer Störungen und die Lösung der damit verbundenen sozialen Probleme und damit Gesundung be- oder verhindert.

Bei länger dauernder psychosozialer Desintegration ohne akut drohende Gefährdung ist die Möglichkeit von unangemessener Fremdbestimmung und Machtmissbrauch noch eher gegeben. Die Entscheidungsfindung über Unterbringung und – in Ausnahmefällen – Zwangsbehandlung sollte deshalb nach der Einbeziehung von Vertrauenspersonen des Betroffenen erfolgen. Dabei sind eine vorliegende und diesen Sachverhalt einbeziehende Behandlungsvereinbarung oder eine Patientenverfügung streng zu beachten. Das heißt auch, dass die therapeutische Begleitung im Krankheitsinterwall mit dem Patienten auf die Abfassung einer solchen Vereinbarung hinarbeiten sollte. In allen Zweifelsfällen sollte die Empfehlung einer Ethikkommission eingeholt werden.

Aber: Zwang generell auszuschließen – kann die Menschenwürde verletzen

Die Unterbringung nach dem Betreuungsrecht ist nach der UN-BRK – auch im Zusammenhang mit dem Patientenverfügungsgesetz – besonders kritisch zu sehen, aber letztlich ebenfalls nicht grundsätzlich auszuschließen. Wenn Menschen beim Vorliegen einer tiefgreifenden Störung der Willensbildung – z. B. in einer Manie, einem Wahn, einer Demenz – ihr Leben und ihre Gesundheit langfristig gefährden und wenn durch eine Behandlung entgegen der aktuellen Willensäußerung nachhaltige Aussichten auf Gesundheit wahrscheinlich sind, wäre eine Unterlassung der Hilfen eine Verletzung der Menschenwürde.

Ob diese Möglichkeit über das Betreuungsgesetz geregelt werden muss, oder ob sie nicht eher über eine Erweiterung der Indikationsstellung der sowieso zu vereinheitlichenden PsychKGs besser in einen übergreifenden Rahmen gestellt werden sollte, bedarf sorgfältiger Prüfung.

Bei krankheitsbedingter schwerer Störung der Willensbildung gibt es keine leichten Lösungen. Es kommt darauf an, Bedingungen zu schaffen, die dem Schutz der Menschenwürde und der Hilfe zu einem möglichst selbstbestimmten Leben am besten entsprechen und die missbräuchliche Übergriffe weitestgehend ausschließen – in den juristischen Rahmenbedingungen, in der Organisation des Hilfesystems und in der konkreten Praxis.

Angemessene Hilfen können Zwangsmaßnahmen reduzieren

Viele Zuspitzungen von psychischen Erkrankungen zu Situationen mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung oder mit andauernder psychosozialer Desintegration, die heute zu Einweisungen in die Klinik führen, würden durch mobile Krisenintervention, Hometreatment und kontinuierliche verlaufsangepasste ambulante Behandlung oft verhindert werden, wenn nötig ergänzt durch Hilfen zur Teilhabe in einem kooperierenden Gemeindepsychiatrischen Verbund mit regionaler Pflichtversorgung, wie das unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen in einigen europäischen Ländern wenigstens regional schon zur Regel geworden ist.

Dr. Martin Zinkler stellt Versorgungsmodelle aus Großbritannien vor, die – würden sie in der Bundesrepublik Deutschland übernommen – die Selbstbestimmung fördern und Anlässe für Zwangsmaßnahmen deutlich reduzieren.

Besonders lehrreich sind seine Ausführungen, wie er und alle anderen Klinikleiter in ihrem psychiatrischen Alltag Empowerment und Recovery der Patienten fördern können.

Vertrauensvolle Beziehungen zwischen Therapeuten und evtl. auch Partnern und Angehörigen entstehen nur durch respektvolle Kooperation zwischen Patienten und Therapeuten »auf Augenhöhe«. Die ist leichter in der Lebenswelt des Patienten als in der Klinik zu realisieren, aber es ist auch ambulant keinesfalls immer einfach, wenn es notwendig ist, Zusammenarbeit mit einem Patienten zu erreichen, der dies anfänglich ablehnt.

Strukturelle Mängel des Versorgungssystems

Das psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfesystem ist auf der Seite der Leistungsträger wie auf der der Leistungserbringer fragmentiert und mit ökonomischen Anreizen versehen, die auf Konkurrenz ausgerichtet sind. Die strukturellen Voraussetzungen behindern die Kooperation auf allen Ebenen: die Kooperation der Hilfeinstitutionen untereinander, aber vor allem auch mit Patienten und Angehörigen und ihren Selbsthilfeorganisationen. Stationäre Behandlungen, insbesondere Unterbringungen nach dem PsychKG oder dem BtG könnten sicherlich auf ein Viertel oder weniger der heutigen Zahlen reduziert und zugleich humaner werden, wenn die vertrauten therapeutischen Begleiter auch in der Klinik die Behandlung steuern in einem zuwendenden und Sicherheit vermittelnden therapeutischen Milieu.

Auch bei optimaler Versorgung sind Zwangsanwendungen nicht auszuschließen – aber sie sind hochgradig zu kontrollieren

Aber auch in einem optimalen regionalen psychiatrischen Hilfesystem wird es in besonderen Situationen Zwangseinweisungen geben. Diese sind immer mit »Behandlung« verbunden – ausschließliches »Wegsperrern« ist inhuman und menschenunwürdig. Psychopharmakologische Behandlung gegen den geäußerten oder erkennbaren Willen eines Patienten bedarf jedoch regelmäßig einer zusätzlichen Begründung hinsichtlich der Verhältnismäßigkeit (hier: Unabweisbarkeit), die von einer unabhängigen Ethikkommission zu überprüfen ist.

Zur Stützung der Patientenrechte und Handlungsmöglichkeiten gemäß der UN-BRK ist ein Transparenz schaffendes System regionaler trialogischer Qualitätssicherung und Evaluation zu entwickeln und verlässlich zu finanzieren. Der Einstieg sollte durch den regionalen Ausbau und die Vernetzung unabhängiger Beschwerdestellen, einer Ethikkommission sowie einer staatlichen Besuchskommission erfolgen, die in Einzelfällen Einsprüche von Patienten oder Angehörigen zeitnah überprüfen und rückmelden sowie nach der Bündelung von Einzelfällen regelmäßig Empfehlungen für die zu entwickelnde Systemsteuerung aussprechen. Dieser »qualitative Spiegel« sollte verbindlicher Teil einer ständigen kritischen Evaluation der regionalen Versorgung werden.

Eine derartige Organisation zur Stärkung der Patienteninteressen gegenüber den gegenwärtig dominanten Interessen aller anderen Akteure ist für die Weiterentwicklung regionaler psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfesysteme im Sinne der UN-BRK unverzichtbar und wäre eine finanziell überschaubare Investition, die sich schnell auszahlen würde. Eine Chance für die Umsetzung – in Verbindung mit einer sektorübergreifenden und regional vernetzten Organisation der Behandlung – bietet der umfassende Auftrag des Gesetzgebers für die Begleitforschung im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG).

Fazit

Aus der Behindertenrechtskonvention kann nicht abgeleitet werden, Unterbringungen nach dem PsychKG und dem BGB grundsätzlich zu untersagen, wohl aber das unumstößliche Gebot, die gesetzlichen Rahmenbedingungen klar und einheitlich zu regeln und ein auf die besonderen Hilfebedarfe zur Inklusion psy-

chisch kranker Menschen ausgerichtetes psychiatrisch-psychotherapeutisches Hilfesystem trialogisch zu entwickeln, verbindlich zu organisieren, verlässlich zu finanzieren und zu steuern.

Die gegenwärtige Situation in der Bundesrepublik wird diesen Anforderungen in weiten Bereichen nicht gerecht – gleichwohl wird an vielen Orten versucht, eine entsprechende Praxis gegen die hemmenden strukturellen Rahmenbedingungen zu leben.²

2 s. auch Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke zum Referentenentwurf »Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung« auf der Homepage <http://www.apk-ev.de>

Die UN-Behindertenrechtskonvention und geschlossene Unterbringung

Gabriela Lünsmann

Die UN Behindertenkonvention – Entstehung und Inhalt

Die Generalversammlung der Vereinten Nationen hat mit der Resolution vom 13.12.2006 die Menschenrechtskonvention über die Rechte von Personen mit Behinderungen (BRK) verabschiedet. Bundestag und Bundesrat haben dem Ratifikationsgesetz Ende 2008 zugestimmt. Seit dem 26. März 2009 ist die Konvention für die Bundesrepublik Deutschland völkerrechtlich verbindlich und gilt ebenso wie nationales Recht unmittelbar. Die Bundesregierung gehörte neben anderen Staaten und der Europäischen Kommission zu den Ersten, die der Konvention beigetreten sind; mittlerweile ist die Konvention am 3. Mai 2008 als Vertragswerk international in Kraft getreten. 148 Staaten haben sie gezeichnet, bereits 99 Staaten davon haben die Konvention ratifiziert. Für das Fakultativprotokoll liegen 90 Zeichnungserklärungen vor, 61 Staaten davon erklärten bezüglich des Fakultativprotokolls dessen Verbindlichkeit.

Ziel der Konvention ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten, sowie die Achtung der Würde zu fördern.

Die Konvention steht für die Überwindung des Defizitansatzes, demzufolge »Behinderung« eher als individueller Mangel, Fehler oder Krankheit gesehen wurde. Dieses medizinische Modell ist im Denken und im gesellschaftlichen System noch immer weit verbreitet und wirkt sich in der Gesellschaft benachteiligend auf das Leben von Menschen mit Behinderung aus. Die Konvention steht demgegenüber als menschenrechtliches Übereinkommen zunächst für das »Empowerment« behinderter Menschen. Die Konvention stärkt die »universalen Menschenrechte«, die jedem Menschen aufgrund seines Menschseins zukommen. Es geht also nicht darum, »Spezialrechte« für die Gruppe der Menschen mit Behinderung zu schaffen, sondern um eine spezielle Perspektive – nämlich die typischen Unrechtserfahrungen von Menschen mit Behinderungen – die im Ganzen des Menschenrechtsschutzes systematische Beachtung finden müssen.

Die Behindertenrechtskonvention markiert einen grundlegenden Wechsel, indem sie den traditionellen, primär an Defiziten der Betroffenen orien-

tierten Ansatz durch einen »*Diversity*-Ansatz« ersetzt, ohne den Problemdruck, unter dem Menschen mit Behinderungen leiden, in irgendeiner Weise zu leugnen oder herunterzuspielen. Der Konvention liegt ein Verständnis von Behinderung zugrunde, in dem diese nicht von vornherein negativ gesehen, sondern als normaler Bestandteil der Gesellschaft und des menschlichen Lebens ausdrücklich anerkannt und als Quelle möglicher kultureller Bereicherung wertgeschätzt wird.

Die Konvention beschränkt sich nicht darauf, Behinderung als Bestandteil der Normalität menschlichen Lebens zu begreifen. Sie geht einen Schritt weiter, indem sie das Leben mit Behinderungen als Ausdruck gesellschaftlicher Vielfalt positiv würdigt. Zu den in Artikel 3 aufgelisteten generellen Prinzipien der Konvention zählen u. a. »Respekt für Differenz und Anerkennung von Behinderung als Bestandteil menschlicher Vielfalt und Menschlichkeit«. Die geforderte Anerkennung gilt demnach nicht nur den behinderten Menschen und ihrer Würde, sondern erstreckt sich auch auf ihre durch die Behinderung bedingten *besonderen Lebensformen*. Daran zeigt sich der Paradigmenwechsel, den die Behindertenrechtskonvention darstellt, besonders signifikant.

Die UN-Behindertenrechtskonvention steht im Kontext der anderen internationalen Menschenrechtskonventionen, die im Gefolge der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948 entstanden sind. Sie dient in erster Linie dazu, die bereits bestehenden menschenrechtlichen Standards unter dem besonderen Blickwinkel der Menschen mit Behinderungen zu präzisieren und zu ergänzen. Das Gesamtspektrum der Menschenrechte wird dabei hinsichtlich der Ansprüche von Menschen mit Behinderungen auf Autonomie, Gleichberechtigung, Inklusion und Teilhabe konkretisiert. Die Behindertenrechtskonvention unterscheidet sich von anderen Menschenrechtskonventionen deshalb weniger durch die materialen Rechte als vielmehr durch die spezifische Perspektive von Menschen mit Behinderungen, aus der sie diese Rechte formuliert.

Wie alle Menschenrechtskonventionen richtet sich auch die Behindertenrechtskonvention in erster Linie an den Staat als den Garanten des Rechts, den sie in mehrfacher Weise in die Pflicht nimmt. Der Staat ist gehalten, die Menschenrechte zu achten und darüber hinaus die betroffenen Menschen vor drohenden Rechtsverletzungen durch Dritte aktiv zu schützen. Darüber hinaus soll der Staat schließlich Infrastrukturmaßnahmen ergreifen, damit die Menschen von ihren Rechten auch tatsächlich Gebrauch machen können. Diese Infrastrukturkomponente ist in der Behindertenrechtskonvention

aus verständlichen Gründen stark ausgeprägt. Denn viele der Partizipationshindernisse, unter denen Menschen mit Behinderungen leiden, hängen mit physischen oder mentalen Barrieren zusammen, deren Überwindung breit angelegte staatliche und gesellschaftliche Anstrengungen und auch die Bereitschaft zur Übernahme von Kosten verlangt.

Umsetzung der Behindertenkonvention

Die Konventionsstaaten verpflichten sich dazu, mindestens alle vier Jahre in einem Bericht die Umsetzung der Konventionsverpflichtungen darzustellen und diesen dem unabhängigen Sachverständigenausschuss der Vereinten Nationen zur Prüfung vorzulegen. Mit diesem Staatenberichtsverfahren knüpft die Behindertenrechtskonvention an einen Monitoring-Mechanismus an, der im Rahmen der anderen Menschenrechtskonventionen zum Teil schon seit Jahrzehnten existiert. Darüber hinaus ist für die konkrete Umsetzung der Konvention das Instrument des Nationalen Aktionsplan vorgesehen, der am 15.6.2011 vom Bundeskabinett verabschiedet wurde, jedoch bei vielen Interessenvertretungsverbänden auf erhebliche Kritik stößt, da er in der Umsetzung der Konvention als nicht weitgehend genug beurteilt wird. Weiter führt die Konvention Verpflichtungen ein, die darauf abzielen, eine systematische Überwachung der Umsetzung vor Ort zu gewährleisten. Die Konvention folgt hier der jüngeren Tendenz, menschenrechtliche Schutzmechanismen dadurch effektiver auszugestalten, dass man die Implementierung auf nationaler Ebene stärkt. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Tätigkeit der für die Überwachung der internationalen Konventionen zuständigen UN-Ausschüsse wenig Wirkung entfaltet, wenn nicht Institutionen auf nationaler Ebene geschaffen werden, die die Umsetzung international verankerter Menschenrechtsnormen systematisch begleiten. Hierzu wurde beim Deutschen Institut für Menschenrechte eine unabhängige Monitoring-Stelle für die Konvention eingerichtet.

Geschlossene Unterbringung – Vereinbarkeit mit der Konvention

Die Rechtsansprüche, die insbesondere in den Artikeln 12 und 14 der Behindertenrechtskonvention formuliert sind, erfordern eine Überprüfung der Unterbringungsregelungen der Landesgesetze ebenso wie der betreuungsrechtlichen Unterbringung nach § 1906 BGB und deren Anwendung in der Praxis.

Der Maßstab dabei ist das Konzept der »assistierten Autonomie«, in dem der Respekt vor den Willensentscheidungen des betroffenen Menschen betont wird. Auch der psychisch kranke Mensch muss seine Rechts- und Handlungsfähigkeit ausüben können, z. B. das Recht, Gesundheitsentscheidungen selbst zu treffen. Der schwierige Regelungsgegenstand eines PsychKG ist, die notwendige Unterstützung bzw. Assistenz dazu in Krisensituationen zu gewährleisten. Ebenso ist im Zusammenhang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen im Rahmen des Betreuungsrechtes ein sorgfältiger Umgang im Hinblick auf Artikel 12 und 14 der BRK sicherzustellen. Hierbei muss insbesondere die Verfahrenspraxis der zuständigen Gerichte, der psychiatrischen Kliniken und Einrichtungen betrachtet werden.

Art. 14 BRK: Freiheit und Sicherheit der Person

Nach Artikel 14 BRK gewährleisten die Vertragsstaaten, dass behinderte Menschen gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit genießen und diese Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen werden darf. Etwaige Freiheitsentziehungen müssen im Einklang mit dem Gesetz stehen. Keinesfalls darf das Vorliegen einer Behinderung die Freiheitsentziehung rechtfertigen.

Artikel 14 Abs. 2 BRK regelt ferner, dass die Vertragsstaaten gewährleisten, dass behinderte Menschen, denen aufgrund eines Verfahrens ihre Freiheit entzogen wird, gleichberechtigten Anspruch auf die in den internationalen Menschenrechtsnormen vorgesehenen Garantien haben und im Einklang mit den Zielen und Grundsätzen der BRK behandelt werden.

Die BRK schließt nicht grundsätzlich aus, dass eine Beschränkung der persönlichen Freiheit bei behinderten Menschen erfolgen kann. Dies folgt aus Art. 14 Abs. 1 und 2 BRK. Dort ist einerseits dargestellt, welche Gesichtspunkte eine Einschränkung des Freiheitsrechtes bei Behinderten verbieten, andererseits aber auch, dass eine Freiheitsentziehung grundsätzlich im Einklang mit dem Gesetz des jeweiligen Vertragsstaates erfolgen kann.

Indem die Landesunterbringungsgesetze und das Betreuungsrecht eine Freiheitseinschränkung bei behinderten Menschen regeln, widersprechen sie damit nicht grundsätzlich Art. 14 Abs. 1 BRK; dies wäre nur dann der Fall, wenn alleine an die Behinderung als Voraussetzung angeknüpft würde; dies ist jedoch nicht der Fall: Regelmäßig wird nicht allein auf eine psychische Erkrankung als Voraussetzung für die Zwangsunterbringung abgestellt, sondern vielmehr auf das Vorliegen einer erheblichen Gefahr auf-

grund des krankheitsbedingten Verhaltens des Betroffenen. Demnach wird der Freiheitsentzug nicht allein durch das Vorliegen einer Behinderung im Sinne einer psychischen Krankheit gerechtfertigt, sondern vielmehr durch zusätzliche Gefahrenmomente.

Für eine solche Vereinbarkeit spricht, dass die BRK selbst davon ausgeht, dass freiheitsentziehende Maßnahmen grundsätzlich auch gegen den Willen von behinderten Menschen stattfinden können. Insoweit regelt Art. 14 Abs. 2 BRK sogar explizit, dass das Vorliegen einer Behinderung bei der Vollstreckung freiheitsentziehender Maßnahmen und den damit einhergehenden Verfahren beachtet werden muss und dem Betroffenen entsprechende Zugangs- und Unterstützungsmöglichkeiten gewährt werden müssen. Ferner ist im Umkehrschluss nach dem Wortlaut von Art. 14 Abs. 1 BRK jede rechtmäßige, nicht willkürliche und nicht auf dem Vorliegen einer Behinderung alleine beruhende Freiheitsentziehung durch die BRK nicht ausdrücklich ausgeschlossen.

Art. 12 BRK: Rechts- und Handlungsfähigkeit

Art. 12 Abs. 1 BRK enthält die Bekräftigung der Vertragsstaaten, dass behinderte Menschen das Recht haben, als Rechtssubjekt anerkannt zu werden. Umstritten ist die Übersetzung und Bedeutung des Art. 12 Abs. 2 BRK. Nach der nunmehr vorliegenden abgestimmten Übersetzung ins Deutsche verpflichten sich die Vertragsstaaten, anzuerkennen, dass behinderte Menschen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen. In der vorangegangenen Arbeitsübersetzung der Fachkonferenz des Deutschen Institutes für Menschenrechte vom 05.07.2007 war noch Rechts- und Geschäftsfähigkeit übersetzt worden. In der englischsprachigen Fassung von Art. 12 Abs. 2 BRK ist der Begriff als *legal capacity* beschrieben, da das angelsächsische Recht eine Differenzierung zwischen Rechts-, Geschäftsfähigkeit nicht kennt, sondern den Begriff der *legal capacity* mit der Befähigung gleichsetzt, als Rechtsperson zu handeln.

Es bedarf der Auslegung der BRK, um zu klären, ob eine zwangsweise Behandlung überhaupt eine Einschränkung der *legal capacity* im Sinne von Art. 12 Abs. 2 BRK bedeutet. Dabei ist der Sinn des Begriffs im Gesamtzusammenhang des Vertragstextes zu ermitteln. Art. 12 Abs. 1 BRK spricht zunächst von »*right to recognition everywhere as person before the law*«, also dem Recht überall als rechtsfähig anerkannt zu werden. Die Regelung meint die

Pflicht des Staates, jeden Menschen als Rechtssubjekt anzuerkennen. Niemand darf außerhalb des Gesetzes gestellt werden oder als bloßes Objekt behandelt werden. Art. 12 Abs. 2 BRK stellt über die Rechtsfähigkeit hinaus sicher, dass behinderte Menschen *legal capacity* besitzen. Die zwangsweise Behandlung greift hier in diese Rechts- und Geschäftsfähigkeit der Betroffenen ein; Art. 12 BRK bringt demgegenüber zum Ausdruck, dass jeder behinderte Mensch vor dem Recht die gleiche Anerkennung genießt, wie der nicht behinderte Mensch und damit auch rechtlich handlungsfähig sein muss. Eine Behandlung gegen den ausdrücklichen freien Willen des Patienten ist damit nicht mit der BRK in Einklang zu bringen.

Wohl – Wille – freier Wille?

Damit wird die Frage des Vorliegens einer freien Willensentscheidung zum Dreh- und Angelpunkt der Beurteilung von Zwangsbehandlung und -unterbringung. Während in der Vergangenheit sowohl im Recht der Unterbringung nach den Landesunterbringungsgesetzen, als auch im Betreuungsrecht das Wohl der Betroffenen bei den Entscheidungen von gesetzlichen Betreuer/innen, Mediziner/innen, und auch Richter/innen im Sinne einer paternalistischen Sichtweise handlungsleitend war, bedarf es hier eines kritischen Perspektivenwechsels.

Keinesfalls mit der BRK vereinbar ist es, wenn die in der Konvention verankerte Stärkung der *legal capacity* bei der Legitimation von Zwangsmaßnahmen untergraben wird, indem an die Stelle des vermeintlichen Wohls von Menschen mit Behinderung zunehmend die Feststellung tritt, dass es an einem freien Willen krankheits- und behinderungsbedingt schlechthin fehle. Eine solche Entwicklung deutet sich in der Praxis an; seit Inkrafttreten der BRK und den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes zu den Voraussetzungen der Zwangsbehandlung (BVerfG 2 BvR 882/09 v. 23.03.2011 und 2 BvR 633/11 v. 12.10.2011) droht die fachärztliche Feststellung des fehlenden freien Willens reflexhaft zum Textbaustein von psychiatrischen Gutachten in Unterbringungs- und Betreuungsverfahren zu werden. Auch wenn sich beide Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes auf die Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug beziehen, sind die entwickelten Grundsätze von weitreichender Bedeutung auch für die Anwendung der Landesunterbringungsgesetze und des Betreuungsrechts.

Diese Entwicklung wird wachsam zu beobachten sein; ihr wird begegnet werden müssen durch eine kritische anwaltliche Interessenvertretung in den

förmlichen Verfahren. Hier normiert die BRK in Art. 12 Abs. 3 die Anforderung an den geeigneten Zugang zu Unterstützung im Verfahren. Diese wird durch die vom Bundesverfassungsgericht entwickelten detaillierten verfahrensrechtlichen Maßstäbe dahingehend konkretisiert, dass stets effektiver Rechtsschutz mit anwaltlicher Vertretung sichergestellt sein muss.

Fremdbestimmung versus Empowerment aus klinischer Sicht - Entwicklung in England und Deutschland

Martin Zinkler

Denn wenn der Kranke fragt, wann er nach Hause entlassen wird, muss der Arzt in einen Dialog mit ihm eintreten. In diesem Dialog gibt es nicht länger Subjekt und Objekt, sondern zwei Menschen, die zu Subjekten geworden sind. Wenn wir diese Logik des Widerspruchs zwischen zwei Menschen nicht akzeptieren, sollten wir lieber Bananen verkaufen, als Ärzte sein. (Franco BASAGLIA 1979)

Der Begriff Empowerment entstand wahrscheinlich in den 80er Jahren in der Psychologie. Empowerment steht für die Stärkung der politischen, sozialen und ökonomischen Kraft eines Individuums oder einer Gemeinschaft. Die Stärkung geschieht aktiv aus dem Individuum bzw. der Gemeinschaft, oder mit Hilfe von Anderen. Empowerment stärkt das Vertrauen in die Fähigkeiten des Individuums oder der Gemeinschaft.

Deutschland und England haben in der psychiatrischen Versorgung unterschiedliche Wege eingeschlagen. Der englische Gesundheitsdienst (National Health Service) ist staatlich, von Steuergeldern finanziert, und folgt den detaillierten Vorgaben des Gesundheitsministeriums. Die deutsche Versorgung entwickelt sich nach dem Prinzip der Selbstverwaltung. In beiden Ländern fordern Psychiatrie-Erfahrene und Psychiatrie-Fachleute Empowerment, auch die Konzepte sind ähnlich, dennoch finden diese Forderungen unterschiedlichen Niederschlag in der klinischen Arbeit.

Englische Gemeindepshichiatrie

Die gemeindepshichiatrie Versorgung orientiert sich in England eng an den politischen Vorgaben, es gibt flächendeckend Community Mental Health Teams, Home Treatment Teams, und fast überall Assertive Outreach und Early Intervention Teams. Alle diese Teams sorgen für einen gemeindenahen und unmittelbaren Zugang zur ambulanten psychiatrischen Versorgung. Ein Patient wird erst dann stationär aufgenommen, wenn er vom Home Treatment Team gesehen wurde und eine intensive, tägliche und aufsuchende Behandlung vom Home Treatment Team als nicht ausreichend oder nicht möglich erachtet wird. Das deutsche System erscheint im Vergleich dazu im ambulanten Bereich unzureichend, beliebig, unflexibel und im Verhältnis zwischen ambulant und stationär krankenhausalastig.

Der für den Patienten zentrale Ansprechpartner in der ambulanten Versorgung in England ist sein *Care Coordinator*, meistens ein Sozialarbeiter oder eine Krankenschwester, angestellt beim Community Mental Health Team, die den Patienten intensiv und kontinuierlich bei seinen Belangen unterstützt, sei es mit Information über die Erkrankung, regelmäßigen Besuchen zu Hause, Beratung der Angehörigen, bei der Inanspruchnahme von Sozialleistungen, bei der Freizeitgestaltung und bei der Suche nach Arbeit. Für bestimmte Patientengruppen wurden ambulante Spezialteams geschaffen: (1) Home Treatment Teams als kurzfristige Alternative zur stationären Behandlung, (2) Early Intervention Teams zur intensiven Begleitung von Menschen mit psychotischen Ersterkrankungen über ein bis zwei Jahre, und (3) Assertive Outreach Teams für die länger dauernde aufsuchende Behandlung von Patienten mit besonders komplexem Bedarf (Mehrfachdiagnosen: Psychose-Persönlichkeitsstörung-Abhängigkeit, Kontakt mit der Strafverfolgung, häufige Behandlungsabbrüche und Unterbringungen). Die Arbeit erfolgt meist im Lebensumfeld, auch am Wochenende, oft über Jahre und wird zeitweise mit ambulanten Behandlungsaufgaben verbunden.

Die landesweite Einführung dieser Spezialteams wurde wissenschaftlich begleitet. Dort, wo Home Treatment eingeführt wurde verringerten sich die stationären Aufnahmen (GLOVER et al. 2006). Early Intervention erreichte hohe Zufriedenheit bei Patienten und Angehörigen, nach fünf Jahren allerdings kein besseres klinisches Outcome (GAFOOR et al. 2010). Assertive Outreach war der Standardbehandlung im Community Mental Health Team zwar bei der Patientenzufriedenheit überlegen, nicht aber bei den anderen Outcome Variablen wie Obdachlosigkeit, Straffälligkeit und Kontaktabbruch, oder Wiederaufnahmen in die stationäre Behandlung (KILLASPY et al. 2009).

Home Treatment und Early Intervention setzen auf Empowerment, durch Stärkung der eigenen Ressourcen, durch Hilfe in der Gemeinde und die Unterstützung der Familie. Assertive Outreach dagegen versucht eine Balance zwischen Unterstützung und Fremdbestimmung, besonders dann, wenn es im Rahmen ambulanter Behandlungsanordnungen zum Einsatz kommt.

ExIn und Peer Support

User Involvement (Nutzerbeteiligung) wurde in England nicht nur in der Psychiatrie, sondern im gesamten Gesundheitssystem den politischen Vorgaben entsprechend umgesetzt (Übersicht bei CRAWFORD et al. 2002).

Psychiatrie-Erfahrene produzieren Informationsmaterial über psychische Gesundheit, machen Web-Seiten, halten Sprechstunden, arbeiten als Patientenführsprecher, und bilden andere Psychiatrie-Erfahrene aus. Sie arbeiten an der Versorgungsplanung mit, beim Qualitätsmanagement und bei der Bewertung von psychiatrischen Diensten. Bei der Einstellung von Fachärzten sind Psychiatrie-Erfahrene in der Auswahlkommission vertreten, sie sitzen im Aufsichtsrat der Psychiatriedienste und beteiligen sich zunehmend aktiv in der wissenschaftlichen Arbeit (Service User Research Enterprise: www.iop.kcl.ac.uk/departments/?locator=300).

In Deutschland, Norwegen, Schweden, England, Slowenien und den Niederlanden wurde seit 2005 mit dem ExIn (Experience-Involvement) Projekt eine spezielle Ausbildung für Psychiatrie-Erfahrene entwickelt, mit dem Ziel, dass die Absolventen dann aktiv in der psychiatrischen Versorgung mitarbeiten. Die psychiatrische Tagesklinik in Potsdam beschäftigt im Team eine Psychiatrie-Erfahrene und eine Angehörige. Im Klinikum Heidenheim hält ein ExIn Absolvent jeden Montag von 16–18 Uhr eine Sprechstunde (Peer to Peer Beratung) für ambulante und stationäre Patienten.

Empowerment und Fremdbestimmung in der stationären Behandlung

Viele Mitarbeiter von psychiatrischen Kliniken in Deutschland halten das Festbinden eines Patienten am Bett (das Fixieren) für eine unangenehme, und möglichst zu vermeidende, aber letztlich doch notwendige Möglichkeit in der stationären Behandlung. Oft wird argumentiert, ein Patient »musste« fixiert werden. Beim Benchmarking süddeutscher psychiatrischer Krankenhäuser zeigen sich jedoch höchst unterschiedliche Häufigkeiten von Fixierungen, die mit soziodemographischen und diagnostischen Variablen nicht ausreichend erklärt werden können. Es scheint sich doch um einen unterschiedlichen Umgang mit dieser Möglichkeit zu handeln (MARTIN et al. 2007). In England wird in der Psychiatrie ganz ohne Festbinden am Bett gearbeitet. Fixierungen sind dort verboten.

Ähnliche Unterschiede finden sich auch im Umgang mit geschlossenen Unterbringungen. Reichen diese für viele Kliniken in Deutschland als Rechtfertigung, die Stationstüren psychiatrischer Kliniken zu versperren, so gibt es doch einige Standorte, die mit weitgehend geöffneten Stationstüren arbeiten (z. B. Neukölln, Memmingen, Heidenheim) und damit problematische Verlegungen vermeiden. Eindrücklich wurde das jüngst wieder von Gamma Bak in ihrer autobiographischen Dokumentation (Schnupfen im

Kopf, D 2010) erzählt. Eine große Schwierigkeit für viele Patienten ist es, ihr Vertrauen in ihre Fähigkeiten (Empowerment) nach Erfahrungen mit Fixierungen und dem Eingesperrtsein wieder zurückzubekommen. Übrigens scheinen Entweichungen von offenen Stationen nicht häufiger als von geschlossenen Stationen vorzukommen (VIVANTES 2008).

Ambulante Behandlungsanordnungen

Seit 2009 gibt es im englischen Psychiatriegesetz die Möglichkeit, ambulante Behandlungsanordnungen (*community treatment orders*) zu erwirken. Ohne dass es überzeugende Daten zur Wirksamkeit dieser Intervention gibt, und trotz Zweifel daran, ob diese mit der europäischen Menschenrechtskonvention vereinbar sind, haben die englischen Psychiater schnell begonnen, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen. Die *community treatment orders* sind bei den englischen Psychiatern geschätzt und werden meistens mit Assertive Outreach kombiniert (MANNING et al. 2011).

Empowerment Werkzeuge

Wie würde eine Klinik arbeiten, die Empowerment konsequent verfolgt? Zunächst würden in der Klinik die Interventionen minimiert, die das Vertrauen ihrer Patienten in die eigenen Fähigkeiten vermindern: Festbinden, Einsperren, Zwangsmedizieren. Dann würden die Interventionen eingeführt, die Empowerment fördern: Die Klinik etabliert regelmäßigen Kontakt mit Selbsthilfegruppen, nicht nur mit denen der Suchtkranken. Die Selbsthilfegruppen gehen in der Klinik ein und aus und stellen sich in der Klinikfortbildung vor. ExIn Absolventen bieten Peer to Peer Support und beraten Angehörige. Die Klinik implementiert und fördert Behandlungsvereinbarungen (HENDERSON et al. 2008), Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten (ZINKLER 2000). Die Klinik fördert partizipative Entscheidungsfindung, sie dokumentiert nachvollziehbar, und die Patienten können jederzeit ihre Krankenakten einsehen (MARSCHNER & ZINKLER 2011). Psychiatrie-Erfahrene werden von der Klinik zur ExIn Ausbildung ermutigt und gefördert, z. B. mit Praktika. Psychiatrie-Erfahrene werden auf allen Ebenen der klinischen Arbeit beteiligt: als Genesungsbegleiter, bei der Ausbildung und Weiterbildung, in der Forschung, beim Personalmanagement, in der Hilfeplanung, beim Qualitätsmanagement und bei der Versorgungsplanung in der Region.

Compliance und Krankheitseinsicht

Compliance und Krankheitseinsicht sind häufig verwendete Konstrukte der psychiatrischen Arbeit, oft werden sie als Zeichen einer klinischen Verbesserung gewertet. Der Autor plädiert dafür, diese Konstrukte aufzugeben. Compliance steht für die Nachgiebigkeit eines Patienten, wenn es darum geht, den Verordnungen des Arztes zu folgen. Das mag die Abläufe im Krankenhaus vereinfachen, trägt aber nicht zur Stärkung des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten bei. Zu ersetzen wäre die Compliance mit dem Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung, bei der ein Behandlungsplan so lange mit dem Patienten verhandelt wird, bis sich eine Einigung ergibt.

Statt mit Krankheitseinsicht kann mit sogenannten erklärenden Krankheitsmodellen (explanatory models of mental illness, siehe McCABE & PRIEBE 2004) gearbeitet werden. Der Patient wird nicht mehr so lange überredet und behandelt bis er das Krankheitsmodell des Arztes teilt, sondern Patient und Arzt tauschen sich über ihre möglicherweise verschiedenen Krankheitsmodelle aus und versuchen daraus einen gemeinsamen Weg zur Genesung (recovery) zu entwickeln.

Literatur

- BASAGLIA, F. (2002): Die Entscheidung des Psychiaters – Bilanz eines Lebenswerks. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- GLOVER, G./ARTS, G./BABU, K. S. (2006): Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *BJP* 189: 441–445.
- GAFOOR, R./NITSCH, D./MCCRONE, P./CRAIG, T. K. J./GARETY, P. A./POWER, P./MCGUIRE, P. (2010): Effect of early intervention on 5-year outcome in non-affective psychosis *BJP* 196: 372–276.
- KILLASPY, H./KINGETT, S./BEBBINGTON, P./BLIZARD, R./JOHNSON, S./NOLAN, F./PILLING, S./KING, M. (2009): Randomised evaluation of assertive community treatment: 3-year outcomes. *BJP* 195: 81–82.
- CRAWFORD, M. J./RUTTER, D./MANLEY, C./WEAVER, T./BHUI, K./FULOP, N. (2002): Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ* 325: 1263–1267.
- MARTIN, V./KUSTER, W./BAUR, W./BOHNET, U./HERMELINK, G./KNOPP, M./KRONSTORFER, R./MARTINEZ-FUNK, B./ROSER, M./VOIGTLÄNDER, W./BRANDECKER, R./STEINERT, T. (2007): Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. *Psychiat Prax* 34: 26–33.
- Vivantes Kliniken (2008): Jahres- und Qualitätsbericht 2008. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. www.vivantes.de.

- MANNING, C./MOLODYSKI, A./RUGKÁSA, J./DAWSON, J./BURNS, T. (2011): Community treatment orders in England and Wales: national survey of clinicians' views and use. *The Psychiatrist* 35: 328–333.
- HENDERSON, C./SWANSON, J. W./SZMUKLER, G./THORNICROFT, G./ZINKLER, M. (2008): A Typology of Advance Statements in Mental Health Care. *Psychiatr Serv* 59: 63–71.
- ZINKLER, M. (2000): Vorsorgevollmacht versus Behandlungsvereinbarung und Patientenverfügung. *Recht & Psychiatrie* 18: 165–167.
- MARSCHNER, R./ZINKLER, M. (2011): Das Recht auf Einsicht in psychiatrische Krankenunterlagen: rechtlich umfassend und therapeutisch sinnvoll. *Recht & Psychiatrie* 29: 3–7.
- MCCABE, R./PRIEBE, S. (2004): Explanatory models of illness in schizophrenia: comparison of four ethnic groups. *BJP* 185: 25–30.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. Thomas BOCK, Leiter der sozialpsychiatrischen Ambulanz, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Hamburg

Jörg BUNGART, Geschäftsführung, Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung (BAG UB) e. V., Hamburg

Jutta CRÄMER, Angehörige psychisch Kranker Landesverband Berlin e. V.

Wolfgang FAULBAUM-DECKE, Geschäftsführer, Brücke Schleswig-HolsteingGmbH, Vorsitzender Dachverband Gemeindepsychiatrie, Kiel

Prof. Dr. Jörg Michael FEGERT, Ärztlicher Direktor, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm; Vorstand der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Dr. h. c. Jürgen GOHDE, Vorstandsvorsitzender, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln

Nils GREVE, Vorsitzender, Psychosozialer Trägerverein Solingen e. V., Solingen

Prof. Dr. Hans GUTZMANN, Ärztlicher Direktor, Krankenhaus Hedwigshöhe, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin

Wolfgang HAACKE, Fachliche Steuerung und Koordination DiMa, Jobcenter, Köln

Andreas HAUKE, Leiter des Referates Psychiatrische Versorgung, Maßregelvollzug und Sucht, Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, Potsdam

Prof. Dr. Andreas HEINZ, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte; Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Jörg HOLKE, Geschäftsführer, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Hubert HÜPPE, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Kleisthaus, Berlin

Prof. Dr. Ralf IHL, Chefarzt, Alexianer Krefeld GmbH, Maria-Hilf Krankenhaus Krefeld, Klinik für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Krefeld

Bernhard JAGODA, Schwalmstadt, Präsident der Bundesanstalt für Arbeit a. D., ehemaliger Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE

PD Dr. Michael KÖLCH, Chefarzt Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH Berlin, Forschungsgruppenleiter Universität Ulm

Prof. Dr. Peter KRUCKENBERG, Ehem. Ärztlicher Direktor Bremen; Vorstand der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Ulrich KRÜGER, Geschäftsführer, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Gerd KÜNZEL, Ministerialdirigent, Leiter der Abteilung Soziales und Familie Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Frauen Brandenburg

Prof. Dr. Heinrich KUNZE, Ehem. Ärztlicher Direktor Kassel; stellv. Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Armin LANG, Vorsitzender Bundesausschuss VdK Deutschland, Landesvorsitzender VdK Saarland, St. Wendel

Gabriela LÜNSMANN, Rechtsanwältin, Kanzlei Menschen und Rechte, Hamburg

Jürgen MALZAHN, Leiter der Abteilung Stationäre Versorgung und Rehabilitation, AOK-Bundesverband, Berlin

Winnie ÖHRLICH, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité-Universitätsmedizin, Campus Mitte, Berlin

Prof. emer. Dr. Reinhard PEUKERT, Wiesbaden, Hochschule Rhein-Main; Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Renate PFAUTSCH, Geschäftsführerin, EVIM Gemeinnützige Behindertenhilfe GmbH, Wiesbaden

Dr. Niels PÖRKSEN, Ehem. Chefarzt; Bielefeld

Dr. Stephan RINCKENS, Ärztlicher Direktor, LVR-Klinik Mönchengladbach, Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Mönchengladbach

Matthias ROSEMANN, Geschäftsführer Träger gGmbH, Berlin-Reinickendorf, Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V., Vorstand der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Regina SCHMIDT-ZADEL, Ehem. MdB, Ratingen; stellv. Vorsitzende der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Prof. Dr. Ingmar STEINHART, Geschäftsführer, Stiftungsbereich Bethel regional Dortmund; Wissenschaftl. Leiter; Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V., An-Institut der Ernst Moritz Arndt Universität Greifswald, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Dr. Wilhelm STUHLMANN, Dipl.-Psych., Arzt für Psychiatrie und Neurologie – Psychotherapie, Klinische Geriatrie, Erkrath

Ursula TALKE, psychiatrieerfahrene Rehabilitationspädagogin, Berlin

Peter WEIß, MdB, Emmendingen-Lahr, Mitglied des Bundestags, CDU/CSU-Fraktion; Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Annette WIDMANN-MAUZ, MdB, Parlamentarische Staatssekretärin, Bundesministerium für Gesundheit

Stefan WÖHRMANN, Abteilungsleiter Stationäre Versorgung, Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin

Dr. Dyrk ZEDLICK, Chefarzt, Kreiskrankenhaus Rudolf Virchow Glauchau gGmbH, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie; Vorstand der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Dr. Martin ZINKLER, Chefarzt, Klinikum Heidenheim, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Heidenheim

Veröffentlichungen und Informationstagungen

- Band 1** »Gemeindenahe Psychiatrie«
vergriffen Tagungen am 27.10.1975 in Stuttgart, am 08. und 09.11.1975 in Mannheim, am 27.11.1975 in Köln-Mehrheim, am 05. und 06.03.1976 in Berlin
- nicht dokumentiert* »Was nun nach der Psychiatrie-Enquete«
Gemeindenahe Psychiatrie am Beispiel Frankfurt
Tagung am 18. und 19.11.1976 in Frankfurt
- nicht dokumentiert* »Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter«
Tagung am 02. und 03.12.1976 in München
- nicht dokumentiert* »Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich«
Tagung am 24. und 25.6.1977 in Loccum
- Band 2** »Rechtsprobleme in der Psychiatrie«
vergriffen Tagung 07.10.1977 in Hamburg
- Band 3** »Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht«
vergriffen Tagung am 01. und 02.06.1978 in Bonn
- nicht dokumentiert* »Gemeindenahe Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?«
Tagung am 14. und 15.11.1978 in Hannover/Wunstorf
- Band 4** »Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter«
vergriffen Tagung am 27. und 28.09.1979 in Bonn
- Band 5** »Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD – fünf Jahre nach der Enquete«
vergriffen Tagung am 23.11.1979 in Mannheim
- nicht dokumentiert* Informationsveranstaltung zum »Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung« am 31.01.1980
- Band 6** »Ambulante Dienste in der Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 13. und 14.06.1980 in Hannover
- Band 7** »Drogenabhängigkeit und Alkoholismus«
vergriffen Tagung am 06. und 07.11.1980 in Mannheim
- Sonderdruck** »Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 25. und 26.06.1981 in Bonn
- Band 8** »Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter«
vergriffen Tagung am 19.11.1982 in Bonn
- Band 9** »Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung«
vergriffen Tagung am 02. und 03.12.1982 in Bonn

- Band 10** »Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern«
Tagung am 10. und 11.11.1983 in Offenbach
- Band 11** »Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten«
vergriffen Tagung am 06. und 07.07.1984 in Bonn
- Band 12** »Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme«
vergriffen Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn
- Band 13** »Psychiatrie in der Gemeinde – die administrative Umsetzung des
vergriffen gemeindepsychiatrischen Konzepts«
Tagung am 05. und 06.12.1984 in Bonn
- Band 14** »Notfallpsychiatrie und Krisenintervention«
vergriffen Tagung am 15. und 16.05.1986 in Bonn
- Band 15** »Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch
Krankter – Ein internationaler Vergleich«
Tagung am 27. und 28.11.1986 in Bonn
- Band 16** »Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der
vergriffen Empfehlungen der Expertenkommission«
Tagung am 22. und 23.06.1989 in Bonn
- Band 17** »Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen«
vergriffen Tagung am 23./24. und 25.10.1986 in Kassel
- Band 18** »Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung – von
vergriffen antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen«
Tagung am 20. und 21.06.1990 in Bad Emstal
- Band 19** »Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch
vergriffen Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem
Gebiet der ehemaligen DDR«
Tagung am 29./30. und 01.12.1990 in Berlin
- nicht* Regionalkonferenzen über den Bericht
dokumentiert »Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR«
im Land Mecklenburg-Vorpommern am 17. und 18.10.1991
in Neubrandenburg
im Land Sachsen-Anhalt am 13. und 14.11.1991 in Hettstedt
im Land Sachsen am 21. und 22. 11.1991 in Arnsdorf
im Land Brandenburg am 28. und 29.11.1991 in Brandenburg
im Land Thüringen am 16. und 17.12.1991 in Hildburghausen
- Band 20** »Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen«
vergriffen Tagung am 03. und 04.06.1992 in Bonn
- Band 21** »Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale
vergriffen Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen«
Tagung am 04. und 05.05.1993 in Bonn

- Sonderdruck »Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren«**
Selbstverlag Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ueckermünde
- Sonderdruck »Personalbemessung im komplementären Bereich –
vergriffen vor der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und
Rehabilitation«**
Tagung am 27. und 28.04.1994 in Bonn
- Band 22 »Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die
vergriffen gemeindepsychiatrische Versorgung«**
Tagung am 17. und 18.05.1995 in Bonn
- Band 23 »Qualität in Psychiatrischen Kliniken«
vergriffen Tagung vom 8. bis 10.05.1996 in Bonn**
**»Neue Entwicklungen in der Versorgung von Menschen
mit Alkoholproblemen«**
Tagung vom 21. bis 23.10.1996 in Bonn
Tagungsbeiträge dokumentiert in: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.):
Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Lambertus,
Freiburg i. Br. 1997
- Band 24 »Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung«
vergriffen Tagung am 23. und 24.04.1997 in Bonn**
- Band 25 »Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 24. und 25.09.1997 in Bonn**
- Band 26 »Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung«
Tagung am 11. und 12.11.1998 in Bonn**
- Band 27 »25 Jahre Psychiatrie-Enquete«
1 + 2 Tagung am 22. und 23.11.2000 in Bonn**
- Band 28 »Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung
im Gemeindepsychiatrischen Verbund«
Tagung am 30. und 01.12.2001 in Bonn**
- Band 29 »Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung
für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«
Tagung am 13. und 14.05.2002 in Berlin**
- Band 30 »Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen,
Erfahrungen und Perspektiven«
Tagung am 03. und 04.06.2003 in Kassel**
- Band 31 »Prävention bei psychischen Erkrankungen –
Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung«
Tagung am 12. und 13.05.2004 in Berlin**

- Band 32** »Worauf Du Dich verlassen kannst!
Gute Praxis und Ökonomie verbinden«
Tagung am 19. und 20.09.2005 in Kassel
- Band 33** Unsere Zukunft gestalten. Hilfen für alte Menschen
mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz
Tagung am 14. und 15.10.2006 in Berlin
- Band 34** »Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung«
Tagung am 19. und 20.11.2007 in Kassel
- Band 35** »Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie«
Tagung am 03. und 04. November in Kassel
- Band 36** »Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland – Von der Person
zur integrierten Hilfe im Verbund«
Tagung am 18./19.06.2009 in Berlin
- Band 37** Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern
und Jugendlichen braucht Hilfe!
Tagung am 8./9. November 2010 in Kassel

Bezug lieferbarer Titel durch:
AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.
Oppelner Str. 130
53119 Bonn

Download unter:
www.apk-ev.de

